UNIVERSITÉ PARIS 1
PANTHÉON SORBONNE

THÈSE PRESENTÉE EN VUE DE L'OBTENTION DU GRADE DE

DOCTEUR EN DROIT

DE L'UNIVERSITÉ PARIS 1 PANTHÉON-SORBONNE

LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER AU CAMEROUN : ÉTUDE ANALYTIQUE À LA LUMIÈRE DES AVANCÉES DU DROIT FRANÇAIS

Présentée par **Mme Jeanne Laurelle BIDZOGO NDZOUBA**

Sous la direction du **Professeur Olivier RENAUDIE**

Soutenue publiquement le 11 octobre 2024

Devant un jury composé de :

Anne-Laure GIRARD, Professeure à l'Université Paris Panthéon-Assas, *rapporteur*

Caroline LANTERO, Maître de conférences HDR à l'Université de Clermont-Auvergne, *rapporteur*

Sabine BOUSSARD, Professeure de droit public à l'Université Paris Nanterre

Alain Franklin ONDOUA, Professeur à l'Université de Yaoundé II

Olivier RENAUDIE, Professeur à l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, *Directeur de recherche*

AVERTISSEMENT

L'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses : ces opinions doivent être considérées comme propres à l'auteur.

DÉDICACE

A

Mes Parents

REMERCIEMENTS

Nos profonds remerciements vont à l'endroit de tous ceux qui, de près ou de loin nous ont soutenu durant la réalisation de ce travail. Aujourd'hui plus que les jours précédents, nous expérimentons cette citation du père de la philosophie Socrate, lorsqu'il affirmait que *« Les mots limitent la pensée »*. En effet, les mots ne sauraient être suffisants pour exprimer toute notre reconnaissance et notre gratitude.

Nous pensons particulièrement :

- À monsieur le professeur Olivier RENAUDIE, notre encadreur. Son orientation indispensable dans le choix de notre sujet, sa minutie, sa rigueur, sa disponibilité, sa promptitude dans les réponses lors de nos multiples sollicitations, et ses encouragements incessants, nous ont permis de tenir bon et d'aller jusqu'au bout de notre travail. Merci Professeur.
- Aux Enseignants et aînés académiques, pour les encouragements et la transmission de la connaissance.
- A ma grande sœur Cynthia Jeanne d'arc LEBA NDZOUBA, qui a financé cette recherche dans sa quasi-totalité, et au reste de ma si grande famille dont l'évocation au sujet de l'évolution de notre travail à chacune de nos discussions, nous a mis une discrète pression.
- A la famille ATEBA, Laurent et Reine, pour l'hospitalité, l'amour et le soutien indéfectible, merci infiniment.
- À mes amis tous aussi précieux et mes camarades, ELEME Eric, KOUA Eric, ONAMBELE Louis, ENANGA Fortune, FEUNKEU Joël, et tous ceux qui ne sont pas cités ici, dont les échanges riches et instructifs ont contribué à nous ouvrir l'esprit et à aborder l'analyse de notre sujet plus aisément.

SOMMAIRE

AVERTISSEMENT _____ i

DÉDICACE_____ii

REMERCIEMENTS _____ iii

SOMMAIRE _____ iv

SIGLES ET ABRÉVIATIONS _____ vi

RÉSUMÉ_____ ix

ABSTRACT _____ x

INTRODUCTION GÉNÉRALE_____ 1

PREMIÈRE PARTIE : _____ 30

L'ENCADREMENT INSUFFISANT DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER AU CAMEROUN _____ 30

TITRE 1 :LA RÉCEPTION DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER PAR LE DROIT CAMEROUNAIS _____ 33

CHAPITRE 1 :LA RECONNAISSANCE THÉORIQUE DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER AU CAMEROUN _____ 36

CHAPITRE 2 :LA RECONNAISSANCE PRATIQUE DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER AU CAMEROUN _____ 68

TITRE 2 :LES PESANTEURS À L'ENCADREMENT DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER AU CAMEROUN _____ 100

CHAPITRE 3 :LES LIMITES D'ORDRE SUBSTANTIEL _____ 102

CHAPITRE 4 :LES LIMITES D'ORDRE JURIDICTIONNEL _____ 140

DEUXIÈME PARTIE : ESSAI D'UNE RESTRUCTURATION DE L'ENCADREMENT DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER AU CAMEROUN ___ 179

TITRE 1 :LA NÉCESSAIRE PRISE EN COMPTE DES SPÉCIFICITÉS DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER _____ 181

CHAPITRE 5 :LES SPÉCIFICITÉS ORGANIQUES DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER _____ 182

CHAPITRE 6 :LES SPÉCIFICITÉS MATÉRIELLES DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER _____ 231

TITRE 2 :LES PERSPECTIVES D'UNE RÉPARATION SATISFAISANTE DES PRÉJUDICES CAUSÉS PAR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER AU CAMEROUN 274

CHAPITRE 7 :LA DÉTERMINATION EXHAUSTIVE DES CHEFS DE PRÉJUDICES RÉPARABLES CAUSÉS PAR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER_____ 276

CHAPITRE 8 :LA PERSPECTIVE D'UNE RÉPARATION SATISFAISANTE DES PRÉJUDICES CAUSÉS PAR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER AU CAMEROUN 311

CONCLUSION GÉNÉRALE_____ 350

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES _____ 354

ANNEXES _____ x

INDEX DES AUTEURS _____ xii

TABLE DE MATIÈRES_____ 396

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

- AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
- AIPP : Atteinte à l'intégrité physique et psychique
- AJDA : Actualité Juridique Droit Administratif
- Al. : Alinéa
- AMM : Autorisation de mise sur le marché
- ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
- ARS : Agence régionale de la santé
- ATAP : Arrêt temporaire des activités professionnelles
- Bull. : Bulletin
- BUCREP : Bureau Central des Renseignements des Etudes de Population
- C.A.A : Cour d'appel administrative
- CAB/MSP : Cabinet / Ministère de la santé Publique
- CADHP : Charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples
- Cah. fonct. publ. : Cahier de la fonction publique
- CAPR : Centres d'Approvisionnement Pharmaceutique Régionaux
- CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique
- CCA : Conseil du Contentieux Administratif
- C. Cass. : Cour de Cassation
- CE : Conseil d'Etat
- CEDH : Convention européenne des droits de l'Homme
- CENAME : Centre National d'Approvisionnement en Médicaments et consommables Médicaux Essentiels
- CHRACERH : Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et de Reproduction Humaine
- Chron. : Chronique
- C.H.U : Centre hospitalier universitaire
- CIRCB : Centre International de Recherche Chantal Biya
- Civ. : Civil

- Coll. : Collection
- CMA : Centre Médical d'Approvisionnement
- CNPS : Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
- CNSA : Caisse nationale de solidarité et d'autonomie
- CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- COGEDI : Comité de gestion de District
- COGE : Comité de Gestion
- COSA : Comité de Santé de l'Aire
- COSADI : Comité de Santé de district
- CPC : Centre Pasteur du Cameroun
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CRAP : Centre de recherche A Priori
- CRC : Commission régionale de conciliation
- CRCI : Commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux
- Crim. : Criminel
- CS/CA : Cour suprême / Chambre administrative
- CSI : Centre de Santé Intégré
- CSU : Couverture santé universelle
- DFP : Déficit fonctionnel permanent
- DFT : Déficit fonctionnel temporaire
- DOSTS : Direction de l'organisation des soins et de la technologie sanitaire
- DROS : Division de la Recherche Opérationnelle en Santé
- DPML : Direction de la pharmacie, du médicament et des laboratoires
- Ed. : Edition
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HGOPY : Hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé
- IA : Intelligence Artificielle
- IMJST: International Multilingual Journal of Science and Technology
- IMPM : Institut de Recherches Médicales et d'Etude des Plantes Médicinales
- J.-C. : Jésus-Christ
- LANCOME : Laboratoire National de Contrôle de qualité des Médicaments et d'Expertise
- LGDJ : Librairie générale de droit et de jurisprudence
- MINATD : Ministère de l'Administration Territoriale Décentralisée

- MINESUP : Ministère de l'enseignement supérieur
- MINSANTE : Ministère de la santé publique
- NICE: National Institute for Health an Clinical Excellence
- OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- ONIAM : Office national d'indemnisation des accidents médicaux
- ONIPCAT : Office national d'indemnisation des préjudices corporels relatifs à l'aléa thérapeutique
- ONSP : Observatoire National de la Santé Publique
- PCA : paquets complémentaires d'activités
- PEV : Programme élargi de vaccination
- PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
- P.U.F : Presse Universitaire de France
- RDSS : Revue de Droit Sanitaire et Social
- RFDA : Revue Française de Droit Administratif
- RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat
- RTD : Revue trimestrielle de droit
- SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise
- SNAES : Syndicat National Autonome de l'Enseignement Secondaire
- SPA : Service public administratif
- SPIC : Service public industriel et commercial
- T.G.I : Tribunal de Grande Instance
- VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
- Vol. : Volume

RÉSUMÉ

La responsabilité du service public hospitalier est une responsabilité administrative, dont la particularité relève des spécificités des activités médicales et hospitalières. A cet effet, sa mise en cause, et par ricochet la réparation des préjudices subis par les victimes des dommages subséquents, nécessitent la prise en compte de divers éléments subjectifs qui sont intrinsèques à la pratique de l'art médical.

Au Cameroun, cette responsabilité fait l'objet d'un encadrement diffus, principalement matérialisé par une réception duale qui relève à la fois du droit privé et du droit public. Une telle réception est à l'origine d'une ambiguïté certaine dans la détermination du juge compétent, tant la lettre de la loi semble attribuer cette compétence au juge judiciaire, tandis que son esprit la confère au juge administratif. Aux côtés de cet élément majeur caractéristique de la responsabilité du service public hospitalier en droit camerounais, d'autres considérations socioculturelles, juridiques et juridictionnelles se hissent en obstacles à l'engagement de ladite responsabilité, et donc à la réparation des préjudices qui en découlent. Une telle configuration explique et justifie que soit menée une étude analytique de cette responsabilité en contexte camerounais, à la lumière d'un droit dont les avancées en la matière sont incontestables.

Le droit français de la responsabilité du service public hospitalier se présente en effet comme un droit mature, qui a réglé les difficultés actuelles du droit camerounais. Il a entre autres procédé à un partage précis de compétences entre les juges judiciaire et administratif, à la création d'un droit spécial qui déroge aux règles de droit applicables en droit privé et en droit public, à la mise en place d'une procédure amiable particulière en matière de réparation des dommages corporels, mais aussi à la création d'organismes chargés de régler des dommages graves relevant des aléas thérapeutiques.

Au demeurant, l'étude analytique de la responsabilité du service public hospitalier à la lumière des avancées du droit français vise à réaliser un état des lieux du droit camerounais, afin de le niveler.

Mots clés : - responsabilité – service public hospitalier – réparation – préjudice corporel.

ABSTRACT

Liability for the public hospital service is an administrative liability, the particularity of which stems from the specific nature of medical and hospital activities. To this end, it is necessary to take into account various subjective factors that are intrinsic to the practice of the medical profession in order to establish liability and, consequently, to compensate victims of subsequent damage.

In Cameroon, this responsibility is the subject of a diffuse framework, mainly materialized by a dual reception that comes under both private and public law. Such an acceptance is at the origin of a certain ambiguity in the determination of the competent judge, so much so that the letter of the law seems to attribute this jurisdiction to the judicial judge, whereas the spirit of the law confers this jurisdiction on the administrative judge. Alongside this major characteristic of public hospital service liability in Cameroonian law, other socio-cultural, legal and jurisdictional considerations stand in the way of such liability being incurred, and therefore of compensation for the resulting damage. Such a configuration explains and justifies analytical study of this liability in the cameroonian context, in the light of a law whose advances in this area are indisputable.

French public hospital liability law is a mature body of law that has resolved the current difficulties of Cameroonian law. Among other things, it has led to a precise division of powers between the judicial and administrative courts, to be creation of a special law that derogates from the legal rules applicable in private and public law, to the introduction of a special amicable procedure for compensation for personal injury, and also to the creation of bodies responsible for settling serious injuries arising from therapeutic harzards.

The purpose of this analytical study of public hospital liability in the light of advances in French law is to take stock of Cameroonian law in order to level it out.

Key words: - liability – public hospital service – compensation – personal injury

INTRODUCTION GÉNÉRALE

« La médecine est la seule profession dont l'erreur n'est punie que par l'ignominie »[1]. Ces propos d'Hippocrate, considéré comme le père de la médecine, ont fait l'unanimité pendant une longue période et ont longtemps consacré le caractère sacré de cette profession. En effet, le médecin qui a jusqu'à nos jours une obligation de moyens et pas de résultats, ne voyait jamais sa responsabilité être engagée pour quelle que raison que ce soit. L'ignominie entendue comme grand déshonneur, était alors la seule conséquence de toute faute commise par lui à l'occasion de l'exercice de sa profession.

Cet état de fait a longtemps été la règle, aussi bien en France qu'au Cameroun. Ce n'est que dans les années 1990, et notamment avec la loi française du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière[2], mais surtout avec l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée[3], que l'on assista à l'émergence des droits des patients et des obligations des professionnels de santé ; sous le terme générique de « démocratie sanitaire ». Celle-ci s'appréhende comme *« le fruit d'une double évolution de la société : le développement participation et la contestation des malades »*[4]. Cette contestation renvoie à la revendication des droits des malades, face aux dérives de la pratique médicale dont ils peuvent en être victimes. À cet effet, l'ordonnance de 1996 sus citée dispose que *« dans chaque établissement de santé, est instituée une commission de conciliation chargée d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement, et de lui indiquer les voies de conciliation et de recours dont elle dispose ».*[5] Cela constitue le fondement même de la responsabilité en milieu hospitalier, et justifie à n'en point douter la judiciarisation de la médecine. Celle-ci désigne le recours au juge pour apaiser une frustration, compenser une infirmité ou consoler les proches endeuillés à la suite d'une erreur, d'une négligence ou d'un dysfonctionnement médical. La *« judiciarisation » de la santé renvoie à un état de fait selon lequel « le nombre de recours et de condamnations de soignants prononcées par le juge serait en plein accroissement »*[6]. Cela s'observe notamment par *« l'augmentation des réclamations et des déclarations de sinistre et (…) l'augmentation parfois*

[1] HIPPOCRATE : La loi, I – IV^{e} s. av. J.-C.
[2] La loi française n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière prévoyait la représentation des usagers au sein des conseils d'administration des établissements hospitaliers
[3] L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée prévoit la création de la charte du patient hospitalisé.
[4] DOMIN J.-P., « De la démocratie sociale à la démocratie sanitaire : une évolution paradigmatique ? », In : *Les tribunes de la santé,* 2014/5 (n°HS3), p. 21.
[5] Article 1er de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
[6] ROUSSET G. Judiciarisation et juridicisation de la santé : entre mythe et réalité. Carnets de Bord 2009 ; n°16 : p.2 ; LAUDE A., « La judiciarisation de la santé », in *Questions de santé publique,* n°20, Mars 2013, p.1.

spectaculaire du montant des primes d'assurance »[7]. De ce fait, convient -il d'affirmer avec Guillaume Rousset que *« la démocratisation de la santé, la confirmation des droits des patients et surtout le développement de l'autonomie de ces derniers aient une influence sur la perception du rôle du juge en santé. Si les patients disposent de davantage de droits, qu'ils sont libres d'exercer par eux-mêmes, former un recours en justice devient alors une possibilité comme une autre, à laquelle les soignés peuvent accéder tout aussi facilement que les autres prérogatives »*[8].

Au Cameroun, en plus de la reconnaissance des droits des patients et des obligations des professionnels de santé, la démocratie sanitaire se matérialise par la participation des usagers à la gestion des formations sanitaires au travers des instances de représentations. Encore appelées structures de dialogue communautaire, ces instances de représentation varient selon que l'on se trouve au niveau central, intermédiaire ou périphérique. En effet, au niveau central, il existe un Conseil National de la Santé d'Hygiène et des Affaires Sociales, au niveau intermédiaire, l'on retrouve des Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé, et au niveau périphérique, ont été créés un Comité de Santé de l'Aire (COSA), un Comité de Santé de district (COSADI), un Comité de gestion de District (COGEDI) et un Comité de Gestion (COGE). Ces structures périphériques ont pour mission de promouvoir *« la gestion décentralisée des services de santé, à travers un partenariat entre les pouvoirs publics, les communautés bénéficiaires et les autres intervenants en matière de santé »*[9]. Le malade n'est donc plus un simple spectateur passif à qui on administre des soins, mais un acteur *« associé à titre de partenaire volontaire »*[10] *;* toute chose qui justifie la prégnance de l'obligation d'information et de la règle du consentement. Cette judiciarisation de la médecine qui ne saurait être le seul fait des juges, se distingue ainsi de la « juridicisation »[11] en ce qu' « *il serait vain de mettre la judiciarisation sur le compte des juges, considérés comme les artisans de cette mutation compassionnelle, en oubliant que la justice ne se met en mouvement que si l'on saisit »*[12]. Et ce d'autant plus que le phénomène de judiciarisation correspond à *« l'action de soumettre un fait à l'appréciation du législateur puis*

---

[7] HELMLINGER L., MARTIN D., « La judiciairisation de la médecine, mythe et réalité », in *Les Tribunes de la Santé,* n°2004/4, n°5, p.42.

[8] ROUSSET G., « Judiciarisation et juridiciarisation de la santé : entre mythe et réalité », in *Carnets de bord,* n°16,2009, p.27.

[9] Article 1er de l'arrêté n°003/CAB/MSP du 21 Septembre 1998 fixant les modalités de création des structures de dialogue communautaire dans les districts de santé.

[10] *Ibid,* p. 22.

[11] La juridicisation signifie que dans la société, les rapports humains sont préférentiellement réglés par le droit et par la législation.

[12] DREYFUS D., LEMAIRE F., OUTIN H., Les journées d'éthique médicale Maurice Rapin, *« La judiciarisation de la médecine »* - Ed. Médecine-Sciences Flammarion, 2004, p. 48.

à celle du juge, dans le but de protéger la société et ses membres »[13]. Il s'agit de ce fait d'une action qui est soumise aussi bien par le patient qui s'estime victime, que par l'usager ont les droits ont été violés. Ainsi, l'usager du service public hospitalier est alors perçu comme la personne légitimement habilitée à engager l'action en responsabilité des établissements publics de santé devant le juge, en cas de violation par ceux-ci des obligations qui leur incombent ou qui leur sont imputables.

La judiciarisation du service public hospitalier, entendue comme l'accroissement des recours juridictionnels contre ce service public pour l'activité dont il a la charge, en l'occurrence médicale, se matérialise par la mise en cause de sa responsabilité devant le juge. Elle expose de la sorte *« le caractère extrêmement concret et humain »*[14] du droit administratif, car elle touche à l'Homme dans son essence et dans sa vulnérabilité la plus poussée. Aussi, le patient qui se rend dans un établissement de santé, voit en son médecin son espoir, celui par qui viendra la solution à son mal. Il est de ce fait disposé à se soumettre à tout traitement, dès lors que son médecin traitant le rassure que cela lui apportera soulagement et guérison. Une telle vulnérabilité du patient impose en retour de grandes obligations du médecin et de l'établissement de soins, dont la responsabilité devrait être engagée en cas de manquement fautif ou non. A cet effet, il s'agira tout d'abord pour le juge, de *« porter une appréciation sur les actes, les décisions et les comportements des praticiens hospitaliers et des équipes médicales, dont les conditions de travail sont* difficiles *»*[15] *;* mais également de *« se prononcer sur la réparation des préjudices subis par les victimes, avec la fiction que les indemnités accordées doivent les placer dans le même état théorique que celui qu'elles connaîtraient si le dommage ne s'était pas produit »*[16]. En France, le juge a construit, par le biais des jurisprudences, un recueil de règles et principes à appliquer aux litiges qui lui sont soumis. Il a ensuite été aidé par le législateur qui a codifié en 2002, au travers de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé[17], les droits des patients, les droits des usagers du système de santé, et la responsabilité des professionnels de santé. Le législateur a par la suite consacré le principe de la responsabilité pour faute, dont la conséquence immédiate a été de créer un droit spécifique de la responsabilité administrative appliqué au service public hospitalier. En effet, l'on a assisté tour à tour dès 1985 à la reconnaissance par le

[13] BOITTE P., *Ethique, Justice et Santé,* Artel-Fides, Catalyses, Montréal, 1995, p.78.
[14] MARION L., MAUGÜE C., *La responsabilité du service public hospitalier,* LGDJ, 2019, p.13.
[15] *Ibid.*
[16] *Ibid.*
[17] Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

juge civil de l'obligation de réparer un dommage causé, des responsabilités délictuelle et contractuelle, de la substitution de la prescription trentenaire à la prescription triennale jusque-là admise en matière médicale. Le juge administratif quant à lui, est passé du régime de la faute lourde à celui de la faute simple[18], et du régime de la faute prouvée à celui de la faute présumée[19] dans certaines hypothèses[20] comme fondement de la responsabilité des établissements publics de santé. A la suite de toutes ces avancées jurisprudentielles, la loi du 4 mars 2002 s'est posée en complément en consacrant entres autres l'indemnisation de la victime sur le simple fondement de l'aléa thérapeutique, et non plus sur celui de l'appréciation au cas par cas de la « fraction inacceptable du risque thérapeutique ».

Ces démarcations du droit français de la responsabilité médicale et hospitalière sont quasi inexistantes en droit camerounais. Le juge camerounais traite de la responsabilité du service public hospitalier sans différence fondamentale avec l'analyse qu'il fait d'une responsabilité administrative générale. Autrement dit, la responsabilité de ce service public ne présente pas de particularités liées à la nature de l'activité en cause. Car si elle est engagée sur le terrain de la responsabilité pour faute, la responsabilité du service public hospitalier est également mise en cause dans le cadre de l'aléa thérapeutique[21] en contexte camerounais. Cet aléa thérapeutique ne fait pas en effet l'objet d'une appréciation distincte par le juge comme c'est le cas en France. Il est considéré comme une faute imputable au professionnel ou à l'établissement de santé lorsqu'il survient au décours de l'acte médical, notamment en cas d'accident médical non fautif ou d'affection iatrogène. De plus, la réparation du dommage causé ne saurait en l'état répondre à l'idéal de réparation intégrale, tant en ce qui concerne l'évaluation des préjudices, que pour ce qui est de leur indemnisation[22].

En outre, l'on a assisté il y a deux ans, à une divergence d'interprétation de l'article 3 alinéa 1 de la loi du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs[23], qui semble attribuer au juge judiciaire la compétence en matière de

[18] CE 26 juin 1959, Rouzet, *AJDA,* 1959, p. 273.
[19] Cass. 1ère civ., 23 mai 2000, nos 98-20440 et 98-19869 : JCP G 2000. I 280. Obs. VINEY G.: RTD civ 2000. P.840, obs. JOURDAIN P.; Cass. 1ère civ., 9 oct. 2001, n°99-20826 ; Cass. 1ère civ., 20 mars 2013, n°12-13900.
[20] La présomption de faute ne joue que pour les actes de soins ou d'organisation et de fonctionnement du service, et ne saurait donc s'appliquer en cas d'acte médical ou chirurgical.
[21] L'aléa thérapeutique désigne *« la réalisation en dehors de toute faute du praticien, d'un risque accidentel inhérent à l'acte médical et qui ne pouvait être maîtrisé ».* (Cass. 1ère civ., 8 novembre 2000, n°99-11.735).
[22] En droit Camerounais, la réparation du préjudice corporel ne s'intéresse qu'au préjudice matériel et au préjudice moral. Une telle détermination des préjudices ne saurait cerner l'entièreté des préjudices réellement causés par le dommage. De même, la méthode d'indemnisation employé ne prend pas en compte la nécessité d'actualisée, en cas de rente, le montant au regard des contingences économiques.
[23] Loi n°2006/022 du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs.

responsabilité administrative. Cet article dispose que *« les tribunaux de droit commun connaissent, conformément au droit privé, de toute autre action ou litige, même s'il met en cause les personnes morales énumérées à l'article 2, la responsabilité desdites personnes morales étant à l'égard des tiers, substituée de plein droit à celle de leurs agents auteurs des dommages causés dans l'exercice même de leurs fonctions »*[24]. Ainsi, selon le critère faute anonyme-faute identifiable, le juge administratif camerounais a pendant longtemps reconnu ou non sa compétence en matière de responsabilité du service public hospitalier pour ce qui est des actes matériels. À contrario, le juge judiciaire, lorsqu'il est saisi pour des faits préjudiciables commis dans le domaine hospitalier, s'est très souvent déclaré compétent. Le cas échéant, il reconnaît généralement l'Etat du Cameroun comme civilement responsable des dommages causés par son agent. Ce n'est qu'en 2022 que cette question d'interprétation multiple de l'article 3 ci-dessus décliné, a été réglée par la chambre administrative de la Cour suprême[25], qui a effectivement tranché en faveur du juge administratif, s'alignant ainsi dans la même logique que le juge français.

De plus, aucun texte juridique en vigueur au Cameroun ne traite spécialement de la responsabilité médicale et hospitalière, de la responsabilité des professionnels de santé, ou encore des modalités de réparation des préjudices subis par les patients. Tout est contenu dans la loi du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs, qui concentre les règles de procédure des juridictions inférieures en matière de contentieux administratif. Les règles de fonds, en l'occurrence celles relatives aux obligations des professionnels et des établissements de santé sont quant à elles éparses, et à rechercher dans des textes variés tels que le code de déontologie des médecins au Cameroun[26], les textes spécifiques créateurs des établissements publics de santé, ou encore le code pénal[27].

Par ailleurs, dans son document de mai 2016 intitulé *« Mise en œuvre du projet de la REFORME HOSPITALIERE »*, le Ministère de la Santé Publique a élaboré un bilan des changements apportés à l'état des hôpitaux du Cameroun en vue d'améliorer leur fonctionnement. Ce document fait état de ce que le problème central qui se pose à l'ensemble du système hospitalier camerounais est *« le faible accès des populations aux services et soins de santé de qualité »*. Il s'agit en effet d'une violation criarde des droits des malades, dont la

[24] Article 3 alinéa 1 de la loi n°2006/022 du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs.
[25] CS/CA, arrêt n°196/QD/2022 du 12/10/2022, *Procureur général près le Tribunal administratif du centre C/ Etat du Cameroun (Minsanté) , NOMO Romaric Eugène.*
[26] Décret n°836166 du 12 avril 1983 portant code de déontologie des médecins.
[27] La loi n°2016-07 du 12 juillet 2016 portant code pénal.

responsabilité repose à titre principal sur l'Etat en général, et le service public hospitalier en particulier. En effet, conformément à ce document, le problème résulte de quatre causes majeures que sont *« la gouvernance peu satisfaisante ; l'accès inéquitable des populations aux soins de santé ; la formation initiale dispensée aux personnels de santé et la recherche en santé inadaptée aux besoins du secteur ; et la qualité des soins dispensés peu satisfaisante »*[28]. Tout cela justifie à suffisance le malaise du juge administratif camerounais qui ne saurait trop sévèrement apprécier les actes médicaux mis en cause, du fait de cette responsabilité partagée avec le système de santé dans sa globalité. En d'autres termes, l'appréciation d'un acte médical par le juge au Cameroun, devra tenir compte des moyens dont a disposé le médecin dans la réalisation de son acte, en l'occurrence le plateau technique. La conformité des actes réalisés ne saurait donc uniquement être établie au regard des règles de l'art ou des données acquises par la science à l'époque du fait générateur, mais devra également tenir compte des moyens matériels disponibles. Aussi l'étude analytique de la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun à la lumière des avancées du droit français nécessite que soient préalablement définis le cadre et l'intérêt du sujet (I), l'objet d'étude (II), mais aussi la méthode et les axes du sujet (III).

I- Cadre et intérêt du sujet

La thématique ci-dessus présentée s'inscrit dans un cadre spatio-temporel (A) précis, revêt un double intérêt (C), et se déploie au sein d'un cadre matériel (B) déterminé dont le domaine s'étend dans l'aspect matériel global du droit administratif.

A- Contexte Spatio-Temporel

Situé en Afrique centrale et au Nord de l'Equateur, le Cameroun est un pays de quatre cent soixante-quinze mille six cent cinquante kilomètres carrés (475 650 Km^2) de superficie, avec une démographie de vingt-cinq millions six cent quarante mille neuf cent soixante-cinq (25 640 965) habitants en 2018 selon la Banque Mondiale. Son système de santé s'articule tout d'abord autour de la loi du 4 janvier 1996 portant loi cadre dans le domaine de la santé[29], laquelle fixe le cadre général de l'action de l'Etat dans ce domaine, notamment à travers la politique nationale de la santé. Cette dernière a pour objectif *« l'amélioration de l'état des populations grâce à l'accroissement de l'accessibilité aux soins intégrés et de qualité pour*

[28] Ministère de la Santé Publique du Cameroun, *Mise en œuvre du projet de la REFORME HOSPITALIERE,* 2016, p.3.
[29] Loi n°96/03 du 4 janvier 1996 portant loi cadre dans le domaine de la santé.

l'ensemble de la population et avec la pleine participation des communautés à la gestion et au financement des activités de santé »[30]. Par ces dispositions, l'Etat du Cameroun met un point d'honneur sur la participation des populations aux activités de santé, en faisant du bien-être de l'usager la finalité du service public hospitalier. Ainsi, afin d'apporter une réponse adéquate aux manquements et aux insuffisances du système de santé hospitalier camerounais, des projets de textes d'application de la loi cadre de 1996 sont en cours d'élaboration. Ceux-ci visent en l'occurrence à *« (i) garantir de façon explicite les droits des patients et des usagers du système de santé en général et du système hospitalier en particulier ; - (ii) déterminer les obligations légales des établissements de soins publics et privés, des personnels de santé, en ce qui concerne la prise en charge des urgences, la sécurité et la qualité des soins et services de santé ; »*[31]. Ces textes permettront d'emboiter le pas vers la concrétisation de la démocratie sanitaire, qui représente un support solide sur lequel s'appuie le juge administratif en matière de responsabilité du service public hospitalier.

Ensuite, le système de santé camerounais s'organise autour du Ministère de la Santé Publique, dont l'organisation est fixée par le décret du 3 avril 2013[32], lequel dispose en son article 1er alinéa 2 que *« Le Ministère de la Santé Publique est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de santé publique »*[33]. Il est à ce titre, l'organe de tutelle des formations sanitaires publiques ou établissements publics de santé. Le Cameroun comptait en 2015 *« pas moins de 2 387 »*[34] formations sanitaires publiques, au nombre desquels sept hôpitaux généraux de première catégorie, huit hôpitaux centraux de deuxième catégorie, quatorze hôpitaux régionaux de troisième catégorie, cent quarante-trois hôpitaux de districts de quatrième catégorie, deux cent quarante-trois centres médicaux d'arrondissement de cinquième catégorie et mille neuf cent quatre-vingt et un centres de santé intégrés de sixième catégorie.

Enfin, le système de santé s'organise en trois niveaux, notamment le niveau central constitué des Hôpitaux Généraux, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux Centraux et assimilés, Centre National d'Approvisionnement en Médicaments et consommables Médicaux Essentiels (CENAME), CPC, Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie

[30] Article 2 de la loi n°96/03 du 4 janvier 1996 portant loi cadre dans le domaine de la santé.
[31] Ministère de la Santé Publique du Cameroun, *Mise en œuvre du projet de la REFORME HOSPITALIERE,* 2016, p.11.
[32] Décret n°2013/093 du 3 avril 2013 portant organisation du ministère de la santé publique.
[33] Article 1er alinéa 2 du décret n°2013/093 du 03 Avril 2013 portant organisation du ministère de la Santé Publique.
[34] Ministère de la Santé Publique, *op.cit.,* p.2.

Endoscopique et de Reproduction Humaine (CHRACERH), Laboratoire National de Contrôle de qualité des Médicaments et d'Expertise (LANCOME), Centre International de Recherche Chantal Biya (CIRCB), et Observatoire National de la Santé Publique (ONSP). Le niveau intermédiaire quant à lui est constitué des Hôpitaux régionaux et assimilés, et Centres d'Approvisionnement Pharmaceutique Régionaux (CAPR). S'agissant du niveau périphérique, il comprend les Hôpitaux de District, Cliniques, Centre Médical d'Approvisionnement (CMA), Centre de Santé Intégré (CSI), et Cabinet de soins.

Le secteur de santé quant-à-lui est structuré autour de trois sous-secteurs que sont le sous-secteur public, le sous-secteur privé et le sous-secteur traditionnel. Concernant le sous-secteur public, il comprend toutes les structures sanitaires publiques qui composent les trois niveaux du système sanitaire précédemment cités, ainsi que les structures sanitaires sous tutelle d'autres départements ministériels. En ce qui concerne le sous-secteur privé, il regroupe les structures sanitaires privées[35] à but lucratif ou non. S'agissant du sous-secteur traditionnel, son intégration fait l'objet de nombreuses initiatives telles que la promotion de la médecine traditionnelle par l'Etat, au travers de la création d'un service en charge de la médecine traditionnelle dans l'organigramme du Ministère de la Santé[36], l'élaboration d'un plan stratégique de développement de la médecine traditionnelle et l'incitation des tradipraticiens à se constituer en Associations.

La délimitation spatiale du sujet d'analyse, objet de notre étude, est le Cameroun ; et ce pour des raisons aussi simples que variées. En effet, à la différence du service public hospitalier français qui, de concert avec le service public étatique et le service public territorial, constituent les démembrements du service public en France, le service public hospitalier camerounais est dévolue à l'action du ministère de la Santé Publique, des établissements publics de santé, ainsi que des établissements privés et traditionnels, tel que le précise la structuration en sous-secteur du ministère de la santé publique susmentionnée. Il est néanmoins très peu développé dans son aspect réglementaire, en ce sens que le droit de la santé en général et le droit de la responsabilité du service public hospitalier en particulier, sont l'objet de très peu de textes spécifiques, et de très peu d'articles dans les textes de loi généraux.

La doctrine s'est davantage appesantie sur le « droit à la santé », appréhendé comme *« le droit de bénéficier de la diversité des biens, des infrastructures, des services et des*

[35] Centres de santé, hôpitaux, cliniques, institutions pharmaceutiques, etc.
[36] Décret n°2002/209 du 19 août 2002 portant réorganisation du ministère de la Santé.

conditions nécessaires à sa réalisation »[37] *;* tout en précisant qu'il s'agit du *« droit de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'il est possible d'atteindre, et non comme un droit inconditionnel à être en bonne santé »*[38]. La mise en œuvre de ce droit au Cameroun a ainsi fait l'objet d'une thèse de doctorat en 2019, qui a consisté à évaluer la capacité des mesures législatives et administratives prises au plan national, ainsi que *« celle des institutions qui les mettent en œuvre, à garantir efficacement le droit à la santé »*[39]. De plus, même dans le cadre d'une analyse dont l'intitulé fait référence au droit de la santé, l'on constate tout de même que les développements sont axés dans leur intégralité sur le droit à la santé. Il s'agit de l'article intitulé *« réflexions sur les fondements normatifs du droit de la santé dans l'ordre juridique camerounais »,* qui en réalité traite du droit à la santé et justifie cela par l'existence en contexte camerounais, d'*« un cadre normatif diversifié de par son contenu, mais insuffisamment élaboré pour permettre l'émergence d'un droit de la santé »*[40]. Ainsi, bien que n'étant pas mise en évidence de façon explicite, l'obligation qui pèse sur le médecin dans la qualité des soins à fournir au patient est une obligation de moyens et non de résultats, qui consiste à lui *« assurer aussitôt tous les soins médicaux en son pouvoir et désirables en la circonstance, personnellement ou avec l'aide de tiers qualifiés »*[41]. Cette obligation ne saurait tout de même ignorer le droit au consentement du patient[42], et ce même lorsqu'il consiste à un arrêt de soins contraire à l'avis médical.

Toutefois, l'on observe un effort de production écrite en droit de la santé, qui ne saurait être déconsidéré. Cet effort est davantage appréciable en ce qu'il est fourni aussi bien par les juristes, que par les médecins eux-mêmes. L'un de ces derniers, s'éloignant de la culture du paternalisme médical[43] d'antan, décide de faire la lumière sur les bases déontologiques des droits des malades[44] au Cameroun. Il affirme à cet effet que le malade *« doit connaitre ses droits*

---

[37] EDIMO F., « Regard sceptique sur le droit à la santé au Cameroun » In *Juridical Tribune,* vol.3, Issue.2, 2013, p.67.
[38] *Ibid.* p.67.
[39] FOE NDI C., *La mise en œuvre du droit à la santé au Cameroun,* thèse de droit, Université d'Avignon, 2019, p.vi.
[40] ZOGO NKADA S. P., « Réflexions sur les fondements normatifs du droit de la santé dans l'ordre juridique camerounais », in https://dergipark.org.tr , p.191.
[41] Article 22 du décret n°83-166 du 12 avril 1983 portant Code de Déontologie des médecins.
[42] N'DA A. C., « La protection du droit au consentement du malade : état des lieux, enjeux et perspectives pour le droit médical camerounais », Bulletin d'information du Centre de recherche A Priori (CRAP) N° 7, Mai 2018, p. 6.
[43] *« Le paternalisme médical » est ce modèle informatif, cette théorie qui considère qu'au nom de la mission du médecin, le consentement du malade n'est pas une donnée médicalement pertinente et ne doit pas, à cet égard, être considéré comme norme de référence de la décision ».* JAUNAIT A., « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin - patient », CAIRN.INFO 2003/3 no 11, p. 61.
[44] FOKA TAFFO F., « Les droits des malades au Cameroun : un doux rêve », Éditorial Bulletin d'information du Centre de recherche A Priori (CRAP) N° 7 – Mai 2018, p. 3

et exiger qu'ils soient respectés. Il ne doit cependant être ni totalement ignorant et se comporter comme une vache qu'on amène à l'abattoir, ni un omniscient qui doit tout imposer »[45]. De même, le droit de la santé a été mis au premier plan par le biais d'un article consacré au juge et aux erreurs médicales au Cameroun. Celui-ci présente un office du juge en pleine construction, tant dans le domaine de la santé publique en général, que dans celui de la responsabilité médicale et hospitalière. À l'épreuve des faits, l'auteur relève *« la rareté de la saisine du juge camerounais pour des erreurs médicales »,* motivée par des clichés et préjugés qui entourent ces erreurs, mais aussi par *« le laxisme des ayants droit des victimes d'erreurs médicales »*[46]. Ces dernières sont susceptibles de mettre en cause[47], selon les cas, la responsabilité des professionnels ou celle des établissements de santé. Toute proportion gardée en période d'urgence, telle que la crise sanitaire liée au Covid-19[48], le juge effectue plutôt un réel contrôle d'opportunité par la prise en compte des circonstances de temps qui ont justifié l'acte thérapeutique en cause.

De plus, l'actualité de ce droit oblige à effectuer un arrêt non négligeable sur son aspect numérique. Définie par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme *« un ensemble d'activités et de composantes ayant recours à des moyens électroniques pour délivrer des informations, des ressources et des services en lien avec la santé »*[49], la santé numérique représente *« la santé de demain »*[50]. Elle met de ce fait en évidence les questions des droits des patients et d'obligations des professionnels de santé, desquels sont susceptibles de dériver la mise en cause de la responsabilité du service public hospitalier. Notamment dans un contexte de sécurisation et de fiabilité des données, qui mettent en exergue les exigences liées au secret médical, et au droit à une information fiable. Et ce d'autant plus l'un des risques forts de la grande utilisation du numérique est la désinformation[51].

Par ailleurs, l'analyse de ce sujet s'inscrit dans une période bien délimitée allant de 1996, date d'entrée en vigueur de la loi cadre dans le domaine de la santé au Cameroun, jusqu'en

---

[45] ELONG NGONO S., « les bases déontologiques des droits des malades au Cameroun », www.journal-ledroit.net 06/03/2024.
[46] TEFOUET SOKENG P. A., « Le juge et les erreurs médicales au Cameroun », in *International Multilingual Journal of science and technology,* vol. 6 Issue 10, octobre 2021, p.4363.
[47] DUVAL-ARNOULD D., « Le médecin confronté au juge civil », Revue LAENNEC n°1/2011, Droit et Santé, p. 8.
[48] NEMEDEU R., « Le Covid-19 et le droit », chron, LE NEMRO, Janvier/Mars 2020, pp. 1-4 ; NOUNAMO KEMOGNE D. et al., Covid-19 et droit au Cameroun, Regards pluriels, Collection Savoirs, éd. LUPEPPO, 2021, 326 p
[49] ESPESSON-VERGEAT B., « L'impact du numérique dans le droit de la santé », in *Journal de Gestion et d'économie de la santé,* 2022, vol. 40, n°2-3, p.173.
[50] *Ibid.,* p.183.
[51] *Ibidem.*

2024, date présumée d'achèvement de ce travail de recherche. En effet, l'année 1996 se présente comme la borne supérieure de notre réflexion pour au moins deux raisons. D'une part, c'est en cette année qu'a été fixé le cadre général de l'action de l'Etat dans le domaine de la santé au Cameroun ; lequel décline les objectifs à atteindre, mais également les principes qui soutiennent l'action étatique en la matière. D'autre part, c'est à la suite de cette date que le premier Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) a été élaboré. Celui-ci a révélé *« plusieurs dysfonctionnements structurels et organisationnels dans le fonctionnement des hôpitaux, ce qui a conduit à l'élaboration d'une réforme hospitalière amorcée en 2001*[52] *pour adresser cette problématique sanitaire prioritaire »*[53]. Cette réforme hospitalière vise prioritairement à améliorer le fonctionnement du service public hospitalier, dont la responsabilité, pour être rigoureusement mise en cause, doit se départir des déficits logistiques et matériels liés à la précarité des hôpitaux publics et autres établissements de santé. Cette responsabilité pourrait de ce fait être engagée sur le fondement de la conformité ou non des comportements des équipes médicales aux règles de l'art et aux données acquises de la science, exclusion faite des contingences relatives aux moyens dont dispose les établissements de santé.

B- Délimitation Matérielle

Le sujet de *« la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun : étude analytique à la lumière des avancées du droit français »,* est révélateur du domaine matériel dans lequel il s'inscrit. En effet, le service public mis en exergue dans cet intitulé, est un élément de l'activité matérielle de l'administration, qui à son tour, obéit aux règles du droit administratif.

Le droit administratif, délimitation matérielle de notre sujet d'analyse, désigne l'ensemble des règles juridiques relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'administration. Il se caractérise par sa dualité définitionnelle qui met d'un côté la conception de « l'école de la puissance publique » de Maurice Hauriou, et de l'autre, celle de « l'école du service public » de Léon Duguit. Selon cette dernière, le droit administratif s'appréhende par *«la finalité extraordinaire de l'action administrative : le service public »*[54] *;* qui consiste en la poursuite de l'intérêt général. La notion de service public est donc régie par les règles de droit administratif, qui *« sont présentées comme spécialement conçues en fonction des nécessités*

[52] Au travers de l'élaboration de la 1ère Stratégie Sectorielle de la Santé qui a couvert la période allant de 2001 à 2015.
[53] Ministère de la Santé Publique, *op.cit.,* p.1.
[54] SEILLER B., *Droit administratif, t. 2 L'action administrative,* Coll. Champs-université, Ed. Flammarion, 2018, p.34.

propres des services publics »[55]. C'est ainsi que les spécificités du domaine de la santé confèrent un caractère spécial au service public hospitalier. Aussi convient – il de relever qu'est exclu du champ d'étude, l'Etat agissant par le biais du ministère de la santé publique dans des missions sans incidence sur l'activité du milieu hospitalier, à l'instar de la passation des marchés publics, ou encore du recrutement du personnel médical et paramédical.

De même, le droit administratif encadre les activités juridiques[56] et matérielles[57] de l'administration, tout en garantissant le principe de sa soumission au droit, de sorte que sa responsabilité est susceptible d'être mise en cause à l'occasion de la réalisation de ses missions de service public hospitalier. Cette responsabilité obéit aux règles classiques telles que décrites par le droit de la responsabilité administrative, tout en prenant en compte les spécificités du domaine médical et hospitalier. En ce qui concerne les règles classiques, elles traduisent *« la définition de la responsabilité administrative (…) appliquée par le juge administratif selon les règles qu'il a lui-même posées »*[58], et renvoient de ce fait aux exigences du régime de la faute et de l'absence de faute, à l'existence d'un préjudice et d'un lien de causalité entre celui-ci et le fait générateur, mais également aux modalités de réparation du préjudice causé. S'agissant des spécificités du domaine médical et hospitalier, l'on distingue entre autres la notion de *« faute présumée »*[59], faute prouvée, la responsabilité sans faute pour risques connus et inconnus, les infections nosocomiales et les affections iatrogènes, la règle de la raison proportionnée, la prise en charge de l'urgence, l'erreur médicale, l'accident médical fautif et non fautif, les fautes de maladresse, les fautes de technique médicale, les fautes d'humanisme ou déontologiques, la perte de chance, l'aléa thérapeutique. La nécessaire prise en compte de ces particularités du service public hospitalier constitue tout l'intérêt du sujet.

[55] ROUAULT M.-C., *Droit administratif,* 16e ed., Coll. Mementos, Gualino, Ed. Lextenso, 2020, p.167.

[56] Les activités juridiques de l'administration renvoient à son pouvoir de prendre des actes administratifs unilatéraux.

[57] Les activités matérielles quant à elles renvoient aux activités du service public et aux activités de police administrative.

[58] DEGUERGUE M., « Regard sur les transformations de la responsabilité administrative » *In Revue française d'administration publique*, n°147, 2013, p. 577.

[59] La faute est présumée en cas de vaccinations obligatoires, de contamination par le virus de l'hépatite C, de déficit dans l'organisation et le fonctionnement du service, et à la suite d'une transfusion sanguine.

C- Intérêt Du Sujet

L'étude analytique de la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun est d'une importance particulière pour diverses raisons. Au plan théorique, elle permet de répertorier les textes juridiques variés qui régissent le domaine de la santé, tout en identifiant les droits des patients et les obligations des professionnels et établissements de santé. Aussi, permet-elle de retracer la procédure qui entoure la responsabilité du service public hospitalier du fait générateur à la réparation, mais également d'apprécier et de qualifier l'état de la « démocratie sanitaire » au Cameroun.

Au plan pratique, l'étude de la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun contribuera à fournir au juge administratif des bases juridiques solides pour l'élaboration des décisions propres aux spécificités médicales ; tout en le guidant quant à l'appréhension de certaines problématiques médicales et hospitalières ayant déjà fait l'objet de précisions par le juge français[60]. De plus, elle permettrait de susciter l'attention des divers acteurs de la société camerounaise. Tout d'abord, le législateur, pour que des textes soient votés afin d'encadrer les procédures judiciaires en matière de responsabilité du service public hospitalier ; notamment par l'entrée en vigueur des projets de textes d'application de la loi cadre de 1996 relative au domaine de la santé, dont la finalisation est en cours depuis 2016[61]. Ensuite la doctrine qui, par des commentaires constructifs des décisions de justice et des productions écrites, permettrait l'ouverture et l'accessibilité de cet aspect spécialisé du droit administratif encore embryonnaire au Cameroun. Enfin, les professionnels de santé et les responsables des établissements publics de santé, afin de les appeler à plus de rigueur et de minutie dans l'exercice de leurs délicates fonctions, d'apporter ainsi des soins de qualité aux patients, et de consolider la confiance entre

[60] Les problématiques médicales et hospitalières déjà précisées par le juge administratif français sont notamment la notion de faute du praticien (Cass, 1ère civ, du 25 mars 2020, n° 19-16.375 : S'agissant de la responsabilité du praticien, *« sa responsabilité est engagée de plein droit, sans qu'il soit besoin de prouver sa faute, du seul fait de la présence d'une infection nosocomiale en lien avec l'intervention et en l'absence de cause étrangère »*) ; la notion de présomption de faute du praticien (Cass. 1ère civ., 20 mars 2013, n° 12-13.900 : *« L'atteinte, par un chirurgien, à un organe ou une partie du corps du patient que son intervention n'impliquait pas est fautive, en l'absence de preuve, qui lui incombe, d'une anomalie rendant l'atteinte inévitable ou de la survenance d'un risque inhérent à cette intervention qui, ne pouvant être maîtrisé, relèverait de l'aléa thérapeutique »*) ; la notion de l'aléa thérapeutique (CE, 9 avril 1993, n° 69336 : *« Lorsqu'un acte médical nécessaire au diagnostic ou au traitement du malade présente un risque dont l'existence est connue mais dont la réalisation est exceptionnelle et dont aucune raison ne permet de penser que le patient y soit particulièrement exposé, la responsabilité du service hospitalier est engagée si l'exécution de cet acte est la cause directe de dommages sans rapport avec l'état initial du patient comme avec l'évolution prévisible de cet état, et présentant un caractère d'extrême gravité »*) ; la notion de perte de chance (Cass. 1ère civ., 13 juillet 2016, n° 15-18.370 *: « une perte de chance de survie, d'amélioration de l'état de santé ou encore de guérison, correspond, en l'absence de certitude que le dommage ne serait pas survenu, si aucune faute n'avait été commise, à une fraction des différents chefs de préjudice subis, souverainement évaluée par les juges du fond en mesurant la chance perdue »).*

[61] Ministère de la Santé Publique, *op.cit.,* p.11.

le service public hospitalier et ses usagers. Cela étant, il convient de préciser l'objet d'étude de ce sujet

II- Objet De L'étude

Selon Madeleine Grawitz, un objet de recherche si partiel et parcellaire soit-il, ne peut être défini ou construit qu'en fonction d'une problématique permettant de soumettre à une interrogation systématique des aspects de la réalité mis en relation par la question qui est posée[62]. De la sorte, la problématique (C) dont s'agit nécessite que soient préalablement dégagées les précisions terminologiques (A) du sujet et la revue de la littérature (B). Ensuite devront être présentées, les hypothèses (D) de recherche.

A- Précisions Terminologiques

« La définition est un discours qui explique la nature de l'objet défini »[63]. Par cette affirmation, Cicéron souligne la nécessité d'expliquer préalablement les idées dans un travail de démonstration et d'argumentation. Cela justifie à suffisance que l'on s'entende sur la base sémantique de la thématique, objet de notre étude, qui porte sur *« la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun : étude analytique à la lumière des avancées du droit français »*.

LA RESPONSABILITE

Dérivée du verbe latin *respondare* qui signifie se porter garant, répondre de, et apparentée à *sponsio* qui renvoie à engagement solennel, promesse ; la responsabilité désigne selon le *Dictionnaire Larousse 2009,* l'obligation de répondre à ses actes. Bien que ce troisième sens cadre avec le sujet, il demeure tout de même incomplet et imprécis car le sens donné au mot responsabilité dans ce contexte, exclue l'obligation de répondre à une catégorie d'acte.

Selon le *Vocabulaire Juridique*[64]*,* la responsabilité est l'obligation de répondre d'un dommage devant la justice et d'en assumer les conséquences civiles, pénales, disciplinaires, etc. (soit envers la victime, soit envers la société, etc.). Cette appréhension est davantage précise que la première, en ce qu'elle circonscrit l'obligation de répondre de ses actes dans la sphère

[62] GRAWITZ M., *Méthodes des sciences sociales,* Dalloz, Paris, 1998, p. 376.
[63] CICERON, *Les Topiques :* www.mediterranees.net/art_antique/ciceron/topiques.html, 28/03/2022.
[64] CORNU G., Association Henri CAPITANT, *Vocabulaire juridique*, 10ème éd., Paris, PUF, coll. Quadrige – Dicos Poche, 2014, p.916.

judiciaire. Toutefois, les conséquences qu'elle énumère ne cadrent pas avec le type de responsabilité mise en œuvre dans le contexte de notre sujet d'analyse.

Dans le *Lexique des termes juridiques*[65], le vocable responsabilité désigne l'obligation de réparer le préjudice résultant soit de l'inexécution d'un contrat, soit de la violation du devoir général de ne causer aucun dommage à autrui. Ce document pousse ses explications plus loin, en énumérant les types de responsabilité au rang desquels la responsabilité de la personne publique. Celle-ci renvoie à l'engagement de la responsabilité des personnes morales de droit public à l'égard des particuliers ou des collectivités publiques soit pour faute, soit sans faute. Cette conception de la responsabilité a le mérite d'être plus claire et précise, en ce qu'elle spécifie le type de responsabilité. Aussi, à la différence de la responsabilité civile fondée sur l'article 1382 du Code Civil de 1804[66], la responsabilité dont il s'agit dans le cadre de cette analyse est une responsabilité administrative. Elle a pour fondement le célèbre arrêt *Blanco* rendu en date du 8 Février 1873 par le Tribunal des Conflits qui énonce à cet effet dans l'un de ses considérants que

> *« la responsabilité qui peut incomber à l'Etat, pour les dommages causés aux particuliers par le fait des personnes qu'il emploie dans le service public, ne peut être régie par les principes qui sont établis dans le Code Civil pour les rapports de particuliers à particuliers ; (…) cette responsabilité n'est ni générale, ni absolue (…) elle a ses règles spéciales qui varient suivant les besoins du service et la nécessité de concilier les droits de l'Etat avec les droits privés »*[67].

Ainsi, s'il est avéré que la mise en œuvre de la responsabilité du service public hospitalier obéit au régime de la faute et de l'absence de faute, du lien de causalité et des modalités classiques de réparation, celle-ci présente tout de même des spécificités. Dans ce contexte, la responsabilité administrative se présente ainsi comme *« une activité médicale hospitalière dans le cadre d'un exercice salarial. Le lien entre les deux acteurs de la relation médicale n'est plus le même : il est régi cette fois par le droit public. Le médecin devient « l'agent de l'administration », et le patient est « usager du service public ». »*[68]. Cette responsabilité est donc fondée sur le principe de la faute et de l'obligation de moyens, qui trouve diverses exceptions en matière hospitalière en France. C'est le cas de la responsabilité des professionnels de santé, des établissements, services ou organismes de soins pour défaut d'un

---

[65] GUILLIEN R. et VINCENT J., *Lexique de termes juridiques,* Paris, Dalloz, 1988, p.402.

[66] L'article 1382 du code civil de 1804 dispose que *« Tout fait quelconque de l'Homme qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer ».*

[67] Extrait de l'arrêt Blanco du 8 Février 1873.

[68] BERNARD M., *160 questions en responsabilité médicale, Aspects pratiques et fondamentaux,* 2e éd., Elsevier MASSON, 2010, p.10.

produit de santé, dont l'existence d'une faute n'est pas nécessaire[69]. Toutefois, cette responsabilité peut être engagée sur le fondement de l'absence de faute. L'idée qui sous-tend la responsabilité sans faute est *« qu'il serait choquant de refuser, sous le prétexte de l'absence de faute, toute indemnité à des personnes victimes d'un risque en particulier ou au détriment desquelles l'égalité devant les charges publiques a été rompue dans l'intérêt général »*[70]. C'est ainsi qu'une indemnité est accordée à toute personne victime des dommages liés à la recherche biomédicale au risque dû à l'utilisation de certains procédés médicaux, ou de produits sanguins fournis par les centres de transfusion notamment.

SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Le service public est une notion composée du vocable service, et de l'adjectif public. Dérivés du Latin, *officium* et *publicus* renvoient respectivement à office et à l'Etat, à l'intérêt public. Etymologiquement, le service public désigne toute activité d'intérêt général exercée par l'Etat. Cette conception a pendant longtemps fait de cette notion, le critère de définition du droit administratif, et donc de la compétence du juge administratif.

Cette fonction du service public disparaît avec l'apparition des services publics industriels et commerciaux[71] et la participation des personnes privées à la gestion des activités d'intérêt général. Il peut donc se définir comme une *« activité d'intérêt général prise en charge- directement ou non- par une personne publique et soumise, à des degrés divers, à un régime juridique spécifique. »*[72].

Le *vocabulaire Juridique*[73] donne une définition plus précise du service public. Selon celui-ci, la notion de service public résulte de la combinaison des deux éléments, que sont l'élément organique qui renvoie à la gestion par une personne publique, et l'élément matériel qui correspond au caractère d'intérêt général de l'activité poursuivie. Ce document distingue ainsi le service public administratif du service public industriel et commercial, tout en

[69] Article L.1141-I du code de la santé publique, aux termes duquel *« hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les (...) établissements (...) ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute »*

[70] WEIL P., POUYAUD D., *droit administratif,* Presses Universitaires de France, Paris, 25e éd., 2017, p.111.

[71] Après la Première Guerre mondiale, les services publics industriels et commerciaux (T.C, 22 janvier 1921, *Société commerciale de l'ouest africain*) et l'association des personnes privées à la gestion des activités d'intérêt général (C.E, 13 mai 1938, *Caisse primaire « Aide et Protection »)* ont relativisé la thèse de Léon Duguit, selon laquelle la reconnaissance d'un service public implique l'application du droit administratif et la compétence du juge administratif. Car les services publics industriels et commerciaux sont soumis à l'empire du droit privé, mais également la participation des personnes privées fonde plutôt la compétence du juge judiciaire.

[72] VELLEY S., *Droit administratif,* vuibert droit, Paris, 10 éd., 2013, p.90.

[73] CORNU G., Association Henri CAPITANT, *op.cit.,* p.958.

énumérant les principes qui se rattachent à leur fonctionnement. Il s'agit des principes de continuité, d'adaptabilité, de neutralité et d'égalité. À la différence du service public industriel et commercial, le service public administratif désigne cette catégorie de service dont le régime est essentiellement constitué de règles de droit public. C'est le cas du service public hospitalier.

Le service public hospitalier est une activité d'intérêt général répondant aux besoins de santé de l'ensemble de la population en vue de lui assurer un état de santé satisfaisant. Il est généralement confié à des établissements publics de santé qui désignent des personnes morales de droit public dotées d'une autonomie administrative et financière et placées sous la tutelle de l'Etat, notamment du ministère en charge de la Santé Publique. Comme tout service public, le fonctionnement du service public hospitalier obéit aux lois dites de Louis Rolland que sont les principes d'égalité, de continuité, de mutabilité et de neutralité. De même, il est régi par un ensemble de textes internes dont le non-respect est susceptible d'engager sa responsabilité devant le juge. C'est ainsi qu'en France, le droit de la santé en général et celui de la responsabilité médicale et hospitalière en particulier repose notamment sur le Code de la santé publique, le Code déontologique de 1995, la loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, et les règles jurisprudentielles consacrant la responsabilité médicale et hospitalière. Selon le Code de la Santé français, Ce service public[74] exerce l'ensemble des missions dévolues aux établissements de santé, ainsi que l'aide médicale urgente, dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité. Ainsi envisagé, le code de la santé publique restreint les missions du service public hospitalier aux seules tâches exercées par les établissements publics de Santé. Or, en plus de ces tâches, le contentieux de la responsabilité administrative met à la charge de ce service public *« l'enseignement universitaire et postuniversitaire et la recherche, la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers, la recherche médicale, ontologique et pharmaceutique ; la formation initiale des sages-femmes et du personnel paramédical ; les actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination »*[75]. Cette appréhension est plus globalisante, et résume de façon générale les actions menées dans le domaine de la santé et prévues dans la politique nationale.

L'insertion de la notion de service public hospitalier dans la législation française a été pour le moins mitigée. D'abord consacré par la loi du 31 décembre 1970 portant réforme

[74] Article L.6112-2 du Code de la Santé Publique (français), p.780.
[75] DE LAUBADERE A. et VENEZIA J.-C., *Traité de Droit Administratif,* LGDJ, 6e édit., 1997, p. 264.

hospitalière[76], le service public hospitalier a fait l'objet *« des allers-retours législatifs, consacré, évincé, renaissant et, d'autre part, son contenu a été redéfini à plusieurs reprises »*[77]. Il a de nouveau été consacré par la loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé[78] qui, tout en constituant sa base légale, lui a attribué une consistance qui tient aussi bien à l'accomplissement de ses missions spécifiques, *« qu'aux obligations qu'il se doit de respecter »*[79].

Au Cameroun, le droit de la santé est irrigué par la loi du 4 Janvier 1996 portant loi cadre dans le domaine de la santé[80], la loi du 12 Avril 1983 portant Code de déontologie des Médecins[81], la loi du 10 Août 1990 relative à l'exercice et à l'organisation de la profession de médecin[82], la loi du 12 Juillet 2017 portant statut général des établissements publics[83], et le décret du 3 juillet 2001 portant statut particulier des fonctionnaires des corps de la Santé Publique[84]. Ces textes juridiques camerounais se caractérisent par leurs caractères général et imprécis en matière de responsabilité du service public hospitalier.

Le service public hospitalier au Cameroun est assuré par les établissements publics de santé placés sous la tutelle du ministère de la Santé Publique, par des formations sanitaires publiques liées audit ministère par un lien hiérarchique, ainsi que par des hôpitaux publics rattachés à d'autres ministères[85]. Ainsi, le ministère de la santé publique, administration prioritairement dépositaire de ce service public, est notamment chargé d'assurer l'organisation et le développement des formations sanitaires publiques ; d'assurer le contrôle technique des formations sanitaires privées ; de veiller à l'extension de la couverture sanitaire du Territoire ; de veiller au développement des actions de prévention et de lutte contre les épidémies et les pandémies ; de la médecine préventive ; de veiller à la qualité des soins et à l'amélioration du

[76] Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
[77] RENAUDIE O., « la dimension idéologique du service public hospitalier », in *RDSS,* n°4, Juillet-Août 2017, p.618.
[78] Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
[79] VIOUJAS V., « Les obligations du service public hospitalier : quelles spécificités ? », in *RDSS,* n°4, Juillet-Août 2017, p.644 ; APOLLIS B., La nouvelle définition du service public hospitalier, *Cah. fonct. publ*. n° 369, 2016. 29 ; BOUSSARD S., Les vicissitudes du service public hospitalier, *RFDA* 2016. 565 ; CRISTOL D., Les habits neufs du service public hospitalier, *RDSS* 2016. 643 ; VIOUJAS V., La résurrection du service public hospitalier, *AJDA* 2016. 1272.
[80] Loi n°96/03 du 4 Janvier 1996 portant loi cadre dans le domaine de la santé.
[81] Loi n°83-166 du 12 Avril 1983 portant Code de déontologie des Médecins.
[82] Loi n°90-36 du 10 Août 1990 relative à l'exercice et à l'organisation de la profession de médecin.
[83] Loi n°2017/010 du 12 Juillet 2017 portant statut général des établissements publics.
[84] Décret n°2001/145 du 3 juillet 2001 portant statut particulier des fonctionnaires des corps de la Santé Publique.
[85] Pami les hôpitaux rattachés à d'autres ministères, l'on peut citer l'hôpital militaire qui dépend du ministère en charge de la défense, l'hôpital de la Caisse nationale de prévoyance sociale qui est rattaché au ministère du travail et de la sécurité sociale.

plateau technique des formations sanitaires publiques et privées ; d'assurer la promotion des infrastructures sanitaires en liaison avec Administrations concernées ; d'assurer la coopération médicale et sanitaire internationale en liaison avec le Ministère des Relations Extérieures ; du suivi des activités des organismes et comités techniques spécialisés relevant de son secteur de compétence ; du suivi de la médecine sportive et de la médecine du travail, en liaison avec les administrations concernées ; d'assurer le suivi du développement de la médecine traditionnelle, en liaison avec le Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation ; de concourir à la formation des médecins, pharmaciens et personnels paramédicaux, ainsi qu'à leur recyclage permanent ; du contrôle de l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien et médico-sanitaire et assure la tutelle des ordres professionnels correspondants ; du suivi des activités relevant de son domaine de compétence du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapés Cardinal Paul Emile Leger, en liaison avec le Ministère des Affaires Sociales[86]. Ainsi convient-il de relever que le service public hospitalier au Cameroun est grandement impacté par l'action du ministère qui en a prioritairement la charge ; de sorte qu'en cas de défaillance, les causes devraient être mises à la charge du ministère de la santé publique et de l'établissement public hospitalier directement fautif. Quid des avancées ?

LES AVANCÉES

Selon le dictionnaire *Larousse,* le vocable « *avancée* » désigne une progression, une marche en avant. C'est le sens utilisé dans le cadre de ce travail d'analyse, car les avancées du droit français renvoient aux progrès de ce droit en matière de responsabilité du service public hospitalier par rapport à l'état actuel du droit camerounais. C'est ainsi qu'en plus de la précision des notions au travers des jurisprudences par le juge administratif, le législateur français a, par le biais de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, réaffirmé et précisé les droits fondamentaux des malades, créée une procédure non contentieuse devant des commissions de conciliation et d'indemnisation, harmonisé certaines règles de fond[87] ; mais surtout, mis en place un mécanisme de réparation des conséquences des risques sanitaires, permettant la prise en charge de certains accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales au titre de la solidarité nationale.

[86] Article 1er du décret n°2013/093 du 03 Avril 2013 portant organisation du ministère de la Santé Publique.
[87] L'information sur les accidents médicaux, règles de prescription

Ces avancées représentent des repères dans ce travail d'analyse, car les éléments ci-dessus déclinés constituent les fondamentaux pour la mise en jeu de la responsabilité du service public hospitalier et la réparation des préjudices causés. A ces avancées textuelles et jurisprudentielles, se joignent diverses contributions doctrinales.

B- Revue De Littérature

Le choix de la technique documentaire se justifie selon Madeleine Grawitz, en ce *« qu'elle permet au chercheur d'analyser les réalités se trouvant dans les documents afin de compléter ce que l'on trouve sur le terrain »*[88]. Ce choix permet également de percevoir l'évolution de la doctrine sur une matière précise, afin de savoir ce qui a déjà fait l'objet de démonstration, et de s'en inspirer pour combler le vide crée par des situations factuelles précises.

Ce faisant, il convient de relever que plusieurs auteurs ont écrit en droit de la santé en général, et précisément sur la question de la responsabilité médicale et hospitalière. Cette dernière est par ailleurs à l'origine de plusieurs décisions de justice, qui ont permis d'aboutir à sa consécration légale par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Aussi, dans cette responsabilité vague et générique, d'aucuns se sont appesantis sur le cas spécifique du service public hospitalier.

C'est ainsi que dans son ouvrage intitulé *Pratique de la responsabilité hospitalière publique. Les responsabilités dans les établissements publics hospitaliers,* publié en 2000 aux éditions l'Harmattan, Jean-Jacques Thouroude dédie une grande partie de son œuvre à la définition de la responsabilité hospitalière publique. L'auteur va bien plus loin en consacrant le chapitre premier de la première partie, aux différents types de responsabilité hospitalière publique. Il recense à cet effet quatre types de responsabilité que sont la responsabilité pénale, la responsabilité civile, la responsabilité disciplinaire et la responsabilité administrative.

De même, ce serait commettre un crime de lèse-majesté, que de ne pas citer dans cette revue de la littérature, l'ouvrage spécifique, et même spécialisé de Christine Maugüe et Jean-Philippe Thiellay, paru en 2010, édité à L.G.D.J et intitulé *La responsabilité du service public hospitalier.* Dans leur ouvrage, les auteurs relèvent la modification profonde qu'a subi le service public hospitalier en France depuis 20 ans, tout en mettant un accent sur les évolutions jurisprudentielles, les innovations de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients, les

[88] GRAWITZ M., *Méthodes des sciences sociales,* Paris, Dalloz, 2000, p.118

modes de réparation tel que celui au titre de la solidarité nationale, mais également l'indemnisation des préjudices réparés par le juge administratif. Aussi, dans la 2e édition de cet ouvrage de Christine Maugüe et Laurence Marion, les auteurs abordent des questions éthiques telles que la fin de vie, l'indemnisation du risque de certains produits de santé ou dispositifs médicaux, le développement de l'intelligence artificielle et de la e-santé[89] ; tout en actualisant les références textuelles et jurisprudentielles à jour au 20 juin 2019.

S'agissant notamment de l'intelligence artificielle[90] et de la e-santé, *« elles améliorent le parcours patient, elles permettent une aide à la décision des médecins pour à la fois le diagnostic ou le traitement, elles sont source de précision au travers des robots chirurgiens, elles sont source d'incroyables avancées en recherche médicale (le séquençage du génome par exemple), elles permettent également de mieux accompagner des personnes âgées atteintes de pathologies à domicile »*[91]. À ce titre, ces technologies sont susceptibles d'engager la responsabilité du service public hospitalier sur le terrain des risques liés à la protection des données personnelles, *« sur les biais des algorithmes, leur opacité, les bulles d'enfermement, ou encore les opinions encapsulées par les algorithmes »*[92]. En effet, le régime de responsabilité applicable diffère selon qu'il s'agisse d'une faute de l'IA ou d'une absence de faute. En l'absence de faute de l'intelligence artificielle (IA), la responsabilité du service public hospitalier est sous tendue par le *« principe de garantie humaine du numérique en santé »*[93], qui postule que *« le développement et les recours aux technologies ne puisse pas avoir la mission de remplacer la décision médicale partagée avec le patient, qui reste singulière »*[94]. Tandis qu'en cas de faute de l'IA, la réparation des dommages causés obéit aux règles applicables en matière de responsabilité du fait des produits défectueux. Autrement dit, *« Lorsque l'IA utilisée par un médecin présente un défaut de sécurité, la victime devrait ainsi*

---

[89] L'intelligence artificielle et la e-santé représentent les innovations de la technologie dans le domaine de santé. L'impact de ces technologies dans le secteur de la santé postule l'usage d'objets connectés pour collecter les données d'ordre médical des patients, en vue d'améliorer leurs vies en déterminant une juste proportion du produit de santé adapté à leur degré d'atteinte par la pathologie. De telles actions nécessitent que l'intelligence artificielle et la e-santé soient encadrées par des règles d'éthique que traduisent les principes de justice, d'autonomie, de bienfaisance et de non-malfaisance.

[90] L'intelligence artificielle (IA) désigne *« un système automatisé qui, pour un ensemble donné d'objectifs définis par l'homme, est en mesure d'établir des prévisions, de formuler des recommandations, ou de prendre des décisions influant sur des environnements réels ou virtuels. (…) Les systèmes d'IA sont conçus pour fonctionner à des degrés d'autonomie divers ».* (Recommandation sur l'IA adoptée par le Conseil de l'OCDE le 22 mai 2019).

[91] BALAGUE C., « Technologies numériques, intelligence artificielle et responsabilité », 28èmes Rencontres, Santé Société Georges Canguilhem, *in Euro Cos Humanisme & Santé,* Strasbourg, octobre 2019, p.5.

[92] *Ibidem.*

[93] Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE), avis 129 du 25 sept. 2018 ; rapport d'information J.– L. Touraine sur la révision de la loi relative à la bioéthique, 15 janv. 2019, proposition n° 43 ; projet de loi relatif à la bioéthique, art. 11

[94] Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), Livre blanc préc., recommandation n° 4, p. 57.

avoir la possibilité d'agir contre son producteur[95]*. Une action contre le fournisseur professionnel du produit est prévue, à titre subsidiaire, «si le producteur ne peut être identifié*[96] *»*[97].

De plus, dans son mémoire soutenu le 14 juin 2005 à l'Institut d'Etudes Politiques de Lyon, et intitulé *« La responsabilité Administrative Hospitalière »,* Emile Flinois présente l'origine de la judiciarisation de l'activité hospitalière et son caractère préjudiciable. En effet, l'auteur met en exergue l'évolution prétorienne et législative de la responsabilité médicale et hospitalière, tout en présentant également l'évolution de la relation unissant le praticien à son patient comme l'élément générateur de la judiciarisation de l'activité hospitalière. Par la suite, Emile Flinois présente le caractère préjudiciable de cette dernière au travers de la fragilisation du marché de l'assurance hospitalière et de la déstabilisation des « acteurs » hospitaliers.

A ces quelques auteurs français, seront rajoutés plusieurs autres dont les travaux permettront d'étayer notre analyse, tout en nous inspirant pour une contextualisation des mesures tendant à la perfectibilité du régime de responsabilité du service public hospitalier au Cameroun.

Au Cameroun certains auteurs se sont lancés dans le domaine du droit de la santé, et même du droit de la responsabilité. Tout en mettant un accent sur le volet de la responsabilité soumis à l'empire du droit privé. Ainsi, dans un article intitulé *« Le médecin et son patient : l'obligation de se taire »* publié à la Revue Africaine des Sciences Juridiques de l'Université de Yaoundé II, Alexandre-Dieudonné Tjouen introduit son propos par cette citation du Professeur Portes selon laquelle *« Il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confidence et de confidence sans secret »*[98]. Par cela, l'auteur met un point d'honneur sur l'obligation liée au secret médical qui est en principe inviolable. Il relève de ce fait dans une première partie le fondement de l'obligation de se taire, qu'il qualifie tout d'abord de contractuel, ensuite d'intérêt social d'ordre public. Dans la seconde partie, l'auteur relève la violation de l'obligation de se taire. Une obligation justifiée dans des cas strictement prévus par le droit d'une part, et une obligation punissable assortie de sanctions disciplinaire, civile et

[95] Code civile français, art. 1245.
[96] Code civil français, art. 1245-6.
[97] CAYOL A., « Le développement de l'IA dans le domaine de la santé : une révolution pour le droit de la responsabilité civile ? », in *Droit, Santé et Société,* 2021, n°5, Vol.64, p.24.
[98] Professeur PORTES cité par MEMETEAU G., Agrégé de droit médical, Edit. LITEC, 1986, p.81.

pénale d'autre part. A ces auteurs, s'ajoutent de nombreux autres auxquels nous aurons recours durant notre parcours intellectuel.

De même, dans son mémoire intitulé *« La responsabilité pénale du médecin dans le système pénal camerounais »*[99], René Assoumou présente le domaine de la responsabilité pénale du médecin traitant et la mise en œuvre de la responsabilité pénale du médecin traitant. En effet, il présente tout d'abord les contours fluctuants des conditions, et la diversité des infractions relevant de la responsabilité pénale du médecin traitant. Par la suite, et relativement à la mise en œuvre de cette responsabilité, l'auteur met en exergue les difficultés y relatives tout en mettant un point d'honneur sur la complexité de la procédure de mise en œuvre de la responsabilité du médecin traitant.

De plus, dans la parution du bulletin d'information n°7 du Centre de Recherche *A Posteori* (CRAP) intitulé « La protection des droits des malades au Cameroun »[100], le comité scientifique élabore un ensemble d'articles relatifs au droit des malades et à la responsabilité des professionnels de santé au Cameroun. En effet, les auteurs font un état des lieux, des enjeux et des perspectives pour le droit médical camerounais en matière des droits des malades au Cameroun, tout en présentant la responsabilité pénale et civile des professionnels de santé.

Par ailleurs, son ouvrage intitulé *Droit de la Santé Publique au Cameroun*[101], Francis Ampère Simo Kouam présente la structure du système de santé au Cameroun, ses acteurs et ses actions. En ce qui concerne la présentation de la structure du système de santé camerounais, l'auteur met l'accent sur la politique de santé, le système hospitalier, le système de prévention sanitaire, les prestations de soins et les usagers du système de santé. S'agissant des activités du système de santé camerounais, l'emphase est mise sur l'exercice des professions de santé, le régime juridique des soins, la responsabilité des professions médicales, la responsabilité des paramédicaux et la responsabilité des spécialités médicales contribuant au diagnostic. Francis Ampère Simo Kouam se montre conscient du déficit normatif dans le domaine de la santé au Cameroun, en puisant abondamment dans la jurisprudence et le droit étranger, les éléments susceptibles d'intégrer le droit camerounais.

---

[99] ASSOUMOU R. S. M., *« La responsabilité pénale du médecin traitant dans le système pénal camerounais »,* In Mémoire, Université de Douala, 2016.

[100] Centre de Recherche en Droits de l'Homme, Environnement et Sécurité Humaine A Posteriori, *« La protection des droits des malades au Cameroun »,* Bull. n°7, Mai 2018.

[101] SIMO KOUAM A., *Droit de la santé publique au Cameroun,* éditions West German University Press*,* 2019.

Au regard de ces ouvrages et de ceux mentionnés dans les développements plus haut, il convient de relever qu'il existe un véritable déploiement scientifique et textuel en matière de responsabilité civile et pénale des professionnels de santé. Sont donc pris en compte, les textes camerounais de droit privé tels que le code pénal, le code civil, et le code de procédure pénale, auxquels référence est faite en cas de contentieux nés entre patients et professionnels de santé. Une telle remarque oblige à constater le caractère fragile des développements sur la responsabilité administrative pouvant naître des activités médicale et hospitalière. Cette responsabilité est celle du service public hospitalier, qui se matérialise par la responsabilité des établissements publics de santé, et celle des professionnels de santé en tant que fonctionnaires ou agents publics, du fait de leurs actions ou de leurs inactions au cours de l'exercice de leurs fonctions. Tel est l'essence de notre travail d'analyse, construite autour d'une problématique précise.

C- Problématique

Selon Rayon Quivy et Luc Compenhaudt, la problématique est *« une question de départ par laquelle le chercheur tente d'exprimer le plus exactement possible ce qu'il cherche à savoir, à élucider, à mieux comprendre »*[102]. Ainsi, tout part du constat d'un fait, d'une situation relativement justifiable par les auteurs, et difficile à supporter pour les concernées. Les défaillances des établissements publics de santé et celles des agents du service public hospitalier commises au cours de l'exercice de leurs missions, sont très peu réprimées par le juge camerounais. Cela est dû à une diversité de facteurs, dont les principaux indexés sont l'ignorance par les malades de leurs droits, l'ambiguïté dans la détermination du juge compétent, mais aussi la difficulté de rapporter la preuve de la faute du professionnel ou l'établissement public de santé en cas de dommage. Aussi, est-on justifié à questionner l'efficacité de l'encadrement juridique de la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun. **La mise en cause de cette responsabilité au Cameroun est-elle de nature à garantir la réparation intégrale des préjudices découlant des dommages causés par le service public hospitalier ?** Cette interrogation générale fait écho aux enjeux relatifs aux pesanteurs à l'encadrement juridique qui est fait, à la nécessaire restructuration procédurale et sur le fond, à la conception des modalités de réparation du dommage corporel adaptées au contexte camerounais ; et tout cela dans l'objectif ultime de réelle satisfaction des usagers par

[102] QUIVY R. et COMPENHAUDT L., cité par DEPELTEAU F., *La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats,* Québec, Agymynarquis, 2000 p.11.

le régime juridique applicable à la responsabilité de ce service public de type particulier. Aussi est-on fondé à élaborer des hypothèses relatives de ce questionnement.

D- Hypothèses

Selon MACE, l'hypothèse est *« une réponse anticipée que le chercheur formule, à une question spécifique de recherche »*[103]. Ainsi, pour ce qui est du sujet d'analyse, la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun n'offre qu'une satisfaction précaire, compte tenu de son caractère généraliste et même globaliste de l'appréciation qui est fait du dommage issu de l'acte médical, de la détermination et de l'évaluation des préjudices qui en découlent, et de la réparation des préjudices corporels y relatifs.

En effet, en plus de la non prise en compte des spécificités liées au domaine médical et hospitalier dans la détermination du dommage et l'évaluation du préjudice qui en découle, la réparation faite par le juge camerounais n'est pas de nature à garantir la réalisation du principe de réparation intégrale. Par sa division binaire préjudice matériel et préjudice moral, l'on est contraint à constater la limitation du champ des préjudices indemnisables résultant du dommage corporel. Cet aspect réducteur que le droit camerounais inflige à ce type de préjudices est d'autant plus flagrant, au regard de la « nomenclature Dintilhac »[104] qui distingue en France vingt-sept postes de préjudices corporels indemnisables.

Aussi, la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun se caractérise par une timide production écrite de la doctrine ; un défaut de prise en compte du risque médical par les textes juridiques et lors de leur application par le juge ; et le défaut de rigueur dans le rétablissement de l'égalité entre les parties, du fait de la non-communication du dossier médical par la formation sanitaire mise en cause. Ce faible intérêt de la doctrine est visible par le caractère majoritaire des articles et autres ouvrages des auteurs camerounais axés sur les responsabilités médicales civile et pénale. Pour ce qui est du défaut de prise en compte du risque médical par les textes juridiques, il se justifie par l'appréhension que le droit camerounais fait de l'incertitude médical source de risque, en la mettant systématiquement à la charge du service public hospitalier au titre de la responsabilité sans faute. De plus, l'imprécision des textes sur les conditions d'ouverture d'une action en responsabilité, et surtout l'inexistence d'une réglementation sur la communication du dossier médical, élément de preuve incontournable,

---

[103] MACE cité par DEPELTEAU, *la démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats,* Québec, Agymynarquis, 2000, p.163.

[104] Groupe de travail dirigé par DINTILHAC J.-P., *Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels,* juillet 2005.

rendent l'action en justice dans ce domaine très difficile, voire inaccessible pour le simple usager déjà moralement diminué par le dommage subi. En ce qui concerne l'office du juge camerounais en matière de responsabilité du service public hospitalier, l'abstraction qu'il fait de certaines notions à l'instar de la perte de chance ou encore de l'aléa thérapeutique, de même que sa restriction liée à la classification des préjudices indemnisables en deux catégories, contribue à biaiser considérablement son appréciation du dommage médical et hospitalier, et par ricochet sa capacité à réparer intégralement les préjudices qui en découlent.

Aussi, cet office du juge a, pendant seize longues années, fait face à l'indétermination du juge compétent en matière de responsabilité du service public hospitalier ; les deux juges se déclarant alors compétents à l'occasion des espèces sur le fondement de l'article 3 alinéa 1 de la loi du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs. Ce n'est qu'en 2022, que la chambre administrative de la Cour suprême a tranché, en attribuant au juge judiciaire la compétence en matière de responsabilité du service public hospitalier pour toute faute distincte des dysfonctionnements du service[105] . Cet article 3 alinéa 1 dispose que

> *« Les tribunaux de droit commun connaissent, conformément au droit privé, de toute action ou litige, même s'il met en cause les personnes morales énumérées à l'article 2 (L'Etat, les collectivités publiques territoriales décentralisées et les établissements publics administratifs), la responsabilité desdites personnes morales étant à l'égard des tiers, substituée de plein droit à celle de leurs agents auteurs des dommages causés dans l'exercice même de leurs fonctions ».*

Une telle interprétation par le juge suprême camerounais est révélatrice de la particularité du droit administratif camerounais, qui se distingue sur ce point des fondements classiques du droit administratif, en l'occurrence le principe de séparation des autorités administratives et judiciaires[106].

Ces hypothèses nécessitent pour leur mise en œuvre, une méthode et un plan d'étude.

---

[105] Cour Suprême / Chambre administrative, arrêt n°196/QD/2022 du 12/10/2022, *Procureur Général près le Tribunal administratif du Centre C/ Etat du Cameroun (Minsante)* : *« (…) Qu'ainsi, l'acte de diagnostic ou de soin, en cas d'erreur fautive relève de la responsabilité délictuelle du médecin, sur le fondement des articles 227 et 228 alinéa 2 (c) du code pénal o des articles 1382 et suivants du code civil, l'Etat pouvant être appelé en garantie, tandis que seule la faute de service matérialisée par les dysfonctionnements de l'établissement public de santé met en jeu la responsabilité pécuniaire de l'Etat directement devant la juridiction administrative ; Qu'en se déclarant compétent, comme elle l'a fait, la juridiction administrative de céans a méconnu les dispositions légales applicables ; »*

[106] L'article 13 de la loi des 16-24 août 1790 sur l'organisation judiciaire : *« Les fonctions judiciaires sont distinctes et demeureront toujours séparées des fonctions administratives. Les juges ne pourront, à peine de forfaiture, troubler, de quelque manière que ce soit, les opérations des corps administratifs, ni citer devant eux les administrateurs pour raison de leurs fonctions. » ;* le décret du 16 fructidor an III : *« Défenses itératives sont faites aux tribunaux de connaître des actes d'administration, de quelque espèce qu'ils soient, aux peines de droit. ».*

III- Méthode Et Plan D'étude

La méthode (A) et le plan d'étude (B) sont les éléments indispensables pour cerner les contours d'un sujet d'analyse. Elles constituent la démarche à adopter pour mener à bien et de façon logique une réflexion scientifique.

A- Méthode

De par son origine latine *methodus* qui signifie route, chemin ; la méthode renvoie à

> *« un ensemble de démarches ou de procédés intellectuels plus ou moins complexe qui permettent de parvenir à une fin, un résultat, un objectif déterminé »*[107]. Elle désigne également *« l'ensemble des opérations intellectuelles par les lesquelles une discipline cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit, les démontre et les vérifie. C'est donc toute tentative d'explication rattachée à une théorie appliquée à la réalité »*[108]. La méthode se distingue de la technique et de l'approche en ce que ces dernières sont *« des outils mis à la disposition de la recherche et organisés par la méthode dans ce but »*[109].

Dans le cadre de la recherche entreprise, les méthodes juridiques et de droit comparé seront utilisées. En ce qui concerne la méthode juridique, elle regroupe la dogmatique basée sur les règles juridiques et la casuistique dont l'activité juridictionnelle en est le fondement. Cette méthode permettra de s'appuyer sur les différents textes de lois qui traitent des obligations du service public hospitalier et du personnel qu'il emploie, ainsi que les droits des patients ; dont la violation est susceptible de mettre en cause leur responsabilité.

Relativement à la méthode de droit comparé, elle est faite sous la forme générale et universelle en vue de *« rechercher la concordance des courants sociaux nationaux et de servir un mouvement social global, que chaque pays suit avec ses traditions historiques mais dans la perspective d'un développement progressif commun »*[110]. Il s'agit de la doctrine fonctionnelle du droit comparé qui considère que *« l'unité place les ordres juridiques nationaux face à des problèmes identiques qui conduisent à des solutions juridiques communes »*[111]. Aussi, Thierry Rambaud tire de ce postulat trois fonctions du droit comparé, notamment une fonction de connaissance du droit de l'Autre et surtout de la rationalité propre à celui-ci, une fonction instrumentale, et une fonction de rapprochement.

---

[107] Véronique Champeil-Desplats, *Méthodologies du droit et des sciences du droit,* Paris, Dalloz, 2014, P.3
[108] GRAWITZ M., *Méthodes des sciences sociales,* Paris, Dalloz, 2000, p. 351.
[109] GRAWITZ M., *Méthodes des sciences sociales,* Paris, Dalloz, 2001 P.353.
[110] CHAMPEIL-DESPLATS V., *Méthodologies du droit et des sciences du droit,* Paris, Dalloz, 2014, P.213.
[111] RAMBAUD T., *Introduction au droit comparé, Les grandes traditions juridiques dans le monde,* Paris, Presses Universitaires de France, 2017, p.16.

Pour ce qui est d'abord de la fonction de connaissance du droit comparé, elle renvoie à une connaissance de l'information juridique des ordres juridiques nationaux distincts afin de saisir leurs différences. La fonction instrumentale ensuite découle de l'identification, au travers du droit comparé, de « bonne pratiques » résultantes d'une règle particulière au sein d'un ordre juridique national précis, et de leur transposition dans un autre ordre juridique national en vue de régler un problème similaire. S'agissant enfin de la fonction de rapprochement, elle permet une harmonisation des droits à une échelle régionale ou mondiale. Ces fonctions constituant des finalités du droit comparé ainsi déclinées, cadrent si bien avec la méthodologie d'analyse de L,-J. Constantinesco dans son *Traité de droit comparé,* qui définit la méthode comparative par la « règle des trois C » : Connaître, Comprendre, Comparer.

Ainsi convient-il de relever que tout au long des développements effectués dans ce travail d'analyse, la méthode de droit comparé telle que définit et résumé, sera illustrée. Elle permettra de confronter les mécanismes mis en œuvre en France et au Cameroun en matière de responsabilité du service public hospitalier, de relever les démarcations, et de niveler par des propositions le droit camerounais.

B- Plan d'étude

Questionner l'efficacité de la mise en cause de la responsabilité du service public hospitalier en droit camerounais, oblige à effecteur un état des lieux de ce qui est fait, afin de relever les pesanteurs qui contreviendraient à la satisfaction des usagers - victimes au travers de la réparation intégrale des préjudices soufferts. Une telle démarche débouche sur des propositions, à la lumière de ce qui est fait en France.

Ainsi se justifie de ce fait, l'articulation du sujet d'analyse autour de l'encadrement insuffisant la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun (1ère partie), et de l'essai d'une restructuration de l'encadrement de la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun (2ème partie).

PREMIÈRE PARTIE :

L'ENCADREMENT INSUFFISANT DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER AU CAMEROUN

« Jadis, les médecins étaient considérés comme des demi-dieux (…) »[112]. Ces mots de Jean-François Mattei traduisent le fort pouvoir que détenaient ces professionnels de la santé sur les malades, au moyen des décisions qu'ils prenaient en leurs lieu et place, et de l'effet déterminant qu'ils avaient sur l'orientation de leurs actions. Plus encore, ils n'étaient inquiétés de rien, et surtout pas de rendre compte sur quoique ce soit, à qui que ce soit. Aussi, L'emploi du vocable *Jadis* par l'ancien ministre de la santé en France révèle une réalité dépassée, qui laisse place de nos jours à un contexte marqué par une « judiciarisation » accrue des activités médicales et de divers faits imputés au service public hospitalier. En effet, longtemps sacralisé, le pouvoir médical fait face aujourd'hui à une crise de confiance sans précédents suite aux scandales médicaux répétitifs dont l'ampleur, favorisée par leur médiatisation, a motivé le patient à s'informer davantage sur les pratiques médicales et à revendiquer sa participation au choix thérapeutique à lui appliquer. Plus concrètement, la médiatisation de ces cas sociaux a fait tomber en disgrâce le service public hospitalier camerounais, en entraînant un éveil des consciences et une baisse de la tolérance des échecs médicaux. Cette intolérance a érigé le juge, toutes les fois qu'il a été saisi, en censeur des actes médicaux et hospitaliers dommageables fautifs ; et ce au travers du mécanisme de mise en cause de la responsabilité de leurs auteurs. Car, si celle-ci est susceptible d'être engagée dans des situations variées telles que la disparition d'un bébé prématuré de la couveuse d'un hôpital public et le décès d'une jeune femme porteuse d'une grosse gémellaire devant la maternité d'un hôpital public à cause d'une prise en charge tardive[113], elle permet surtout de tirer des leçons et de réglementer le droit de la santé. De ce fait, la médiatisation et la mise en cause de la responsabilité des auteurs des scandales sanitaires ont *in fine* un effet constructeur pour le droit de la santé, en ce que ces scandales *« constituent la matrice de la régulation de ce domaine »*[114]. De plus, ils *« ont aussi été l'occasion, pour le juge administratif, de définir les exigences incombant aux autorités publiques en cette matière »*[115] , notamment dans des pays où le service public hospitalier est en constante réformation à l'instar de France[116].

---

[112] MATTEI J-F, ancien ministre de la santé en France et président de l'Académie Nationale de Médecine (2020), lors d'une conférence prononcée devant l'Académie des Sciences morales et politiques (Institut de France) le 5 décembre 2020 intitulée le « pouvoir médical ».

[113] AFOM F., « Les scandales Vanessa Tchatchou et Monique Koumateke. La constitution d'un espace public oppositionnel en ligne au Cameroun », *Réseaux,* vol.216, n°4, 2019, p.221.

[114] Conclusions de Vincent Villette, rapporteur public, Aff. *Mme K., ministère de la santé c/ M. B.,* 1ère et 4e chambres réunies, 2020, p.1.

[115] *Ibid.,* p.1.

[116] « *L'on peut par exemple songer à l'affaire du Stalinon qui a conduit, en 1959, à un durcissement des contrôles sur les conditions de fabrication des médicaments, à l'affaire du sang contaminé qui a entraîné un renforcement de la veille sanitaire ou encore à l'affaire du Médiator, qui a notamment débouché sur une réglementation relative*

Toutefois, il n'en est pas autant pour le Cameroun, Etat au sein duquel l'on ne saurait garantir l'application des mesures gouvernementales prises en réaction aux scandales sanitaires[117] survenus au sein des hôpitaux publics ; et ce en l'absence d'un mécanisme juridictionnel efficace, ainsi que d'une réglementation spécifique. Néanmoins, si dans le secteur privé, les cliniques et autres médecins en charge des soins effectuent leurs tâches avec davantage de minutie, du fait de la crainte mise en cause de leurs responsabilités pénale et civile devant le juge judiciaire ; le secteur public quant à lui, se caractérise par la présence de sujets de droit qui jouissent de prérogatives de puissance publique, constitutives de freins multiformes à l'engagement de leur responsabilité devant le juge administratif. Ces entraves sont aussi bien d'ordre juridique que sociologique, et se déclinent notamment en l'interdiction d'exercer des mesures coercitives sur les personnes morales de droit public, ou sur des personnes privées exerçant un service public ; la difficile production de preuves ; l'ambiguïté des textes en la matière ; la crainte des usagers d'engager des procédures vis-à-vis de l'administration ; la pauvreté ; l'ignorance des procédures en cas de dommages subis du fait du service public hospitalier. Ce faisant, ces pesanteurs (titre 2) justifient et expliquent les insuffisances de la mise en cause de la responsabilité du service public hospitalier, telle que réceptionnée par le droit camerounais (titre 1).

à la prévention des conflits d'intérêts ». (Conclusions de Vincent Villette, rapporteur public, Aff. *Mme K., ministère de la santé c/ M. B.,* 1ère et 4e chambres réunies, 2020, p.1)

[117] Dans un communiqué adressé aux directeurs généraux des hôpitaux publics dans lequel il fixe des mesures relatives l'accueil, à la prise en charge, à l'accès et sécurité, à la communication, au contrôle et à l'évaluation ; le ministre de la santé au Cameroun initie ses propos en ces termes : *« Depuis quelques semaines notre pays vit une actualité médicale fortement médiatisée suite à des événements malheureux survenus dans certains hôpitaux et conduisant à une forte dégradation de l'image de marque de l'hôpital public et du corps médical .Ce qui a pour conséquence une forte tendance à la perte de confiance des malades pour l'hôpital public qui est dépeint comme un environnement hostile ».* ((e) André Mama Fouda, ancien ministre de la santé du Cameroun, « Formations sanitaires, les directives sur l'accueil des patients », 22 avril 2016, *www.minsante.cm,* 16/10/2022.).

TITRE 1 :
LA RÉCEPTION DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER PAR LE DROIT CAMEROUNAIS

Le service public hospitalier au Cameroun renvoie principalement à l'ensemble des formations sanitaires publiques que sont les hôpitaux généraux, les hôpitaux centraux, les hôpitaux régionaux et assimilés, hôpitaux de district, les Centres médicaux d'arrondissement, les Centre de santé intégrés, et les Centres de soins ambulatoires. En droit camerounais, cette expression est explicitement employée dans le texte portant organisation du ministère de la Santé Publique, pour désigner les hôpitaux centraux en ces termes : *« Les Hôpitaux Centraux sont des services publics hospitaliers qui relèvent de l'autorité directe du Ministère de la Santé Publique »*[118]. Autrement dit, à la différence des autres services publics hospitaliers qui relèvent soit de l'autorité du Délégué régional de la Santé Publique[119], soit de leur personnalité juridique propre[120] ; les hôpitaux centraux dépendent plutôt du ministère de la Santé Publique. Ces précisions sur l'autorité qui est exercée sur ces formations sanitaires publiques, est d'une importance capitale pour la vie de ces entités publiques. En effet, dès leur acte de création, ces hôpitaux publics sont appelés à prendre divers actes juridiques et matériels qui meubleront leur vie juridique. Sur le plan juridique, ils peuvent entre autres procéder à la nomination, le licenciement ou l'affectation de leurs personnels, réglementer leurs organisation et fonctionnement interne, ester en justice directement ou par le biais de la personne morale de droit public dont ils dépendent. Tandis que sur le plan matériel, les formations sanitaires publiques ont pour principale finalité, l'exercice des activités médicales et paramédicales pour le traitement thérapeutique physique et moral des usagers. Ce dernier aspect de leur vie juridique les expose à une pluralité d'actions judiciaires, mettant en cause leur responsabilité directe ou celle des personnes dont elles relèvent.

Ainsi, cette responsabilité fait l'objet d'un aménagement particulier, en ce qu'elle est susceptible d'être engagée aussi bien en droit privé devant le juge judiciaire, qu'en droit public devant le juge administratif. Ce double encadrement juridique constitue la particularité du droit

[118] Article 131 alinéa 1 du décret n°2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du ministère de la Santé Publique.
[119] En vertu de l'article 131 alinéa 2 du décret n°2013/093, les hôpitaux régionaux et assimilés, hôpitaux de district, les Centres médicaux d'arrondissement, les Centre de santé intégrés, et les Centres de soins ambulatoires relèvent de l'autorité du Délégué régional de la Santé Publique.
[120] Aux termes de l'article 130 alinéa 1 du décret n°2013/093, les hôpitaux généraux sont des Etablissements publics administratifs dotés de la personnalité juridique et jouissant de l'autonomie financière.

camerounais en la matière ; qui se distingue en l'occurrence du droit français, qui prévoit que la responsabilité du service public hospitalier est uniquement engagée devant le juge administratif et selon les règles de droit public. Cette dualité de compétences juridictionnelles[121] s'explique par l'organisation des juridictions administratives au Cameroun, qui postule un monisme au sommet et un dualisme à la base. Le monisme matérialisé par une Cour Suprême[122], juridiction suprême, ayant à sa tête un premier président, et étant constituée d'une chambre judiciaire, d'une chambre administrative et d'une chambre des comptes, respectivement compétentes en dernier recours du contentieux judiciaire, administratif et des comptes. Le dualisme à la base quant à lui est relatif aux tribunaux administratifs créés par la loi de 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs[123], et qui connaissent en premier et en dernier ressort d'une grande partie du contentieux administratif. Cette loi de 2006 opère de ce fait une *« répartition de compétences en matière administrative entre le juge judiciaire et le juge administratif, qui combine clause générale de compétence et clause d'attribution »*[124]. Les matières relevant du domaine de compétence du juge administratif ayant été énumérées[125], la loi sur les tribunaux administratifs semble ériger le juge judiciaire en juge de droit commun de l'administration[126] ; faisant par voie de conséquence du juge administratif, le juge d'attribution malgré quelques extensions prétoriennes[127]. Cela étant, la responsabilité du service public hospitalier repose aussi bien sur le code civil de 1804 en vigueur au Cameroun,

[121] KAMTO M., « La fonction administrative contentieuse de la Cour Suprême du Cameroun », CONAC G. et DE GAUDUSSON J. D. B. (dir.), *Les Cours Suprêmes en Afrique,* Paris, Economica, 1988, t.III, p.39.
[122] Loi n°2006/016 du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement de la Cour Suprême.
[123] Loi n°2006/022 du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs.
[124] FOUMENA G. T., « le droit administratif camerounais « postcolonial » en rupture avec le modèle français inspirateur », *Les Annales de droit* [en ligne], 14/2020, p.9, mis en ligne le 01 juin 2021, https//journals.openedition.org/add/1833
[125] ARTICLE 2 (1) Les Tribunaux Administratifs sont des juridictions inférieures en matière de contentieux administratif au sens de l'article 40 de la Constitution.
(2) Les Tribunaux Administratifs connaissent en premier ressort, du contentieux des élections régionales et municipales et en dernier ressort, de l'ensemble du contentieux administratif concernant l'Etat, les collectivités publiques territoriales décentralisées et les établissements publics administratifs, sous réserve des dispositions de l'article 14 (2) de la présente loi.
(3) Le contentieux administratif comprend : a) les recours en annulation pour excès de pouvoir et, en matière non répressive, les recours incidents en appréciation de légalité. Est constitutif d'excès de pouvoir au sens du présent article : - le vice de forme ; - l'incompétence ; - la violation d'une disposition légale ou réglementaire ; - le détournement de pouvoir. b) les actions en indemnisation du préjudice causé par un acte administratif ; c) les litiges concernant les contrats (â l'exception de ceux conclus même implicitement sous L'empire du droit privé) ou les concessions de services publics ; d) les litiges intéressant le domaine public ; e) les litiges intéressant les opérations du maintien de l'ordre.
[126] ARTICLE 3 (1). Les tribunaux de droit commun connaissent, conformément au droit privé, de toute autre action ou litige, même s'il met en cause les personnes morales énumérées à l'article 2 (…) ».
[127] Dans l'affaire Mbedey Norbert du 29 mars 1972, le juge administratif s'est déclaré compétent devant le silence de la loi, alors que l'espèce qui lui était soumise présentait les caractères d'un contentieux judiciaire.

que sur les lois de 2006 régissant les procédures contentieuses en matière administrative ; qui la reconnaissent tant sur le plan théorique (chapitre 1), que sur le plan pratique (chapitre 2).

CHAPITRE 1 :

LA RECONNAISSANCE THÉORIQUE DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER AU CAMEROUN

La responsabilité du service public hospitalier est une responsabilité administrative susceptible d'être engagée en cas de dommage survenu à la suite des activités médicales et paramédicales, exercées au sein des formations sanitaires publiques. Elle englobe ainsi à la fois la responsabilité du fait des actes des professionnels de santé dans l'exercice de leurs fonctions, mais également celle des actes anonymes issus du fonctionnement et de l'organisation du service public hospitalier.

Aussi, l'étude cette responsabilité nécessite que soit préalablement recensés, les outils juridiques à la fois théorique et pratique constitutifs de son fondement en droit camerounais. A ce titre, il importe de relever qu'elle obéit aux règles générales applicables à toute responsabilité administrative, en l'occurrence la reconnaissance juridique (section 1) ; tout en faisant l'objet d'une reconnaissance politique (section 2).

SECTION 1 : LA RECONNAISSANCE JURIDIQUE DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

La responsabilité du service public hospitalier au Cameroun est une responsabilité hybride dont les bases se retrouvent aussi bien en droit privé qu'en droit public. Ainsi, qu'il s'agisse de l'application des règles de droit civil ou celles de droit administratif, l'obligation de réparer le dommage causé par l'administration dans l'exercice des activités d'intérêt général, reste le principe qui fonde cette responsabilité. Le juge saisi s'attèle de ce fait, selon le droit applicable, à justifier en droit sa motivation pour la condamnation de la personne morale de droit public en cause lorsque toutes les conditions sont réunies. De ce fait, cette responsabilité présente à la fois un aspect civil (I) et un aspect administratif (II).

I- La responsabilité civile du service public hospitalier

Cette responsabilité se fonde principalement sur l'article 3 alinéa 1 de la loi du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs, lequel dispose que

> *« (1) Les tribunaux de droit commun connaissent, conformément au droit privé, de toute autre action ou litige, même s'il met en cause les personnes morales énumérées à l'article 2 (l'Etat, les collectivités territoriales décentralisées et les établissements publics administratifs), la responsabilité desdites personnes morales étant à l'égard des tiers, substituée de plein droit à celle de leurs agents auteurs des dommages causés dans l'exercice même de leurs fonctions ».*

Cet article est une intrusion des règles de droit civil en matière administrative, en ce qu'il consacre la soumission du pan entier de la responsabilité des personnes morales de droit public du fait de leurs agents aux règles de droit privé. Il s'agit en réalité d'un renvoi implicite à l'article 1384 du code civil qui dispose qu'*«on est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre (...) »*[128]. Ces dernières dispositions témoignent à suffisance de la responsabilité du fait d'autrui, qui bien que comprenant trois sous-types de responsabilité[129], ne s'applique dans ce cas que pour la responsabilité des maîtres et des commettants.

Ainsi, la personne morale de droit public qu'est l'Etat[130] ou l'établissement public à caractère hospitalier peut, sur le fondement des articles sus énoncés, être déclarée *« civilement responsable »*[131] du fait de son agent auteur du dommage causé. Toutefois, cette responsabilité aux effets certains (B), est subordonnée à des conditions préalables (A).

A- Les conditions préalables à l'engagement de la responsabilité civile du service public hospitalier

La responsabilité civile de l'Etat ou de l'établissement public de santé du fait de ses agents s'inscrit dans le cadre de la responsabilité des commettants du fait de leurs préposés. Cette responsabilité des commettants se fonde sur l'article 1384 du code civil sus cité, et *« ne*

---

[128] Article 1384 du code civil camerounais.

[129] La responsabilité des éducateurs, la responsabilité des parents du fait de leurs enfants, et la responsabilité des maîtres et des commettants.

[130] Dans le cadre du service public hospitalier, la responsabilité de l'Etat peut être engagée par le biais des formations sanitaires publiques dont il a la charge, et qui ne disposent ni de personnalité juridique, ni d'autonomie administrative et financière.

[131] Jugement n°32/CIV/TGI/2013 du 10 Juillet 2013, *NGO LIKOUND Félicité c/ Dr BILONG Serges Clotaire et Etat du Cameroun* (Cour d'appel du centre/ Tribunal de Grande Instance du Nyong et Kelle).

dépend pas seulement de ce qu'ils ont choisi leurs préposés, mais suppose, en outre, qu'ils ont le droit de leur donner des ordres ou des instructions sur la manière de remplir les fonctions auxquelles ils les emploient, autorité sans laquelle il n'y a pas de véritables commettant »[132]. A cet effet, elle est tributaire de l'existence d'un lien de préposition (1), qui induit qu'*« il n'y a pas égalité mais prédominance d'une volonté et d'une initiative sur l'autre »*[133] ; et de l'exigence d'une faute du préposé en rapport avec ses fonctions (2).

1- L'existence d'un lien de préposition

Ce lien traduit le rapport de subordination qui existe entre le commettant et son préposé, et qui justifie que le premier réponde des actions du second. La jurisprudence française l'illustre bien plus clairement dans l'arrêt *Rochas*, lorsque le juge va estimer que

> *« le lien de préposition dont découle la responsabilité mise à la charge des commettants (…) suppose essentiellement que ceux-ci ont le droit de faire action d'autorité en donnant à leurs préposés des ordres ou des instructions sur la manière de remplir, à titre temporaire ou permanent, avec ou sans rémunération, fût-ce en l'absence de tout louage de service, les emplois qui leur ont été confiés pour un temps ou un objet déterminés »*[134].

De cette motivation, il ressort que le lien de préposition est ce pouvoir de direction que le commettant détient sur le préposé, mais aussi ce pouvoir de contrôle qu'il exerce sur son activité. Il ne dépend ni du temps, ni d'une relation juridique, ni d'une fonction ; mais de la simple *« participation du préposé à l'activité du commettant »*[135]. De la sorte, on distingue le lien de préposition de droit, du lien de préposition de fait. Ce dernier est constitué par le simple fait que le commettant exerce sur le préposé un acte d'autorité en lui donnant « *des ordres ou instructions sur la manière de remplir, fût-ce à titre temporaire et sans contrepartie financière, l'emploi confié »*[136]. Un tel lien de préposition peut donc résulter d'une relation de bénévolat, ou même familiale. En ce qui concerne le lien de préposition de droit, il peut être du fait d'un contrat de travail ou du statut de fonctionnaire du préposé ; toute chose qui constitue une preuve irréfragable devant le juge.

C'est ainsi qu'en matière de responsabilité du service public hospitalier, le commettant renvoie à la personne morale de droit public en charge dudit service, et le préposé à l'agent en

---

[132] AMBIALET J., *Responsabilité du fait d'autrui en droit médical,* Thèse de doctorat, université de Paris, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, Paris, 1964, p.17.
[133] *Ibid.,* p.17.
[134] Cour de Cassation, chambre criminelle, 7 novembre 1968, *Arrêt Rochas*, Bulletin criminel Cour de Cassation Chambre criminelle, n°291.
[135] LE TOURNEAU P., « *La responsabilité civile »,* Presses Universitaires de France, 2003, p.94.
[136] Cour de cassation, chambre criminelle, 14 juin 1990, n°88-87. 396, solution constante.

charge des actes de soins[137] ou des actes médicaux[138]. Il existe entre les deux une relation juridique qui est soit un contrat de travail, soit un lien statutaire, selon qu'il s'agisse respectivement d'un agent contractuel ou d'un fonctionnaire. De ce fait, *« l'administration, comme le commettant de son préposé, répond des fautes de son agent commises dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions »*[139]. Cela étant, par le lien de préposition, l'Etat ou l'établissement public à caractère hospitalier sera déclaré civilement responsable du fait du professionnel de santé, toutes les fois que celui-ci aura commis une faute dans l'exercice de ses fonctions. Et ce au sens du postulat selon lequel *« la personne responsable n'est pas engagée directement par ses propres actes, mais indirectement par l'action des êtres en qui sa personne se prolonge, en raison de la maîtrise qu'elle exerce ou doit exercer sur eux, ainsi que de l'emploi qu'elle en fait à ses propres fins »*[140].

2- L'exigence du rattachement de l'acte fautif aux fonctions du préposé

A la suite du lien de préposition, l'autre condition pour que l'Etat ou l'établissement public hospitalier soit déclaré civilement responsable du fait dommageable de son personnel de santé est que celui-ci ait agi dans le cadre de ses fonctions. Ainsi, *« le préposé n'est dans l'exercice de ses fonctions que lorsqu'il agit en vue de remplir la mission qui lui a été confiée, d'atteindre le résultat auquel, de par la décision du commettant, doit tendre son activité »*[141]. Cette condition est le point de distanciation d'avec le lien de préposition existant dans une relation familiale ; en ce que contrairement aux parents qui exercent leur autorité continuellement, le commettant n'exerce son pouvoir de direction et de contrôle sur son préposé

---

[137] Un acte de soins est *« un ensemble cohérent d'actions et de pratiques mises en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne. Il peut se décomposer en tâches définies et limitées, qui peuvent être interdépendantes dans leur réalisation. Dans un même acte de soin, certaines tâches peuvent être réalisées par des professionnels différents ». in* Haute Autorité de Santé « Les nouvelles réformes de coopération entre professionnels de santés, les aspects juridiques », Octobre 2007.

[138] Un acte médical désigne tout *« actes dont la réalisation par des moyens verbaux, écrits, physiques ou instrumentaux est effectué par un membre d'une profession médicale dans le cadre de son exercice et les limites de sa compétence ».* Cette définition est celle de la Commission de terminologie et de néologie pour le domaine de la santé, au cours de la séance du 14 juin 2001. Cette Commission est désormais remplacée par la Commission spécialisée de terminologie et de néologie compétente pour le domaine de la santé et le domaine social, à la suite de l'arrêté du 15 octobre 2004.

[139] Janine Ambialet, *Responsabilité du fait d'autrui en droit médical,* Thèse de doctorat, université de Paris, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, *op. cit.,* p.33.

[140] HUSSON M. L., *Les transformations de la responsabilité. Etude sur la pensée juridique,* Bibliothèque de philosophie contemporaine, P.U.F, 1947, p.382.

[141] FLOUR M., *Rapport de commettant à préposé dans l'article 1384 du Code Civil,* Thèse, Caen, 1933, p.342.

que *« pendant des périodes déterminées et pour l'accomplissement des tâches qui lui sont spécifiquement assignées au titre de son contrat de travail »*[142] ou de ses obligations statutaires.

L'agent fautif doit donc, au moment de la commission de la faute, se trouver dans le lieu de travail, avoir utilisé les moyens mis à sa disposition dans le cadre du travail, et avoir agi pour le compte du commettant et dans le cadre de la tâche à lui confiée. Il se dégage ainsi les critères du moment, du lieu, des moyens utilisés, et de l'intention ayant motivé l'action. Lorsqu'ils sont réunis, ces critères fondent l'irresponsabilité de l'agent, qui bien que reconnu fautif, est exonéré au profit de son commettant déclaré civilement responsable. Le juge camerounais l'a bien si illustré à l'occasion de l'affaire *NGO LIKOUND Félicité C/ Dr BILONG Serges Clotaire et Etat du Cameroun*[143], lorsqu'il motive :

> *«Que le Tribunal dispose d'éléments suffisants d'appréciation, condamne le Dr BILONG Serge Clotaire à lui payer la somme de soixante quinze millions trois cent soixante dix mille neuf cent quatre vingt cinq francs en réparation des préjudices subis ainsi ventilée (…) ;Attendu que le Dr BILONG Serge Clotaire au moment de cette opération chirurgicale échouée, était au service de l'Etat du Cameroun à l'hôpital de District d'Eséka ; qu'en application de l'article 1384 du Code Civil, qu'il échet de mettre ces condamnations pécuniaires à la charge de l'Etat du Cameroun en tant que civilement responsable ; »*

Toutefois, la jurisprudence française estimera à l'occasion de l'arrêt *Costedoat,* que cette immunité du préposé ne le couvre que lorsqu'il *« n'a pas excédé les limites de sa mission »*[144]. Cette réserve du juge induit que toutes les fois que le préposé aura agi au-delà des limites de ses fonctions, sa responsabilité personnelle sera engagée en général sur le plan pénal. Quoi qu'il en soit, la responsabilité civile du service public hospitalier produit des effets pour la personne qu'elle oblige.

B- Les effets de la responsabilité civile du service public hospitalier

Cette responsabilité indirecte du fait du lien existant entre le civilement responsable et l'acte fautif, présente des effets (1) limités (2) à l'égard du commettant qu'est l'Etat ou l'établissement public de santé.

---

[142] BAMDE A., « la responsabilité des commettants du fait de leurs préposés », *Droit de la responsabilité, Droit des obligations, Responsabilité extracontractuelle*, 08/11/2016.
[143] Cour d'Appel du Centre, Tribunal de Grande Instance du Nyong et Kelle/ chambre civile et commerciale, Jugement n°32/CIV/TGI/2013 du 10 Juillet 2013.
[144] Cassation, assemblée plénière, 25 février 2000, n°97-17-378.

1- Les effets de la responsabilité à l'égard du commettant

La responsabilité du commettant est une responsabilité de plein droit, établie toutes les fois que la faute de son préposé est reconnue. Autrement dit, le commettant ne peut être exonéré en prouvant qu'il n'a pas commis de faute. Il s'agit en effet d'une présomption de responsabilité qui pèse automatiquement sur lui en cas de fait dommageable en lien avec les fonctions de son préposé. Aussi, est-on fondé à distinguer les effets de cette responsabilité pour la victime d'une part, et pour le préposé d'autre part.

En ce qui concerne les effets pour la victime, la présomption de responsabilité du commettant qu'est l'Etat ou les établissements publics hospitaliers demeure en cas de faute du préposé au Cameroun, et relève de la compétence du juge judiciaire. Cette responsabilité du commettant est engagée sur le fondement de l'autorité qu'il exerce sur son préposé, et entraîne une obligation de réparation. Le fait dommageable causé par une chose placée sous la garde de la personne publique commettante est quant à lui exclu de cette responsabilité civile car relevant de la compétence du juge administratif.

Pour ce qui est des effets sur le préposé, la condamnation de son commettant comme civilement responsable ouvre à son égard une action récursoire, mais seulement en cas de « *faute personnelle excédant les limites de la mission qui lui avait été impartie par son commettant* »[145]. Cette action récursoire se matérialise par l'imputation, sur la rémunération du préposé, de l'indemnisation versée à la victime par le commettant au titre de condamnation pécuniaire. En d'autres termes, il s'agit d'une « contribution à la dette » par le préposé fautif, qui consiste au remboursement des sommes versées par le commettant préalablement condamné.

2- Les limites à la responsabilité civile du commettant

Le caractère de plein droit que revêt la responsabilité civile du commettant, va de pair avec les causes générales d'exonération que sont l'absence de faute du préposé, la faute d'un tiers, la faute de la victime, et la force majeure. A ces exonérations génériques, se greffe une cause d'exonération spécifique à la responsabilité du fait du préposé : l'abus de fonction.

Ce dernier postule que la responsabilité du commettant ne peut être engagée lorsque son préposé « *a agi hors des fonctions auxquelles il était employé, sans autorisation, et à des fins*

[145] LE TOURNEAU P., *op. cit.,* p.105.

étrangères à ses attributions »[146]. Ces trois conditions cumulatives sont la synthèse des critères objectif, hiérarchique et subjectif. En effet, pour ce qui est du critère objectif, il est matérialisé dans la précédente citation par l'expression « agir hors des fonctions ». Cela revient à dire que la commission de l'acte fautif par le préposé ne devrait être faite sur son lieu de travail, pendant son temps de travail, ou encore avec les moyens procurés par ses fonctions[147]. Autrement dit, toutes les fois que le préposé aura trouvé dans l'exercice de ses fonctions *« les moyens facilitant la réalisation du dommage »*[148], l'abus de fonctions sera écarté et la responsabilité du commettant pourra être retenue. En droit public, ce critère objectif de l'abus de fonctions se traduit par l'hypothèse du fait dommageable dépourvu de tout lien avec le service, dont la matérialité renvoie au postulat selon lequel

> *« ce n'est que lorsque la carence médicale ou chirurgicale atteint un point tel qu'elle devient contraire, non seulement à toutes les règles professionnelles, mais aux impératifs les plus élémentaires de la conscience, que l'on se trouve alors en face d'une faute détachable du service engageant la responsabilité personnelle du médecin et, de ce fait, relevant de la compétence judiciaire »*[149].

En ce qui concerne le critère hiérarchique, il s'illustre par l'expression « sans autorisation », et révèle en réalité l'autorité que le commettant devrait détenir sur son préposé, et qui le rend en période normale responsable des actes fautifs de celui-ci. L'absence d'autorisation est donc la preuve du désaccord du commettant d'avec l'acte fautif de son préposé, et est de nature à l'exonérer de la responsabilité qui en découlerait. Elle doit traduire l'ignorance par le commettant, de l'acte dommage avant et pendant sa commission par le préposé. En d'autres termes, le silence complice et le défaut d'interdiction du commettant, sont considérés comme une autorisation implicite susceptible d'engager sa responsabilité[150]. De plus, il existe *« une présomption simple d'autorisation de l'activité dommageable à la charge du commettant »*[151], en ce qu'il appartient à ce dernier de prouver que son préposé a agi sans autorisation. Cette présomption qui sert assurément les intérêts de la victime à la grande

---

[146] Cassation, assemblée plénière, 19 mai 1988, n°87-82. 654.
[147] Cass. crim., 23 juin 1988, n° 86-90.509 N° Lexbase : A7215CI3, Gaz. Pal., 1989, 1, p. 12, note Doucet : injection d'air comprimé dans le rectum par des collègues ; Cass. crim., 15 avril 2008, n° 07-83.604, Resp. civ. assur., 2008, comm. 219, n° 7-8 : brûlures graves en enflammant un collègue avec de l'alcool à brûler et allume gaz ; Cass. civ. 2, 12 mai 2011, n° 10-20.590 N° Lexbase : A1197HRR, Resp. civ. assur., 2011, comm. 243, par Ch. Radé ; JCP G, 2011, 860, note N. Rias : violences commises par des videurs lors de l'expulsion de la discothèque ; Cass. civ. 2, 17 mars 2011, n° 10-14.468 N° Lexbase : A1705HDI, Resp. civ. assur., 2011, comm. 202 : agression sexuelle d'une élève par un professeur de musique à l'occasion d'un cours.
[148] DA SILVA V., « L'abus de fonctions du préposé : critères cumulatifs ou faisceau d'indices ? », *Petites affiches – n°56*, p. 3 ».
[149] ACE. 26 juin 1959. Rouzet D. 1960, J.112 avec une note remarquable sur la question, de M. ROBERT.
[150] Cass. crim., 28 mai 2013, n° 11-88009 N° Lexbase : A3147KIE, Resp. civ. assur., 2013, comm. 246 : harcèlement moral exercé par un collègue sur un autre.
[151] JOURDAIN P., observ. : *R.T.D. Civ.* 1990, p.45.

défaveur du commettant, se justifie par la pluralité de moyens de preuve dont dispose ce dernier pour soutenir les allégations sur le défaut d'autorisation. Aussi, elle se fonde sur le renversement de la charge de la preuve, puisque *« celui qui se prétend libéré d'une obligation doit justifier non seulement l'extinction de cette obligation, mais plus largement son exonération »*[152].

Relativement au critère subjectif, il découle de l'expression « à des fins étrangères à ses attributions », et révèle l'élément intentionnel et finaliste de l'acte fautif. Ainsi, un acte illicite est étranger aux attributions du préposé toutes les fois qu'il participe à servir les intérêts personnels dudit proposé ou d'un tiers, tout en desservant ceux du commettant. La finalité étrangère de l'acte étant *« intimement liée au motif personnel qui (l') a animé »*[153], il est donc impérieux de prouver le motif pour lequel le préposé a commis un abus de fonctions, afin d'exonérer son commettant. C'est ainsi qu'à l'occasion de l'arrêt *Cousin,* l'Assemblée plénière de la Cour de cassation a admis que le préposé peut voir sa responsabilité personnelle être engagée, s'il a commis intentionnellement le dommage ; et ce même sur ordre de son commettant[154].

II- La responsabilité administrative du service public hospitalier

Cette responsabilité est déduite de l'article 3 alinéa 1 suscité de la loi n°2006/022 du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des Tribunaux administratifs. En effet, en attribuant de façon expresse aux Tribunaux de droit commun, la compétence de connaître de la responsabilité des personnes morales de droit public en cas de faute de l'agent identifié ; le législateur laisse transparaître la compétence des Tribunaux administratifs pour ce qui est de la responsabilité desdites personnes morales pour faute de l'agent non identifié ou faute du service public. Et ce d'autant plus que les règles qui irriguent lesdits services publics sont *« principalement régies par le droit administratif »*[155]. Aussi, la faute commise par l'agent non identifié a la particularité d'être intrinsèquement liée au fonctionnement défectueux ou à la mauvaise organisation de l'établissement public en charge du service public hospitalier. Il s'agit

[152] LAMBERT-FAIVRE Y., « l'abus de fonction à propos de l'arrêt de l'Assemblée Plénière du 15 novembre 1985 », D. 1986, p.143.
[153] EL-AYOUBI A., « Les critères de l'abus de fonctions du préposé en droit français », *Revue Juridique de l'USEK, N°6* (1998), p.72.
[154] Ass. plén., 14 décembre 2001, n° 00-82.066 N° Lexbase : A7314AX8, n° 2001-011267, Resp. civ. assur., 2002, chron. 4, H. Groutel ; JCP G, 2002, II, 10026, note BILLIAU M. ; JCP G, 2002, I, 124, obs. VINEY G. ; RTD civ., 2002, 109, obs. JOURDAIN P..
[155] Jugement n°127/ADD/2019/TA-YDE du 23 Avril 2019, affaire *NOMO Romaric Eugène C/ Etat du Cameroun (MINSANTE).*

d'un manquement par une administration à ses obligations[156], en l'occurrence l'obligation de garantir des soins de qualité car *« sa fonction est d'assurer que les soins rendus au patient le soient dans les meilleures conditions »*[157]. Ainsi, toute les fois qu'un usager du service public hospitalier estimera avoir subi un préjudice imputable aux conditions dans lesquelles il a été soigné, la responsabilité de l'hôpital public en cause est susceptible d'être engagée devant le juge administratif. Ces conditions fautives peuvent être causées par des défaillances administratives (A), des défaillances matérielles et des défaillances en ressources humaines (B).

A- Les défaillances administratives, figures d'une mauvaise organisation de la formation hospitalière publique

Les défaillances administratives susceptibles d'engager la responsabilité du service public hospitalier sont celles qui ont un réel impact sur l'état de santé des usagers de ce service. Elles relèvent des actes de gestion, des actes de coordination dans un service ou entre plusieurs services (1), et du défaut ou de l'insuffisance de surveillance des patients (2).

1- Les actes de gestion et de coordination

L'acte de gestion est un acte relatif à l'organisation d'un service de soins, notamment à la planification du temps de travail du personnel affecté à ce service, ainsi qu'aux différents changements et affectations dudit personnel. L'acte de coordination quant à lui renvoie à la collaboration entre deux ou plusieurs services, ou entre les personnels d'un même service. Ces actes peuvent engager la responsabilité de la formation hospitalière publique en cas d'erreurs, de retards administratifs, et de mauvaise coordination entre les services ou au sein d'un même service.

En ce qui concerne les erreurs et retards administratifs, ils sont identifiés aux fautes de gestion de la formation hospitalière ; et sont généralement causés par la rédaction erronée d'une fiche médicale, l'erreur dans la transcription des résultats d'un examen, et le retard dans la prise en charge d'un patient. En effet, qu'elles soient dues à un défaut de concentration, à la négligence ou à un manque criard de volonté ; les erreurs commises lors de la rédaction d'une fiche médicale ou encore de la transcription des résultats d'un examen sont assurément à l'origine de complications qui fragilisent l'état de santé du patient, et qui engagent de ce fait la

[156] ISSA A., *La responsabilité médicale en droit public libanais et français,* Thèse, Université de Grenoble, 6 décembre 2012, P.190.
[157] TREMEUR M., « La responsabilité des services publics hospitaliers évolution/perspectives », *In petites affiches n°83*, 12/07/1995, p.17.

responsabilité de l'hôpital public en cause devant le juge administratif. C'est ainsi qu'en rédigeant la fiche du malade, l'interne qui mentionne que celui-ci n'est pas atteint d'une fracture alors que l'existence de ladite fracture a été constatée par le médecin après examen de radiologie, commet une erreur constitutive de faute de service engageant la responsabilité du centre[158].

De même, le retard dans l'admission et la prise en charge urgente d'un patient pour des raisons financières ou d'identification, et qui aggrave son état de santé du fait d'une hospitalisation différée et dommageable, constitue une faute de nature à engager la responsabilité de l'établissement public de santé devant la juridiction administrative[159]. L'urgence dans l'espèce précédente est ce qui justifie la faute matérialisée par le retard. Car s'il est vrai que les questions administratives relatives au remboursement des frais engagés par l'hôpital public se posent en toute légitimité, l'urgence signalée par l'état critique d'un patient et constatée par le personnel traitant qui refuse tout de même d'en prendre compte pour ces raisons administratives, est le déclencheur de l'acte fautif consommé par le retard dans l'admission et la prise en charge. Il s'agit là d'une violation du devoir d'Humanisme médical, en ce que l'hôpital en cause ne peut refuser d'appliquer des soins à un patient que *« dans la mesure où cela n'empêche pas à la personne malade de bénéficier du traitement dont elle a besoin »*[160]. Au Cameroun, ce devoir d'Humanisme médical est consacré dans le code de déontologie des médecins ; lequel dispose en son article 3 que

> *« (1) Quelle que soit sa fonction ou sa spécialité, hormis le seul cas de force majeure, le médecin doit porter secours d'extrême urgence au malade en danger immédiat, sauf s'il s'est assuré que d'autres soins médicaux de nature à écarter le danger lui sont prodigués. (2) Il ne peut abandonner ses malades, même en cas de danger public, sauf ordre écrit de l'autorité compétente. »*[161]

Par ailleurs, la responsabilité administrative de la formation hospitalière publique peut être engagée pour mauvaise coordination au sein d'un service ou entre plusieurs services. Cette coordination défectueuse se matérialise par le retard à prévenir un responsable ou un chef de service[162], l'orientation du patient vers un service inapproprié[163], le manque de communication entre les services d'un même établissement[164] ayant entraîné un retard considérable dans le

[158]CE Contentieux, 8 janvier 1959, *Centre hospitalier du Mans*, n°s 31475 et 31636 (N° Lexbase : A0451ALB).
[159] CAA Paris, Plén., 9 juin 1998, n° 95PA03525, Mme B. (N° Lexbase : A9009BH7).
[160] Patrice Humbert, « La responsabilité médicale et le respect du devoir d'humanisme médical », *in* Village de la Justice, 07/07/2020.
[161] Article 3 du décret n°83-166 du 12 Avril 1983 portant Code de Déontologie des médecins.
[162] CE 3°s-s-r, 24 avril 1964, n°61278, Hôpital-Hospice de Voiron, inédit au recueil Lebon ; CE 4° et 5° s-s-r., 26 mai 2010, n°306354, mentionné aux tables du recueil Lebon.
[163] CE Contentieux, 16 novembre 1998, n°178585, publié au recueil Lebon.
[164] CE, 9 novembre 1988, n°53755, BAZIN, mentionné aux tables du recueil Lebon.

traitement, l'accueil mal organisé du service des urgences. Ce dernier élément de la mauvaise coordination des services de l'établissement de santé est très délicat, eu égard de la célérité de la prise en charge indispensable à la survie des patients. Le service des urgences doit ainsi faire l'objet d'une coordination adéquate, et d'une surveillance aiguisée des patients.

2- Le défaut de surveillance des patients

Le défaut de surveillance des patients est une faute qui tient aussi bien à l'activité médicale, qu'aux insuffisances d'organisation et de fonctionnement de l'établissement public de santé. Ainsi, la surveillance est une mission de la formation sanitaire publique, qui renvoie à la situation d'une personne en observation suite à un acte de soins ou à un acte médical. Sur le fondement de l'article 3 alinéa 1 de la loi n°2006/022, ce défaut de surveillance relève au Cameroun d'un régime juridique différent en fonction de « *qui en est à l'origine »*[165]. En effet, il peut être la résultante d'une faute de suivi dans le cadre de la faute médicale proprement dite, ou le produit du défaut d'organisation et de fonctionnement du service dans la surveillance médicale ; les règles de droit privé s'appliquant pour le premier cas, et celles de droit public pour le second. De ce fait, la responsabilité du service public hospitalier est susceptible d'être engagée devant le juge administratif pour défaut d'organisation et de fonctionnement du service en charge de la surveillance médicale des patients et de leur suivi. Ce dernier est lié à l'hospitalisation et relève de la négligence, de la maladresse, ou de l'insuffisance du personnel en charge des soins. En effet, le suivi médical des patients renvoie au fait pour les équipes soignantes, *« de faire bénéficier le patient de soins attentifs et consciencieux »*[166] en lui accordant toute l'attention que son état nécessite, en vérifiant l'évolution de son état de santé tout au long de sa présence dans le service, et en s'assurant que les actions et gestes thérapeutiques réalisés produisent les effets escomptés.

Ainsi, la responsabilité de l'hôpital public a été engagée à maintes reprises sur le fondement de ce motif, notamment pour surveillance insuffisante d'un nouveau-né venu au monde dans le cadre d'un accouchement difficile[167] ; pour défaut de surveillance manifeste et négligence du personnel médical pour ne pas avoir repérer des signes évidents d'infection[168] ; pour défaut d'attention adéquate du personnel médical et infirmier pour n'avoir pas repérer des

[165] LANTERO C., « Etude : La responsabilité civile pour faute des établissements de santé publics », *Droit médical*, Lexbase (N° Lexbase : E52473RR), p. 16/33.
[166] MARION L., MAUGÜE C., *La responsabilité du service public hospitalier,* LGDJ, 2e tome, 2019, p. 187.
[167] CE, 20 mars 1957, n° 7295 et 19220, *Hospices de Perpignan*.
[168] CE, 27 mai 1957, n° 35159, *Denis*.

signes d'ischémie malgré les symptômes et les avertissements de la famille[169] ; pour défaut de surveillance d'une femme dont l'accouchement avait donné lieu à d'abondantes hémorragies et avait nécessité des transfusions[170] .

De plus, la surveillance des patients implique aussi leur sécurité en dehors des soins. C'est ainsi qu'un établissement public hospitalier a vu sa responsabilité être mise en cause pour l'enlèvement d'un nouveau-né au sein de sa maternité[171]. Une affaire semblable a déferlé la chronique au Cameroun avec le cas *Vanessa TCHATCHOU*[172], du fait de la disparition du bébé prématuré de la jeune femme de 17 ans à l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé le 20 août 2011. De tels faits sont assurément susceptibles d'engager la responsabilité dudit établissement public de santé devant le juge administratif camerounais sur le fondement du défaut de surveillance. Cette responsabilité peut également être mise en cause du fait des défaillances matérielles et en ressources humaines.

B- Les défaillances matérielles et en ressources humaines, vectrices du mauvais fonctionnement de la formation hospitalière publique

Ces défaillances sont à l'origine de nombreuses tragédies en milieu hospitalier, et affectent à n'en point douter l'état de santé des patients. Ainsi si les défaillances matérielles (1) renvoient à l'état défectueux des appareils, à leur insuffisance, et au défaut d'hygiène des locaux ; les défaillances en ressources humaines (2) quant à elles font référence au sous-effectif du personnel, à son indisponibilité, et à sa qualification insuffisante.

1- Les défaillances matérielles

Ces défaillances constituent une violation de l'obligation de résultat en milieu hospitalier. En effet, qu'il s'agisse du matériel utilisé pour administrer les soins aux patients, ou des locaux destinés à les accueillir et à les abriter, leur qualité et leur état est susceptible d'engager la responsabilité de l'établissement de santé en cas de défaillances car *« pour la victime, seul le résultat compte »*[173].

---

[169] CE Contentieux, 16 mars 1984, n°s 23583 (N° Lexbase : A4276ALX) et 40325 (N° Lexbase : A4277ALY), *Centre hospitalier de Beauvais c/ Coulombel et Duhamel*.
[170] CE 4° et 5° s-s-r., 27 juin 2005, n° 261574, R., mentionné aux tables du recueil Lebon (N° Lexbase : A8705DIA).
[171] CE, 29 avril 1935, *Donnadieu,* Rec. CE, p.1541.
[172] AKOM F., « LES SCANDALES VANESSA TCHATCHOU ET MONIQUE KOUMATEKE : La constitution d'un espace public oppositionnel en ligne au Cameroun », *In Cairn.Info*, 2019/4 n°216, p. 219-241.
[173] MARION L., MAUGÜE C., *La responsabilité du service public hospitalier, op. cit.,* p.74.

En ce qui concerne la qualité du matériel, la responsabilité du service public hospitalier est susceptible d'être engagée devant le juge administratif en cas d'insuffisance ou d'état défectueux des appareils ayant un lien direct et indirect avec le traitement des patients. C'est dans cette logique que le juge administratif camerounais a retenu la responsabilité de l'Hôpital Général de Yaoundé suite à une panne du groupe électrogène qui, bien qu'ayant un lien indirect avec le traitement de la patiente, a indubitablement eu un impact négatif en entraînant son décès. Il déclare à cet effet que :

> *« ---Considérant effectivement que l'Hôpital Général de Yaoundé est un service public de référence qui, du fait de la particularité des soins qu'il offre se doit d'être alimenté en énergie électrique, et aussi être en mesure de pallier toute coupure d'énergie en disposant de tout autre moyen afin d'assurer la continuité du service et des soins ;*
> *---Qu'à la suite de l'interruption de la distribution de l'énergie électrique du réseau AES SONEL, le groupe électrogène de l'Hôpital Général de Yaoundé n'a pas pu démarrer à cause d'une panne qui perdurait, qu'un tel incident trahit la négligence des autorités de cette institution et est constitutif d'une faute de service, laquelle a joué un rôle déterminant dans la survenance du décès de Dame ASSOMO NTI Lady en dépit de son état de santé fort dégradé ; »*[174].

En droit français, cette responsabilité du fait des appareils défectueux s'étend au vice de conception du matériel, et ce même en l'absence d'une erreur de manipulation imputable au service public[175]. Elle est *« de plein droit, objective, indépendante de la notion de faute et de la nature contractuelle ou non du lien qui unit la victime et le responsable du dommage »*[176]. Cette responsabilité a pour objectif de réduire autant que faire se peut la mise en vente des produits à usage médical sans les avoir suffisamment expérimentés, et surtout de rétablir l'équilibre rompu par le préjudice causé à la victime même en l'absence de faute au travers de la responsabilité sans faute des producteurs. De ce fait, seuls la défectuosité du produit, le dommage et le lien de causalité entre les deux seront exigés par le juge à la victime pour obtenir réparation ; la preuve de la faute étant ainsi exclue.

Cette position a été récemment suivie par le juge administratif camerounais à l'occasion d'une affaire ; il a motivé à cet effet que : *« ----Considérant qu'en l'espèce, le lien a été établi entre la transfusion du sang souillé acquis à la banque de sang de l'Hôpital Central de Yaoundé, transfusé à la fondation Chantal BIYA et la contamination au VIH-SIDA de l'enfant NGUIYIJAM BOHONGO Lumière Cristale ;*

---

[174] Jugement n°371/2016/TA-YDE du 13 Décembre 2016, *Epoux TANKOUA c/ Etat du Cameroun (Hôpital Général de Yaoundé).*
[175] CE, sect., 25 juillet 2013, *Falempin,* n°339922 : Rec. CE. P.226. Cette responsabilité du fait des produits défectueux est régie en France par la loi n°98-389 du 19 mai 1998.
[176] LAUDE A., BIOY X., TABUTEAU D., *Droit de la santé,* PUF, 4e éd., 2020, p.423.

----Considérant que le seul fait de conserver et mettre en vente du sang souillé suffit pour établir la responsabilité sans faute de l'Etat ; »[177]. Le produit défectueux renvoie dans ce cas au sang souillé, le dommage est la contamination au VIH-SIDA de la victime, et le lien de causalité est la transfusion de ce sang souillé à la victime.

En outre, le défaut d'entretien des locaux en milieu hospitalier, plus spécifiquement leur asepsie, fait partie des défaillances matérielles susceptibles d'engager la responsabilité du service public hospitalier. Cet autre manquement est à l'origine des infections nosocomiales, encore appelées infections associées aux soins, qui désignent *« des infections contractées lors d'un séjour dans un établissement de santé »*[178]. Elles sont absentes lors de l'admission du patient à l'hôpital, et apparaissent dans les 48 heures de l'hospitalisation[179]. Selon la jurisprudence, une infection nosocomiale est *« une infection survenant au cours ou au décours de la prise en charge*[180] *d'un patient qui n'était ni présente, ni en incubation au début de celle-ci, sauf s'il est établi qu'elle a une autre origine que la prise en charge »*[181]. Ces infections peuvent être d'origine exogène, selon qu'elles proviennent des germes extérieurs au patient et donc issus soit du personnel soignant, soit alors des locaux mal entretenus de l'établissement de santé. Elles peuvent aussi être d'origine endogène, en cas d'infection du patient avec ses propres microbes. Cette seconde catégorie d'infection nosocomiale, qui bien qu'ayant fait l'objet d'une divergence de positions par différents juges au cours de diverses affaires, a conduit le juge administratif a consacré la présomption de responsabilité pour faute des établissements publics de santé[182]. Toutefois, cette présomption simple de caractère nosocomial pourra être renversée si l'établissement de santé en cause démontre l'absence de lien avec les conditions de prise en charge du patient[183].

Aussi, qu'elles aient une origine exogène ou endogène, les infections nosocomiales sont une matérialisation du fonctionnement défectueux de l'établissement de santé public ou privé, dont la responsabilité est engagée selon les cas devant le juge administratif ou devant le juge judiciaire. Elles sont d'autant plus actuelles que la question s'est davantage posée avec la

---

[177] Jugement n°306/2020/TA-YDE du 18 Août 2020, *Sieur BOHONGO Salomon et son épouse née LOUNGA Odile Ginette, représentants légaux de NGUIYIJAM Lumière Cristale c/ Etat du Cameroun (MINSANTE).*

[178] LINGIBE P., « infections nosocomiales : Quid des droits des victimes infectées ? », *In* Village de la Justice, 22/06/2020.

[179] JOURDAIN P., *obs. ss Cass. 1re civ, 29 juin 1999 :* RTD civ. 1999, P841.

[180] Cette prise en charge peut être diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative.

[181] CE, 23 mars 2018, n°402237.

[182] CE, 10 octobre 2011, n°328500 (note de M. Mesnil, « Droit de la santé », *In Gaz. Pal.,* 2011, p.29.)

[183] CA Aix-en-Provence, 3 nov. 2010, n°2010/395 et n°08/18696 ; CA Aix-en-Provence, 21 juin 2001, n°97/04802 : JurisData n°2001-151211.

Pandémie Covid-19, dont 15 654 cas et 89 décès sont liés à des infections contractées à l'hôpital en 2020 selon Santé Publique France. Dans l'optique de lutter contre ces infections, les formations sanitaires doivent entre autres mobiliser une ressource humaine non négligeable tant pour les actes médicaux, de soins, que pour l'hygiène et le traitement des déchets médicaux.

2- Les défaillances en ressources humaines

Ces défaillances renvoient aux manquements relatifs à la gestion du personnel médical et soignant, et relèvent-elles aussi de la mauvaise organisation et du fonctionnement défectueux de l'établissement public de santé en cause. Il s'agit notamment des absences injustifiées, et des sous-effectifs.

Pour ce qui est de l'absence injustifiée d'un personnel médical[184] au cours d'une intervention pour laquelle il a été explicitement sollicité, celle-ci engage la responsabilité de l'hôpital public en cause devant le juge administratif, en cas de dommage sur le patient. En effet, au Cameroun, l'obligation de servir et de se consacrer au service est un devoir de tout fonctionnaire ou tout contractuel du service public prévu par le statut général de la fonction publique[185] ou le code du travail. Ainsi, en cas de préjudice imputable à la non-exécution de tâches d'un personnel médical ou à son absence injustifiée, la responsabilité de la formation sanitaire publique est engagée sur le fondement de l'article 3 alinéa 1 de la loi n°2006/022[186]. Cette responsabilité est davantage mise en cause, en ce qu'il s'agit d'une violation du principe de continuité, dont l'application et l'exigence sont accrues au sein du service public hospitalier, du fait des conséquences graves qui peuvent en découler. La responsabilité de la formation sanitaire publique ne pourrait être écartée qu'en cas de faute personnelle de l'agent fautif, et à la seule condition que ladite faute n'ait pas été commise dans le service et avec les moyens du service. Cette condition suspensive de la responsabilité administrative a été posée par le juge administratif camerounais dans l'affaire *ESSINDI ESSAMA c/ Administration du Territoire,*

[184] CE 5° et 3° s-s-r., 17 avril 1985, n°50438 et n°55866, Département de la Moselle c. Manson, mentionné aux tables du recueil Lebon ; CE Contentieux, 8 octobre 1986, n°61503, L.c. Centre hospitalier général de Château Thierry, publié au recueil Lebon.

[185] Article 36 du décret n° 94/199 du 07 octobre 1994 Portant statut général de la Fonction Publique de l'Etat : « (1). Le fonctionnaire est tenu d'assurer personnellement le service public à lui confié et de s'y consacrer en toutes circonstances avec diligence, probité, respect de la chose publique et sens de responsabilité.
(2). Il est également tenu de satisfaire aux demandes d'information du public, soit de sa propre initiative, soit pour répondre à la demande des usagers, dans le respect des règles relatives aux obligations de réserve et de discrétion professionnelle prévues aux articles 40 et 41 du présent décret. »

[186] Article 3(1) de la loi n°2006/022 du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des Tribunaux Administratifs : « (1). Les tribunaux de droit commun connaissent, conformément au droit privé, de toute autre action ou litige, même s'il met en cause les personnes morales énumérées à l'article 2, la responsabilité desdites personnes morales étant à l'égard des tiers, substituée de plein droit à celle .de leurs agents auteurs des dommages causés dans l'exercice même de leurs fonctions. »

lorsqu'il déclare que *« la puissance publique est entièrement responsable vis-à-vis des victimes du préjudice causé par les fautes, mêmes personnelles, commises pendant le service ou à l'occasion de celui-ci par les agents de l'administration »*[187].

En ce qui concerne les sous-effectifs, le préjudice qui leur est imputable est mis à la charge de l'hôpital public concerné, car chaque établissement est chargé de l'organisation du travail en son sein et de la gestion de son personnel. Aussi, le sous-effectif (causé par la restriction budgétaire en l'occurrence) entraîne un fort présentéisme[188] du personnel restant, qui à son tour est à l'origine de diverses incidences négatives pour l'hôpital, telles que la baisse de la qualité des services rendus, le risque de *burn-out* chez les infirmiers, la baisse de la qualité et de la sécurité des soins. De plus, *« les personnes présentéistes sont celles qui déclarent le plus grand nombre d'erreurs médicales »*[189] au grand détriment des patients, en ce qu'elles sont également sujettes à des glissements de tâches, qui désignent des actes réalisés par des professionnels qui n'ont pas la compétence réglementaire compte tenu du diplôme et non de l'habitude.

Par ailleurs, le sous-effectif traduit un manque de personnel dont ne saurait se prévaloir la formation sanitaire publique pour décliner sa responsabilité en cas de dommage. En effet, le juge administratif peut user de ses mesures d'instruction pour vérifier si le personnel présent lors de la survenance du fait préjudiciable était suffisant[190] ; tout en tenant compte des circonstances exceptionnelles telles qu'un afflux de patients, une surcharge momentanée, ou un médecin empêché par une autre urgence.

Dans un contexte de démocratie sanitaire[191], et de rapprochement de la juridiction administrative des justiciables au Cameroun, les services publics en général et le service public hospitalier en particulier font face à un éveil de conscience des usagers, qui revendiquent de

---

[187] Arrêt n°370/CCA du 03 septembre 1955, *Essindi Essama c/ Administration du Territoire*.

[188] Le présentéisme fait l'objet de nombreuses définitions. Selon l'approche de Simpson (1998), le présentéisme correspond à un surinvestissement dans le travail qui transparaît dans l'extension des plages horaires de travail (que ces heures supplémentaires soient rémunérées ou non) ou encore, dans la renonciation à un ou plusieurs jours de congés au profit de tâches professionnelles en cours ou encore dans le sacrifice du temps de loisir au profit du travail (McKevitt et *al.,* 1997).

[189] ACHMET V., COMMEIRAS N., « Restrictions budgétaires et gestion de l'absentéisme des infirmiers par les cadres de santé du secteur hospitalier public : Quelles conséquences ? », *in Revue gestion* 2000, 2018/6Vol. 35, p.125.

[190] CAA Versailles, 16 déc. 2008, n°07VE01502, *CHI Le Raincy Montfermeil*, personnel infirmier ; CAA Paris, 29 déc. 2017, n°15PA03599, M.D. c/ AP-HP, sages-femmes ; CAA Lyon, 14 oct.2008, n°05LY01957, *CPAM Haute-Savoie*, anesthésistes.

[191] Ce contexte de démocratie sanitaire au Cameroun se matérialise par une revendication progressive des droits des fondamentaux des patients, dans un environnement dominé par un fort paternalisme médical et de réelles difficultés d'accès aux données médicales par les concernés.

plus en plus la protection de leurs droits au travers de la réparation des préjudices par eux subis au sein des formations sanitaires en général. Aussi, selon le type de contentieux en présence et la nature de l'hôpital en cause, la responsabilité du service public hospitalier peut être engagée ; ainsi convient-il de la délimiter.

SECTION 2 : UNE RECONNAISSANCE POLITIQUE, INTRINSÈQUE À LA POLITIQUE DE L'ETAT DU CAMEROUN EN MATIÈRE SANITAIRE

Le domaine de la santé au Cameroun est régi par la loi du 4 Janvier 1996 portant loi cadre dans le domaine de la santé. Il organise le service public hospitalier qui est principalement dévolu au ministère de la santé publique, lequel assure son autorité sur les hôpitaux publics et les autres structures de santé. Ces formations sanitaires publiques ont des statuts divers qui dépendent de la catégorie à laquelle elles appartiennent. Aussi, la responsabilité du service public hospitalier est fonction de la nature des sous-secteurs qui le constituent au sein du système de santé camerounais, ainsi que des attributions des établissements de santé qui en ont la charge.

Cette responsabilité est en réalité sujette à la politique de l'Etat en matière de santé, qui postule entres autres qu'elle relève des activités d'hôpitaux du sous-secteur public, tout en excluant certaines victimes des dommages médicaux et hospitaliers de son champ d'application. Ainsi convient-il de présenter le système de santé camerounais (I), duquel dérivent les formations sanitaires en charge du service public hospitalier, tout délimitant (II)les contours de la responsabilité dudit service public.

I- La présentation du système de santé camerounais

À la lecture des textes de loi camerounais, l'expression « service public hospitalier » n'est évoquée que dans le décret portant organisation du Ministère de la Santé Publique, notamment en son article 131 alinéa 1 qui dispose que *« Les hôpitaux centraux sont des services publics hospitaliers qui relèvent de l'autorité directe du Ministère de la Santé Publique ».* En d'autres termes, la spécificité de ces hôpitaux ne tient pas au fait qu'ils sont les seuls susceptibles d'être considérés comme des services publics hospitaliers ; mais plutôt à l'autorité dont ils relèvent. Ainsi convient-il de relever que le service public hospitalier au Cameroun est

constitué de l'ensemble des formations sanitaires publiques[192] parmi lesquels figurent les autres établissements publics administratifs relevant du domaine de la santé[193], tels que déclinés dans l'organisation du système de santé camerounais (A). Il exerce des missions (B) d'intérêt général, gages de son utilité publique.

A- L'organisation du système de santé camerounais

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé désigne un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie. Elle constitue une priorité pour tout Etat, en ce qu'elle représente le socle même de toute activité en particulier et du développement de manière générale. Ainsi, elle fait l'objet d'une politique nationale au Cameroun dont l'objectif est *« l'amélioration de l'état de santé des populations grâce à l'accroissement de l'accessibilité aux soins intégrés et de qualité pour l'ensemble de la population et avec la pleine participation des communautés à la gestion et au financement des activités de santé »*[194]. Cette politique met l'accent sur la gouvernance et la gestion stratégique, qui comprennent la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prise en charge des cas ; mais aussi sur le renforcement du système de santé dont l'action est axée sur l'offre de soins et services de santé, les ressources humaines, la gestion des médicaments et autres produits pharmaceutiques, le financement de la santé, l'information sanitaire et la recherche opérationnelle.

La mise en œuvre de cette politique nationale appelle à la mise en place d'un système de santé, qui renvoie à l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé. Ce système est structuré à trois niveaux de santé (1), et s'articule autour de trois sous-secteurs (2).

1- La structuration pyramidale du système de santé camerounais

Cette structuration pyramidale est tirée des résolutions du Comité Régional de Lusaka de 1985, et obéit à l'organisation administrative de l'Etat en niveaux. Ils sont constitués chacun en ce qui le concerne, de structures administratives, de structures de santé, et de structures de dialogue ; et sont répartis en niveaux central, intermédiaire et périphérique.

[192] Les formations sanitaires publiques sont prévues au titre VI, chapitre III du décret n°2013/093 du 03 Avril 2013 portant organisation du ministère de la Santé Publique.
[193] Ces établissements sont énumérés au titre I article 1er du décret sus cité.
[194] Article 2 de la loi n°96/03 du 4 janvier 1996 portant loi cadre dans le domaine de la santé.

Pour ce qui est du niveau central ou national, les structures administratives sont chargées de la coordination, de la régulation et de l'élaboration des concepts, de la politique et des stratégies. Elles renvoient à l'administration centrale[195], qui est composée du Cabinet du Ministre, d'un secrétariat général, de directions centrales et de divisions spécifiques. Les structures de santé quant à elles sont constituées des établissements de soins de référence nationale de première, de deuxième et troisième catégorie[196] ; et des institutions d'appui[197]. La structure de dialogue à ce niveau de la pyramide sanitaire est le conseil national de la santé, d'hygiène et des Affaires Sociales.

En ce qui concerne le niveau intermédiaire, le système de santé est assuré sur le plan administratif par les dix délégations régionales du ministère de la Santé Publique, qui constituent des structures d'appui technique et de coordination pour les districts de santé. Ses structures de santé sont les hôpitaux régionaux et assimilés, ainsi que les Centres d'Approvisionnement pharmaceutique régionaux. Le dialogue avec les bénéficiaires de soins en particulier et la population en général est assuré par les Fonds régionaux pour la promotion de la santé.

Au niveau périphérique, il est administré par 189 districts de santé, tous chargés de la mise en œuvre des programmes, et dont la délimitation géographique *« devrait se faire selon le découpage administratif en vigueur, et peut en cas de besoin, couvrir un ou plusieurs arrondissements limitrophes selon les critères d'opérationnalité d'un district de santé »*[198]. Ces districts de santé sont constitués en service de santé de district et en réseau d'aires de santé[199]

---

[195] Article 10 du décret n°2013/093 du 03 Avril 2013 portant organisation du ministère de la Santé Publique.

[196] Les hôpitaux de première catégorie sont les hôpitaux généraux (de Yaoundé et de Douala), hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique (de Yaoundé et de Douala), et le Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) ; les hôpitaux de deuxième catégorie sont les hôpitaux centraux (hôpital central de Yaoundé, l'hôpital Jamot de Yaoundé, l'hôpital Laquintinie de Douala, l'hôpital de référence de Sangmélima), et le centre des urgences de Yaoundé ; les hôpitaux de troisième catégorie quant à eux regroupent certaines institutions d'autres ministères (le ministère de la défense, la délégation générale de la Sûreté Nationale, le ministère de l'éducation de base, le ministère de l'enseignement secondaire, le ministère de la justice, le ministère du travail et de la sécurité sociale, et le ministère des affaires sociales).

[197] Ces institutions d'appui sont prévues à l'article 2 du décret n°2013/093 du 03 Avril 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique, et renvoient au Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et de Reproduction Humaine (CHRACERH), au Centre Pasteur du Cameroun (CPC), au Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments et d'Expertise (LANACOME), au Centre International de Référence Chantal Biya pour la recherche et la prise en charge du VIH-SIDA (CIRCB), à la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels (CENAME), et à l'Observatoire National de la Santé Publique (ONPS).

[198] MALACHIE M., actuel Ministre de la Santé Publique au Cameroun, « Agenda de transformation du système de santé Camerounais : le temps d'agir », 2020, p.7.

[199] L'aire de santé constitue une zone bien définie comprenant un ou plusieurs villages ou quartiers, et desservies par une ou plusieurs infrastructures sanitaires (publiques ou privées) de base, encore appelées centre de santé intégrés (CSI).

chargé de la couverture en soins de santé de base des populations desservies par ces aires. Ainsi, les structures de santé qui y sont installées sont les hôpitaux de district, les cliniques, les centres médicaux d'arrondissement, les centres de santé intégrés, et les cabinets de soins. Les structures de dialogue sont le comité de gestion de district (COGEDI), le comité de santé de district (COSADI), le comité de gestion (COGE) et le comité de santé (COSA).

Cette organisation pyramidale du système de santé représente la délimitation géographique à laquelle obéissent les différents sous-secteurs de la santé.

2- L'organisation du système de santé camerounais en sous-secteurs

Le système de santé camerounais s'articule autour de trois sous-secteurs que sont les sous-secteurs public, privé et traditionnel. Cette subdivision donne des indications assez précises sur les différents acteurs qui interviennent dans le domaine de la santé au Cameroun, mais également sur la nature de leurs activités.

En effet, le sous-secteur public englobe toutes les formations sanitaires publiques qui relèvent aussi bien du niveau central, intermédiaire que périphérique ; ainsi que des structures sanitaires placées sous la tutelle d'autres départements ministériels. Il s'agit de la sorte des hôpitaux publics de la première à la septième catégorie[200], mais également des hôpitaux militaires qui relèvent du ministère de la défense, des hôpitaux de la caisse national de prévoyance sociale qui relèvent du ministère du travail et de la sécurité sociale, des centres de réhabilitation des handicapés qui relèvent du ministère des affaires sociales, les centres médicaux de la police qui relèvent de la délégation générale à la Sûreté Nationale, et les centre médico-sociaux des universités qui relèvent des ministères de l'éducation (éducation de base, enseignement secondaire et enseignement supérieur). Tous ces établissements de santé ont pour objectif commun et primordial la poursuite de l'intérêt général par l'amélioration de l'état de santé des populations. Aussi convient-il de relever qu'au Cameroun, ce sous-secteur public est primordialement constitué de formations sanitaires publiques qui relèvent du service public hospitalier.

Le sous-secteur privé quant à lui comprend les formations sanitaires privées à but non lucratif qui relèvent des confessions religieuses, des associations et autres organisations non

[200] Article 129 alinéa 1 du décret n°2013/093 du 03 Avril 2013 portant organisation du ministère de la Santé Publique.

gouvernementales[201] ; ainsi que celles à but lucratif que sont les cliniques médicales et autres cabinets de soins appartenant aux personnes privées. L'objectif de ces établissements est de générer un maximum de profits ; toute chose qui rend le coût des soins élevés pour une qualité de soins plus affinée et une rigueur plus accentuée des patients. De ce fait, ce sous-secteur ne saurait être concerné par la réalisation du service public hospitalier.

Pour ce qui est du secteur traditionnel, il occupe une place importante dans le domaine de la santé au Cameroun. La médecine traditionnelle désigne *« la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent, rationnellement ou non, sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales »*[202]. Elle est encadrée par le service en charge du développement de la médecine traditionnelle logé dans la direction de l'organisation des soins et de la technologie sanitaire[203], dont les actions sont axées sur le suivi et l'encadrement des activités liées aux prestations socio-sanitaires traditionnelles, et sur le développement de la collaboration entre les prestataires et les services de santé. C'est ainsi que dans le processus d'accompagnement des professionnels de la médecine traditionnelle, le ministère de la santé publique *« sensibilise régulièrement les promoteurs et inventeurs des médicaments traditionnels sur les bonnes pratiques relatives à l'éthique, à la collaboration avec les cliniciens et à la démarche scientifique à suivre pour rassembler les évidences sur l'efficacité et protéger au moyen d'un brevet leur invention »*[204]. La qualité et l'accessibilité de ces médicaments traditionnels sont garanties par la Commission Nationale du Médicament qui dispose en son sein d'une Commission Spécialisée des Médicaments Traditionnels Améliorés. De plus, l'Institut de Recherches Médicales et d'Etude des Plantes Médicinales (IMPM) crée depuis 1979, et qui bénéficie de l'accompagnement du ministère de la Santé Publique et du ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation, représente la marque d'une attention particulière du gouvernement sur ce secteur, dont les avancées restent une priorité dans le domaine de la santé au Cameroun. De plus, ce sous-secteur est hybride, en ce que la médecine traditionnelle est susceptible d'être pratiquée aussi bien dans le privé que dans le public. Aussi, lorsqu'elle est

[201] Ministère de la Santé Publique, « Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2015 », p.6, https://www.UHC2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Page/Cameroon/Cameroon_National_Health_Plan_2011_2015_French.pdf

[202] Extrait du discours du représentant du Ministre de la Santé Publique camerounais, prononcé au Parlement lors du « forum d'informations et d'échanges sur la Médecine Traditionnelle au Cameroun » le 25 Juin 2020, *In « Bulletin de Médecine Traditionnelle »* n°1, 2020, p.4.

[203] Article 42 du décret n°2013/093 du 03 Avril 2013 portant organisation du ministère de la Santé Publique.

[204] Extrait du discours du représentant du ministre de la Santé Publique, *Op.cit.* p.6.

mise en œuvre au sein des formations sanitaires publiques, elle est susceptible d'engager la responsabilité du service public hospitalier en cas de dommage.

Il convient de relever que tous ces secteurs sont conjointement financés par *« les fonds publics, les fonds privés, les ménages et la solidarité internationale »*[205]. En effet, l'Etat est le principal pourvoyeur de fonds dans le domaine de la santé ; notamment à travers la portion du budget alloué au ministère de la Santé Publique, dans le but de construire des infrastructures sanitaires, d'acquérir des équipements techniques et d'exploitation, de payer les salaires et autres primes du personnel de santé, d'assurer la formation et le recyclage dudit personnel. Aussi, le financement apporté par le secteur privé, par le biais des divers investissements, est non négligeable. De plus, en l'absence d'une couverture universelle sanitaire, les recettes générées dans les formations sanitaires grâce à la contribution des ménages représentent une quotité importante. Le financement de solidarité internationale quant à lui renvoie, à l'apport des partenaires techniques et financiers issus des contrats bilatéraux et multilatéraux, des diverses subventions des organisations mondiales de lutte contre le VIH-SIDA, la Tuberculose, notamment. Ces financements internationaux ont pour objectif de promouvoir la sante au Cameroun, par l'exercice efficient des missions d'intérêt général.

B- Les missions du service public hospitalier camerounais

Dans l'exercice de ses activités d'intérêt général, le service public hospitalier au Cameroun accomplit des actions diverses, qui mettent le patient en particulier, et l'usager en général au centre. Aussi n'étant pas contenu dans un document unique, ces actions sont recensées dans les différents textes créateurs de formations sanitaires des différentes catégories. Ainsi le service public hospitalier est chargé des missions médicales et paramédicales (1), mais également des missions de formation et de recherche (2).

1- Les missions médicales et paramédicales

Ces missions constituent la fonction première du service public hospitalier, en ce qu'elles mettent le patient, usager prioritaire dudit service, au centre des tâches à effectuer. Aussi, de l'accueil à la sortie du patient d'une formation hospitalière publique, l'exercice des missions médicales et paramédicales concourt à son rétablissement.

[205] Ministère de la Santé Publique, « Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2015 », *op. cit.,* p.24.

En ce qui concerne les missions médicales, elles consistent en des examens de diagnostic, de surveillance et de traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes, tout en tenant compte de l'état psychologique du patient. Ces missions sont dévolues par les textes créateurs des différents hôpitaux[206], aux médecins qui relèvent de la fonction publique, ainsi qu'aux médecins-agents publics, qui ont un contrat de travail avec des hôpitaux publics. Ainsi, pour mener à bien leurs tâches, la dotation d'équipements médicaux performants et adaptés constitue un élément non négligeable par le juge durant son instruction en cas de contentieux de la responsabilité de ces formations sanitaires, et ce d'autant plus que l'activité médicale est tributaire d'une obligation de moyens.

Pour ce qui est des missions paramédicales, elles renvoient à l'ensemble des tâches exécutées par le personnel autre que médical au sein de l'hôpital public. Il s'agit entre autres de l'accueil et de la prise en charge des patients, des soins, de l'hygiène, de la sécurité, mais aussi de la nutrition et de la toilette des patients hospitalisés et/ou inconscients. Ces différentes fonctions ont pour la plus-part fait l'objet d'une prescription de directives élémentaires[207] par le ministre de la Santé Publique camerounais, et cela suite à la perte de confiance des malades pour l'hôpital public qui est dépeint comme un environnement hostile. De ce fait, pour l'accueil des patients, les directives élémentaires sus évoquées portent sur les espaces d'accueil et d'orientation fonctionnels des usagers, ainsi que la tenue et la formation aux bonnes manières du personnel dédié ; la disposition des bancs dans les salles d'attente, la disposition des panneaux d'information, la proximité des lieux d'aisance, la visibilité d'un plan d'orientation des services et des panneaux indicatifs.

La prise en charge des patients quant à elle doit être marquée par la présence permanente et obligatoire du personnel soignant dans tous les services des formations sanitaires ; elle doit être immédiate et sans condition de paiement préalable en cas d'urgence vitale ; les médicaments et consommables médicaux de prise en charge des détresses vitales doivent être disponible 24/24 dans les services des urgences ; les rondes, visites et contre visites quotidiennes des médecins doivent être obligatoires dans les services d'hospitalisation ; la prise effective de garde par le personnel paramédical et médical doit être obligatoire de jour comme

[206] Décret n°2014/101 du 20 mars 2014 portant création, organisation et fonctionnement de l'Hôpital de référence de Sangmélima ; Décret n°2001/271 du 24 septembre 2001 portant création, organisation et fonctionnement de l'Hôpital Gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé ; Décret n°2011/336 du 13 octobre 2011 portant création, organisation et fonctionnement du centre hospitalier de recherche et d'application en chirurgie endoscopique et reproduction humaine (CHRACERH).

[207] MAMA FOUDA A., ministre de la Santé Publique, « formations sanitaires, les directives sur l'accueil des patients », *In* www.minsante.cm, 22/04/2016.

de nuit et les jours non ouvrables ; les listes de responsables et du personnel de garde doivent être largement diffusées dans tous les services ; en cas de transfert ou d'évacuation, les diligences sont de la responsabilité de l'hôpital de départ et la procédure doit se faire dans les conditions de sécurité médicale maximale en collaboration avec l'hôpital d'accueil assortie d'une fiche médicale.

En outre, l'hygiène est principalement assurée en milieu hospitalier par le personnel paramédical, qui, en plus de prendre des mesures adaptées lors des soins procurés aux patients en vue de limiter les infections nosocomiales, est également chargé de la propreté des locaux, et de la gestion des déchets hospitaliers. Qu'en est-il des missions de recherche et de formation ?

2- Les missions de formation et de recherche

Les différents textes portant organisation et fonctionnement des hôpitaux publics attribuent à ces derniers les missions de formation et de recherche, en ce qu'ils indiquent en des termes variés, mais unanimement que *« l'Hôpital est chargé : (…) - de servir de support pédagogique à la formation du personnel technique et administratif, plus particulièrement dans le cadre de la formation des spécialistes de diverses disciplines médicales et paramédicales ; -de promouvoir la coopération et la recherche dans le domaine des sciences de la santé ; »*[208].

Il ressort de ces dispositions que le service public hospitalier, représenté en l'occurrence par les formations sanitaires publiques, est chargé de la formation. A cet effet, il participe à la formation initiale et continue des professionnels de santé en accueillant notamment en stage des étudiants de diverses facultés de médecine, et d'écoles de formation aux métiers paramédicaux. Aussi, le ministère de la santé publique, dans ses fonctions de service public, est chargé de *« concourir à la formation des médecins, pharmaciens et personnels paramédicaux, ainsi qu'à leur recyclage permanent »*[209]. De la sorte, en collaboration avec le ministère de l'enseignement supérieur, les médecins et personnels paramédicaux sont recrutés par voie de concours direct pour la formation initiale. Ils sont à l'issue de cette formation, soumis à un concours d'intégration du ministère de la fonction publique et de la réforme administrative, pour pouvoir accéder à ladite fonction publique et participer à l'exécution du service public hospitalier en tant que fonctionnaires. Si ce concours d'intégration a toujours été la norme pour les personnels paramédicaux, il est récent pour les diplômés des facultés de médecine, des sciences

[208] Article 3 du décret n°2018/506 du 20 septembre 2018 portant réorganisation de l'Hôpital Général de Yaoundé.
[209] Décret n°2013/093 du 03 Avril 2013, *op.cit.* article 1 alinéa 2.

biomédicales et pharmaceutiques des universités publiques, car ceux-ci étaient directement intégrés après leur sortie de l'école, et affectés dans des formations sanitaires publiques pour y exercer.

La formation continue quant à elle, est l'œuvre des différents ordres médicaux et paramédicaux, ainsi que de diverses structures publiques de santé, qui organisent en leur sein des séminaires de formation. Elle est surtout le monopole des universités publiques, au sein desquelles sont régulièrement organisés des examens nationaux d'entrée au cycle de spécialisation en médecine. De plus, La formation par le service public hospitalier, peut également être faite au travers des campagnes de sensibilisation adressées au public sur certaines pathologies jusque-là peu connues ou sur des mesures barrières pour éviter toute propagation de la maladie.

Par ailleurs, le service public hospitalier est investi d'une mission de recherche, qui consiste à participer aux travaux destinés à améliorer la performance du système de santé du pays et à contribuer à l'amélioration des connaissances de la communauté scientifique internationale. C'est ainsi que le ministère de la santé publique dispose d'une Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (DROS)[210] chargée du suivi des études en matière de recherche clinique ; de la promotion de la recherche en milieu hospitalier ; de la promotion de la recherche opérationnelle et de la vulgarisation des résultats sur la lutte contre les maladies, la santé de la reproduction et la nutrition, en liaison avec les administrations concernées ; du suivi des questions relatives à la bioéthique en liaison avec les administrations et organismes concernés ; du suivi de la recherche sur l'utilisation des médicaments traditionnels améliorés, en relation avec le ministère en charge de la recherche ; de la traduction des résultats probants de la recherche en proposition d'action ; de l'appui à la recherche sur les plantes médicinales ; des réseaux scientifiques et de la promotion de l'Ethique ; des relations avec l'enseignement supérieur dans le domaine de la formation initiale et continue.

Ces recherches contribuent ainsi à développer la médecine préventive au travers de la promotion de l'hygiène, de l'assainissement de l'environnement, de l'éducation sanitaire, et de la vaccination.

Les missions sus déclinées jouent un rôle essentiel pour la détermination de la nature de responsabilité à engager à l'occasion de l'exécution du service public hospitalier, tout en permettant d'exclure des domaines qui constituent la négation de ce service.

[210] *Ibid.* article 29, p.15

II- La délimitation de la responsabilité du service public hospitalier camerounais

Le service public hospitalier camerounais est, comme tout service public, soumis aux principes de continuité, d'égalité, et de mutabilité, qui régissent son fonctionnement. Toutefois, leur application est accrue par rapport aux autres services publics en ce que la matière dont s'agit, notamment la santé de l'être humain, est très sensible et bien plus délicate. Ainsi, dans l'exercice de sa mission, le service public hospitalier représenté par les formations sanitaires publiques, peut voir sa responsabilité être engagée à la suite du non-respect ou de la violation d'une obligation par un de ses personnels ou du fait d'un dysfonctionnement, mais qui lui est imputable.

Néanmoins, cette responsabilité, dont les contours se précisent au fil du temps et des affaires (B), ne saurait être engagée dans certains cas (A).

A- La négation de la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun

Parler de la négation de la responsabilité du service public hospitalier, revient à dire ce qu'elle n'est pas. Il s'agit en effet d'exclure de prime abord, les éléments qui ne rentrent pas dans le champ d'application de ladite responsabilité, ou qui sont susceptibles d'entraîner une incompétence aussi bien matérielle que personnelle, en cas d'action juridictionnelle.

Aussi, la responsabilité du service public hospitalier ne saurait être engagée en cas de causes exonératoires (1), tout comme elle ne saurait revêtir des aspects pénal et professionnel (2).

1- Les causes exonératoires de la responsabilité du service public hospitalier

En dépit des causes communes limitatives de la responsabilité de la personne morale de droit public que sont le fait de la victime, le fait d'un tiers, le cas fortuite ou encore la force majeure, le service public hospitalier peut voir sa responsabilité être écartée pour d'autres motifs. A cet effet, aux termes des dispositions du statut particulier des fonctionnaires des corps de la santé publique, il est interdit d'utiliser les structures publiques à des fins privées, de détourner les malades vers des formations sanitaires privées ou vers les domiciles, ainsi que le

matériel appartenant aux formations sanitaires publiques[211]. Ces interdictions constituent des motifs fonctionnels empêchant la responsabilité aussi bien civile qu'administrative du service public hospitalier. En effet, bien qu'ayant lieu au sein des formations sanitaires publiques, la finalité privée poursuivie par des actes médicaux ou paramédicaux est susceptible de décharger la personne morale de droit public de toute responsabilité en cas de dommage. Il est mis une attention particulière sur l'intention qui a motivé l'acte fautif et qui lui a attribué un caractère personnel ; on parle alors de faute personnelle. Cette dernière expose l'agent public qui en est l'auteur par l'engagement de sa responsabilité aussi bien civile, pénale, que professionnelle. Elle est considérée comme « détachable du service » parce qu'elle présente un caractère intentionnel d'une extrême gravité[212]. C'est ainsi qu'elle revêt l'aspect d'un acte préjudiciable commis avec malveillance, d'un acte injustifié au regard des pratiques administratives ou médicales normales, ou alors d'un acte résultant d'une motivation personnelle et extérieure au service.

De même, serait de nature à exonérer le service public hospitalier de toute responsabilité, le dommage causé à un patient qui, bien qu'ayant été initialement pris en charge au sein d'une formation sanitaire publique, a par la suite fait l'objet d'un détournement par un personnel de santé vers une formation sanitaire privée ou vers un domicile. En effet, une telle position pourrait être justifiée par le postulat selon lequel *« la plupart des structures de santé privées qui se sont multipliées sont tenues par des personnels qui naviguent entre les deux secteurs. Nombre d'entre elles se sont édifiées au détriment du secteur public, qui a fourni bien malgré lui une partie du matériel, où on capte des clients et auquel on dérobe son temps »*[213]. Néanmoins, une hypothèse similaire a fait l'objet d'un examen par le juge français dans le cadre d'une infection nosocomiale ; et celui-ci a retenu que seul le lieu au sein duquel l'acte à l'origine de l'infection a été commis, entraîne la responsabilité de plein droit de l'établissement de santé concerné par ledit lieu[214].

Toutes ces interdictions témoignent des diverses mesures prises par les autorités camerounaises pour freiner les élans de corruption dans le secteur public hospitalier

[211] Article 146 du décret n°2001/145 du 3 juillet 2001 portant Statut particulier des fonctionnaires des corps de la Santé publique.
[212] C.E, Assemblée, n°238689, 12 avril 2002, *M. Papon.*
[213] BLUNDO G. & DE SARDAN J-P O., *Etat de corruption en Afrique : une anthropologie comparative des relations entre fonctionnaires et usagers (Benin, Niger, Sénégal),* Coll. Hommes et Sociétés, Ed. Karthala, 2007, p.238 (pp.326).
[214] Civ 1ère, 12 juillet 2012, n°11-17.072, Bull. civ. I, n°171.

camerounais[215]. Elles ne sauraient de ce fait être imputables à la personne morale de droit public, en ce qu'elle présente le personnel de santé dans ses faiblesses, ses émotions et ses intentions malveillantes.

2- L'exclusion des responsabilités pénale et professionnelle

Aux termes de l'article 74-1 du code pénal camerounais, *« personnes morales pénalement responsables*

a) Les personnes morales sont responsables pénalement des infractions commises, pour leur compte, par leurs organes ou représentants.

b) *Les dispositions du paragraphe a ci-dessus ne sont pas applicables à l'Etat et à ses démembrements (...) »*[216]. Il ressort de ces dispositions que l'Etat et ses démembrements ne peuvent être condamnés aux peines encourues[217] par les personnes morales de droit privé. En effet, l'Etat, les collectivités territoriales décentralisées et les établissements publics administratifs ne pourraient être pénalement responsables. En d'autres termes, les hôpitaux publics qui représentent les services publics hospitaliers et qui relèvent de l'autorité directe du ministère de la Santé Publique, ainsi que les établissements publics administratifs que sont les hôpitaux généraux, ne sauraient faire l'objet de condamnations pénales. Cela se justifie par la mission d'intérêt général qui est la leur, et qui nécessite que soit aménagé à leur faveur, des prérogatives exorbitantes de droit commun.

Pour ce qui est de la responsabilité professionnelle ou disciplinaire, le service public hospitalier ne saurait l'endosser, car elle est substantiellement attachée au personnel de santé qui y exerce. Cette responsabilité est susceptible d'être engagée en cas de faute constitutive de violation des obligations contenues dans le code de déontologie[218]. Qu'en est-il de l'affirmation de la responsabilité du service public hospitalier ?

---

[215] NGA NKOUMA TSANGA, R.C., « Effets de la corruption en milieu hospitalier camerounais sur la performance hospitalière », *Revue « Repères et Perspectives Economiques »,* Vol.4 n°2/2e semestre 2020, mis en ligne le 01 Juillet 2020.

[216] Article 74-1 de la loi n°2016/007 du 12 Juillet 2016 portant code pénal.

[217] Ces peines qui sont la dissolution, la fermeture temporaire ou définitive de l'établissement, et l'amende ; sont prévues par l'article 18 alinéa b du code pénal camerounais.

[218] Décret n° 83-166 du 12 avril 1983 portant Code de Déontologie des médecins

B- L'affirmation de la responsabilité du service public hospitalier camerounais

Le service public hospitalier au Cameroun, ne présente pas de particularités dans son régime juridique. En effet, comme tout service public, il fonctionne par le biais de personnes physiques avec lesquelles il entretient un lien spécifique (1) ; tout en étant régi par des principes ou « lois de Louis Rolland », dont l'application est plus accrue (2) au regard de la nature humaine hautement sensible de la mission de l'hôpital en général.

1- Le lien de fonction dans le service public hospitalier camerounais

L'hôpital public est une formation sanitaire en charge des missions de service public à caractère hospitalier telles que ci-dessus précisées. Pour l'accomplissement de ces missions, sa nature abstraite oblige que lui soient attribuées des personnes physiques compétentes par le mécanisme du lien de fonction décliné en lien statutaire et en lien contractuel. Ainsi, selon qu'il s'agisse respectivement de l'un ou de l'autre, ces derniers donnent une coloration spécifique selon les cas à la nature de la responsabilité en cause en droit français ; toute chose qui n'est pas le cas en droit camerounais.

Pour ce qui est du lien statutaire, il est établi après intégration du personnel par le biais du recrutement dans la fonction publique. En effet, ce personnel médical et paramédical en service dans le milieu hospitalier au Cameroun est régi par le décret du 3 juillet 2001 portant statut particulier des fonctionnaires du corps de la santé publique, qui dresse la liste des différents corps, les organise, et spécifie les modalités de recrutement au sein de ceux-ci. C'est ainsi que les fonctionnaires de la santé publique se répartissent dans les corps des médecins, des chirurgiens-dentistes, des pharmaciens, des infirmiers, du génie sanitaire, des techniques médico-sanitaires, des techniques biomédicales, de l'administration de la santé publique[219]. Ils sont recrutés par voie de concours professionnels et spéciaux régis par le décret fixant le régime général des concours administratifs[220], et sont subdivisés en catégorie « A », « B », et « C ». Aussi, relèvent de la catégorie « A », les cadres des médecins, des chirurgiens-dentistes, des pharmaciens, des infirmiers supérieurs, des ingénieurs du génie sanitaire, des ingénieurs médico-sanitaires, des ingénieurs biomédicaux, des administrateurs de la Santé publique. Sont de la catégorie « B », les cadres des infirmiers, des techniciens du génie sanitaire, des

[219] Article 2 du décret n°2001/145 du 3 juillet 2001 portant statut particulier des fonctionnaires des corps de la Santé publique.
[220] Article 5 alinéa 2, *Ibid.*

techniciens médico-sanitaires, des techniciens biomédicaux, des secrétaires d'administration de la Santé publique. Font partie de la catégorie « C », les cadres des aides-soignants, des agents techniques du génie sanitaire, des agents techniques médico-sanitaires, des agents techniques biomédicaux[221].

En ce qui concerne le lien contractuel, il est établi à la suite d'un contrat de travail entre une personne physique et l'Etat ; toute chose qui lui confère le statut d'agent de l'Etat ou agent public. Ce dernier relève de la loi du 14 août 1992 portant code du travail, qui considère comme « travailleur », toute personne qui s'est engagée à mettre son activité professionnelle moyennant rémunération, sous la direction et l'autorité d'une personne physique ou morale, publique ou privée, celle-ci étant considérée comme « employeur »[222]. Aussi, relativement aux agents publics relevant du service public hospitalier, leur intégration se fait sans condition d'âge, mais sous réserve que les intéressés remplissent les autres conditions d'accès à la Fonction Publique[223]. De même, l'exercice de leurs fonctions obéit aux principes qui irriguent tout service public.

2- Les principaux principes juridiques du service public hospitalier

La violation des principes du service public hospitalier lors de son exécution est de nature à engager sa responsabilité. En effet, qu'il s'agisse de l'égalité, de la continuité ou de la mutabilité du service public, ces principes sont d'une importance primordiale dans le domaine hospitalier, et leur défaut d'application est susceptible d'entraîner des conséquences graves pour les usagers de ce service public.

Pour ce qui est du principe d'égalité, il postule l'accueil, la prise en charge, et le traitement de tout patient ou malade sans discrimination, ni distinction aucune au sein des formations hospitalières publiques. Il repose en droit camerounais sur l'obligation déontologique consacré par le décret n°83-166 du 12 avril 1983 portant code de déontologie des médecins, qui dispose que *« le médecin doit soigner avec la même conscience tout malade quels que soient sa condition, sa nationalité, sa religion, sa réputation et les sentiments qu'il lui inspire »*[224]. Ce principe de non-discrimination en matière médicale, dérive du principe d'égalité consacré par la constitution du Cameroun ; laquelle affirme que *« l'être humain, sans distinction de race, de religion, de sexe, de croyance, possède des droits inaliénables et*

[221] Article 4, *Ibid.*
[222] Article 1 alinéa 2 de la loi n°92/007 du 14 août 1992 portant code du Travail.
[223] Article 151 alinéa 1 du décret n°2001/145, *Op. cit.*
[224] Article 2 alinéa 1 du décret n°83-166 du 12 avril 1983 portant code de déontologie des médecins.

sacrés »[225]. Néanmoins, il importe de relever que l'application dudit principe au sein de l'hôpital public ne proscrit pas une différence de standings et d'aménagement du lieu d'hospitalisation ; qui dépendent en réalité du prix.

Concernant le principe de continuité, il renvoie à la permanence des soins à l'hôpital en général, et à l'hôpital public en particulier. Il se matérialise par la continuité du service de jour ; l'alternance du personnel avec le système de garde et de veille durant les nuits ; et la prise en charge rapide et adaptée en matière d'urgence. Ce dernier aspect marque davantage le caractère indispensable de la permanence des soins, en l'érigeant en obligation déontologique. A cet effet, le code de déontologie des médecins indique que *« Quelle que soit sa fonction ou sa spécialité, hormis le seul cas de force majeure, le médecin doit porter secours d'extrême urgence au malade en danger immédiat, sauf s'il s'est assuré que d'autres soins médicaux de nature à écarter le danger lui sont prodigués »*[226].

Le principe de mutabilité quant à lui, implique que le service public hospitalier s'adapte aux besoins sanitaires des populations, et ce en fonction de leur mode de vie, et de l'évolution de la carte sanitaire. C'est ainsi qu'au Cameroun, la lutte contre certaines maladies a inspiré l'organisation du service administratif de la santé par la constitution de diverses sous-directions au sein du ministère de la santé publique. L'on distingue à cet effet la sous-direction de la lutte contre le VIH/SIDA, les infections sexuellement transmissibles et la tuberculose ; la sous-direction de la lutte contre le paludisme et les maladies tropicales négligées ; la sous-direction de la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles ; et la sous-direction de la lutte contre les épidémies et les pandémies[227]. Ces sous-directions, qui sont subdivisées en services variés, sont globalement chargées de l'élaboration des programme et plan d'action de lutte contre ces maladies, de la prise en compte des mesures de prévention dans les programmes et projets de développement socio-économique des communautés, de la prise en charge des personnes atteintes par ces maladies dans les formations sanitaires et les structures spécialisées et décentralisées.

[225] Préambule de la loi n°96/06 du 18 janvier 1996 Portant révision de la Constitution du 02 juin 1972, modifiée et complétée par la loi n°2008/001 du 14 avril 2008.
[226] Article 3 alinéa 1, *Ibid.*
[227] Article 47 du décret n°2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du ministère de la santé publique, *op.cit.*

CONCLUSION DU CHAPITRE 1

Le service public hospitalier est une notion très peu usitée par la réglementation camerounaise. Il est explicitement employé par le décret du 3 avril 2013 portant organisation du ministère de la Santé Publique, pour qualifier les hôpitaux centraux, et identifier l'autorité dont ils dépendent. Cet emploi non exclusif de la notion du service public hospitalier a de la sorte été étendu aux autres formations sanitaires publiques en charge notamment des activités médicales, desquelles est susceptible de découler la mise en cause de leur responsabilité en cas de dommages.

Aussi, la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun est une notion dont la reconnaissance fait l'objet d'une construction progressive au moyen de dispositions textuelles et jurisprudentielles, tout en tenant compte de la nature du service public hospitalier. Sur le plan juridique, cette responsabilité revêt à la fois un aspect civil et administratif, eu égard à son fondement textuel, en l'occurrence l'article 3 alinéa 1 de la loi de 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs. Elle est donc tributaire de l'existence d'un lien de fonction entre l'auteur du dommage et la formation sanitaire publique ou la personne morale de droit public qui l'emploie, tout en découlant de la mauvaise organisation ou du dysfonctionnement de ladite formation sanitaire publique.

Sur le plan pratique, cette responsabilité est propre à la nature du service public hospitalier, dont l'organisation du système de santé camerounais, les missions et la délimitation contribuent à en définir les contours.

CHAPITRE 2 :

LA RECONNAISSANCE PRATIQUE DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER AU CAMEROUN

La reconnaissance pratique de la responsabilité du service public hospitalier est réalisée dans sa mise en cause devant les juridictions camerounaises. En dépit des aspects civil et administratif qu'elle est susceptible de revêtir, cette responsabilité répond aux causes communes, et poursuit l'objectif unique de la réparation du dommage causé. Ainsi, la mise en cause de la responsabilité du service public hospitalier (section 1) est susceptible de résulter soit des actes fautifs ou des abstentions fautives des professionnels de santé, soit de la mauvaise organisation ou du fonctionnement défectueux de l'hôpital public.

Aussi obéit-elle aux conditions classiques d'engagement de toute responsabilité que sont le fait dommageable, le lien de causalité et le préjudice ; tout en ayant pour finalité de réparer (section 2) le dommage subi par la victime, en la replaçant autant que possible dans la situation dans laquelle elle se serait trouvée en l'absence dudit dommage.

SECTION 1 : LA MISE EN CAUSE DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER AU CAMEROUN

La responsabilité est « *l'obligation de répondre de l'acte qui a causé un dommage à autrui et d'en assumer ses implications* »[228]. Cette définition basique fait ressortir l'ensemble des conditions relatives à la mise en cause de toute responsabilité, dont la réalisation débouche sur la sanction de réparation. Il s'agit en effet du fait générateur (I) constitutif de l'acte fautif et issu de la violation d'une obligation de faire ou de ne pas faire ; du dommage causé à autrui, qui regroupe à la fois la souffrance physique ou morale, mais aussi du lien de cause à effet encore appelé lien de causalité entre l'acte fautif et le préjudice infligé (II).

[228] DESCAMPS O., *Prendre la responsabilité au sérieux,* Presses Universitaires de France, 2015, p.39.

I- L'exigence d'un fait générateur de la responsabilité du service public hospitalier

Le fait générateur est l'élément matériel intentionnel ou non, qui cause à autrui un dommage. Au Cameroun, le fait générateur de la responsabilité du service public hospitalier trouve son fondement légal aussi bien en droit privé, qu'en droit administratif. En droit privé, cette responsabilité se fonde sur les articles 1382, 1383 et 1384[229] du Code civil de 1804 ; tandis qu'en droit administratif, elle se base sur l'article 2 alinéa 3b[230] de la loi du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des Tribunaux Administratif, et sur de nombreuses jurisprudences.

Aussi, le fait générateur déclencheur de la responsabilité du service public hospitalier est constitué par la faute (A) et l'absence de faute (B).

A- La responsabilité pour faute

Selon Marcel Planiol, la faute est un manquement à une obligation préexistante. C'est une violation aux règles et codes de conduite édictés dans un domaine précis. Au sens de René Chapus, elle peut être considérée comme une *« violation consciente d'une obligation »,* dans ce cas elle est qualifiée de faute intentionnelle ; autrement dit, celle commise avec l'intention de nuire ou de causer un dommage. La faute peut aussi être non intentionnelle, et engagée tout de même la responsabilité. En effet, La faute intentionnelle, encore appelée faute personnelle en matière de responsabilité administrative, a la particularité de déchargée la personne publique de toute responsabilité au détriment de son agent ; tandis que la faute non intentionnelle commise par l'agent public dans l'exercice de ses fonctions est qualifiée de faute de service et engage automatiquement la responsabilité de la personne publique, qui se substitue à celle de son agent.

---

[229] Article 1382 du code civil camerounais de 1804 : *« Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer ».*
Article 1383 : *« Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence ».*
Article 1384 : *« On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde ».*

[230] Article 2 alinéa 3b de la loi n°2006/022 du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratif : *« Le contentieux administratif comprend : (…) b) les actions en indemnisation du préjudice causé par un acte administratif ; »*

Ainsi, qu'elle soit intentionnelle ou non, la faute en matière de responsabilité du service public hospitalier au Cameroun présente un caractère d'une particulière gravité (1) au regard des cas jurisprudentiels, et doit principalement être prouvée (2).

1- La nécessité d'une faute lourde en matière de responsabilité du service public hospitalier camerounais

La faute lourde encore appelée faute d'une particulière gravité, est celle requise pour l'engagement de la responsabilité de l'hôpital public au Cameroun. En effet, cet état de chose se justifie tout d'abord par la délicatesse attachée à ce type spécifique de service public, en ce que les caractères abstrait et fluctuant de la médecine en elle-même, ne garantissent pas toujours le résultat escompté. Ce choix de la faute lourde est également fait dans le but d'éviter la pratique de la *« médecine défensive »*. Celle-ci se produit lorsque *« les médecins prescrivent des tests, procédures ou évitent les patients à risque élevé ou certaines procédures à haut risque, principalement pour réduire leur exposition à une responsabilité civile médicale »*[231].

En effet, la faute lourde s'apprécie au regard des écarts constatés par le juge pendant l'instruction de l'affaire, entre ce qui a été fait et ce qui aurait dû être fait. Aussi, la distinction faute lourde assimilée à l'acte médical, et faute simple assimilée aux actes de soins et aux défauts d'organisation et de fonctionnement du service, ne s'applique pas en droit camerounais. C'est ainsi que le juge a considéré à l'occasion d'une affaire que le non-démarrage du groupe électrogène de l'Hôpital est une faute lourde. Il a affirmé à cet effet que

> *« Considérant qu'en l'espèce, les recourants allèguent que le non-démarrage du groupe électrogène de l'Hôpital Général de Yaoundé à la suite de la rupture du courant électrique du réseau AES-SONEL serait à l'origine du décès de dame ASSOMO du fait de l'interruption de l'administration de la dopamine, qu'un tel acte constitue une faute lourde ouvrant droit à réparation du préjudice subi du fait du décès de celle-ci »*[232].

Dans cette affaire, il est constant que c'est le fonctionnement défectueux du service public hospitalier qui a été à l'origine d'une faute qualifiée de lourde par le juge administratif camerounais. Autrement dit, loin de cette traditionnelle distinction faute lourde-faute simple, le juge met l'accent sur le non-démarrage du groupe électrogène de l'Hôpital, qui représente l'écart entre ce qui a été fait, et ce qui aurait dû être fait. Le juge poursuit pour davantage

---

[231] DEMERS D., « la médecine préventive : Fondement, principes, responsabilité médicale et solutions », Université de Sherbrooke, Faculté de droit, 1996, p.III.

[232] Tribunal administratif du Centre, jugement n°371/2016/TA-YDE du 13 décembre 2016, Aff. *Epoux TANKOUA c/ Etat du Cameroun (Hôpital Général de Yaoundé).*

l'étayer, en motivant que *« Considérant effectivement que l'Hôpital Général de Yaoundé est un service public de référence qui, du fait de la particularité des soins qu'il offre se doit d'être alimenté en énergie électrique, et aussi d'être en mesure de pallier toute coupure d'énergie en disposant de tout autre moyen afin d'assurer la continuité du service et des soins ; »*[233]. Cette attitude qu'aurait dû avoir l'Hôpital, représente la règle ou l'obligation violée constitutive de faute lourde, et dont la preuve a été rapportée par la partie demanderesse.

2- Le régime de la faute prouvée

La faute prouvée est le principe en matière de responsabilité administrative. Elle se distingue de la faute présumée et de la faute caractérisée, dont l'application est spécifique au service public hospitalier.

La preuve de la faute est donc le moyen d'établir l'imputabilité, et d'engager la responsabilité de la personne morale de droit public. Il s'agit en effet de montrer la matérialité de ladite faute et surtout de l'attribuer à un professionnel de santé ou à de l'hôpital public. La charge de cette preuve incombe au demandeur, ou encore à l'usager victime du préjudice décrié, qui peut la rapporter par tout moyen, comme l'a posé le Conseil d'Etat français en déclarant que

> *« la preuve d'un comportement fautif peut être apportée par tout moyen »*[234]. C'est ainsi qu'à l'occasion d'une affaire et dans le but de prouver la matérialité de la faute, le juge camerounais affirmait qu' *« Attendu que des débats publics et pièces produites à l'audience, il appert que des suites d'une opération chirurgicale pour soigner une hernie à l'enfant NSEKE ETOUMAN Abel Hugo, l'équipe de Médecins que dirigeait le Dr BILONG Serge Clotaire à l'hôpital de District d'Eséka a causé une émasculation à l'enfant sus nommé ; »*[235].

Pour rapporter la preuve du comportement fautif de l'équipe de médecins, le juge s'est fondé sur des débats publics, des pièces produites au dossier, mais aussi des avis de spécialistes. Il s'agit là de moyens d'instruction dont dispose le juge, et qui peuvent être enclenchés par lui-même ou à la demande de l'usager victime du dommage, pour la manifestation de la vérité. A cet effet, la loi du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs prévoit en son chapitre IV les mesures d'instruction susceptibles d'être ordonnées par le juge ; il s'agit de l'enquête, la descente sur les lieux, l'audition des parties, la vérification

[233] *Ibid.* Aff. *Epoux TANKOUA c/ Etat du Cameroun (Hôpital Général de Yaoundé).*
[234] CE, 18 juin 2008, *Société anonyme Hôtel Negresco, n°284942.*
[235] Aff. *NGO LIKOUND Félicité c/ Dr BILONG Serges Clotaire et Etat du Cameroun. Op. cit.*

des écritures et l'expertise. Cette dernière mesure a d'ailleurs été utilisée par le juge dans l'espèce sus évoquée, lorsqu'il motive qu'

> *« Attendu que de l'avis des spécialistes, cette émasculation ou castration a condamné cet enfant à un handicap sexuel à vie qui, non seulement l'oblige à prendre toute sa vie durant des hormones diverses, et à avoir des relations sexuelles douloureuses et non convenables à la nature humaine, mais aussi cause des préjudices moral et financiers énormes à la mère et à l'enfant dont réparation doit être faite (…) »*[236].

En effet, si l'expertise est la mesure d'instruction la plus utilisée en matière de responsabilité médicale, c'est parce qu'elle permet de fixer le juge sur la matérialité de la faute, ainsi que sur le lien entre ladite faute et le dommage. Elle est faite par un expert en médecine, qui est défini comme toute personne qui possède une très grande connaissance et une expérience pratique dans un domaine particulier appelé spécialité. L'expert n'évalue pas la compétence du médecin dont le travail a été soumis à son expertise, mais plutôt l' *« acte précis d'un médecin, c'est-à-dire, si l'acte a été accompli selon les obligations qui incombent au médecin, et non le résultat de cet acte qui peut, dans certains cas, être très mauvais, ce qu'on appelle alors une maloccurrence.»*[237] Le travail de l'expert consiste donc à différencier entre la *maloccurrence*[238] et la *malpractice* ou la faute professionnelle. Le choix de l'expert obéit tout de même à certaines règles dans le but d'attester le plus possible de l'impartialité et de l'objectivité du rapport produit. De ce fait, il est crucial d'éviter des conflits d'intérêts, en interdisant qu'un expert examine le travail d'un médecin qui se trouve dans le même département universitaire, le même service ou hôpital ; ou alors en contrôlant l'existence ou non d'un lien susceptible de corrompre son objectivité.

Aussi, le travail de l'expert consiste tout d'abord à déterminer s'il y a eu ou non faute, c'est-à-dire de *« savoir si l'ensemble des actes que l'on retrace dans les divers dossiers répond ou non à ce que nous appelons les « soins minimums », ou en d'autres termes, le seuil qu'on ne peut pas franchir »*[239]. Ce seuil varie selon qu'il s'agisse d'un généraliste, d'un spécialiste ou d'un professeur d'université ; mais également selon l'hôpital où les soins ont été administrés. Par la suite, le travail de l'expert consiste *« à déterminer la relation entre la faute, s'il y en a, et les dommages ».* Cela se justifie par l'existence de situations de faute sans dommages. Enfin

---

[236] *Aff. Epoux TANKOUA, op. cit.*
[237] ACOSTA F., « L'expertise médicale en matière de faute professionnelle : propos du Dr Bernard Lambert », *Criminologie, 21(1),* 1988, p.96.
[238] La *maloccurrence* est un évènement malheureux mais qui n'implique pas une faute de qui que ce soit. Il y a *maloccurrence* en médecine lorsque suite à une chose très simple et en dépit des efforts du médecin pour éviter la situation, un patient décède à cause des complications catastrophiques.
[239] Acosta Fernando, *op. cit.,* p.97.

l'expert a la charge de déterminer la nature des dommages subis. Le rapport qui en ressort représente donc la base factuelle sur laquelle s'appuiera le juge pour dire le droit et retenir ou non la responsabilité du service public hospitalier. Cette dernière peut aussi être engagée en cas d'absence de faute.

B- La responsabilité sans faute

L'administration ou la puissance publique peut voir sa responsabilité être engagée même en l'absence de faute. Cette exception à l'acte fautif, a été consacrée par le juge administratif dans le but de renforcer l'obligation de sécurité que l'Etat garantit aux particuliers. Ainsi, la responsabilité sans faute a pour fondement le dommage anormal survenu à la victime, et dont la réparation est faite *« non pas parce que des comportements fautifs l'ont provoqué, mais parce que la situation dommageable de la victime apparaît anormale, excède ce que cette victime doit supporter »*[240]. Ce dommage anormal est donc appréhendé, non pas comme un dommage qui n'aurait pas dû arriver, mais plutôt comme un dommage qui n'a pas à être supporté par la personne qui en a été victime. Ce faisant, le domaine de la responsabilité sans faute a été précisément déterminé en droit de la santé en France[241] par le législateur et la jurisprudence. Il s'agit notamment de l'aléa thérapeutique[242], des dommages causés par les infections nosocomiales[243], les transfusions sanguines[244], les vaccinations obligatoires[245], les produits[246] et appareils de santé[247], et les recherches impliquant des personnes humaines[248].

Néanmoins, cette responsabilité administrative sans faute en droit camerounais est présentée de façon duale en ce qu'elle repose alternativement *« sur le fondement du risque ou sur celui de la rupture de l'égalité devant les charges publiques »*[249]. Ce fondement se justifie par *« le refus d'imposer au service public une forme d'obligation de résultat »*[250], surtout en matière médicale où l'obligation de moyens reste le principe. Aussi, à ces deux fondements, se

[240] LOCHAK D., « Réflexion sur les fonctions sociales de la responsabilité administrative », *Les mutations du droit administratif,* mai 1993, p.285.
[241]Cette responsabilité sans faute en France pèse sur la solidarité nationale, même en l'absence de faute.
[242] CAA Lyon, 21 déc.1990, *Consorts Gomez :* Rec. CE, p.498.
[243] L'article 1142 du Code de la Santé Publique.
[244] Loi n°52-854 du 21 juillet 1952 sur l'utilisation thérapeutique du sang humain, de son plasma et de leurs dérivés, modifiée par la loi du 2 août 1961.
[245] L'article L.3111 du nouveau code de la santé publique.
[246] La loi n°98-389 du 19 mai 1998 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux.
[247] CE, 9 juillet 2003, *Assistance publique-Hôpitaux de Paris c/ Mme Marzouk ;* 15 juillet 2004*, M. André Dumas* (*AJDA* 2005, n°5, p.274).
[248] L'article L.1121 du Code de la Santé Publique.
[249] CAMGUILHEM B., *Recherche sur les fondements de la responsabilité sans faute en droit administratif,* in *Nouvelle bibliothèque de thèses,* Dalloz, 2014, p. 86.
[250] MARION L., MAUGÜE C., *La responsabilité du service public hospitalier,* 2e éd., LGDJ, Paris 2019, p.89.

joint la théorie de la garantie, dont l'application a justifié à plusieurs occasions la réparation des préjudices du fait de la responsabilité sans faute du service public hospitalier. Ainsi, à la différence de la théorie du risque (1) et de celle de la garantie (2), la théorie de la rupture de l'égalité devant les charges publiques ne s'applique que très rarement en matière médicale et hospitalière car *« les charges subies sont ici purement financières et patrimoniales »*[251].

1- La théorie du risque

Encore appelée responsabilité objective, la responsabilité sans faute en général, et celle basée sur le risque en particulier, réside dans *« la possibilité qu'avait le responsable d'éviter la création d'un lien de causalité entre le risque qu'il créait par son activité et le dommage constaté »*[252]. En effet, en mettant l'accent sur l'existence d'un responsable du risque, qui peut être l'auteur ou le bénéficiaire, ces propos de Philippe le Tourneau donnent à s'interroger sur les notions de risque-crée et risque-profit, ainsi que leurs implications.

Pour ce qui est de la notion du risque-crée, elle postule qu'*« on est tenu de répondre des conséquences dommageables du risque ou danger introduit dans la vie sociale par son fait »*[253]. En effet, lorsqu'une activité est à l'origine d'un dommage pour autrui à cause du risque qu'elle crée, l'auteur de ladite activité est tenu de ce seul fait, et en dehors de toute faute, de réparer ledit dommage. C'est sur cette idée que s'est fondé le juge administratif camerounais pour retenir la responsabilité sans faute de l'Etat du Cameroun à la suite d'une transfusion à une patiente, du sang contaminé au VIH-SIDA. Il a déclaré à cet effet que : *« ----Considérant qu'en l'espèce, le lien a été établi entre la transfusion du sang souillé acquis à la banque de sang de l'Hôpital Central de Yaoundé, transfusé à la Foundation Chantal Biya et la contamination au VIH-SIDA de l'enfant NGUIYIJAM BOHONGO Lumière Cristale ;*

----Considérant que le seul fait de conserver et mettre en ventre du sang souillé suffit pour établir la responsabilité sans faute de l'Etat ; (...) »[254]. En l'occurrence, la responsabilité de l'Etat du Cameroun (Minsanté) a été retenu car l'hôpital central dont il répond a conservé et mis en vente du sang souillé (risque-crée), toute chose qui a causé la contamination de la patiente au VIH-SIDA (dommage).

---

[251] LOCHAK D., *op. cit.,* p.284.
[252] LE TOURNEAU P., *Droit de la responsabilité des contrats et régimes d'indemnisation,* Dalloz, 11e éd., 2017, p.74.
[253] NYANDA NKAMWA W., *La réparation du préjudice médical à l'aune des droits fondamentaux,* thèse de doctorat, Université de Yaoundé II-Soa, p.155.
[254] Tribunal Administratif du Centre, Jugement n°306/2020/TA-YDE du 18 Août 2020, Aff. *Sieur BOHONGO Salomon et son épouse née LOUNGA Odile Ginette, représentants légaux de NGUIYIJAM Lumière Christale C/ Etat du Cameroun (Minsante).*

En ce qui concerne la notion du risque-profit, elle se fonde sur la maxime latine *« ubi emolumementum, ibis onus »,* qui signifie « là où est l'avantage, là doit être la charge ». Autrement dit, le profit tiré d'une activité à risque justifie l'obligation de réparer les dommages causés par ladite activité. De ce fait, l'employeur qui profite de l'activité de son employé, doit également en assumer les risques nés de cette activité.

L'analyse de ces précédentes notions subodore que la rétention par le juge de la responsabilité sans faute pour risque oblige l'identification préalable de l'auteur et du bénéficiaire dudit risque. Si l'auteur et le bénéficiaire sont une seule et même personne, il est alors simple de désigner le responsable et de lui imputer la réparation du dommage. A contrario, s'il s'agit de personnes différentes, l'application de la notion du risque-profit prime sur celle du risque-crée, en ce que seul le bénéficiaire est désigné responsable car toute activité qui fonctionne pour autrui, fonctionne au risque d'autrui. Qu'en est-il de la théorie de la garantie ?

2- La théorie de la garantie

Selon Boris Starck[255], la théorie de la garantie repose sur le droit de la victime à la sécurité, qui est un droit absolu et dont l'Etat est en débiteur. En effet, la puissance publique a très souvent joué un rôle primordial *« à l'égard du risque engendré par les activités auxquelles elle ne participe pas, mais dont elle ne peut se désintéresser, dès lors qu'elles peuvent entraîner des conséquences très lourdes pour des particuliers ou entreprises »*[256]. C'est dans cette logique que la puissance publique est très souvent débitrice des risques engendrés par des terroristes, des catastrophes naturelles, des pandémies. Cette dernière hypothèse est susceptible d'entraîner la responsabilité sans faute du service public hospitalier, notamment en cas d'inaction ou de laxisme. En tout état de cause, la responsabilité fondée sur la théorie de la garantie donne lieu à une dissociation entre le responsable-débiteur et le responsable-auteur, car celui qui en répond ne le fait que sur la base du manquement à une obligation de faire.

Aussi, dans son rôle de garant des risques sociaux, la puissance publique a instauré des régimes spéciaux d'indemnisation destinés à réparer des préjudices subis par certaines catégories de victimes. En droit français en l'occurrence, le législateur a régi ces régimes spéciaux d'indemnisation, notamment pour les victimes d'actes terroristes ou de calamités naturelles, les victimes de la contamination au virus du SIDA ou encore de celles des accidents

[255] Boris Starck a fondé la théorie du risque dans sa thèse de 1947 intitulée « essai d'une théorie générale de la responsabilité civile considérée en sa double fonction de garantie et de peine privée ».
[256] BELLIARD E., « Droit, risques et responsabilité », in *Quelles perspectives pour la recherche juridique ?,* 2007, p.243.

provoqués par des vaccinations obligatoires. Ce dernier régime s'explique par le devoir de protéger les individus même lorsque l'intérêt général justifierait le risque encouru ; car *« il serait inéquitable de laisser les victimes supporter seules des conséquences de vaccinations qui sont imposées dans l'intérêt de la santé publique plus encore que dans l'intérêt individuel des personnes vaccinées »*[257].

Qu'il s'agisse de la responsabilité pour faute ou de la responsabilité sans faute, le fait générateur à lui seul ne suffit pas pour engager la responsabilité du service public hospitalier. A cette première condition, doivent être joints le dommage et le lien de causalité, car tout fait générateur est générateur d'un dommage parce qu'il existe entre les deux une relation de cause à effet.

II- L'existence d'un dommage et d'un lien de causalité

L'obligation de réparer nécessite l'existence d'un dommage (A) et d'un lien de causalité (B), car le second établit une relation de cause à effet entre le premier et le fait générateur.

A- Le dommage en matière de responsabilité du service public hospitalier

Le dommage renvoie à une situation de fait caractérisée par une atteinte subie par une personne ; c'est une *« lésion certaine d'un intérêt légitime, juridiquement protégé »*[258]. Il doit être prouvé par le demandeur ou celui l'allègue, et présente un caractère objectif en ce qu'il est perceptible indépendamment de la représentation de la victime. Le dommage a pour conséquence le préjudice qui est sa traduction juridique, ainsi que celle de ses multiples répercussions sur la vie de la victime, tant dans sa dimension patrimoniale qu'extrapatrimoniale[259]. De ce fait, le dommage corporel désigne

> *« l'atteinte portée à tout élément de la personnalité ».* Il peut *« produire des conséquences sur les deux plans bien distincts du préjudice matériel et du préjudice moral »,* car il peut *« être à l'origine non seulement de frais divers, mais aussi d'une incapacité de travail se traduisant par une diminution des ressources »*[260]. Le dommage corporel peut aussi se décliner en dommage par ricochet et renvoie dans

[257] LOCHAK D., « Réflexion sur les fonctions sociales de la responsabilité administrative », *op. cit.* p.312.
[258] Cass. Civ., 28 juilet 1937, *Bull. Civ.* N°181, p.377.
[259] MOR G., CLERC-RENAUD L., *Réparation du préjudice corporel,* Delmas, 3e éd., 2020, p.6.
[260] CHAPUS R., *Responsabilité publique et responsabilité privée, les influences réciproques des jurisprudences administrative et judiciaire*, Thèse pour le doctorat soutenue devant la faculté de droit de Paris le 2 juillet 1952, LGDJ, Paris 1953, p. 415.

ce cas à l'ensemble *« des préjudices subis par un tiers victime du fait du dommage corporel initial dont est directement atteinte la victime immédiate »*[261].

C'est ainsi que selon les cas, on parle respectivement de dommage matériel (1) et de dommage moral (2). Telle est l'approche retenue par le juge administratif camerounais en matière de responsabilité du service public hospitalier.

1- Le dommage matériel

Ce type de dommage renvoie à la dimension patrimoniale du préjudice, en ce qu'il met l'accent sur l' « avoir » plutôt que sur l' « être ». En matière de responsabilité du service public hospitalier, le dommage matériel résulte très souvent de l'atteinte à l'intégrité corporelle par une action ou une abstention dudit service ou de ses agents publics. Il fait ainsi référence aux pertes et autres dépenses engendrées par la survenance du dommage corporel, et a pour but de limiter l'ampleur des répercussions sur la vie de la victime.

Ainsi, le dommage matériel se décline d'une part en la perte éprouvée, qui constitue sa principale caractéristique. Elle *« consiste en une diminution du patrimoine »*[262] matérialisée par les dépenses de santé et frais divers que sont les frais médicaux, paramédicaux et pharmaceutiques ; les frais de transport ; et les frais d'adaptation consécutifs à l'incapacité provoquée par le dommage.

D'autre part, la matérialité du dommage résulte du gain manqué, *« qui est la disparition, du fait de l'acte du responsable, d'un espoir légitime de profit »*[263]. Cela s'illustre par les pertes de salaire et autres gains professionnels du fait de l'incapacité de travail partielle ou totale provoquée par le dommage. Ce gain manqué est susceptible d'affecter aussi bien la victime directe, que les victimes indirectes. En effet, en cas de décès d'un parent ou d'un tuteur à la suite d'un dommage corporel, les victimes indirectes que sont ses proches, peuvent être affectés par la perte des subsides qu'il leur versait, et obtenir réparation pour ce dommage matériel.

2- Le dommage moral

Ce dommage renvoie à la dimension extrapatrimoniale du préjudice, en ce qu'il touche à l'être, et plus à ses avoirs. Il est *« une atteinte à l'affection »*[264] de la victime ou de ses proches, car il traduit les souffrances morales provoquées par le dommage corporel subi. Ainsi, son

---

[261] LAMBERT-FAIVRE Y. et PORCHY SIMON S., *Droit du dommage corporel : système d'indemnisation,* Précis Dalloz, 6e éd., 2009, p.300.
[262] LE TOURNEAU P., *La responsabilité civile,* « Que sais-je ? », Presses universitaires de France, 2003, p. 35.
[263] *Ibid,* p. 36.
[264] *Ibid,* p.37.

indemnisation *«ne constitue pas la compensation économique d'une valeur patrimoniale, mais la réparation satisfactoire de l'atteinte à un droit de la personnalité fondamental : l'intégrité de l'être »*[265].

Pour ce qui est de la victime immédiate ou directe, le dommage moral désigne principalement le *pretium doloris* ou le prix de la souffrance physique, qui est la manifestation du *« traumatisme psychologique supporté par la victime consciente de la dégradation de son état »*[266]. En droit camerounais, cette douleur psychique s'apprécie distinctement de la douleur physique, de sorte que le juge peut rejeter la demande en réparation de la seconde pour défaut de production de preuve, et accorder celle de la première. Les préjudices issus du dommage moral peuvent être de plusieurs ordres ; il peut s'agir du préjudice d'esthétique[267], du préjudice d'agrément[268], et/ou du préjudice sexuel[269]. Aussi, le comité européen des assurances recense six chefs de préjudices découlant de tout dommage corporel ; il s'agit des atteintes à l'intégrité corporelle, des douleurs morales, des atteintes à la qualité et aux plaisirs de la vie, des atteintes aux activités spécifiques de loisirs, des atteintes d'ordre esthétique, et des troubles sexuels.

En ce qui concerne les victimes indirectes ou par ricochet, le dommage moral subi est le préjudice d'affection, qui se matérialise dans des circonstances diverses et variées. Il résulte soit de la douleur liée à la perte d'un être cher, soit de celle de voir son mode d'existence être bouleversé par un handicap ou une incapacité qui le rend dépendant et nécessite qu'il soit assisté. C'est ainsi que le juge camerounais considère comme préjudice moral, *« les souffrances morales provoquées aux recourants par le décès »*[270] de leur proche. Il convient toutefois de relever que dommage n'est réparable que grâce au lien de causalité.

---

[265] LAMBERT-FAIVRE Y. & PORCHY-SIMON S., *Droit du dommage corporel : systèmes d'indemnisation,* Dalloz, 8e éd., 2016, p.171.
[266] PIERRE P., « l'indemnisation du préjudice moral en droit français », synthèse, université de Rennes 1, p.6.
[267] Le préjudice esthétique renvoie aux atteintes au physique de la victime.
[268] Le préjudice d'agrément désigne l'ensemble des troubles dans les conditions d'existence causés après la consolidation par le handicap dans les actes essentiels de la vie courante, dans les activités affectives et familiales et dans celles des activités de loisirs.
[269] Le préjudice sexuel correspond à l'impossibilité totale ou partielle d'entretenir des rapports intimes normaux et de procréer.
[270] Affaire époux Tankoua c/ Etat du Cameroun, *op. cit.*

B- Le lien de causalité en matière de responsabilité du service public hospitalier camerounais

« Si la cause est, l'effet est ; et si la cause n'est point, l'effet aussi n'est point ; attendu que toute cause et tout effet ne vont jamais l'un sans l'autre, et qu'absolument nul effet ne peut être produit, qu'il n'y ait quelque cause qui le produise »[271]. Par ces mots, Aristote révèle la place indispensable du lien de causalité existant entre la cause qui est le fait dommageable et le préjudice qui en est l'effet ; en ce qu'il est consubstantiel à la notion même de responsabilité et en constitue sa *« condition profonde »*[272]. Le lien de causalité est donc une *« exigence de raison »*[273] et l'élément générateur de l'obligation de réparer, car il permet d'une part de désigner le responsable et la victime, et d'autre part de mesurer le quantum de l'obligation de réparation.

Toutefois, la causalité demeure une notion difficilement saisissable, dont la complexité est renforcée par la pluralité des facteurs desquels découle le dommage. Ainsi, face à cette multitude d'antécédents ayant possiblement entraîné le dommage, le juge effectue une sélection au moyen des critères issus de diverses théories (1) ; tout en relevant que ce lien de causalité aux caractères spécifiques (2), doit être établi par le demandeur. Il dispose à cet effet qu' *« il ne suffit pas à la partie lésée d'établir la faute du défendeur et le préjudice : il lui faut encore prouver l'existence du lien direct de cause à effet entre la faute et le préjudice »*[274].

1- Les théories du lien de causalité

Le souci de déterminer les causes du fait dommageable, a conduit la doctrine à élaborer différentes théories qui, bien que distinctes les unes des autres de par leurs idées maîtresses, n'en demeurent pas moins semblables au regard de leur importance comme fondement de la jurisprudence, et de leur usage fréquent par le juge. Il s'agit en effet de la théorie de l'équivalence des conditions, de la théorie de la cause immédiate, et de la théorie de la causalité adéquate. Il convient d'ailleurs de relever que le juge administratif camerounais fait indistinctement application de ces différentes théories selon les cas soumis à son office.

[271] ARISTOTE, *Rhétorique,* L. I, Chap 23, XXV.
[272] TUNC A., « Force majeure et absence de faute en matière délictuelle », *RTD* civ. 1946, p.171.
[273] CARBONNIER J., *Droit civil,* Presses Universitaires de France, « Quadrige manuels », 1ère éd., 2004, n°1129.
[274] C. Cass., civ., 14 mars 1892, *DP,* 1892.

S'agissant de la théorie de l'équivalence des conditions, elle apparaît comme la référence en matière de causalité, et est tirée de la doctrine philosophique de J. S. Mill. Elle postule que *« l'énoncé de la cause n'est complet que s'il intègre l'ensemble des antécédents nécessaires de la conséquence, car tous ont été également indispensables à la production du résultat »*[275]. Autrement dit, la cause est la somme totale des antécédents aussi bien positifs que négatifs du dommage ; en ce que chaque antécédent est une cause du dommage, car le dommage n'ayant pas pu se réaliser en l'absence de l'un d'entre eux. Cet énoncé philosophique de la théorie de l'équivalence des conditions a fait l'objet d'une traduction juridique, formulée par le pénaliste allemand Von Buri. Selon sa conception, c'est la somme totale des conditions qui ont pris une part quelconque à la production d'un phénomène, qui doit être regardée comme la cause de ce phénomène. Ainsi toutes ces conditions sont d'égales valeurs ; de telle sorte que chaque condition en l'absence de laquelle le dommage ne serait pas survenu, constitue la cause du dommage.

En ce qui concerne la théorie de la cause immédiate ou *causa proxima*, elle tire son fondement de la théorie de l'équilibre, et suppose que la condition la plus proche temporellement du dommage en est la cause. Selon cette théorie de l'équilibre, le monde est assez inoffensif et est maintenu en équilibre par des forces opposées, de sorte qu'aucun dommage ne devrait être causé. Celui-ci provient donc de la rupture de cet équilibre[276] dont la cause est assimilée à la véritable cause du dommage, alors que les forces qui s'équilibrent n'en sont que les occasions. C'est ainsi que cette théorie de la cause immédiate a servi de base d'analyse au juge administratif camerounais à l'occasion d'une affaire, lorsqu'il motive en effet que

> *« ----Qu'à la suite de l'interruption de la distribution de l'énergie électrique du réseau Aes Sonel, le groupe électrogène de l'Hôpital Général de Yaoundé n'a pas pu démarrer à cause d'une panne qui perdurait, qu'un tel incident trahit la négligence des autorités de cette institution et est constitutif d'une faute de service, laquelle a joué un rôle déterminant dans la survenance du décès de Dame Assomo Nti Lady en dépit de son état de santé fort dégradé »*[277].

La cause immédiate étant dans ce cas, le défaut de démarrage du groupe électrogène de l'Hôpital Général de Yaoundé.

---

[275] QUEZEL-AMBRUNA C., *Essai sur la causalité en droit de la responsabilité civile,* Dalloz, « Nouvelle bibliothèque de thèses », 2010, p.30.
[276] *Ibid,* p.50.
[277] Affaire époux TANKOUA C/ Etat du Cameroun (Hôpital Général de Yaoundé), *op. cit.,* p.29.

Toutefois, cette théorie de la cause immédiate ne se vérifie pas la plupart du temps ; lui octroyant de ce fait un caractère fragile, et même aventureux. En effet, l'évènement le plus proche du dommage n'en est pas toujours l'élément déterminant. Il peut avoir joué un rôle négligeable, à l'instar de la goutte d'eau qui entraîna le débordement du vase, ou du vote qui détermina le basculement d'une majorité ; et ce d'autant plus qu'il est fréquent que la réelle cause du dommage soit un fait antérieur, qui est même parfois la cause initiale d'une longue série[278].

Pour ce qui est de la théorie de la causalité adéquate, elle est une conception de Von Kries qui estime qu'il y a causalité adéquate lorsqu'une condition est de nature, dans le cours habituel des choses et selon l'expérience de la vie, à produire l'effet qui s'est réalisé[279]. Cette théorie *« tend à dégager, parmi les différents facteurs du dommage, celui qui en est la « cause efficiente », c'est-à-dire qui devait ou risquait normalement de produire un tel dommage »*[280]. Son examen s'opère *a posteori*, car il s'agit de remonter dans le temps, pour se demander rétrospectivement s'il était objectivement possible de penser que telle situation provoquerait normalement cet effet dommageable. Si la réponse à cette question est affirmative, si la situation apparaît comme la cause essentielle, alors il y a causalité adéquate. Ce raisonnement a servi de base d'analyse au juge administratif camerounais dans la détermination de la réelle cause du dommage, à l'occasion d'un cas d'espèce. Cela est perceptible, lorsqu'il affirme que *« ---- Considérant qu'en l'espèce, le lien a été établi entre la transfusion du sang souillé acquis à la banque de sang de l'Hôpital Central de Yaoundé, transfusé à la fondation Chantal Biya et la contamination au VIH-SIDA de l'enfant Nguiyijam Bohongo Lumière Christale »*[281]. La cause adéquate étant ici l'acquisition du sang souillé à la banque de sang de l'Hôpital Central de Yaoundé. Il convient de relever que la théorie employée pour la détermination du lien de causalité doit revêtir des caractères spécifiques.

2- Les caractères du lien de causalité

À l'occasion d'une espèce[282], le juge administratif camerounais pose la règle de droit selon laquelle *« la responsabilité extracontractuelle de l'administration est mise en œuvre dès lors qu'il est établi un lien de causalité certain et direct entre sa faute et un préjudice causé à*

[278] LE TOURNEAU P., *« Responsabilité : généralités »,* Dalloz, Répertoire de droit civil, 2009, p.43.
[279] *Ibid,* p.45.
[280] BENABENT A., *Droit des obligations,* LGDJ, 15ème éd., 2016, P.417.
[281] Affaire Sieur BOHONGO Salomon et son épouse née LOUNGA Odile Ginette, représentants légaux de NGUIYIJAM Lumière Christale C/ Etat du Cameroun (Minsante), *op. cit.,* p.36.
[282] *Ibid.* p.29.

une personne ou à un bien ». Il démontre par cette règle que pour être viable, le lien de causalité doit revêtir des caractères certain et direct, qui sont des conditions cumulatives.

En ce qui concerne le caractère certain, il trouve son équivalence en droit anglais en la causalité factuelle, et postule que la reconnaissance d'un lien de causalité est tributaire de la certitude dans les faits, de l'existence du rapport de cause à effet entre le fait générateur et le dommage. La question dans ce cas est celle de savoir si dans les faits, le demandeur a réellement provoqué le dommage subi par le défendeur. À cet effet, une sélection est faite afin d'éliminer toutes les causes qui n'ont pas été déterminantes pour la création du dommage.

Pour ce qui est du caractère direct, il trouve son équivalence en droit anglais en la causalité juridique, et impose que l'acte du défendeur constitue la cause juridique du dommage subi par la victime ou le demandeur. En effet, seul le préjudice entretenant un rapport causal suffisamment direct avec le fait dommageable est indemnisé[283]. Ce postulat permet de résoudre deux problèmes majeurs en matière de détermination de la réelle cause du dommage subi par la victime ; il s'agit de la pluralité de causes et des dommages en cascade. Ce dernier problème s'illustre au travers des hypothèses dans lesquelles plusieurs évènements consécutifs sont à l'origine de plusieurs dommages. La pluralité de causes quant à elle, est perceptible au travers d'une situation dans laquelle un dommage est causé par un ensemble de facteurs qui, bien qu'ayant contribué à sa survenance, ne doivent pas être tous qualifiés de cause. Dans ce cas, la cause serra constituée par *« les faits qui se sont révélés nécessaires à sa réalisation : pratiquement, ceux sans lesquels le dommage n'aurait pas pu se produire »*[284]. Il convient de relever que ces caractères du lien de causalité sont complémentaires ; c'est ce qui justifie que, pour accorder la réparation d'un préjudice moral, le juge administratif camerounais a motivé ainsi qu'il suit :

> *« ----Considérant que les recourants allèguent avoir subi un préjudice moral du fait de la faute de l'Hôpital ayant occasionné le décès de dame ASSOMO ;*
> *----Considérant qu'il a été établi plus haut un lien de causalité direct entre la faute du service et le décès de dame ASSOMO ;*
> *----Considérant que, les souffrances morales provoquées aux recourants par le décès subit de celle-ci sont certaines ;*
> *---Qu'il s'en suit que, le préjudice moral subi par les recourants mérite une juste indemnité évaluée à la somme de cinq millions de francs ; »*[285].

[283] QUEZEL-AMBRUNA C., *Essai sur la causalité en droit de la responsabilité civile, op. cit.*, p.3.
[284] CONTE P., MAISTRE DU CHAMBON P., FOURNIER S., *La responsabilité civile délictuelle,* Presses Universitaires de Grenoble, 4e éd., 2015, p.142.
[285] Affaire Epoux TANKOUA C/ Etat du Cameroun (Hôpital Général de Yaoundé), *op. cit.,* p.30.

Ainsi déclinées, ces conditions permettent cumulativement d'engager la responsabilité du service public hospitalier, dont la réparation du préjudice causé en est l'aboutissement.

SECTION 2 : LA RÉPARATION DU PRÉJUDICE CAUSÉ PAR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER CAMEROUNAIS

L'exigence de réparation du préjudice causé (II) par le service public hospitalier au Cameroun est fonction de l'existence ou non d'un préjudice indemnisable imputable audit service (I).

I- L'impératif d'un préjudice indemnisable imputable au service public hospitalier

Pour qu'un dommage matériel ou moral soit réparable par le juge, le préjudice qu'il occasionne doit préalablement revêtir des caractères spécifiques (A), et il doit être imputé au service public hospitalier (B).

A- Les caractères du préjudice indemnisable

L'existence du préjudice est un impératif pour la réparation de tout dommage. Toutefois, elle n'est pas suffisante pour que soit exigée une indemnisation ; et ce d'autant plus que *« s'il est nécessaire que le dommage soit prévisible, encore faut-il, pour être juridiquement réparable, que le préjudice qui en découle présente certains caractères »*[286]. C'est ainsi qu'à l'occasion d'une espèce, le juge administratif camerounais a rappelé ces caractères en déclarant que *« ----Considérant que pour qu'un préjudice soit indemnisable, il faut qu'il soit direct, certain, spécial, matériel ou moral, et constitue une atteinte à une situation juridiquement protégée ; »*[287].

[286]LAMBERT-FAIVRE Y. & PORCHY-SIMON S., *Droit du dommage corporel : systèmes d'indemnisation, op. cit.,* p.6.
[287]Affaire *Sieur BOHONGO Salomon et son épouse née LOUNGA Odile Ginette, représentants légaux de NGUIYIJAM Lumière Christale C/ Etat du Cameroun (Minsante), op. cit.,* p.36.

1- Les caractères direct, certain et spécial du préjudice indemnisable

Pour être indemnisable, le préjudice qui découle du dommage subi par la victime, doit présenter des caractères cumulatifs au rang desquels les caractères certain, direct, et spécial.

Pour ce qui est du caractère certain, il postule que le préjudice doit être vraisemblable, à l'exemple de celui qui s'est déjà réalisé au moment où statue le juge ; il s'agit dans ce cas d'un préjudice actuel, qui doit être prouvé. Il peut également être futur, de sorte que sa survenance peut être considérée comme certaine alors qu'il n'est pas encore ressenti par la victime au jour du règlement. Le préjudice futur revêt aussi un caractère certain dans le cas d'une invalidité du fait d'une faute du service public hospitalier, et qui empêcherait la victime d'exercer son métier. Il s'agit donc d'un préjudice qui *« existe potentiellement avec certitude au jour de son appréciation, et qui est appelé à se réaliser dans un avenir proche ou plus lointain »*[288].

En outre, le préjudice certain s'oppose au préjudice éventuel ou hypothétique, qui n'est pas indemnisable. De plus, le droit camerounais est tellement attaché à l'exigence de certitude du préjudice, qu'il reconnaît très peu, ou presque pas la perte de chance comme un préjudice susceptible d'être réparé par le juge en général, et le juge administratif en particulier. La chance perdue semble encore relever de l'utopie, de l'irréel, de l'incertain ; toute chose qui est contraire à l'appréhension qu'a le juge français sur ce type particulier de préjudice. En effet, il précise à cet effet que *« l'élément de préjudice constitué pour la perte de chance peut présenter en lui-même un caractère direct et certain chaque fois qu'est constatée la disparition … de la probabilité d'un évènement favorable, encore que, par définition, la réalisation d'une chance ne soit jamais certaine… »*[289].

En ce qui concerne le caractère direct, il signifie que le préjudice doit directement résulter du dommage. Il renvoie à l'exigence du lien de causalité qui se doit d'être immédiat entre le préjudice et l'action de l'administration. Ce caractère postule également que le lien d'imputabilité doit être direct entre le préjudice causé et le service public hospitalier ou l'un des agents qu'il emploie.

Le caractère spécial quant à lui révèle l'anormalité du dommage. Il est très souvent requis en matière de responsabilité sans faute, car il impose à la puissance publique de rétablir,

---

[288] LAMBERT-FAIVRE Y. & PORCHY-SIMON S., *Droit du dommage corporel : systèmes d'indemnisation, op. cit.,* p.7.
[289] MOR G./ CLERC-RENAUD L., *Réparation du préjudice corporel,* Delmas, 3e éd., 2020, p.8.

par le biais de la réparation, l'équilibre rompu. La spécialité du préjudice s'oppose à son caractère général en ce que le préjudice général affecte l'ensemble des intéressés, tandis que le préjudice spécial crée une discrimination, un déséquilibre qui met à mal un nombre très ne restreint de personnes au sein de la communauté.

2- Les caractères personnel et licite du préjudice indemnisable

A la suite des caractères sus déclinés, le préjudice indemnisable doit revêtir les caractères personnel et licite.

En effet, s'agissant du caractère personnel, il postule que seule la personne lésée par le fait dommageable est fondée à agir en responsabilité. Ainsi, en comparaison au caractère direct qui renvoie au lien de causalité, le caractère personnel quant à lui exige la recherche du lien qui existe entre le dommage et la victime. Ce lien peut être établi même lorsque la victime ne ressent pas la souffrance ou la douleur occasionnée par le dommage ; tel est le cas des patients atteints de trouble mental, ou en état végétatif. De la sorte, toute personne victime d'atteinte à son intégrité corporelle du fait d'acte médical ou d'acte imputable au service public hospitalier, peut engager la responsabilité de celui-ci.

En outre, il convient de souligner que le préjudice personnel ne fait pas obstacle au préjudice de la victime par ricochet, car cette dernière est susceptible d'être indemnisée au titre du préjudice d'affection en cas de décès de la victime directe, ou du préjudice d'accompagnement en cas d'invalidité ou d'handicap grave de la victime directe. De plus, « *le caractère personnel à la victime médiate des préjudices réfléchis permet de distinguer l'action en réparation, propre à la victime par ricochet, de l'action successorale des héritiers de la victime directe »*[290]. La victime par ricochet peut donc être distincte des ayants-droits, tout comme il peut y avoir cumul de qualités en cas de décès de la victime.

Pour ce qui est de la licéité du préjudice, elle signifie que le préjudice indemnisable est celui qui porte atteinte à un intérêt légitime juridiquement protégé. Il s'agit d'une règle procédurale inspirée de la maxime d'équité *« Equity follows the law »*[291], qui se traduit par la nécessité d'une atteinte à un intérêt protégé par le droit et sur laquelle se fonde la victime pour intenter une action en responsabilité. Le préjudice légitime ou licite est en réalité la traduction

[290] LAMBERT-FAIVRE Y., « L'indemnisation des victimes de préjudices non économiques », *Les cahiers de droit,* Vol. 39, n°2-3, 1998, p.558.
[291] Cette maxime signifie que l'équité doit suivre le droit.

de l'idée selon laquelle *« le droit ne peut dire une chose et son contraire »*[292], car le juge ne peut indemniser un préjudice subi sur la base d'une situation ou d'un acte illicite. De la sorte, bien que revêtant les caractères requis, le dommage causé par le service public hospitalier ne peut être indemnisé que s'il lui est imputé (B).

B- L'imputation du dommage au service public hospitalier

L'office du juge en matière de réparation nécessite que celui-ci ait tout d'abord identifié le préjudice causé à la victime, mais ensuite et surtout qu'il ait été en mesure de déterminer le ou les responsables ainsi que leurs patrimoines respectifs. Il s'agit dès lors d'imputer ledit préjudice à une personne précise ; tel est le cas des faits dommageables occasionnés au sein des établissements publics de santé, et dont le service public hospitalier en est le débiteur au travers du mécanisme de l'imputation. Cette dernière est perçue comme *« une étape nécessaire à toute responsabilité destinée à contraindre un sujet de droit à prendre en charge la dette de responsable »*[293]. Elle représente le lien indispensable entre le dommage et celui qui en répond, et constitue ainsi *« le lien permettant de faire peser l'obligation de réparer sur un sujet de droit qui devient alors débiteur de cette obligation »*[294].

À la différence des personnes physiques dont l'imputation revêt un caractère direct en ce qu'elle résulte du lien immédiat établi entre le dommage et son auteur, les personnes morales en général, et les personnes morales de droit public en particulier ne sauraient être auteures des faits dommageables dont elles répondent. En effet, leur caractère abstrait au sens de Gaston Jèze[295] qui affirmait n'avoir jamais déjeuné avec une personne morale, exige que leur déploiement dans la vie juridique soit possible au travers de personnes physiques qui agissent en leur nom et pour leur compte. Ce faisant, selon qu'il s'agisse du fonctionnement propre d'un service public hospitalier, ou de celui matérialisé par l'action des fonctionnaires et agents publics pour le compte des formations sanitaires publiques, le lien d'imputation est respectivement établi selon le critère de l'analyse fonctionnelle (2) ou selon le critère de l'analyse organique (1).

---

[292] BRUN P., « Personnes et préjudice », *Revue générale de droit,* Vol. 33, n°2, 2003, p.200.
[293] OKI J-L., *L'imputation, mécanisme fondamental de la responsabilité des personnes publiques,* Thèse de droit, Université de Bordeaux, 2017, p.14.
[294] *Ibid.,* p.15.
[295] JEZE G. est un juriste de la première moitié du XXe siècle, qui promeut le « positivisme sociologique » comme méthode d'étude du droit et des finances publiques ; et qui fonde l'Etat sur la notion technique de service public.

1- Le critère organique

Ce critère postule que *« la faute commise par un organe de la personne morale, c'est-à-dire par un individu qui veut et agit en son nom, est une faute de celle-ci, dont elle doit réparer les conséquences dommageables »*[296]. Ce mécanisme n'est possible que par le biais de la théorie de l'organe, qui permet d'expliquer *« l'action des personnes morales par le truchement de personnes physiques »*[297]. Car en l'absence de ladite théorie, l'on se retrouverait face à l'impossibilité d'attribuer à la personne morale la qualité d'auteur, et par ricochet, celle de responsable.

Aussi, l'appréhension de la théorie de l'organe nécessite que soient préalablement identifiés les organes susceptibles d'engager la responsabilité de la personne morale. A cet effet, plusieurs conceptions se sont opposées[298] ; mais celle retenue et appliquée par les juges, est celle de Hans Kelsen, selon laquelle tous les agents de la personne morale ont la qualité d'organe. Cette conception se justifie par le postulat selon lequel on *« a le droit de considérer tout « membre » d'une collectivité à base normative comme un « organe » de cette collectivité »*[299]. Ainsi, qu'il s'agisse des fonctionnaires, des agents publics et même des collaborateurs occasionnels des services publics, toutes ces personnes sont susceptibles d'engager la responsabilité desdits services pour fait dommageable lorsqu'elles agissent dans le cadre de leurs fonctions. Autrement dit, la responsabilité du service public hospitalier, qui se distingue de la responsabilité personnelle de ses fonctionnaires et agents publics, est engagée en cas de faute de service. Cette dernière est établie *« si l'acte dommageable est impersonnel, s'il révèle un administrateur plus ou moins sujet à erreur »*[300]. Il s'agit donc d'une faute consubstantielle au service public, qui *« emporte un transfert d'imputation depuis le patrimoine*

---

[296] LE TOURNEAU P., *La responsabilité civile, op. cit.*, p.33.
[297] OKI J-L., *L'imputation, mécanisme fondamental de la responsabilité des personnes publiques,* o*p. cit.,* p.307.
[298] Les conceptions qui s'opposent sont celles de à R. CARRE DE MALBERG, de L. MICHOUD, et de H. KELSEN. Selon R. CARRE DE MALBERG, les organes sont les autorités *« qui expriment la volonté initiale de l'Etat ou plutôt qui lui fournissent sa volonté initiale par leurs propres volontés ».* Il distingue ainsi ces autorités-organes, aux autorités-représentantes en affirmant que les premières disposent de la liberté de formuler la volonté définitive de la personne dont elles constituent l'organe ; tandis que les secondes ne disposent que d'une volonté inféodée, subordonnée à celle de la personne qu'elles représentent. Cette conception de R. CARRE DE MALBERG est semblable à celle de L. MICHOUD, à la seule différence que ce dernier opère une distinction entre les organes de la personne morale et les préposés pris ici comme employés de la personne morale. Hans Kelsen quant à lui ne fait aucune distinction entre les organes, les représentants ou les préposés de la personne morale ; car il soutient que tous sont des agents de la personne morale ; et à ce titre, ils sont tous susceptibles d'engager sa responsabilité en cas de fait dommageable.

[299] KELSEN H., *Théorie pure du droit,* 2e éd., traduite par EISENMANN C., Dalloz, 1962, p.235.
[300] Tribunal des Conflits, 5 mai 1877, p.437.

de l'agent vers celui de l'Administration »[301] *;* et ce au sens de l'article 3 alinéa 1 de la loi n°2006/022 qui dispose que la responsabilité de l'Etat, des collectivités publiques territoriales décentralisées, et des établissements publics administratifs *« est substituée de plein droit à celle de leurs agents auteurs des dommages causés dans l'exercice même de leurs fonctions »*[302].

De ce fait, le rôle du juge en matière de faute de service, consiste *« en la recherche d'une cause liée à l'activité de la personne morale de droit public »*[303]. Cette imputation du patrimoine de la personne publique, plutôt que celui de ses agents, se justifie par l'obligation de garantie qui incombe à toute personne publique pour le compte de ses organes ; il s'agit en d'autres termes d'une protection fonctionnelle des fonctionnaires et agents publics[304]. En droit camerounais, cette protection fonctionnelle est en réalité assimilable à la responsabilité du commettant du fait de son préposé telle que retenue par le juge judiciaire, qui en fait d'ailleurs application sur le fondement de l'article 1384 du code civil. Cette responsabilité du fait d'autrui s'analyse en effet comme *« une obligation de réparation mise à la charge d'une personne pour un fait commis par une autre personne ».* Cette obligation est donc le fruit d'une fiction juridique qui considère que *« l'acte dommageable a été commis par la personne qui en répond »*[305].

Cette implication de la faute de service, qui consiste à rendre l'agent public auteur du fait dommageable et la personne publique responsable du préjudice causé, consacre ainsi le critère de l'analyse organique, et relève de la compétence du juge judiciaire en droit camerounais. Elle se distingue de l'implication de la faute du service, qui met davantage l'accent sur le fonctionnement et l'organisation du service public, abstraction faite de tout agent public ou organe. Est de ce fait mis en évidence, le critère de l'analyse fonctionnelle, qui relève de la compétence du juge administratif.

---

[301] FORTAT N., *Autorité et responsabilité administrative,* Thèse de droit, Université François-Rabelais, 2018 P.56.
[302] L'article 3 alinéa 1 de la loi n°2006/022 du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs.
[303] BELHRALI H., *Les coauteurs en droit administratif,* LGDJ, 2003, p.113.
[304] BOURDON J., « La protection fonctionnelle de l'agent public », *AJFP* 1996, p.21.
[305] CHAPUS R., *Responsabilité publique et responsabilité privée – Les influences réciproques des jurisprudences administrative et judiciaire,* LGDJ, 1957, p.202.

2- Le critère de l'analyse fonctionnelle

Ce critère s'applique en cas de non-identification de l'agent auteur du dommage. Il s'agit en d'autres termes d'une faute qui *« révèle une défaillance du service dans son ensemble sans qu'il soit matériellement possible de l'imputer à un agent en particulier »*[306]. Cette défaillance encore appelée faute *du* service, résulte de la combinaison des règles et procédures qui régissent l'organisation et le fonctionnement du service public concerné. Elle est *« indépendante d'une erreur isolée ou d'un agent identifiable voire non identifiable »*[307] *;* et serait occasionné à la suite à d'un défaut de surveillance, d'un défaut d'entretien des locaux, du sous-effectif du personnel, de l'insuffisance ou de l'état défectueux du matériel, de la mauvaise coordination entre les services ou au sein d'un même service, du retard dans l'admission et dans la prise en charge des patients.

En outre, le critère de l'analyse fonctionnelle s'applique en matière de responsabilité sans faute, et repose sur l'idée d'imputation directe du fait dommageable au fonctionnement matériel du service public. En l'occurrence, cette imputation est fonction des activités du service public hospitalier, et non de la nature juridique de l'auteur du dommage ; car lorsque le dommage provient de la mise en œuvre des prérogatives de puissance publique, *« une personne privée peut alors être condamnée au titre d'une responsabilité administrative alors même qu'elle est principalement soumise à un régime de droit privé »*[308].

Aussi, le juge a établi une présomption de causalité, et par ricochet, une présomption d'imputation au fonctionnement ou à l'organisation du service public hospitalier. C'est ainsi qu'en cas d'infection nosocomiale, de vaccination obligatoire, ou de transfusion de sang contaminé, la présomption de causalité et entre fait générateur et de son imputabilité à l'établissement public de santé est quasi indéniable. Car, bien qu'ayant une causalité matérielle éventuelle, la causalité juridique établie par le juge revêt un caractère certain. Illustration en est faite à l'occasion de diverses affaires parmi lesquelles une en particulier dans laquelle le juge a pu considérer *« qu'il résulte des constatations des experts qu'aucune faute lourde médicale, notamment en matière d'asepsie, ne peut être reprochée aux praticiens qui ont exécuté cet examen et cette intervention ; que le fait qu'une telle infection ait pu néanmoins se produire, révèle une faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service hospitalier »*[309]. De même,

---

[306] FORTAT N., *Autorité et responsabilité administrative, op. cit.,* p.61.
[307] *Ibid.,* p.61
[308] *Ibid.,* p.198.
[309] CE, 9 décembre 1988, *Cohen*, Rec. 431, n° 65087 (nous soulignons) ; V. également CE, 1er mars 1989, *Bailly*, Rec. 908, n° 67255 ; CE, 14 juin 1991, *Maalem,* Rec. T. 1184, n° 65459.

il a indiqué que *« compte tenu du délai entre l'hospitalisation de M. X. et l'apparition des symptômes de l'hépatite B, et en l'absence de tout autre élément invoqué par l'Assistance Publique à Marseille et ayant pu concourir à la réalisation du dommage, la contamination dont M. X. a été victime doit être imputée aux traitements effectués à l'hôpital Sainte-Marguerite ; que cette contamination révèle une faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service hospitalier »*[310]. Il convient donc de relever que l'analyse fonctionnelle renvoie à la responsabilité de la personne à la compétence de laquelle se rattache le fait dommageable[311]. Ce faisant, qu'elle découle du critère de l'analyse organique ou de celui de l'analyse fonctionnelle, l'imputation est un élément indispensable à la réparation du préjudice en matière de responsabilité administrative ; et cela se justifie en ce qu'il permet la détermination du patrimoine-débiteur.

II- La réparation du dommage proprement dite par le service public hospitalier camerounais

Le principe est celui de la réparation intégrale, en ce qu'elle permet de remettre autant que faire se peut la victime en l'état dans lequel elle se trouvait avant le dommage. L'objectif est de réparer *« tout le préjudice mais rien que le préjudice »*[312], afin de rétablir l'équilibre entre l'intérêt de la victime et celui du débiteur ; et d'éviter un enrichissement sans cause de la victime ou un appauvrissement indu du débiteur.

En droit camerounais, la réparation du préjudice causé par le service public hospitalier est l'œuvre du juge au travers des procédures contentieuses, qui sont fonction des types de responsabilités engagées devant lui (A). Cette réparation est matérialisée par une indemnisation (B).

---

[310] CE, 31 mars 1999, *Assistance Publique à Marseille*, Rec. 114, n° 181709 (nous soulignons) ; Pour un raisonnement similaire, V. CE, 18 novembre 1960, *Savelli*, Rec. 640, à propos d'une contamination par la variole lors d'une hospitalisation.

[311] SENERS F. & ROUSSEL F., « l'imputabilité du préjudice », *In Répertoire de la responsabilité de la puissance publique,* Dalloz, 2017, p.31.

[312] MOR G. & CLERC-RENAUD L., *Réparation du préjudice corporel : Stratégie d'indemnisation et méthodes d'évaluation, op. cit.,* p.11.

A- La procédure de réparation du préjudice causé par le service public hospitalier

Cette procédure de réparation est duale en droit camerounais, en ce qu'elle a lieu aussi bien devant le juge judiciaire au travers de la traditionnelle procédure civile en matière de responsabilité civile (1) ; mais également devant le juge administratif par le biais de la procédure administrative contentieuse en matière de responsabilité administrative (2).

1- La procédure civile de réparation du préjudice

En matière de responsabilité civile, le juge est saisi soit par assignation en paiement de dommages et intérêts[313], soit par requête[314].

En cas de saisine par assignation, l'établissement public administratif à caractère hospitalier concerné est assigné soit en ses bureaux, soit dans le lieu où réside son siège, soit alors dans les autres lieux en la personne et au bureau de ses préposés[315]. Ladite assignation devra comprendre[316] la date des jour, mois et an, les nom, profession et domicile du demandeur ; les nom, demeure et matricule de l'huissier ou de l'agent d'exécution, les nom et demeure du défendeur, et mention de la personne à laquelle copie de l'exploit sera laissée ; l'objet de la demande, l'exposé sommaire des moyens ; l'indication du tribunal qui doit connaître de la demande, la date et l'heure de l'audience.

En cas de saisine par requête, la requête introductive d'instance doit contenir toutes les indications sus citées, et un exposé complet de l'affaire et des moyens ; elle est adressée avec autant de copies qu'il y a de défendeurs par le demandeur au Président de la juridiction compétente par lettre recommandée. La requête doit également contenir la mention que le demandeur entend plaider suivant la procédure des articles 19 et suivants. Dans les vingt-quatre heures de sa réception le Magistrat rend une ordonnance fixant la date d'audience et remet le dossier au greffier qui, dans les vingt-quatre heures, envoie par pli recommandé avec avis de réception une copie de l'ordonnance et de la requête introductive d'instance au défendeur, et une copie de l'ordonnance au demandeur[317].

L'audience est donc fixée par ordonnance et revêt un caractère public. Au cours de celle-ci, les parties comparaissent soit en personne, soit par leur avocat-défenseur, soit alors par

[313] Article 5 du code de procédure civile camerounais du 16 décembre 1954.
[314] Article 19, *op. cit.*
[315] Article 13, *op. cit.*
[316] Article 6, *op. cit.*
[317] Article 20, *op. cit.*

mandataire[318] ; elles sont autorisées à présenter des observations orales ou à développer leurs conclusions. Par la suite, la cause est communiquée au ministère public[319] pour ses réquisitions.

Dans les deux cas de saisine de la juridiction compétente, le demandeur est tenu avant toute instance, sauf en cas d'assistance judiciaire, de consigner au greffe de la juridiction qu'il entend saisir une somme suffisante pour garantir le paiement des frais, enregistrement compris. Cette somme est fixée, en cas de difficulté, par ordonnance du Président de la juridiction sur simple requête du greffier ; et son non-paiement suspend toute suite de l'instance.[320]

Par ailleurs, les jugements sont rédigés en minutes ; lesquels énonceront qu'ils ont été rendus en audience publique tout en indiquant clairement la date. Ces jugements contiennent les noms des magistrats et du greffier qui auront siégé ; les noms, profession, domicile des parties ; l'acte introductif d'instance et le dispositif des conclusions ; les motifs et le dispositif. Aussi, tous jugements qui condamneront à des dommages et intérêts en contiendront la liquidation, ou en ordonneront qu'ils seront donnés par état.

En outre, il convient de relever que la procédure civile sus déclinée offre plus de garantie pour la victime du service public hospitalier, en ce que le juge judiciaire peut ordonner *« l'exécution provisoire des jugements définitifs ou avant dire droit, contradictoires ou par défaut »*[321], si elle est demandée et seulement pour le cas d'urgence ou de péril en la demeure. C'est ainsi que le juge judiciaire a ordonné *« l'exécution provisoire du présent jugement sur la somme de 15 000 000 frs relatives aux dépenses urgentes et permanentes portant sur les soins et ce, nonobstant toutes voies de recours »*[322]. Cette décision du juge intervient à la suite d'une opération chirurgicale destinée à soigner une hernie à l'enfant N., mais qui lui a plutôt causé une émasculation ou castration ; toute chose qui a condamné ledit enfant à un handicap sexuel à vie qui l'oblige à prendre durant toute sa vie des hormones diverses. Qu'en est-il de la procédure administrative contentieuse ?

[318] Article 25 et 26, *op. cit.*
[319] Article 36, *op. cit.*
[320] Article 24, *op. cit.*
[321] Article 54, *op. cit.*
[322] Aff. *NGO LIKOUND Félicité C/ Dr BILONG Serges Clotaire et Etat du Cameroun. op. cit.*

2- La procédure administrative contentieuse de réparation du préjudice

Cette procédure comprend la phase de recours gracieux préalable devant l'autorité administrative responsable du fait dommageable ; et une phase contentieuse devant le juge administratif.

S'agissant de la phase de recours gracieux préalable, elle est une condition sine qua non de la recevabilité du recours devant le Tribunal administratif, car ce dernier *« n'est recevable qu'après rejet d'un recours gracieux adressé à l'autorité auteur de l'acte attaqué ou à celle statutairement habilitée à représenter la collectivité publique ou l'établissement public en cause »*[323]. En effet, dans une procédure en réparation du dommage causé par le service public hospitalier, le recours gracieux préalable doit être introduit dans les six (06) mois suivant la réalisation du dommage ou sa connaissance[324], sous peine de forclusion. Ce recours fait l'objet d'une réponse explicite ou implicite de la part de l'administration. La réponse explicite se matérialise très souvent par un acte écrit de l'administration, dans lequel celle-ci accède à la demande du recourant ou alors la rejette. La réponse implicite quant à elle se matérialise par le silence gardé par l'administration pendant la période de trois (03) mois. Ce silence est normateur de sens négatif, en ce qu'il renvoie automatiquement à une décision de rejet de l'administration. Aussi, toute décision de rejet de l'administration ouvre le décompte du délai d'introduction du recours contentieux devant le Tribunal administratif ; de telle sorte que *« sous peine de forclusion, les recours contre les décisions administratives, doivent être introduits dans un délai de soixante (60) jours à compter de la décision de rejet du recours gracieux »*[325]. Ce délai court du lendemain du jour de la notification à personne ou à domicile élu.

Pour ce qui est de la phase du recours contentieux, elle débute par le dépôt et l'enregistrement au greffe du Tribunal administratif, de la requête introductive d'instance aux fins d'indemnisation, accompagnée du paiement de la consignation d'une provision fixée à vingt mille (20 000) FCFA[326]. Cette requête doit contenir les noms, prénoms, profession et domicile du demandeur, la désignation du défendeur, l'exposé des faits qui servent de base à la demande, les moyens et l'énumération des pièces produites à l'appui de la demande. Elle est rédigée sur papier timbré, et signée par le requérant ou son mandataire[327]. A la requête, doivent

[323] Article 17 alinéa 1 de la loi n°2006/022 du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des Tribunaux administratifs.
[324] Article 17 alinéa 3c de la loi n°2006/022, *op. cit.*
[325] Article 18 alinéa 1 de la loi n°2006/022, *op. cit.*
[326] Article 34 alinéa 1 de la loi n°2006/022, *op. cit.*
[327] Article 35 et suivants de la loi n°2006/022, *op. cit.*

être jointes des copies sur papier libre, certifiées conformes par le requérant ou son mandataire, tant de la requête elle-même que des pièces annexées. Les copies déposées sont en nombre égal à celui des défendeurs plus deux.

Dès l'enregistrement de la requête, le président du Tribunal désigne un rapporteur au moyen d'une ordonnance de désignation du juge rapporteur qui, sous son autorité, dirige l'instruction de l'affaire. Ledit rapporteur se rassure de la recevabilité de la requête introductive d'instance, et invite le demandeur le cas contraire, à régulariser sa demande ou à solliciter l'assistance judiciaire dans les quinze (15) jours à compter de l'avertissement. De même, il peut lui demander de produire tout autre document jugé utile à la solution du litige. En cas de recevabilité de la requête, le rapporteur en ordonne la communication au défendeur, au moyen d'une ordonnance de soit-communiqué, qui a trente (30) jours pour déposer son mémoire en défense. Ce délai court à compter du lendemain de la notification de l'ordonnance de soit-communiqué au défendeur ; il est prorogé en cas de demande d'assistance judiciaire. Le mémoire en défense est rédigé sur papier timbré et déposé au greffe ; il est notifié par le greffier au demandeur, et doit remplir les conditions de forme de la requête introductive d'instance. Dans les quinze (15) jours de la notification du mémoire en défense, le demandeur dépose un mémoire en réplique auquel le défendeur peut répondre dans le même délai.

À l'expiration des délais prescrits, le rapporteur clôture l'instruction et rétablit le dossier au greffe, sans y joindre son rapport. Il transmet son rapport sous pli confidentiel au Président du tribunal qui en communique copie au Procureur Général, également sous pli confidentiel. Une fois le dossier rétabli au greffe, il est transmis sans délai au Procureur Général qui propose une solution dans ses conclusions et les communique sous pli confidentiel au Président du tribunal dans un délai de trente (30) jours. Dans le même délai, le dossier est une fois encore rétabli au greffe, et soumis au Président pour fixation de la date d'audience. Cette date est notifiée au Procureur Général et aux membres du tribunal par le greffier en chef qui assure la confection et l'affichage du rôle. Aussi, dix (10) jours au moins avant la date d'audience, chaque partie reçoit notification d'une convocation d'avoir à s'y présenter. Les audiences sont publiques ; toutefois, le tribunal peut en ordonner le huis clos s'il estime que cette publicité est dangereuse pour l'ordre public ou les bonnes mœurs. Dans tous les cas, les jugements sont rendus en audience publique.

En tout état de cause, qu'elle soit la résultante d'une procédure civile ou d'une procédure administrative contentieuse, la réparation du préjudice causé par le service public hospitalier se matérialise par une indemnisation du préjudice moral et du préjudice matériel.

B- La réparation proprement dite des préjudices du fait du service public hospitalier

La réparation du dommage corporel obéit à diverses modalités selon la gravité du préjudice subi par la victime et la capacité de le réparer intégralement. C'est ainsi qu'un dommage corporel d'une gravité mesurée, tout comme le préjudice matériel découlant d'un dommage irréversible peuvent faire l'objet d'une réparation en nature (1), tandis qu'un préjudice d'une extrême gravité tel que la mort ou une infirmité définitive, et tout préjudice moral ne peuvent être réparés qu'au moyen d'une indemnité compensatrice (2).

1- La réparation en nature du préjudice matériel

Cette réparation consiste à remettre la victime dans l'étant dans lequel elle se trouvait avant le dommage. Elle n'est possible qu'en cas de préjudice matériel tel que le préjudice corporel d'une moyenne gravité issu d'une intervention médicale ou hospitalière, ou encore les préjudices patrimoniaux découlant du dommage corporel en général. Dans le premier cas, une réparation en nature équivaudra à une nouvelle intervention médicale ou hospitalière, très souvent d'ordre chirurgical, à la charge de l'établissement public de santé en cause et dont le but est la remise en état de la victime par l'effacement du dommage corporel dans sa matérialité. Dans le second cas, le dommage corporel étant à l'origine d'une diversité de préjudices patrimoniaux tels que les frais médicaux, pharmaceutiques ou d'hospitalisation, frais de transport, perte de salaires due à une inactivité temporaire ou définitive, et autres pertes de revenus ; la réparation en nature consistera à un remboursement de ces frais sur la base de *« pièces justificatives dont la force probante est incontestable »*[328]. Dans l'un ou l'autre cas, la preuve du préjudice est un élément indispensable à sa réparation. Elle se rapporte soit par le biais d'un rapport d'expertise médicale, dont la finalité sera d'établir le lien de cause à effet entre le fait dommageable et la formation hospitalière publique en cause ; soit alors au moyen de factures et autres preuves des dépenses engagées pour le traitement de la victime ; soit alors par les deux.

Par ailleurs, il convient de relever qu'en cas de décès de la victime directe ou de sa survie dans des conditions difficiles, les victimes par ricochet peuvent obtenir la réparation en nature du préjudice matériel. Celles-ci renvoient aux proches de la victime initiale qui sont privés d'un droit du fait du dommage causé à cette dernière. Ainsi, pour ce qui est du décès de

[328] Affaire *Epoux TANKOUA C/ Etat du Cameroun (Hôpital Général de Yaoundé*), *op. cit.,* p.30.

la victime directe, les préjudices matériels dont peuvent souffrir les victimes par ricochet, et qui sont susceptibles de réparation en nature sont généralement la perte de subsides et l'engagement de frais divers. En effet, les proches de la victime directe décédée suite à une faute médicale peuvent subir, d'une part un manque à gagner du fait de la chute de leur niveau de vie auquel contribuait grandement le *de cujus* ; et d'autre part une perte pécuniaire matérialisée, outre les frais d'hospitalisation, par l'engagement des frais d'obsèques constitués des frais de sépulture, d'inhumation, de cérémonie civile ou religieuse.

Concernant de la survie de la victime directe dans des conditions difficiles, les victimes par ricochet peuvent obtenir la réparation en nature du préjudice matériel généré par le handicap. C'est ainsi que ce préjudice *« peut résulter des frais que doivent supporter les parents d'un enfant né handicapé à la suite d'une faute médicale »*[329].

2- La réparation pécuniaire ou en argent du préjudice moral

La réparation en argent est le monopole du préjudice moral dont la particularité est d'être difficilement réparable, voir irréparable. Elle renvoie à une compensation pécuniaire par le biais de l'indemnisation, dont le rôle est de soulager autant que faire se peut la victime, quant à la souffrance morale subie encore appelée *pretium doloris.* En effet, l'atteinte à l'intégrité corporelle *« peut entraîner la réalisation de préjudices moraux divers, qui pourront être réparés par une indemnité spéciale, mais qui le seront en tout cas pour eux-mêmes abstraction faite des conséquences pécuniaires du fait dommageable »*[330].

A la différence de la réparation du préjudice matériel qui nécessite des pièces justificatives à la force probante incontestable, le préjudice moral n'a besoin que de l'établissement d'un lien de causalité direct entre le fait dommageable et le dommage causé. C'est ainsi que le juge administratif camerounais affirme dans sa motivation que *« --- Considérant que les recourants allèguent avoir subi un préjudice moral du fait de la faute de l'Hôpital ayant occasionné le décès de dame ASSOMO ;*

---Considérant qu'il a été établi plus haut un lien de causalité direct entre la faute du service et le décès de dame ASSOMO ;

---Considérant que, les souffrances morales provoquées aux recourants par le décès subit de celle-ci sont certaines ;

---

[329] CONTE P., MAISTRE DU CHAMBON P., FOURNIER S., *La responsabilité civile délictuelle, op. cit.,* p.40.
[330] CHAPUS R., *Responsabilité publique et responsabilité privée, les influences réciproques des jurisprudences administrative et judiciaire, op. cit.,* p.415.

---Qu'il s'en suit que, le préjudice moral subi par les recourantes mérite une jute indemnité évaluée à la somme de cinq millions de francs ; »[331].

En outre, il ressort de cette motivation du juge que la réparation du préjudice moral des victimes par ricochet est à n'en point douter une réalité en droit camerounais. Ce préjudice consiste essentiellement au préjudice d'affection subi par les proches de la victime directe à la vue de la perte d'un être cher ou de sa survie diminuée et gravement handicapée. Son unique mode de réparation est la réparation pécuniaire au moyen de l'indemnisation, dont les seuls critères retenus sont ceux exigés en droit commun, notamment l'existence d'un préjudice personnel, direct, certain et licite[332].

[331] Affaire *Epoux TANKOUA C/ Etat du Cameroun (Hôpital Général de Yaoundé*), *op. cit.,* p.30.
[332] LAMBERT-FAIVRE Y. et PORCHY-SIMON S., *Droit du dommage corporel : système d'indemnisation, op.cit.,* p.301 à 309.

CONCLUSION DU CHAPITRE 2

L'engagement de la responsabilité du service public hospitalier nécessite que soient réunies les conditions cumulatives de faute, dommage et lien de causalité. En droit camerounais, ces conditions se particularisent par l'exigence d'une faute lourde et d'une faute prouvée, la distinction entre le préjudice matériel et le préjudice moral, et l'usage indifférencié par le juge des théories du lien de causalité. Aussi, cette responsabilité est sanctionnée par une obligation de réparer qui se matérialise par une indemnisation dûment ventilée.

De même, la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun revêt une spécificité liée aux règles procédurales de sa mise en œuvre. Cette dernière obéit tant aux règles de procédure civile ainsi qu'à celles de procédure administrative, selon que le juge saisi soit de l'ordre judiciaire ou administratif. Ce dédoublement de compétence a longtemps été la cause d'une ambigüité quant à la saisine du juge en cette matière par les justiciables, et même par leurs conseils, et ce jusqu'à la récente décision de la plus haute juridiction administrative camerounaise prononcée en octobre 2022[333].

[333] CS/CA, arrêt n°196/QD/2022 du 12/10/2022, *Procureur général près le Tribunal administratif du centre C/ Etat du Cameroun (Minsanté), NOMO Romaric Eugène.*

CONCLUSION DU TITRE 1

La responsabilité du service public hospitalier est régie et organisée par le droit camerounais, aussi bien sur le plan théorique au moyen de sa reconnaissance juridique et de sa reconnaissance politique, que sur le plan pratique par le biais de sa mise en cause. S'agissant de la réception théorique de cette responsabilité, sa reconnaissance juridique renvoie aux dispositions textuelles et jurisprudentielles qui la fondent. Tandis que sa reconnaissance politique est dérivée de la politique de l'Etat du Cameroun en matière de santé, qui prévoit une organisation en sous-secteurs du système de santé parmi lesquels le sous-secteur public en charge du service public hospitalier. Ce sous-secteur comprend des formations sanitaires publiques, qui exercent des missions susceptibles de mettre en cause leur responsabilité devant les juridictions camerounaises.

Cette mise en cause est constitutive de la réception pratique de la responsabilité du service public hospitalier. Elle obéit à la règle classique de la nécessaire réalisation des trois conditions cumulatives que sont la faute, le lien de causalité et le préjudice ; tout en poursuivant la finalité de l'impérative réparation du dommage subi par la victime. Aussi il a s'agit de démontrer qu'en droit camerounais, les conditions d'engagement de la responsabilité de ce service public se caractérisent par une faute lourde du service public hospitalier et un régime de faute prouvée, la distinction entre le préjudice matériel et moral, et l'usage indifférencié des théories du lien de causalité afin de le déterminer. De plus, la réparation du dommage qui en découle est tributaire de l'existence d'un préjudice indemnisable imputable à l'établissement de santé en cause. Sa procédure est soumise aux règles de droit privé et aux règles de droit administratif selon qu'ait été saisi le juge judiciaire ou le juge administratif, en vertu de l'adage *« option de juridiction emporte option de législation ». In fine,* cette réparation peut être soit en nature lorsque cela est possible au moyen d'une intervention médicale réparatrice du dommage, soit en argent par une biais d'une juste indemnisation.

Une telle approche généraliste de la responsabilité du service public hospitalier est vectrice d'une pluralité de défaillances tant en ce qui concerne la substance qui la constitue, que pour ce qui est du processus de sa mise en œuvre devant le juge.

TITRE 2 :

LES PESANTEURS À L'ENCADREMENT DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER AU CAMEROUN

L'encadrement de la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun est caractérisé par la prégnance des règles générales appliquées en matière de responsabilité administrative. Ces règles renvoient aux conditions cumulatives d'engagement de ladite responsabilité, ainsi qu'aux modalités de réparation du préjudice causé par l'hôpital public en cause. S'agissant des conditions, elles se déclinent en *« l'existence d'un préjudice, un lien de causalité entre le préjudice et le fait générateur et un fait générateur »*[334]. Ce fait générateur constitue le fondement médiat de la responsabilité et le critère de classification des types de responsabilités. En effet selon que la faute soit personnelle ou de service, l'on parle de responsabilité personnelle de l'agent ou de responsabilité administrative ; et selon qu'il y ait faute ou pas, l'on parle respectivement de responsabilité pour faute et de responsabilité sans faute. Cette dernière se fonde généralement selon les cas sur le risque et la rupture de l'égalité des citoyens devant les charges publiques ; tandis qu'en cas de responsabilité pour faute, la faute recherchée peut être simple ou lourde et obéir au régime de faute prouvée, caractérisée ou présumée. Aussi, comme autres conditions, le lien de causalité et le préjudice sont indispensables à la mise en cause de la responsabilité. Le préjudice désigne la traduction juridique du dommage subi par la victime, tout en étant un élément incontournable de la politique d'indemnisation au travers de la définition des postes de préjudices indemnisables[335] tels que les préjudices patrimonial et extrapatrimonial. Le lien de causalité quant à lui est *« un lien qui unit un fait dommageable à un dommage »*[336]. A ce titre, il est *« l'élément immuable de tous les cas de responsabilité »*[337], en ce qu'il est une condition d'engagement de la responsabilité pour faute et sans faute, ainsi qu'en matière de présomption de causalité et devant les fonds d'indemnisation ; il est également perçu comme un critère de détermination du juge compétent.

---

[334] TIFINE P., « Droit administratif français- sixième partie- chapitre 3 : Conditions d'engagement de la responsabilité », *Revue générale du droit on line,* 2013, numéro 4760.

[335] POUILLAUDE H-B., *« Le lien de causalité dans le droit de la responsabilité administrative »,* Thèse, Université Panthéon-Assas, 2011, p.9.

[336] *Ibid,* p.25.

[337] GUEX R., *La relation de cause à effet dans les obligations extracontractuelles,* thèse de droit, Université de Lausanne, 1904, p.19.

En ce qui concerne les modalités de réparation du préjudice causé par l'hôpital public, le juge camerounais a retenu la distinction binaire préjudice moral-préjudice matériel[338]. Cette distinction revêt un fort caractère réducteur en matière de dommage corporel, en ce qu'elle ne saurait (ressortir l'ensemble des préjudices subis par la victime, encore moins de les indemniser totalement ; toute chose qui est de nature à remettre en question le respect du principe de réparation intégrale.

Cette conception générale de la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun est de ce fait source d'un encadrement insuffisant et donc insatisfaisant pour les usagers. Elle se justifie principalement par des causes d'ordres substantiel (chapitre 3) et juridictionnel (chapitre 4), qui émanent pour la plupart des considérations sociojuridiques et des difficultés procédurales.

[338] Affaire *Epoux TANKOUA C/ Etat du Cameroun (hôpital général de Yaoundé), op. cit.* p.30.

CHAPITRE 3 :

LES LIMITES D'ORDRE SUBSTANTIEL

« Un être humain, comme n'importe quel animal ou végétal, reçoit de ses parents un certain héritage substantiel, un certain patrimoine héréditaire »[339]. Dans cette citation de Jean Rostand, le qualificatif « substantiel » renvoie à ce qui est propre, ce qui fait corps, ce qui est interne, ce qui est essentiel, ce qui constitue le patrimoine de tout être vivant. Tel est le sens qui sied le mieux aux croyances et pratiques socioculturelles régressives (section 1), ainsi qu'à l'imprécision de la réglementation en vigueur en matière de responsabilité du service public hospitalier (section 2). Ces éléments constituent des pesanteurs intrinsèques à la mise en cause de la responsabilité du service public hospitalier.

SECTION 1 : LES OBSTACLES SOCIO-CULTURELS

« Ubi societas, ibi jus », telle est la maxime latine qui précise que « là où il y a une société, il y a un droit ». Toutefois, *« le droit est-il source, alluvion, affluent ou aboutissement des changements sociaux ? »*[340] A cette interrogation, l'on ne saurait apporter une réponse fixe, tant il est vrai que si dans certains cas *« les règles juridiques peuvent être à l'origine des transformations sociales »,* dans d'autres cas *« l'ordre juridique semble entériner une évolution des usages, des mentalités, des conditions de vie, qui s'est fait jour en dehors, voire malgré lui »*[341]. C'est dans cette seconde hypothèse que s'inscrit la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun, dont l'encadrement est fortement tributaire des aptitudes, usages, pratiques et autres croyances des populations. Il s'agit en effet d'un domaine du droit peu usité, dont le retard dans l'encadrement trouve justifications dans divers facteurs sociaux (I) et culturels (II).

---

[339] ROSTAND J. est un écrivain, moraliste, biologiste, historien des sciences et académicien français, qui s'est beaucoup intéressé aux origines de la vie, a étudié la biologie des batraciens, et a fait de nombreuses recherches sur l'hérédité. C'est justement dans le cadre de ses recherches sur l'hérédité qu'il a pu aboutir à la conclusion dont la célèbre citation en est la traduction.

[340] RINGELHEIM J., « Droit, contexte et changement social », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques,* 2013/1 volume 70, p.157.

[341] *Ibid,* p.157.

I- Les facteurs sociaux

Ces facteurs renvoient aux maux qui minent la société et qui influent sur l'encadrement de la responsabilité du service public hospitalier. Ces maux présentent un fort caractère inclusif en ce qu'ils s'incrustent dans la base, les ménages, les populations, les usagers ; et déteignent ensuite sur l'aspect général de la société. Au Cameroun, comme dans de nombreux pays en Afrique au sud du Sahara, la qualité et la quantité des services publics de santé sont tributaires de la situation socio-économique inquiétante ; toute chose qui produit des effets négatifs non négligeables sur l'encadrement de la responsabilité desdits services. Car l'on ne saurait prétendre à une réglementation équilibrée d'un secteur qui n'arrive pas à surmonter les difficultés les plus élémentaires à l'exemple des infrastructures hospitalières ou encore du matériel médical indispensable pour des soins de santé primaires. Et ce d'autant plus que ces derniers englobent *« les notions de premier secours, d'accessibilité, de coordination, de continuité et de permanence des soins »*[342] *;* et sont considérés comme *« le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent »*[343]. Ainsi distingue-t-on des obstacles sociaux liés aux usager (A) et ceux qui traduisent les défaillances du service public hospitalier lui-même (B).

A- Les limites liées à l'usager

Ces limites sont celles qui touchent directement l'usager dans son être et ses avoirs. Son être renvoyant à sa formation, à ses aptitudes ; tandis que ses avoirs faisant référence à ses possessions, à ses possibilités. Aussi, l'usager du service public hospitalier camerounais est victime d'analphabétisme (1) et la pauvreté (2), qui l'empêchent d'être un acteur actif et participer au processus de réglementation du secteur public hospitalier au travers des réclamations et autres revendications.

1- L'analphabétisme, cause de la méconnaissance des droits des patients

L'analphabétisme est un fléau social très présent dans les pays d'Afrique au sud du Sahara, dont la définition selon l'UNESCO a évolué entre 1958 et 1978. Si en 1958 il désignait l'incapacité de toute personne à lire et écrire, depuis 1978 il renvoie plutôt à l'incapacité

[342] Instruction n°DGOS/PF4/2016/382 du 9 décembre 2016 relative aux programmes de recherche sur les soins et l'offre de soins pour l'année 2017. Disponible sur : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&retourAccueil=1&r=41600
[343] Paragraphe VI de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires.

d'exercer toutes les activités pour lesquelles l'alphabétisation[344] est nécessaire au bon fonctionnement d'un groupe et d'une communauté, et pour permettre de continuer de lire, écrire et calculer en vue du développement de soi et de celui de sa communauté. Au Cameroun, *« Le taux d'alphabétisation des adultes (15 ans et plus) était de 70,7%, dont 63,0 % pour les femmes contre 78,9 % pour les hommes »,* et « *en 2010, le taux brut de scolarisation dans le primaire était estimé à 119,8 %, avec 110,9 % pour les filles et 128,6 % pour les garçons* »[345]. Si ces chiffres qui révélaient déjà un taux au-dessus de la moyenne se sont nettement améliorés aujourd'hui, ils ne concernent en réalité que l'acquisition des compétences de base relatives à la lecture, à l'écriture, et aux calculs. L'on ne saurait logiquement attendre d'une population avec un tel niveau, qu'elle puisse prétendre à une revendication pour la protection de ses droits, qu'elle ignore ; à plus forte raison dans le secteur très fermé de la santé.

De plus l'analphabétisme tel que présenté, justifie la méconnaissance par l'usager des droits fondamentaux de la personne humaine dans le système de santé[346] en général, et celle des droits des usagers du service public hospitalier particulier. En effet, les premiers renvoient au droit fondamental à la protection de la santé droit, au respect de la dignité, au principe de non-discrimination, et au principe du respect de la vie privée ; tandis que les seconds font principalement référence au droit à l'information et au consentement du patient. La connaissance de ces droits par les bénéficiaires constitue un indispensable pour l'exercice d'une démocratie sanitaire, dont les mécanismes de protection en assurent la garantie. Parmi ces mécanismes de protection, figure au premier rang la mise en cause de la responsabilité du service public hospitalier par des usagers conscients de la réparabilité des dommages par eux subis, et surtout de la procédure pour y parvenir. A contrario, l'inaction des victimes de dommages hospitaliers par l'engagement de cette responsabilité, témoigne fortement de leur incapacité matérielle ou procédurale. C'est ainsi que dans l'affaire fortement médiatisée de *Vanessa TCHATCHOU*[347]*,* au cours de laquelle le bébé prématuré d'une fille de 17 ans a disparu de la couveuse d'un hôpital public, la victime a uniquement engagé une procédure pénale par le dépôt de plaintes contre l'hôpital en cause, sans toutefois mis en cause sa responsabilité. Face à une telle réaction, la méconnaissance des droits dont bénéficiait Dame Vanessa T., et surtout la méconnaissance de la procédure adéquate quant à la possibilité d'obtenir cette autre forme

[344] L'alphabétisation est un droit fondamental de la personne humaine qui désigne l'acquisition des connaissances et des compétences de base dont chacun a besoin dans un monde en rapide évolution.
[345] Ministère de la Santé Publique, *Plan National de Développement Sanitaire*, p.3
[346] BIOY X., LAUDE A. & TABUTEAU D., *Droit de la santé,* PUF, 4ème éd., 2020, p.275.
[347] AKOM F., « Les scandales Vanessa Tchatchou et Monique Koumateke : la constitution d'un espace oppositionnel en ligne au Cameroun », *op. cit.,* p. 3.

de réparation pour un tel préjudice, semblent être l'unique explication. Sous d'autres cieux, l'analphabétisme est considéré comme une forme de pauvreté.

2- La pauvreté

La pauvreté est une notion multidimensionnelle, en ce qu'elle désigne non seulement l'insuffisance matérielle, mais également *« un faible niveau d'instruction, une mauvaise santé, la vulnérabilité et l'exposition à des risques environnementaux et professionnels, l'absence de représentation et l'impuissance »*[348]. En tant que fléau social, elle a une incidence incontestable sur la santé en général au travers de son exposition à l'insécurité alimentaire, aux difficultés d'accès à l'eau potable et aux installations d'assainissement. Toutefois, ses effets sont plus dévastateurs en ce qui concerne l'accès aux soins de santé. Perçu comme étant la capacité qu'a une personne à se procurer les soins nécessaires au traitement de la maladie dont elle souffre, l'accès aux soins fait principalement appel aux ressources financières. En effet, « *la capacité financière peut être un obstacle important à l'accès aux soins et services, et constituer un facteur majeur d'inégalités de recours »*[349], lorsqu'elle ne permet pas de satisfaire à l'exigence du prix de la prestation ou du service en milieu hospitalier. Cette capacité financière insuffisante est une traduction de la pauvreté monétaire, qui touche la grande majorité des populations des pays d'Afrique au sud du Sahara. C'est ainsi qu'au Cameroun, Etat fortement frappé par des crises politique et sanitaire à l'instar de la crise anglophone dans le Nord-Ouest et le Sud-Ouest, la lutte contre Boko Haram à l'Extrême-Nord, le flux des réfugiés centrafricains à l'Est, et la pandémie de la Covid-19 ; le taux de l'extrême pauvreté[350] est passé de 24.5% en 2019 à 25.3% en 2021[351]. Cette pauvreté revêt un caractère inclusif, car elle affecte le revenu de la majorité la population constituée des ménages ; au point de leur rendre inaccessibles les hôpitaux de 1ère

[348] Organisation Mondiale de la Santé (OMS) – Bureau Régional de L'Europe Copenhague, « La pauvreté et la santé – Données disponible et action menée dans la Région Européenne de l'OMS », *Comité Régional de l'Europe*, 2001, p.1.
[349] CHAMBAUD L., « Accès aux soins : éléments de cadrage », *Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale* / « Regards », 2018/n°53, p.24.
[350] L'extrême pauvreté est l'état de pauvreté le plus grave, elle renvoie à la précarité. Aussi, à la lecture du rapport intitulé « Grande pauvreté et précarité économique et sociale » adopté par le Conseil économique et social français (Journal officiel, Avis et rapport du CES, p.25), une définition très explicite et quasi-complète de la précarité a été proposée par le Père Joseph Wresinski en ces termes : *« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins grave et définitive. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible ».*
[351] Banque Mondiale, « Cameroun – Vue d'ensemble », banquemondiale.org, 02/06/2022.

et de 2e catégorie qui sont des références en matière d'équipements en plateau technique. Aussi, le ministère de la santé publique du Cameroun confirme cet état des faits en déclarant que

> *« les coûts des prestations dans ces FOSA[352] restent encore élevés pour la majorité des patients. Des subventions pour certains types de prestations sont aujourd'hui faites dans ces hôpitaux afin de réduire les coûts de la prise en charge de certaines maladies chroniques telles que les insuffisances rénales terminales nécessitant une hémodialyse, certains cancers, etc. Mais en l'absence des mécanismes pérennes de mutualisation du risque maladie, les soins et services de santé octroyés dans ces hôpitaux resteront toujours inaccessibles pour les couches sociales les moins nanties »[353].*

De plus, cette pauvreté de la majorité est source d'inégalité criarde au sein de la population ; toute chose qui est de nature à ne permettre l'accès aux soins qu'aux plus aisés. Tel est l'idée qui ressort des sondages de l'état des lieux fait par le ministère de la santé publique du Cameroun, et dans lequel il est affirmé que *« l'accessibilité aux formations sanitaires publiques est plus évidente pour les couches les plus aisées de la population, à l'instar de celles vivant dans les zones urbaines »[354].* Ainsi présenté, un tel contexte social, dépourvu de système d'assurance obligatoire en matière de santé, ne saurait prétendre à un encadrement satisfaisant de la responsabilité du service public hospitalier car il requiert des préalables au rang desquels figure en première place, l'accès aux soins de santé. Ce dernier se distingue de l'accessibilité aux soins qui ne relève pas de l'usager, mais plutôt du service public santé.

B- Les limites liées au service public de santé

Ces limites sont directement rattachées aux fonctions du service public de santé assurées par le ministère de la santé publique ; notamment celles relatives à l'extension de la couverture sanitaire du territoire, et à l'amélioration du plateau technique des formations sanitaires publiques[355]. Ainsi l'accès limité à ces formations sanitaires (1) et la défaillance de leur plateau technique (2) constituent des obstacles à l'encadrement de la responsabilité du service public hospitalier ; car c'est par la résolution des contentieux en la matière que le juge complète les insuffisances et vides juridiques, et incite de ce fait l'adoption de nouvelles règles par le

[352] Les hôpitaux de 1ère et 2e catégorie constituent les deux types de formations sanitaires (FOSA) au niveau central. Les hôpitaux de 1ère catégorie sont l'hôpital général de Yaoundé, l'hôpital général de Douala, l'hôpital Gynéco-obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, l'hôpital Gynéco-obstétrique et Pédiatrique de Douala, et le Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé. La 2e catégorie quant à elle comprend l'hôpital central de Yaoundé, l'hôpital Jamot de Yaoundé, l'hôpital Laquintinie de Douala, l'hôpital de référence de Sangmélima, et le Centre des Urgences de Yaoundé.

[353] Ministère de la santé publique, *Plan national de développement sanitaire, op. cit.,* p.22.

[354] *Ibid,* p.3.

[355] Article 1 alinéa 2 du décret n°2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique.

législateur. Or, en l'absence de formations sanitaires, il ne saurait y avoir d'activités médicales et hospitalières susceptibles de créer un fait générateur de responsabilité.

1- L'accès limité aux formations sanitaires

L'accès aux formations sanitaires renvoie à l'accessibilité géographique aux services de santé ou à la couverture sanitaire géographique. Celle-ci fait référence à *« la distribution spatiale des formations sanitaires puis au nombre d'habitant couvert par une structure sanitaire fonctionnelle »*[356]. Cette accessibilité est un problème majeur dans l'organisation du système de santé camerounais ; car à la différence de la France qui fait face au problème de répartition géographique inégale des médecins, le Cameroun en est encore à l'inégale répartition géographique des formations sanitaires.

En effet, l'accès limité à ces formations sanitaires se justifie par leur rareté, voire leur absence dans certaines localités, plus précisément en zones rurales dans desquelles *« 46,7% des accouchements étaient assistés par un personnel qualifié (…), contre 86,7% en zone urbaine »*[357] en 2010. De même, sur les 2454 formations sanitaires publiques[358] recensées dans les 189 districts de santé que comptait le pays, la couverture géographique présente que les régions de l'Extrême-Nord, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest ne possèdent aucun district de santé ayant plus de 10 formations sanitaires publiques. Tout comme la région de l'Est qui, bien que comptabilisant plus de 10 formations sanitaires, ne peut estimer avoir une couverture sanitaire régulière car toutes ces formations sont situées dans le chef-lieu de ladite région qui est Bertoua[359] ; faisant de ce fait des autres départements et arrondissements de cette région des « déserts médicaux ». Ces derniers qui désignent en général des zones géographiques où *« les habitants rencontrent des difficultés d'accès aux soins »*[360], sont employés dans ce contexte pour traduire le manque d'infrastructures médicales dans un territoire donné, mais également la difficulté d'accès au cas où il y en aurait dans les environs. Cette difficulté d'accès est dans

[356] Stratégies spatiales, « Analyse géographique de la couverture sanitaire au Cameroun : répartition des formations sanitaires et de la charge du personnel de santé », n°002, Mars-Avril 2019, p.4.
[357] Bureau Central des Renseignements des Etudes de Population (BUCREP), 3ème rapport du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), 2010.
[358] Ces 2454 formations sanitaires publiques regroupent les hôpitaux généraux, centraux, régionaux et de district, les centres de santé intégrés et les centres médicaux d'arrondissement.
[359] Stratégies spatiales*, op. cit.,* p.4.
[360] CHEVILLARD G., LUCAS-GABRIELLI V.et MOUSQUES J., « « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches », *L'Espaces géographique,* vol.47, 2018, p.2.

la plus-part des cas la résultante d'une *« absence ou d'un manque de routes aménagées et de l'éloignement des formations sanitaires fonctionnelles »*[361].

En outre, il convient de préciser que cet accès limité aux formations sanitaires rend impossible l'exercice des droits du patient, sans lequel l'on ne saurait fonder un quelconque fait générateur de responsabilité. De même, cette responsabilité ne saurait rigoureusement être mise en cause si les hôpitaux publics ne disposent pas d'un plateau technique à la hauteur des obligations de moyens que leur imposent les exigences scientifiques.

2- La précarité du plateau technique

Le plateau technique dans un établissement de santé désigne l'ensemble des installations, appareils et dispositifs médicaux qui concourent au diagnostic et au traitement des patients. Il renvoie à l'équipement médical de tout hôpital, qui est un critère fort du son standing et de son rang dans le classement des meilleurs hôpitaux. Le plateau technique *« occupe une place majeure dans l'activité diagnostique, et prend une importance toujours croissante dans les performances thérapeutiques de l'hôpital »*[362]. Il représente les moyens dans « l'obligation des moyens » à laquelle est soumis tout médecin, car en dépit des règles de l'art médical et des prescriptions déontologiques, les médecins doivent utiliser *« les données acquises de la science »,* et donc l'accès à un plateau technique disposant d'un minimum d'équipements requis pour tout service de santé.

Malheureusement, tel n'est pas toujours le cas. Au Cameroun par exemple, l'hôpital public se caractérise principalement par une précarité certaine en équipements médicaux. Cette précarité est matérialisée par le défaut de dispositifs médicaux au sein des formations sanitaires publiques. En effet, selon les résultats de la deuxième enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'Education et de la Santé au Cameroun, *« 24,5% des formations sanitaires du niveau opérationnel ne disposaient pas de boite d'accouchement ; 39,5% n'avaient pas de système de stérilisation à la chaleur ; 67,5% ne disposaient pas de kits de césarienne et 11,6% n'avaient pas de microscopes fonctionnels »*[363]. Ces statistiques démontrent à suffisance que les formations sanitaires publiques, surtout celles qui sont les plus rapprochées des populations locales, ne disposent pas de matériels nécessaires pour faire face à la demande sanitaire. Cela s'illustre davantage par la

[361] Stratégies spatiales*, op. cit.,* p.8.
[362] BROUN G., *Le plateau technique médical à l'hôpital,* Coll. « Revue de l'institut de criminologie de Paris », Eska, Paris, résumé.
[363] Ministère de la santé publique, *Plan national de développement sanitaire, op. cit.,* p.48.

situation de mise en œuvre de paquets complémentaires d'activités (PCA), qui décrit que le nombre d'hôpitaux de districts, dont la mission principale est d'offrir le PCA aux populations, *« est marginal »*[364]. Ce faisant, un tel état de défaillance du plateau technique au sein des formations sanitaires publiques, constitue une limite non négligeable à l'encadrement de la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun. Cet encadrement est imprécis car il est contraint de varier selon les moyens et les dispositifs techniques de la formation sanitaire au sein de laquelle se produit le fait générateur ; et ce d'autant plus que la différence de plateaux techniques est très grande. Cet écart est si visible que certains hôpitaux publics sont qualifiés de « référence » à l'instar de « l'Hôpital de Référence de Sangmélima » du fait de son équipement complet ; tandis que d'autres ont beaucoup de mal à assurer les premiers soins à cause du défaut de matériel basique.

Ces facteurs sociaux sus déclinés, qui relèvent aussi bien des usagers que du service public hospitalier, sont de nature à limiter l'encadrement de la responsabilité dudit service ; en ce qu'ils portent sur des préalables indispensables à tout service de santé. Car, l'on ne saurait parler de responsabilité, d'encadrement, ou encore de service public hospitalier sans l'existence d'une structure viable, fonctionnelle, et destinée aux soins de santé ; mais également sans accessibilité géographique et financière par les usagers. En plus des facteurs sociaux, des causes d'ordre culturels contribuent à justifier elles aussi la difficile mise en cause de la responsabilité du service public hospitalier, et donc son encadrement.

II- Les facteurs culturels

La culture désigne l'ensemble de comportements, croyance, attitudes et pratiques qui définissent une communauté ou un groupe social. Dérivés de la culture, les facteurs culturels renvoient aux différents éléments culturels, constitués des croyances, pratiques et attitudes, susceptibles d'obstruer la mise en cause de la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun, et donc son encadrement. Constitué de 2 principales religions, et de *« 240 ethnies, réparties en trois grands groupes »*[365] que sont les Bantous, les Semi-Bantous et les Soudanais ; le Cameroun est en proie à une diversité culturelle, qui relèvent tant des différentes traditions de ces ethnies, (A), que des religions (B) qui y sont exercées.

[364] *Ibid.,* p.25.
[365] www.prc.cm/fr/le-cameroun/presentation, 08/06/2022.

A- La tradition

La tradition désigne l'ensemble des coutumes et des valeurs qui se transmettent de génération en génération au sein d'un groupe ethnique, d'une communauté, ou d'une société. Elle est une caractéristique de la culture d'un peuple, et revêt selon Ricoeur, une double appréhension idéologique et utopique. Sur le plan idéologique *« la tradition peut être définie comme ce qui donne forme à un monde commun particulier »*[366]. Le versant utopique quant à lui, en rapport avec la mémoire et l'intempestif, renvoie à *« ce qui permet à un sujet d'afficher des convictions personnelles ; un sujet prêt, par fidélité à l'égard des valeurs auxquelles il accorde crédit, à mettre en cause les normes de son groupe d'appartenance ainsi que le consensus qui soude le groupe, dont celui-ci attend, vainement, qu'il le délivre de la hantise de ses ennemis »*[367]. Très incrustée dans la médecine au Cameroun au travers de la médecine traditionnelle (1), la tradition occupe une place de choix dans le système de santé en ce que la médecine traditionnelle représente un secteur non négligeable parmi les trois sous-secteurs que compte ce système ; toute chose qui justifie l'impact (2) indéniable de cette médecine sur la responsabilité du service public hospitalier.

1- La place de la médecine traditionnelle dans la société camerounaise

La médecine traditionnelle désigne *« la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent, rationnellement ou non, sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales »*[368]. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la définit comme *« l'ensemble des connaissances et pratiques, explicables ou non, utilisées pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer des maladies physiques, mentales ou sociales et qui peuvent se fonder exclusivement sur une expérience et des observations passées transmises de génération en génération, oralement ou par écrit »*[369]. Aussi, la médecine traditionnelle repose sur la coutume et sur les plantes médicinales *« qui constituent des ressources thérapeutiques précieuses pour la grande majorité*

366 VINCENT G., « LE CONCEPT DE TRADITION SELON RICOEUR : perspectives herméneutiques et pragmatiques », *Revue d'histoire et de philosophie religieuses,* Tome 86 n°1, 2006, p.118.
367 *Ibid,* p.118.
368 Extrait du discours du représentant du ministre de la Santé Publique, *Bulletin de Médecine Traditionnelle,* MINSANTE, n°001, 2020, p.4.
369 Comité régional pour l'Afrique/OMS, « Promouvoir le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé : stratégie de la région africaine », 50ème session, Ouagadougou, 20002, p.1.

des populations en Afrique et au Cameroun »[370] *;* et est très présente dans les ménages qui y ont recours pour des soins primaires. En effet, *« 80% des ménages y recourent pour satisfaire leurs besoins en matière de santé »*[371] *;* et cela s'explique par le faible pouvoir d'achat des populations, qui rend difficile, l'accès aux prestations de la médecine moderne et à ses médicaments. La médecine traditionnelle est fortement intégrée dans la culture nationale en général, et en zone rurale en particulier ; et les tradipraticiens qui l'exercent, sont reconnus depuis les temps immémoriaux comme de grands guérisseurs au sein des différents groupes ethniques et dans les royaumes coutumiers.

Face à un tel rayonnement endogène, le gouvernement n'a pas eu d'autres choix que de réglementer a posteriori et autant que faire se peut, cette branche de la médecine qu'est la médecine traditionnelle. C'est ainsi qu'en plus de l'avoir érigée en 3^{e} sous-secteurs de la santé au Cameroun aux côtés du sous-secteur public et du sous-secteur privé, le ministère de la santé publique œuvre pour son développement par le biais de trois directions techniques et d'un établissement public administratif. D'une part, les directions techniques[372], qui renvoient à la direction de l'organisation des soins et de la technologie sanitaire (DOSTS), la division de la recherche opérationnelle en santé (DROS), et la direction de la pharmacie, du médicament et des laboratoires (DPML) ; sont globalement chargées du suivi et de l'encadrement des activités liées aux prestations socio-sanitaires traditionnelles, ainsi que du développement de la collaboration avec les prestataires, de la recherche sur les médicaments traditionnels améliorés, et du contrôle de la qualité de ces médicaments. D'autre part, l'établissement public administratif qu'est le laboratoire national de contrôle qualité des médicaments et d'expertise (LANACOME), est chargé d'effectuer des études, des analyses et des essais en vue de promouvoir les médicaments traditionnels améliorés. Cet encadrement de la médecine traditionnelle amène à se rendre compte de son importance au sein de la société camerounaise, et dans le quotidien des populations. Son recours généralisé, prioritairement justifié par le faible coût de ses prestations médicales et de ses médicaments, lui confère une place de choix dans les habitudes des usagers ; toute chose qui impose une prise en compte sérieuse de ses techniques et pratiques, dont l'effet sur la responsabilité du service public hospitalier est indéniable.

---

[370] KENMOGNE SIMO T., « Evolution de la médecine traditionnelle en Afrique et au Cameroun », *Bulletin de Médecine Traditionnelle,* MINSANTE, n°001, 2020, p.8.
[371] *Ibid,* p.8.
[372] Ces directions sont toutes chargées du développement de la médecine traditionnelle sur le fondement du décret n°2013/093 du 03 avril 2013 portant réorganisation du ministère de la santé publique.

2- L'impact de la médecine traditionnelle sur la responsabilité du service public hospitalier

La médecine traditionnelle influence l'encadrement de la responsabilité du service public hospitalier au travers de ses techniques et pratiques médicales, mais aussi et surtout au travers de ses médicaments et méthodes thérapeutiques.

En effet, cette médecine ne repose pas toujours sur *« une démarche scientifique reproductible mais aussi, et de façon non négligeable, sur des théories, croyances et pratiques spirituelles variant et grandement influencées d'un pays à l'autre et d'une région à l'autre, par des facteurs comme la culture, l'histoire, les attitudes et la philosophie personnelles »*[373]. Ses méthodes d'exercice sont variées, et dépendent de la spécialité des tradipraticiens qui les exercent. Il peut s'agir des herboristes et naturopathes, qui utilisent la flore naturelle en général, et les plantes médicinales en particulier ; il peut également s'agir des devins-guérisseurs qui revêtent une *« forte légitimité traditionnelle »* et *« dont les pouvoirs sont fondés sur des entités invisibles spécifiques à une aire culturelle »*[374]. De ce fait, les techniques employées par la médecine traditionnelle sont pour la plus-part inexplicables, et renvoient très souvent à des rites, des initiations, des lavages et à divers moyens de purification *;* toute chose qui rend leur examen difficile, voire impossible. Dès lors, est-il possible d'engager la responsabilité du service public hospitalier sur le fondement de faits dommageables basés sur des théories abstraites et non cartésiennes ? Cela serait assurément complexe, et ce d'autant plus que la responsabilité du service public hospitalier se fonde principalement sur une expertise, qui elle-même obéit à des règles et normes précises ; or, *« les pratiques populaires de guérison ne sont nullement fondées sur un corps de connaissances unifié, le champ des pratiques et des savoirs susceptibles d'être attribués aux soi-disant « tradipraticiens » étant particulièrement diversifié, dynamique, et changeant »*[375].

De plus, les médicaments et autres moyens thérapeutiques issus de la médecine traditionnelle, affectent significativement la responsabilité du service public hospitalier qui pourrait découler de la médecine conventionnelle ; et donc son encadrement. Ce faisant, les rites, croyances et potions auxquelles se soumettent les usagers du service public hospitalier,

---

[373] Extrait du discours du représentant du ministre de la Santé Publique, *Bulletin de Médecine Traditionnelle,* MINSANTE, *op. cit.,* p.4.
[374] GRUENAIS M-E., « La professionnalisation des « néo-tradipraticiens » d'Afrique centrale », *Santé Publique et Sciences Sociales,* n°8&9, 2002, p.222.
[375] *Ibid,* p.220.

les assujettis au dogme selon laquelle le résultat dommageable de l'activité médicale faite à l'hôpital public, n'est qu'une conséquence d'une désobéissance ou d'une malédiction qui n'a pas pu être retirée par le tradipraticien. C'est ainsi que dans la culture Bamiléké à l'Ouest du Cameroun, la mort d'un patient peut être perçue comme *« le signe d'un dysfonctionnement, d'une tension dans les relations entre vivants et disparus, ou entre vivants qui auraient des comptes à régler »*[376]. Une telle approche exonère le médecin ou l'établissement de santé de toute responsabilité en l'attribuant à la tradition, car *« à la disparition d'un individu, les questions qui se posent notamment sur les causes, sur les conditions de ce décès tendent à déterminer s'il s'agit d'une « bonne mort » ou d'une « mauvaise mort » ; il faut immédiatement en décrypter le sens, et ce sont des voyants ou des anciens ayant atteint des niveaux élevés dans la connaissance de la tradition qui sont consultés par la famille du défunt pour interroger les esprits tutélaires »*[377]. Cette confiance poussée en la tradition, laisse trop peu de place à la remise en cause du service public hospitalier, et donc à la responsabilité susceptible de découler de ses actes ou abstentions fautifs. Tout comme la tradition, la religion, qui occupe une place primordiale dans la société camerounaise, est le refuge de nombre d'usagers.

B- La religion

La religion est un élément caractéristique de la culture nationale camerounaise. Elle occupe une place centrale dans la vie des populations, qui sont majoritairement Chrétiennes dans le grand Sud, et Musulmanes dans le grand Nord. La religion désigne un ensemble de croyances basées sur l'idée de spiritualité, et matérialisées par des rites pratiqués dans le cadre d'un culte ; elle peut être monothéiste ou polythéiste. Selon le sociologue Emile Durkheim, elle se décline comme

> *« la crainte révérencielle et l'abandon passionnel des humains devant leur matrice sociale, la matrice qui les a créés, qui les appuie, qui leur donne leurs idéaux, et qui les punit pour leurs transgressions tout en promettant de les réintégrer »*[378]. Dans le cas d'espèce, il s'agit d'une religion monothéiste, c'est-à-dire celle qui n'admet que l'existence d'*« un seul Dieu, Être Suprême, parfait, éternel, absolu, infini, spirituel et personnel »*[379].

Ainsi, cette foi quasi infaillible en cet être suprême, qu'importe la dénomination à lui attribuée, justifie que le contexte religieux camerounais (1) soit caractérisé par un

[376] KUIPOU R., « Le culte des crânes chez les Bamiléké de l'ouest du Cameroun », *Communications,* 97, 2015, p.93.
[377] *Ibid,* p.94.
[378] BAUM G., « L'avenir de la religion : entre Durkheim et Weber », *Nouvelles pratiques sociales,* vol.9, n°1, 1996, p.103.
[379] BATTESTI V., « Les relations au désert des religions monothéistes », hal-00568023, 1993, p.2

providentialisme croissant, qui impacte négativement (2) la courbe des recours en responsabilité du service public hospitalier, et par ricochet les efforts à consentir pour son encadrement.

1- Le contexte religieux camerounais

Le contexte religieux renvoie à l'état de la religion au sein d'un pays, aux composantes religieuses de sa population, qui sont généralement fonction des circonstances factuelles, juridiques ou historiques. Ainsi, depuis son indépendance en 1960, le Cameroun connaît deux principales religions que sont le Christianisme et l'Islam. Si ce dernier garde sa configuration d'antan en étant majoritairement constitué des adeptes de l'islam sunnite malékite[380] ; le Christianisme, qui était composé du Protestantisme et du Catholicisme, s'est davantage disloqué à la faveur du mouvement de démocratisation initié en 1990. Ce mouvement s'est poursuivi avec l'entrée en vigueur cette même année, des lois sur les libertés publiques en général, et de la loi sur la liberté d'association en particulier ; laquelle dispose en son article 23 que *: « Toute association religieuse doit être autorisée. Il en est de même de tout établissement congréganiste »*[381]. Cette disposition qui consacre la liberté religieuse, est le fondement de l'émergence des nouvelles églises chrétiennes dites « églises de réveil » ; autrefois étouffées et condamnées à la clandestinité avant l'ouverture démocratique [382].

En outre, ces « églises de réveil » sont à la base de la subdivision géographique binaire[383] du Cameroun, car elles traduisent un *« éclatement de son paysage religieux, qui se caractérise non seulement par la multiplication des associations cultuelles mais aussi par la lente décomposition des territoires ethno-régionaux que s'étaient appropriés les grandes organisations chrétiennes et musulmanes historiques »*[384]. Aussi convient-il de relever que ces associations cultuelles sont vectrices d'un providentialisme poussé, en ce qu'elles vouent, expliquent et justifient tout par l'action d'un être suprême. En effet, elles perçoivent cet être suprême comme *« l'auteur universel de tout ce qui existe dans le monde créé, conférant à toute chose la forme propre et le dynamisme opérationnel joints à son acte d'être, Dieu se révèle comme l'unique Seigneur (Dominus) de toute la création et il exerce à ce titre une douce*

[380] LASSEUR M., « Cameroun : les nouveaux territoires de Dieu », *Revue Afrique Contemporaine,* 2005/3n°215, p.94
[381] Article 23 de la loi n°90/053 du 19 décembre 1990 relative à la liberté d'association.
[382] SOIRON FALLUT M., « Les églises de réveil en Afrique centrale et leurs impacts sur l'équilibre et la stabilité des Etats : les cas du Cameroun, du Gabon et de la République du Congo », *Ministère de la Défense-Délégation aux affaires stratégiques,* 2012, p.27.
[383] Cette subdivision géographique binaire du Cameroun, renvoie à l'occupation majoritaire islamique dans le grand Nord et la prédominance de la présence du Christianisme dans le grand Sud.
[384] LASSEUR M., « Cameroun : les nouveaux territoires de Dieu », *op.cit.*, p.93.

maîtrise (dominium) sur toutes choses »[385]. C'est cette croyance en la maîtrise de toute chose par l'être suprême, qui justifie la place fondamentale de la religion au sein de la population camerounaise, en proie à de nombreux fléaux sociaux. De ce fait, face au chômage, à la pauvreté, à l'insécurité, *« aux conflits familiaux, aux problèmes intimes et médicaux »*[386], le citoyen désœuvré se tourne généralement vers la religion, de laquelle il espère une solution opportune et adaptée à ses capacités. Toute chose qui est de nature à limiter les actions en responsabilité du service public hospitalier, par des justiciables enclins à crier leur désespoir à cet être suprême, plutôt qu'à chercher à obtenir réparation juridictionnelle du préjudice à eux causé.

2- L'effet de la religiosité sur la responsabilité du service public hospitalier

La religiosité renvoie au religieux vécu, aux appropriations personnelles, aux comportements, aux significations subjectives et aux dimensions expérientielles de la religion. Ce terme dérivé de la religion n'est pas péjoratif en lui-même, en ce qu'il contribue à renforcer des attitudes vertueuses, et donc respectueuses de la loi chez le citoyen croyant.

Toutefois, l'émergence croissante de groupes hermétiques à tendance extrémistes au sein de la société, est à l'origine d'un providentialisme poussé et excessif, voire d'un fatalisme, qui postule la croyance en une divinité ou un destin maître de toute chose. En effet, *« dans la religion gréco-romaine, le Destin était une puissance anonyme et supra-humaine, au-dessus des dieux eux-mêmes »*[387] . De même, la doctrine de la fatalité musulmane dans laquelle tout est prévu d'avance et contenu dans un Livre, est explicitée par l'extrait aux termes duquel *« Nul malheur n'atteint la terre ni vos personnes qui ne soit enregistré dans un Livre » (Coran 57:22)*. C'est ainsi que dans la logique de cette doctrine,

> *tout ce qui existe et existera dans l'univers a été déterminé depuis l'éternité par Allah selon un système de causes et d'effets. Ce qu'Allah a écrit sur le Livre se réalisera toujours, que les hommes en soient d'accord ou non. La fatalité musulmane postule non seulement que tel événement doit arriver, mais aussi que c'est cet événement futur qui détermine la série qui mènera jusqu'à lui »*[388]. Aussi, défini comme *« une croyance selon laquelle la vie de chaque individu est fixée de toute éternité par le destin, indépendamment de ce qu'il peut vouloir et faire* [389],

[385] DURANT E., « Providence du salut selon Thomas d'Aquin : un bénéfice théologique de la métaphysique des singuliers », *in Revue des sciences philosophiques et théologiques,* 2012/3 tome 96, p.454.
[386] SOIRON FALLUT M., « Les églises de réveil en Afrique centrale et leurs impacts sur l'équilibre et la stabilité des Etats : les cas du Cameroun, du Gabon et de la République du Congo », *op. cit.,* p.27.
[387] STENGER G., « Le fatalisme de Diderot », in *Mélanges Jacques le fataliste,* La collection du CTEL, Université Côte d'Azur, l'Harmattan, 2017, p.135
[388] *Ibid,* p.136.
[389] STENGER G., « Le fatalisme de Diderot », *op. cit.*, p.135.

Le fatalisme a pour conséquence directe le faible taux de saisine du juge en cas de dommage médical ou hospitalier. Car, le fataliste s'en remet au sort, en expliquant et en justifiant tout par l'existence d'une prédestinée qui prévoit tout d'avance et à laquelle nul ne saurait échapper. Dans ces circonstances, le dommage médical serait donc prévu bien avant sa réalisation, et ne devrait être imputé à qui que ce soit. L'hôpital ou le professionnel de santé ne serait qu'un canal ou un instrument involontaire et inconscient au service de la prédestinée. L'élément intentionnel étant ainsi inexistant, l'on ne saurait tenir l'auteur du fait dommageable pour responsable.

Par ailleurs, au nom des croyances religieuses, la responsabilité du service public hospitalier pourrait être écartée même en cas de dommage, en raison du fait de la victime. En effet, en cas de refus de consentement du patient à un acte médical sans lequel il est susceptible de subir une détérioration de son état de santé, l'on ne saurait engager la responsabilité de l'établissement de soins pour comportement non conforme aux règles de l'art ou aux données actuelles de la science ; à condition que le patient soit dans un état conscient, et que son pronostic vital ne soit pas engagé. *À contrario,* le juge administratif a affirmé la primauté de l'obligation du médecin de soigner et de sauver la vie, sur son obligation de respecter la volonté du patient en cas d'état inconscient de celui-ci, et lorsque son pronostic vital est engagé. Il dispose à cet effet que

> *Considérant que, compte tenu de la situation extrême dans laquelle M. X... se trouvait, les médecins qui le soignaient ont choisi, dans le seul but de tenter de le sauver, d'accomplir un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état ; que, dans ces conditions, et quelle que fût par ailleurs leur obligation de respecter sa volonté fondée sur ses convictions religieuses, ils n'ont pas commis de faute de nature à engager la responsabilité de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ;*[390].

[390] CE. Ass., 26 oct. 2001, n°198546, *Mme Senanayake :* JurisData, n°2001-063069.

SECTION 2 : LES OBSTACLES JURIDIQUES

La responsabilité du service public hospitalier se subdivise classiquement en responsabilité pour faute et en responsabilité sans faute. En ce qui concerne la responsabilité pour faute, elle découle généralement de deux principales hypothèses que sont les fautes dans l'organisation et le fonctionnement du service public hospitalier ; et les fautes médicales ou chirurgicales. Dans le premier cas de figure, l'on est en présence d'une personne morale de droit public, dotée d'une personnalité juridique et dont les actes posés dans le cadre de son organisation et de son fonctionnement sont susceptibles de créer des dommages aux usagers, et donc d'engager sa responsabilité. Tandis que dans le second cas de figure, il s'agit d'une relation entre professionnel de santé et patient, dont les actes posés par l'un dans le cadre de la pratique médicale sont susceptibles de causer des dommages à l'autre, et nécessiter ainsi réparation. Aussi, si les fautes dans l'organisation et le fonctionnement du service public hospitalier engagent directement la responsabilité de l'hôpital public concerné ; les fautes médicales ou chirurgicales quant à elles la mettent en cause indirectement par le mécanisme de substitution de responsabilités, qui postule que la responsabilité de l'hôpital public est *« substituée de plein droit à celle de (ses) agents auteurs des dommages causés dans l'exercice même de leurs fonctions »*[391]. Pour ce qui est de la responsabilité sans faute, elle est susceptible d'être engagée en cas de risque causant un dommage spécial et anormal au patient.

Toutefois, cette classification théorique fait l'objet d'un encadrement juridique vague. En effet, si la responsabilité administrative de façon générale est régie par les textes[392] qui fixent l'organisation et le fonctionnement des juridictions administratives au Cameroun, l'on ne saurait en dire autant pour la responsabilité du service public hospitalier. Cette dernière souffre d'une insuffisante réglementation de la relation médecin-patient (I), ainsi que des pesanteurs liées à ses conditions d'engagement (II).

[391] Article 3 alinéa 1 de la loi n°2006/022 du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs.

[392] Les textes qui fixent l'organisation et le fonctionnement des juridictions administratives au Cameroun sont loi n°2006/022 du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs, et la loi n°2006/016 du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement de la Cour Suprême, notamment pour ce qui est de la Chambre Administrative de ladite Cour.

I- L'insuffisante réglementation de la relation patient-médecin

Généralement définie comme une *« rencontre singulière d'une confiance et d'une conscience »*[393], la relation patient-médecin a été progressivement modifiée à la faveur de son intrusion par le droit. Ce dernier a acquis une place de choix, du fait de l'impact des progrès scientifiques et techniques qui font du patient autrefois figurant passif et objet de soins, un acteur actif, participatif et collaborateur des soins qui lui sont appliqués ; et ce par le moyen de l'information à laquelle il a désormais accès. Ainsi, ce nouveau statut du patient le conduit à revendiquer son implication dans l'activité médicale par le biais de droits ; toute chose qui est à l'origine de la démocratie sanitaire. Celle-ci renvoie à *« une démarche qui vise à associer, dans un esprit de dialogue, de concertation et de réflexion partagée, l'ensemble des acteurs et usagers du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé »*[394]. De cette démocratie sanitaire, dont l'exigence *« symbolise les enjeux politiques, sociaux, associatifs et individuels qui s'attachent à l'organisation de la protection de la santé dans une société démocratique moderne »*[395] , découle de la nécessité de réglementer ce qui autrefois était l'apanage des demi-dieux que représentaient les médecins, du fait du pouvoir divin de guérison à eux délégués. Aussi, l'immixtion du droit dans la relation médicale implique que soient préalablement reconnus des droits aux patients ; mais aussi que la violation de ces droits soit susceptible d'engager la responsabilité des médecins ou des établissements publics de santé.

Cependant, au Cameroun cette relation médecin-patient se particularise par une réglementation insuffisante traduite par la limitation des droits des patients (A), dont la conséquence immédiate est la résurgence du paternalisme médical (B).

A- Une insuffisance dévoilée par la limitation des droits des patients

La relation patient-médecin représente le creuset de l'exercice de la démocratie sanitaire, en ce qu'elle est le lieu d'expression des droits et obligations des patients et des professionnels de santé. En effet, c'est au cours des interactions entre le patient et son médecin, que naissent diverses situations dont les éventuels caractères préjudiciables font état de la violation par la partie forte, généralement le médecin, des droits de la partie vulnérable. Ainsi pour pallier ce déséquilibre, les Etats modernes ont réglementé ce domaine par la

[393] LAUDE A., « les médecins et les malades face au droit », *Revue française d'administration publique,* Vol.n°113, n°1, 2005, p.113.
[394]Agence Régionale de Santé, Île-de-France, *Schéma de promotion de la démocratie en santé,* 2013-2017, p.5.
[395] TABUTEAU D., *Démocratie sanitaire : les nouveaux défis de la politique de santé,* Odile Jacob, 2013.

reconnaissance et la mise en place des mécanismes de protection des droits des patients, mais aussi par la mise en jeu de la responsabilité médicale et hospitalière qui en est le corollaire. En effet, l'un des obstacles majeurs à l'engagement de cette responsabilité réside dans la réglementation insuffisante des droits des patients, à l'instar du droit à l'information (1) et du droit au consentement (2), qui se situent de la sorte *« à un niveau très élevé dans la hiérarchie des valeurs et de la protection de la personne humaine »*[396]. Ce rang se justifie par le rôle prépondérant qu'ils jouent pour la matérialisation du principe de l'autonomie du patient, par le biais du respect de sa volonté.

1- Le défaut d'aménagement du droit à l'information

Le droit à l'information est une obligation déontologique qui consiste *« pour le médecin à informer le malade sur son état de santé ainsi que sur les soins et les investigations qu'il propose »*[397]. Il est la principale marque d'intrusion de la démocratie dans le domaine sanitaire ; et donc la preuve palpable du recul du paternalisme médical, caractéristique de l'hégémonie du médecin dans la relation de soins. Ce droit permet en effet de *« rééquilibrer les savoirs et les pouvoirs. De partie faible parce qu'initialement « ignorante », le créancier de l'obligation d'information acquiert, grâce à l'information, une réelle liberté décisionnelle, fondamentale lorsque la décision concerne son intégrité corporelle »*[398]. Il se classe ainsi parmi les droits fondamentaux de la personne malade, en ce qu'il *« forme un des piliers des droits de la personne hospitalisée qui allient respect de l'être humain et prise en compte de ses attentes »*[399].

Déduit de l'article 27 du décret du 12 avril 1983 portant code de déontologie des médecins, lequel dispose que : *« un pronostic grave peut légitimement être dissimulé au malade. Un pronostic fatal ne peut lui être révélé qu'avec la plus grande circonspection ; il doit l'être généralement à sa famille à moins que le malade ait eu préalablement cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite » ;* le droit à l'information médicale dans le contexte camerounais semble n'être réduit qu'à l'aménagement de ses exceptions. Bien que l'interprétation de ces dispositions laisse transparaître que le principe est celui de l'obligation d'informer le malade ; le défaut d'encadrement de cette obligation par les textes, mais aussi l'accent mis sur ses exceptions, sont de nature à obstruer la mise en cause de la responsabilité du service public hospitalier sur ce fondement. Et ce d'autant plus que les

[396] SARGOS P., « Les sept piliers de la sagesse du droit », JCP G 2015, étude 34, p.51.
[397] BACACHE M., « l'obligation d'information du médecin », In *Médecine et Droit,* Paris, 2005, p.1.
[398] MAURY F., « le droit à l'information du patient, un droit fondamental de l'homme aux effets limités », Actu Juridique/ Droit civil, 23/08/2022.
[399] PONCHON F., *Les droits des patients à l'hôpital,* Que sais-je, PUF, Paris, décembre 1999, p.69.

questions qui demeurent et auxquelles fait face le juge à l'occasion des espèces sont celles relatives au contenu du droit à l'information, à ses auteurs, à ses bénéficiaires, mais aussi à son étendue. Cette étendue est d'autant plus délicate à déterminer que le contentieux lié à la protection de ce droit à l'information médicale diffère selon que la relation médecin-patient s'est déployée dans un cadre privé, ou dans un cadre public. Pour ce dernier, *« la relation juridique s'instaure entre l'hôpital et le patient qui en est un usager du service public. Il est dans une situation statutaire. Ainsi, il est soumis à un régime juridique préétabli, régi à la fois par les principes généraux applicables à tout usager du service public et par les textes applicables à l'établissement où il séjourne et qui fixent son organisation et son fonctionnement »*[400]. Dans ce contexte public, le droit à l'information dont le défaut est susceptible d'engager la responsabilité du service public hospitalier revêt une facette plus large que celui qui engage la responsabilité du médecin libéral. Car, en plus des informations sur les actes médicaux, les coûts[401] et les conditions de prise en charge ; il intègre aussi l'organisation de l'établissement public de santé, notamment les conditions administratives de séjour, en ce sens que *« des études ont montré en particulier que la qualité de l'information donnée en milieu hospitalier avait une incidence directe sur le nombre de litiges à l'issue d'un séjour »*[402].

Par ailleurs, le défaut d'aménagement du droit à l'information résulte aussi de l'inaction du juge en cette matière. Ainsi, le juge camerounais semble décliner sa compétence en matière de qualification du défaut d'information médicale, en l'attribuant plutôt au conseil de l'ordre des médecins, sur le fondement de l'article 58 du code de déontologie selon lequel *« Les infractions aux dispositions du présent Code relèvent de la juridiction du Conseil de L'Ordre constitué en Chambre de discipline conformément à la loi »*. La question qui s'est posée était de savoir si ce défaut d'information est constitutif d'une faute susceptible d'engager la responsabilité du médecin dans le secteur privé, ou celle de l'établissement public hospitalier qui l'emploie par le mécanisme de substitution de responsabilité dans le secteur public. Et à cela, le juge estime que la nature déontologique de l'obligation d'informer, confère à sa violation la qualification de *« manquement déontologique »,* qui à son tour relève de la compétence matérielle du conseil de l'Ordre National des Médecins du Cameroun. C'est ce qui justifie qu'à l'occasion d'une affaire mettant en exergue le refus de communication d'un

[400] SANAA M., *L'obligation d'information médicale,* mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2000, p.11.
[401] L'obligation de d'informer sur le coût de l'acte médicale repose sur l'article 31 du décret n°83-166 du 12 avril 1983 portant code de Déontologie des médecins qui dispose que : *« Le médecin doit établir lui-même sa note d'honoraires. Il ne peut refuser à son client des explications sur cette note ».*
[402] PONCHON F., *Les droits des patients à l'hôpital, op. cit.*, p.69.

compte-rendu d'hospitalisation par le médecin traitant, et en l'absence *« d'un avis à ce propos du Conseil de l'Ordre National des Médecins du Cameroun tel que prévu à l'article 58 du décret n°83/166 du 12 avril 1983 portant Code de déontologie des médecins » ;* le juge retient le *« doute raisonnable »* sur le fait de savoir s'il y a eu *« manquements aux devoirs de sa fonction »*[403]. Une telle abstention du juge contribue à fragiliser la protection du droit à l'information médicale, sans lequel le droit au consentement ne saurait être exercé.

2- Le défaut d'aménagement du droit au consentement médical

Défini comme l'expression de la volonté du malade, le consentement médical est le corollaire du droit à l'information médicale en ce qu'il est tributaire d'une information claire, loyale et appropriée. Ces deux principaux droits des malades constituent la pleine matérialisation de la démocratie sanitaire, au travers de la participation du malade à la décision médicale.

Toutefois, si le vocable « consentement » pris seul est encadré par les dispositions du code civil camerounais à l'occasion de la conclusion des contrats[404], il n'en est pas le cas pour le consentement médical, qui lui n'est évoqué qu'accessoirement dans le code de déontologie des médecins. Ce dernier énonce à son article 26 que *« Lorsqu'il est appelé d'urgence auprès d'un mineur ou d'un autre incapable, et qu'il lui est impossible de recueillir en temps utile le consentement du représentant légal de celui-ci, le médecin doit donner les soins qui s'imposent ».* Ces dispositions du code qui ne se limitent qu'aux cas particuliers des mineurs et majeurs incapables, sont très insuffisantes en tant que réglementation du droit au consentement médical ; d'autant plus qu'elles ne traitent de son exception. Dès lors, qu'en est-il du contenu de ce droit, de ses modalités, de sa forme, et de ses caractères ? Force est donc de constater que le législateur camerounais ne l'aménage nullement dans ses généralités. Une telle légèreté a pour conséquence directe le défaut de prise en compte réelle de la volonté du patient ou de son représentant légal dans la pratique, mais aussi et surtout la soustraction de ce motif comme fondement de la responsabilité médicale ou hospitalière. C'est ainsi qu'à l'occasion d'une espèce, le consentement du représentant légal avait été donné pour soigner une hernie au patient mineur, mais sans information, ni consentement préalables, l'équipe médicale a procédé à une émasculation dudit patient. De tels faits n'ont tout de même pas attiré l'attention du juge sur

[403] Tribunal de Première Instance de Yaoundé-centre administratif, Jugement n°1541/CO du 09 mai 2017, Aff. Ministère Public et Kwankeu Tatnke Richard C/ Ibrahim Farikou et Mme FOMULU Grace NUBONYIN.
[404] L'article 1108 du code civil classe le consentement de la partie qui s'oblige comme l'une des conditions de la validité de la convention, tandis que l'article 1109 du même code fait état des vices de consentement que sont l'erreur, la violence et le dol.

ces défauts d'information et de consentement préalables ; celui-ci s'est plutôt exclusivement appesanti sur les conséquences morale et financières de cette émasculation pour donner droit à réparation. Il déclare à cet effet que :

> *« Attendu que des débats publics et pièces produites à l'audience, il appert que des suites d'une opération chirurgicale pour soigner une hernie à l'enfant NSEKE ETOUMAN Abel Hugo, l'équipe des Médecins que dirigeait le Dr BILONG Serge Clotaire à l'hôpital de District d'Eséka a causé une émasculation à l'enfant sus-nommé ;*
> *Attendu que de l'avis des spécialistes, cette émasculation ou castration a condamné cet enfant à un handicap sexuel à vie qui, non seulement l'oblige à prendre toute sa vie durant des hormones diverses, et à avoir des relations sexuelles douloureuses et non convenables à la nature humaine, mais aussi cause des préjudices moral et financiers énormes à la mère et à l'enfant dont réparation doit être faite conformément à l'article 1382 et 1383 du code civil »*[405].

La motivation sus citée démontre à suffisance que les droits à l'information et au consentement ne font pas parti des griefs retenus par le juge camerounais ; et ce même lorsque la partie demanderesse les mentionne explicitement dans ses écritures. Car s'agissant de cette émasculation, l'Avocat de la représentante légale du patient mineur affirme que : *« la mère de l'enfant n'ait pas été informée des faits pendant tout le temps écoulé ».* Une telle violation des droits des patients est alimentée par la résurgence du paternalisme médical.

B- Une insuffisance motivée par la résurgence du paternalisme médical

Le faible intérêt accordé aux droits des patients trouve une explication solide dans la résurgence au sein de la société camerounaise, du paternalisme médical (1). Ce dernier se matérialise principalement par les difficultés d'accès aux données médicales par le patient (2), qui pourtant, est le principal concerné.

1- Le paternalisme médical dans le contexte camerounais

La relation médecin-patient est l'une des plus délicates parmi les relations professionnelles car, elle fait appel avec une rigueur particulière à l'équilibre quasi parfait entre le volet humain et le volet scientifique. En effet si le médecin a pour rôle majeur de soigner et de traiter, il doit aussi tenir compte des prédispositions psychologiques et morales de son patient pour mener à bien sa tâche ; car l'enjeu pour lui est *« toujours d'arriver à trouver un juste milieu entre la compassion fusionnelle et l'objectivation du malade »*[406]. Cette logique est

[405] Tribunal de Grande Instance du Nyong et Kelle/ chambre civile et commerciale, jugement n°32/CIV/TGI/2013 du 10 juillet 2013, *Aff. NGO LIKOUNF Félicité C/ Dr BILONG Serges Clotaire et Etat du Cameroun.*
[406] MARZANO M., *Je consens, donc je suis… Ethique de l'autonomie,* Presses Universitaires de France, 2006, p.88.

également celle de Claude Roy, lorsqu'il déclare que *« si la révélation à un malade de la gravité de son état aggrave encore celui-ci, impose au patient une souffrance morale qui l'affaiblit davantage, n'aide en rien à le soigner et à le guérir, mais au contraire l'enfonce, il est évidemment criminel de lui asséner la vérité »*[407]. En prenant en compte tous ces aspects dans l'exercice de son métier, le médecin semble devoir arborer par la bienveillance qu'il doit faire sienne, un costume similaire à celui d'un parent vis-à-vis de son patient. Ainsi est constituée une des justifications du paternalisme médical, qui se décline en une pratique quasi infantilisante qui considère principalement que *« le patient est en état d'infériorité par rapport au soignant du fait de sa vulnérabilité et à le maintenir dans cette situation »*[408]. Cet aspect utilitaire du paternalisme médical, qui le présente comme un instrument non négligeable au service du rétablissement du patient *« consiste, d'une part, à affirmer que le médecin est la personne la plus compétente pour réaliser le bien-être du patient et, d'autre part, que le patient est intrinsèquement dans un état le rendant inapte à prendre des décisions pour lui-même »*[409].

Cet état de chose bien que modifié aujourd'hui, demeure encore en vigueur dans les textes de lois sous une forme voilée et enjolivée. C'est ainsi qu'aux termes du décret portant code de déontologie des médecins, *« un pronostic grave peut légitimement être dissimulé au malade »*[410]. Cette disposition est tout d'abord une marque incontestable de la large marge d'appréciation accordée au médecin *« sur l'ampleur de l'information voire, sur l'opportunité même d'informer son patient »*[411] *;* et elle est ensuite une matérialisation de sa prédominance dans la relation médecin-patient. Elle explique notamment le défaut de consentement préalable du patient à certains actes médicaux ou de soins, par la mise en avant de l'intérêt supérieur de sa santé. C'est cette idée que traduisent les propos de l'ancien président du conseil de l'ordre des médecins Louis portes, lorsqu'il déclare que *« le patient ne voit plus clair en lui-même, car entre lui-même observant son mal et lui-même souffrant de son mal, s'est glissée une opacité et parfois même une obscurité totale ; tous ses pas dans sa connaissance de lui-même sont devenus trébuchants comme ceux d'un enfant »*[412]. Une telle fragilité du patient fait pencher la

---

[407] ROY C., *La Fleur du temps 1983-1987,* Gallimard, 1992, p.

[408] DELASSUS E.**,** « Comment finalement concilier deux conceptions éthiques antagonistes, d'un côté la position paternaliste qui serait encline à faire le bien du malade malgré lui et de l'autre une attitude plus respectueuse de l'autonomie de ce dernier ? », ManagerSante.com, n°40, décembre 2020, 03/08/2022

[409] JAUNAIT A., « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient », *Raisons politiques,* vol n°11, n°3, p.61.

[410] Article 27 du décret n°83-166 du 12 avril 1983 portant code de déontologie des Médecins.

[411] LANTERO C., *Les droits des patients,* LGDJ, Lextenso éditions, Issy-les-Molineaux Cedex, 2018, p.76.

[412] PORTES L., « Du consentement du malade à l'acte médical », communication à l'Académie des sciences morales et politiques, 30 janvier 1950, repris dans *le recueil À la recherche d'une éthique médicale*, Paris, Masson/PUF, 1954, p. 158-163.

balance du côté du soignant, qui devient en réalité juge et partie, tant en ce qui concerne la détermination de l'équilibre devant prévaloir dans la relation médecin-patient, qu'en ce qui concerne la proportion de l'information à communiquer au patient sans qu'il y ait violation de l'obligation d'informer et donc respect de son l'autonomie.

Défini comme *« une intervention sur la liberté d'action d'une personne, se justifiant par des raisons exclusivement relatives au bien-être, au bonheur, aux besoins, aux intérêts ou aux valeurs de cette personne contrainte »,* le paternalisme en général est un frein à l'autonomie de la personne. Dans le domaine médical et hospitalier, il constitue en réalité une limite à la démocratie sanitaire ; notamment à l'exercice des droits des patients et par ricochet à la mise en cause de la responsabilité médicale ou hospitalière. Il se matérialise par la participation restreinte du patient à son processus de guérison, la rétention de certaines données médicales par le médecin, et la difficulté de contrôler a posteriori le respect du consentement du patient. C'est ainsi qu'à l'occasion d'une espèce, alors qu'il était reproché au médecin d'avoir refusé de transmettre à temps le compte-rendu opératoire, celui-ci a retorqué en affirmant que le compte-rendu d'hospitalisation n'est adressé qu'au médecin traitant[413]. Si une telle réaction est révélatrice des pratiques usuelles en milieu hospitalier camerounais, elle traduit davantage la suprématie du médecin qui n'estime devoir rendre des comptes qu'à ses homologues ; tel que le résume la célèbre phrase selon laquelle *« le médecin ne reconnaît pour juge, après Dieu, que ses pairs et n'accepte d'autre responsabilité que celle, toute morale, de la conscience »*[414]. Dans un tel sillage, l'autonomie du patient, bien qu'érigée en principe fondamental de l'éthique biomédicale, n'a plus de valeur. Car si cette autonomie *« impose de faciliter et de soutenir les décisions prises par le patient concernant sa santé, en lui donnant accès à toutes les informations nécessaires »*[415] *;* le paternalisme médical considère plutôt « *qu'au nom de la mission du médecin, le consentement du malade n'est pas une donnée médicalement pertinente et ne doit pas, à cet égard, être considéré comme norme de référence de la décision »*[416]. Il se manifeste aussi par la difficulté d'accès pour le patient à ses données médicales.

[413] Tribunal de Première Instance de Yaoundé-centre administratif, Jugement n°1541/CO du 09 mai 2017, Aff. Ministère Public et Kwankeu Tatnke Richard C/ Ibrahim Farikou et Mme FOMULU Grace NUBONYIN.
[414] CEDRAS J., AGRAM S., BADRI B., BELLIER S., DANIEL V., HOUEDRY G., MEUNIER V. La responsabilité pénale du médecin. In: *Revue juridique de l'Ouest*, N° Spécial 1996. La santé. P.120 (pp. 119-138).
[415] D'OSSOUKINE A., *l'éthique biomédicale,* 3e éd. Remaniée, 2019, p.22.
[416] JAUNAIT A., « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient », *op. cit.,* p.60.

2- La difficulté d'accès aux données médicales par le patient

Au Cameroun les données médicales constituent encore la propriété exclusive des établissements de santé, dont l'accès n'est ouvert qu'au personnel médical. Ces données sont contenues dans un document appelé « dossier médical », et regroupent les résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé. En effet, s'il est vrai qu'aucun texte camerounais n'encadre, ni n'aménage la gestion des données médicales, il est d'autant plus vrai que les pratiques usuelles révèlent que la confidentialité stricte du dossier médical le rend inaccessible même pour le patient concerné ; qui n'a droit en réalité qu'à un rapport ou à un certificat médical. C'est ainsi qu'il est admis que *« le malade ne peut pas consulter son dossier médical car le secret qu'il contient lui appartient bien, mais le dossier ne lui appartient pas »*[417]. Pire encore, cette pratique semble s'être normalisée, au point de susciter une adhésion implicite du juge au regard de son inaction. La jurisprudence sus citée le démontre à suffisance, lorsque face à la réponse du médecin mis en cause qui affirme que *« le compte-rendu d'hospitalisation n'est adressé qu'au médecin traitant »*[418], le juge n'oppose aucune réaction allant dans le sens de régler cette question d'accès à ses données médicales par le patient en particulier, et à son dossier médical en général. Il déclare en effet que

> *« ---Attendu que les arguments des parties mettent en exergue des questions de technique médicale et de déontologie professionnelle dont les réponses permettaient de savoir s'il y a eu aléas thérapeutiques ou manquements déontologiques, fautes professionnelles caractérisées ou fautes personnelles pénalement répréhensibles ;*
> *---Qu'en l'absence d'une expertise conduite par l'homme de l'art ou d'un avis à ce propos du Conseil de l'Ordre National des Médecins du Cameroun tel que prévu à l'article 58 du décret n°83/166 du 12 avril 1983 portant code de déontologie des médecins, un doute raisonnable sur les questions de savoir s'il y a eu manquements aux devoirs de sa fonction, imprudence grave, négligence caractérisée ayant mis la vie d'autrui en danger ;*
> *---Qu'en tout état de cause, il y a une réalité qu'il faut confronter avec la vérité que seules peuvent établir au-delà de tout doute, une expertise ou un avis indiqué d'instances compétentes telle que le Conseil de l'Ordre National des Médecins du Cameroun ; »*[419]

Par cette motivation, le juge semble plutôt attribuer le règlement de la difficulté d'accès aux données médicales au Conseil de l'Ordre National des Médecins du Cameroun, qui est

---

[417] ELONG NGONO S., « Droit de la santé : les bases déontologiques des droits des malades au Cameroun », *in le journal le droit,* www.journal-ledroit.net, 19/08/2022.
[418] Aff. Ministère public et Kwankeu Tatnke Richard C/ Ibrahim Farikou, *op. cit.*
[419] *Ibid.*

chargé de statuer sur les fautes professionnelles, et ce sur le fondement de l'article 58 du décret portant code de déontologie des médecins ; lequel dispose que : *« — Les infractions aux dispositions du présent Code relèvent de la juridiction du Conseil de l'Ordre constitué en Chambre de discipline conformément à la loi. L'initiative de la saisine de cette instance appartient concurremment à l'Ordre et au ministre chargé de la Santé publique »*[420]. Aussi une question demeure : le refus de communiquer le dossier médical ou une information qu'il contient au patient concerné et à sa demande, constitue-t-il une faute professionnelle caractérisée au sens de cet article 58 ? Répondre à cette dernière par l'affirmative traduirait une évolution positive majeure de la démocratie sanitaire au Cameroun ; car l'accès au dossier médical par le patient est non seulement une garantie de sa participation à la détermination des soins à lui administrés, mais également et surtout un gage du respect de son consentement préalable. Et ce d'autant plus qu'en matière de responsabilité du professionnel de santé ou de l'établissement public de santé, le dossier médical représente une forte pièce à conviction en tant qu'élément de preuve ; en ce sens que *« longtemps inutile en raison de l'irresponsabilité du médecin, il est devenu un outil de traçabilité des actes »*[421].

Par ailleurs, cette même question du refus de communication du dossier médical a déjà été réglée par le juge administratif français[422], qui considère qu'une *« « résistance abusive » à communiquer constitue une illégalité fautive de nature à engager la responsabilité de l'établissement »*[423]. Cela témoigne de l'aménagement rigoureux de l'accès au dossier médical en droit français. En effet, le code de déontologie médicale dispose aux termes de son article 4127-46 que *« lorsqu'un patient demande à avoir accès à son dossier médical par l'intermédiaire d'un médecin, celui-ci remplit cette mission en tenant compte des seuls intérêts du patient et se récuse en cas de conflit d'intérêts »*[424]. Il est ainsi posé la règle de l'obligation pour le médecin de communiquer au patient son dossier médical en cas de demande. Cette obligation est d'autant plus forte, qu'elle est assortie de la prescription impérative pour ledit médecin de se récuser en cas de conflit d'intérêts. De plus, le code de la santé publique organise les modalités de communication des informations contenues dans le dossier médical au patient ; notamment par la fixation des délais. Il énonce à l'article L1111-7 que toute personne *« peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard*

[420] Article 58 du décret n°83/166 du 12 avril 1983 portant Code de déontologie des médecins.
[421] LANTERO C., *Les droits des patients, op. cit.,* p.129.
[422] TA Paris, 9 mars 2018, n°1710350.
[423] LANTERO C., *Les droits des patients, op. cit.,* p.136.
[424] Article 4127-46 du code de déontologie médical français, édition de février 2021.

dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans »[425]. Un tel aménagement devrait inspirer le législateur camerounais pour la mise en œuvre d'une réglementation sur la communication des données médicales au patient. De même, dans le but d'alléger la mise en cause de la responsabilité du service public hospitalier, il conviendrait d'éluder les pesanteurs liées à ses conditions d'engagement.

II- Les pesanteurs liées aux conditions d'engagement de la responsabilité du service public hospitalier

Les pesanteurs liées aux conditions que sont la faute, le dommage et le lien de causalité entre les deux, relèvent des spécificités du service public hospitalier. En effet, ce dernier impose une rigueur particulière dans l'exercice de ses missions, du fait de son aspect fondamentalement humain qui exige la double prise en compte de l'état psychologique du patient, et la technicité de l'art médical du praticien au regard des avancées de la science et de la technologie. Ainsi, la mise en cause de la responsabilité d'un tel service public nécessite non seulement l'intégration des aspects sus cités qui le particularisent, mais aussi une adaptation des conditions d'engagement de cette responsabilité auxdits aspects. Car au-delà de tout, le principe qui demeure est celui selon lequel *« quiconque souhaite engager la responsabilité d'un établissement hospitalier suite à des blessures ou à un décès doit connaître les conditions minimales à respecter pour tenter d'obtenir gain de cause »*[426]. Toutefois, une application généraliste desdites conditions serait porteuse d'insuffisances, qui constitueraient à leur tour des freins à l'engagement de la responsabilité du service public hospitalier. En l'occurrence pour être retenue, la responsabilité de l'Etat du fait du fonctionnement défectueux des services de la poste[427], qui avait entraîné le paiement des mandats reçus à une autre personne que le véritable propriétaire, n'avait nécessité en réalité que la matérialité de ce fait préjudiciable, l'identification de son auteur, et le dommage subi par la victime. Tandis qu'en ce qui concerne le service public hospitalier, en plus de ces éléments basiques de la responsabilité, ces conditions cumulatives devraient notamment être fonction de la preuve de la faute (A), de la prise en compte de l'obligation de moyens et non de résultats inhérente à la pratique médicale, mais aussi du degré du préjudice causé par le dommage (B).

---

[425] Article L1111-7 du code de la santé publique.
[426] THOUROUDE J-J., *Responsabilité hospitalière : l'hôpital public et le patient face aux dommages médicaux,* Berger-Levrault, Paris, 2021, p.11.
[427] Cour Suprême/ Chambre Administrative, jugement n°13 du 23 novembre 1989, ENYENGUE DIPOKO Bernard contre Etat du Cameroun.

A- La difficile preuve de la faute médicale

La preuve de la faute médicale en droit camerounais est un réel frein à la rétention de cette condition indispensable à l'engagement de la responsabilité du service public hospitalier. Définie comme *« un mécanisme destiné à établir une conviction sur un point incertain »*[428], la preuve permet de fixer le juge sur la réalité ou non du manquement à une obligation. Elle est en contentieux administratif, comme en toute matière, *« la clé du procès »*[429] *;* en ce qu'elle est l'élément incontournable qui établit le caractère fautif de l'acte dommageable. Aussi, tout en partant du postulat selon lequel tout acte dommageable n'est pas fautif, la preuve est donc le nœud existant entre la matérialité de l'acte ou du fait, et son illicéité. C'est la démonstration méthodique qui établit que l'acte ou le fait posé, viole les dispositions légales au sens large, ou présente un caractère anormal au regard des pratiques standards.

De plus, la règle générale rattachée à cette preuve oblige qu'elle soit mise à la charge du demandeur, qui est très souvent le patient ayant subi un dommage. Car, *« en toute matière, il ne suffit pas d'être titulaire d'un droit ou de se trouver dans une situation juridique pour pouvoir se prévaloir de toutes les conséquences attachées à ce droit ou à cette situation, il est nécessaire d'apporter la preuve de son existence »*[430]. Autrement dit, le préjudice indemnisable subi en lui seul ne saurait suffire à la réparation du dommage ; encore faudrait-il que la victime démontre à suffisance la matérialité d'un fait illicite ou anormal ayant occasionné ce préjudice. Ainsi, le régime de la faute prouvée s'avère être le principe ; cependant, son application dans les domaines médical et hospitalier fait montre de limites non négligeables dans le contexte juridique camerounais, et ce en dépit de certaines mesures textuelles (1). Ces limites tendent donc à déplorer l'existence d'un encadrement juridique du régime de la faute présumée (2).

1- Un régime de faute prouvée éprouvé

« Actori incumbit probatio », la charge de la preuve incombe au demandeur. Tel est le principe en matière de preuve dans le cadre de tout procès juridictionnel. En effet, ce régime de la faute prouvée s'applique dans le contentieux administratif en général, et dans le contentieux de la responsabilité du service public hospitalier en particulier. En ce qui concerne cette branche de la responsabilité administrative, la réalité de la faute est généralement établie par le patient au moyen des droits qui lui sont reconnus en matière médicale et hospitalière, et des mesures

[428] Encyclopédie Dalloz, Contentieux administratif II, « Preuve », p.2.
[429] PACTEAU B., *Contentieux administratif,* Paris, P.U.F, 1985, p.202.
[430] KEUTCHA TCHAPNGA C., *Les grandes décisions annotées de la jurisprudence administrative du Cameroun,* Paris, l'Harmattan, 1ère éd., 2017, p.203.

d'instruction dont dispose le juge. C'est ainsi que le droit d'accès au dossier médical et l'expertise médicale sont les éléments de preuve sur lesquels le juge fonde habituellement sa motivation. Si le dossier médical est perçu comme *« la pierre angulaire du dossier médico-légal »*[431] en ce qu'il est gage de ce qui a pu se passer et qui serait constitutif de faute ; l'expert judiciaire quant à lui *« aide le juge à se forger une opinion »,* au moyen de *« la qualification de la (des) décision(s) prise(s) par le médecin, mais aussi celle du système organisationnel au sein duquel il assume ses fonctions »*[432]. De même, il permet l'identification du caractère fautif ou non de l'acte médical au regard des règles déontologiques et de l'état de la science.

Cependant, confrontés à la réalité du contexte camerounais, ces éléments de preuve déterminants en matière de responsabilité médicale et hospitalière ne sauraient avoir le même effet sur la consolidation de la conviction du juge. Tout d'abord, la législation camerounaise ne reconnaît, ni m'aménage le droit d'accès au dossier médical par le patient ; toute chose qui explique la difficulté, et même la frustration des justiciables qui sont dès lors dans l'incapacité de démontrer quoi que ce soit par le biais de pièces probantes solides. Et ce d'autant plus qu'au moment de la commission de la faute, le patient est généralement dans un état d'inconscience qui le rend inapte à déterminer la réelle cause du dommage, et parfois même son auteur matériel. Le dossier médical reste de ce fait l'élément incontournable, eu égard aux données médicales qu'il contient et à sa capacité à révéler les éventuelles anomalies fautives susceptibles d'engager la responsabilité directe de l'hôpital public en cause, ou sa responsabilité indirecte du fait de ses agents. Ce refus opposé au patient relativement à l'accès à son dossier médical est grandement profitable aux médecins, qui usent de cet avantage tel un bouclier à toute tentative de judiciarisation de leurs actes professionnels ; ainsi que l'allègue impunément le médecin mis en cause lorsqu'il soutient que *« le compte-rendu d'hospitalisation n'est adressé qu'au médecin traitant »*[433]. La seule preuve qui semble être ainsi à la portée du patient-demandeur en instance, est le recours à l'expertise judiciaire.

L'expertise judicaire est *« une mesure d'instruction demandée par une juridiction à un professionnel habilité et expérimenté dans un métier, un art ou une science, afin d'obtenir des renseignements dont elle a besoin pour trancher un litige »*[434]. Elle revêt un caractère indispensable en matière médicale et hospitalière, au regard de sa technicité. Cette dernière la

[431] GALLARD P-Y., « Aspects juridiques de la décision médicale », *centre Laennec,* 2014/4, Tome 62, p.32.
[432] *Ibid,* p.35.
[433] Aff. Ministère public et Kwankeu Tatnke Richard C/ Ibrahim Farikou, *op. cit*
[434] ATIOFACK KENFACK A., « L'expertise judiciaire au Cameroun », *Conférence de stage des Avocats stagiaires,* Mars 2010, p.8.

rend de la sorte inaccessible aux non-initiés tels que le juge et le patient. Autrement dit, seul un professionnel de santé peut déchiffrer ce qu'un autre professionnel de santé a posé comme acte, et en déceler l'écart par confrontation aux normes prescrites par la science et la déontologie. En ce sens que *« le rapport technique du médecin expert doit démontrer avec bon sens et impartialité, de façon aussi méthodique et scientifique que possible, l'imputabilité*[435] *du dommage subi »*[436]. L'expert a donc pour rôle de *« donner aux juges un avis technique sur des faits afin d'apporter des éclaircissements sur une affaire »*[437], car seul lui peut se prononcer sur l'imputabilité pour que le juge constate le lien de causalité[438]. Cependant, les règles procédurales qui régissent le recours à l'expertise judiciaire, fût-elle en matière médicale, sont de nature à créer une discrimination entre les patients. En effet, à l'observation de la pratique judiciaire camerounaise, l'expertise est une mesure d'instruction que le juge peut prononcer par jugement avant dire-droit (ADD), soit à son initiative, soit à l'initiative de la partie la plus diligente. Dans un cas comme dans l'autre, la charge financière non négligeable celle-ci pèse en amont sur la partie qui y a intérêt, et donc sur le patient et ce en application de l'article 123 du code de procédure civile et commerciale qui dispose que *« les frais et honoraires des experts seront avancés par la partie qui demande l'expertise ou par les deux parties si elles sont d'accord. Lorsque l'expertise sera ordonnée d'office, l'avance sera faite par le demandeur au procès »*[439]. Or, la situation générale de tout patient témoigne d'un amoindrissement financier dû aux dépenses préalablement effectuées pour son traitement médical ; de sorte que les patients à faible revenu ou à revenu moyen seront dans la quasi-impossibilité de se payer les frais d'un expert au soutien de leurs prétentions. La charge de la preuve leur incombant en vertu de l'article 123 sus décliné, leur incapacité à prouver la faute à l'origine de leur dommage entraînera assurément un doute qui sera par la suite la cause de la déchéance de leur droit à réparation. Et ce d'autant plus que l'attribution de cette charge de la preuve au demandeur est en réalité de nature à *« déterminer celle des parties qui doit perdre le procès en cas de doute du juge relativement à un point donné ».* Tel a d'ailleurs été le cas à l'occasion d'une espèce[440]

---

[435] Cette imputabilité consiste donc à *« identifier les mécanismes physiopathologiques qui ont permis aux conséquences d'un défaut technique d'acte ou d'organisation du service, d'aboutir aux séquelles constatées, en respectant les séquences chronologiques »* (VAYRE P., PLANQUELLE D., FABRE H., « Le lien de causalité en matière de responsabilité médicale », *Médecine & Droit* 2005 78-84, p.78).

[436] VAYRE P., PLANQUELLE D., FABRE H., « Le lien de causalité en matière de responsabilité médicale », *Médecine & Droit* 2005 78-84, p.78.

[437] ATIOFACK KENFACK A., « L'expertise judiciaire au Cameroun », *Op. cit.,* p.4.

[438] VAYRE P., PLANQUELLE D., FABRE H., « Le lien de causalité en matière de responsabilité médicale », *Op.cit,* p.78.

[439] Article 123 du code de procédure civile et commerciale camerounais de 2016.

[440] ATIOFACK KENFACK A., « L'expertise judiciaire au Cameroun », *Op. cit.,* p.4.

au cours de laquelle le juge a affirmé : *« Qu'en l'absence d'une expertise conduite par l'homme de l'art (…) un doute raisonnable sur les questions de savoir s'il y a eu manquements aux devoirs de sa fonction, imprudence grave, négligence caractérisée ayant mis la vie d'autrui en danger ;*

Qu'en tout état de cause, il y a une réalité qu'il faut confronter avec la vérité que seules peuvent établir au-delà de tout doute, une expertise (…) ;

Qu'il y a donc lieu au bénéfice du doute de relaxer le prévenu des chefs de poursuite après l'avoir déclaré non coupable ; ».

2- Le défaut d'encadrement juridique du régime de la faute présumée en droit camerounais

Le régime de la faute présumée renvoie au renversement de la charge de la preuve qui, au lieu d'incomber au demandeur, doit plutôt être rapportée par le défendeur. Cette présomption de la faute est une technique développée par le juge administratif afin de rendre aisée la manifestation de la vérité, au regard de l'inégalité des parties confrontées au cours d'un procès administratif en général, et d'un procès en responsabilité hospitalière en particulier. En effet, l'on a d'une part la partie demanderesse qui est très souvent le patient ayant subi un dommage du fait d'un acte médical ou hospitalier ; et d'autre part, l'hôpital public, partie défenderesse et détenteur de la majeure partie des documents d'information pouvant servir de preuve. S'il est donc facile pour le patient de prouver qu'il a subi un dommage, il lui est assurément difficile de prouver la faute de l'établissement public de santé ou de ses agents ; et ce pour la simple raison que les éléments de « culpabilité » ne sont pas à sa portée. Cette perception de l'inégalité des parties dans le procès administratif est partagée par le Professeur Pacteau, qui estime que *« le requérant est placé dans une situation d'infériorité vis-à-vis de l'administration qui, parfois, seule détient les éléments et informations susceptibles d'étayer sa plainte »*[441]. Ainsi, face à une telle monopolisation des éléments probants par la partie défenderesse, et donc à la quasi-impossibilité pour la partie demanderesse de soutenir ses allégations par des pièces non contestables ; le juge administratif a usé d'originalité par le biais de ses pouvoirs inquisitoriaux[442], en considérant que l'état de la victime révèle une faute dans l'organisation et

[441] PACTEAU B., *Contentieux administratif, op.cit.,* p.203.

[442] Ces pouvoirs inquisitoriaux du juge administratif dérivent du caractère inquisitorial de la procédure administrative contentieuse, qui se distingue de la procédure accusatoire. Ces pouvoirs impliquent que le juge dirige exclusivement la procédure par l'organisation des échanges de mémoires, l'indication des délais de réponse aux parties, et la prise des mesures d'instruction à l'initiative des parties ou à sa propre initiative. C'est ainsi que faisant usage élargi de son pouvoir d'instruction, le juge administratif camerounais a procédé à l'allègement *« du*

le fonctionnement du service public hospitalier et en mettant ainsi à sa charge de prouver l'absence de faute ou l'absence de lien de causalité avec le dommage dont se prévaut le patient. Une telle présomption de faute a pour unique objectif de *« replacer entre les parties un équilibre rompu par les circonstances particulières qui entourent très souvent la commission de la faute médicale »*[443]. Ces circonstances particulières renvoient précisément au défaut de participation effective du patient à l'acte médical, car il *« n'est généralement pas en état de réaliser ce qui se passe autour de lui lors d'une opération. Anesthésié ou sous l'effet de calmants, il est même souvent inconscient lorsqu'une faute est commise »*[444]. Ces présomptions peuvent donc être simples ou irréfragables, et reposent généralement sur des textes ou la jurisprudence. C'est notamment le cas en France où le juge et le législateur ont instauré un régime de faute présumée pour certains cas tels que les vaccinations obligatoires[445], les transfusions de sang contaminé[446], les suites d'actes de soins courants ou bénins, les infections nosocomiales[447], le défaut d'information du patient[448], les recherches biomédicales[449], la « fugue » des malades mentaux, et l'atteinte à la dignité de la personne en fin de vie.

---

*fardeau du demandeur en lui permettant de faire une preuve indirecte de la faute au moyen des présomptions de fait » (*BOUCHER R., GREGOIRE D., DESLAURIERS J. & BEAUSOLEIL K. D, « Les présomptions de fait en responsabilité médicale », *Les cahiers de droit,* 17(2), 1976, p.318.). Il a affirmé à cet effet dans l'espèce *MVENG ELLA Francis contre Etat du Cameroun* (Jugement n°103 du 25 mars 2009) qu' *« En s'abstenant de se défendre dans la présente cause, l'Etat du Cameroun a administré la preuve qu'il n'a aucun moyen à opposer à la réclamation de ses adversaires ».*

[443] BOUCHER R., GREGOIRE D., DESLAURIERS J. & BEAUSOLEIL K. D., « Les présomptions de fait en responsabilité médicale », *Les cahiers de droit,* 17(2), 1976, p.318.

[444] *Ibid,* p.318.

[445] *CE, Assemblée, 7 mars 1958, Secrétaire d'Etat la santé publique c/ Sieur D., n° 38230 ; et l'article L3111-9 du code de la santé publique qui dispose que : « Sans préjudice des actions qui pourraient être exercées conformément au droit commun, la réparation intégrale des préjudices directement imputables à une vaccination obligatoire pratiquée dans les conditions mentionnées au présent « titre », est assurée par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales institué à l'article 1142-22, au titre de la solidarité nationale ».*

[446] Article 102 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : *« En cas de contestation relative à l'imputabilité d'une contamination par le virus de l'hépatite C antérieure à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, le demandeur apporte des éléments qui permettent de présumer que cette contamination a pour origine une transfusion de produits sanguins labiles ou une injection de médicaments dérivés du sang. Au vu de ces éléments, il incombe à la partie défenderesse de prouver que cette transfusion ou cette injection n'est pas à l'origine de la contamination. Le juge forme sa conviction après avoir ordonné, en cas de besoin, toutes les mesures d'instruction qu'il estime utiles. Le doute profite au demandeur. Cette disposition est applicable aux instances en cours n'ayant pas donné lieu à une décision irrévocable » ;* et *CE, 19 octobre 2011, M. V., n° 339670.*

[447] Article 1142-1 du Code de la Santé Publique : *« Les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère ».*

[448] Article 1111-2 du Code de la Santé Publique : *« En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen ».*

[449] Article 1121-10 du Code de la santé publique : *« Le promoteur assume l'indemnisation des conséquences dommageables de la recherche impliquant la personne humaine pour la personne qui s'y prête et celle de ses ayants droit, sauf preuve à sa charge que le dommage n'est pas imputable à sa faute ou à celle de tout intervenant*

Toutefois ce régime de faute « présumée » ne fait l'objet d'aucune réglementation par le législateur, ni d'aucune application par le juge en matière de responsabilité médicale et hospitalière au Cameroun. Si le juge administratif camerounais a usé de ses pouvoirs inquisitoriaux pour renverser la charge de la preuve, cela s'est malheureusement restreint à la protection des droits de la défense en général, et à la préservation de la présomption d'innocence en particulier. Tel a été le cas dans l'affaire Nyam Charles contre Etat du Cameroun (MINESUP)[450] au cours de laquelle suite à la demande en annulation de la décision n°0146 du 03 juin 1993 excluant le demandeur Nyam Charles des institutions universitaires nationales pour organisation d'activités susceptibles de compromettre le bon fonctionnement de l'institution universitaire, le juge avait admis que

> *Attendu que contrairement aux assertions du représentant de l'Etat, c'est à l'auteur de sanction à savoir le Ministre de l'Enseignement Supérieur qu'il appartient d'établir la faute disciplinaire dont NYAM Charles s'est rendu coupable, en l'occurrence « sa participation à l'association dite « Parlement » et organisation d'activités susceptibles de compromettre le bon fonctionnement de l'institution universitaire », car, c'est à l'accusation de rapporter la preuve de la culpabilité en raison de la présomption d'innocence »*[451]. Autrement dit, *« il revient à l'administration d'établir la réalité matérielle des faits sur lesquels elle s'était fondée pour la sanction disciplinaire en cause. Dans le cas contraire, le doute ne pouvait profiter qu'au requérant* [452].

N'y a-t-il donc pas lieu d'étendre l'application de la présomption de faute à la responsabilité médicale et hospitalière, si tant est qu'elle permettrait certainement de favoriser la réparation des préjudices subis par les patients au moyen de la simple présomption de faits ? Les conditions de cette dernière pourraient donc être pour le demandeur, *« de porter à la connaissance du juge les faits qui permettront à ce dernier d'inférer la faute du défendeur, (…)* (et de) *démontrer que la personne sans la faute de qui le dommage n'aurait pas eu lieu est bien le défendeur ou d'un de ses préposés »*[453]. De telles conditions contribueraient sans doute à régler le problème de l'incertitude de la causalité, et dans une certaine mesure, celle du préjudice direct.

---

sans que puisse être opposé le fait d'un tiers ou le retrait volontaire de la personne qui avait initialement consenti à se prêter à la recherche ».

[450] Cour Suprême, Chambre administrative, jugement n°38 du 30 mars 1995, NYAM Charles contre Etat du Cameroun (MINESUP).

[451] KEUTCHA TCHAPNGA C., *Les grandes décisions annotées de la jurisprudence administrative du Cameroun,* Paris, l'Harmattan, 1ère éd., *op.cit.,* p.199.

[452] *Ibid,* p. 206.

[453] BOUCHER R., GREGOIRE D., DESLAURIERS J. & BEAUSOLEIL K. D, « Les présomptions de fait en responsabilité médicale », *op. cit.,* p.321.

B- L'incertitude de la causalité et du préjudice direct

À la suite de la faute médicale ou hospitalière dont la difficile preuve en droit camerounais est de nature à obstruer la mise en cause de la responsabilité du service public hospitalier ; la preuve du lien de causalité et l'incertitude du préjudice direct en cette matière, constituent des freins à l'engagement de cette responsabilité. En effet, l'application générale des règles classiques de la responsabilité administrative au domaine strict de la médecine, aboutit au rendu d'une justice déséquilibrée qui ne garantit pas suffisamment la protection des droits des particuliers que sont les patients, face à l'administration hermétique en charge du service public hospitalier. Les règles fondatrices du droit à la réparation de préjudice causé semblent relever de l'exception dans ce secteur où le raisonnement par hypothèse et par la probabilité qui y règne, déroge à la norme de certitude à laquelle sont intimement liées les conditions de causalité et de préjudice en matière responsabilité. Que faire donc face à de telles situations de plus en plus nombreuses, qui mettent au prise le défaut de certitude du lien de causalité (1) et du caractère direct du préjudice (2) dont l'apparition est séparée du fait dommageable par une période relativement longue ? Car, si *« le doute sur l'existence du lien de causalité profite au défendeur »*[454] tel que l'a adopté le juge camerounais en matière médicale et hospitalière, comment rendre justice au patient qui, inconscient lors de l'accomplissement du fait dommageable, ne dispose en fin de compte que du raisonnement hypothétique de l'expert commis à l'effet de prouver la faute dudit défendeur ?

1- L'incertitude du lien de causalité

En droit de la responsabilité, le lien de causalité représente le trait d'union entre le fait dommageable et le préjudice subi par la victime. Il est l'élément sans lequel il ne peut y avoir responsabilité, et en vertu duquel tout fait dommageable est passible de réparation à la hauteur et au prorata du préjudice causé. Ce faisant, *« la causalité est donc consubstantielle à la responsabilité, car on ne peut imaginer l'une sans l'autre ; si elle n'existe pas, il n'y a pas de responsabilité mais le fruit du hasard »*[455]. Aussi, pour être mise en œuvre, la responsabilité extracontractuelle nécessite que soit établi *« un lien de causalité certain et direct entre sa faute et un préjudice causé à une personne ou à un bien »*[456]. Si les questions relatives au caractère direct semblent avoir trouver réponse par l'usage des théories de la causalité adéquate et de

[454] LE TOURNEAU P., BLOCH C., GUETTIER C., GIUDICELLI A., JULIEN J., KRAJESKI D., POUMAREDE M., *Droit de la responsabilité et des contrats : Régime d'indemnisation,* 11e éd., Paris, Dalloz, 2017, p.624.
[455] LE TOURNEAU P. et al. *Droit de la responsabilité et des contrats,* 9e éd., Paris, Dalloz, 2012, p.558.
[456] Tribunal Administratif du centre, jugement n°371/2016/TA-YDE du 13 décembre 2016, aff. *Epoux Tankoua c/ Etat du Cameroun (hôpital général de Yaoundé),* p.29.

l'équivalence des conditions, le caractère certain du lien de causalité fait encore l'objet d'une réalisation peu évidente, surtout en matière médicale.

Cette dernière se particularise en effet par son caractère aléatoire, dû à l'imprécision dont relèvent ses résultats, qui à leur tour sont consécutifs à la divergence des réactions que chaque sujet peut présenter face à une même pratique médicale ; ainsi qu'aux antécédents divers de chaque patient souffrant d'un mal similaire. Autrement dit, *« le lien entre le préjudice subi et l'acte médical fait en effet couramment l'objet de débats résultant de la complexité scientifique et factuelle des questions posées en raison, par exemple, de l'étiologie incertaine de la condition en cause, de son origine multifactorielle, de l'existence de risques thérapeutiques inhérents, ou du temps écoulé avant la manifestation du préjudice »*[457]. Toute chose qui est de nature à influer grandement sur la certitude du lien de causalité. La causalité certaine est généralement liée à l'auteur et à la production du dommage. L'auteur ici ne saurait poser de problème, car la pluralité des professionnels de santé en charge du patient, ne renvoie en réalité qu'à l'imputabilité à un auteur unique du dommage qui est l'hôpital public en charge du service public hospitalier au nom duquel ces professionnels agissent. La responsabilité dudit hôpital étant substituée de plein droit à celle de ses agents auteurs du dommage causé dans l'exercice même de leurs fonctions[458]. Reste alors à traiter la récurrente question de la production du dommage, dont la diversité de causes est la traduction même de l'incertitude causale en matière hospitalière, qui se décline selon la doctrine en trois principaux concepts que sont *« la création ou l'augmentation du risque, la création fautive de l'incertitude causale, et la perte de chance »*[459]. Cette dernière est la seule considérée par le juge français pour accorder une indemnisation, et il n'y fait recours que lorsqu'un dommage médical a plusieurs causes[460]. « *La perte de chance est donc utilisée pour suppléer le chainon manquant dans la causalité »*[461] en présence d'une faute médicale et d'un dommage entre lesquels le lien de cause à effet ne saurait être établi dans l'état actuel de la science. Tel est le cas en matière biologique notamment, au sein de laquelle l'expert n'est pas en mesure d'établir une certitude, mais

[457] KHOURY L., « le juge canadien, anglais et australien devant l'incertitude causale en matière de responsabilité médicale », in *Revue de droit de McGill,* 2014(59), p.991.
[458] Article 3 alinéa 1 de la loi nn°2006/022 du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs.
[459] KHOURY L., « le juge canadien, anglais et australien devant l'incertitude causale en matière de responsabilité médicale », *op. cit.*, p.991.
[460] LE TOURNEAU P., BLOCH C., GUETTIER C., GIUDICELLI A., JULIEN J., KRAJESKI D., POUMAREDE M., *Droit de la responsabilité et des contrats : Régime d'indemnisation,* 11e éd., *op.cit.,* p.2468.
[461] *Ibid,* p.656.

seulement des probabilités[462]. Il s'agit alors pour le juge français de déterminer à l'aide des conclusions de l'expert médical, si l'acte manqué du professionnel de santé aurait pu éviter la survenance ou l'aggravation du dommage causé par son abstention ou son retard incriminé. Dans l'affirmative, le juge donne gain de cause au demandeur en lui attribuant une indemnisation proportionnelle *« au pourcentage du dommage en fonction de la chance perdue »*[463] *;* tandis que dans la négative, le demandeur est simplement et purement débouté.

Cette méthode de raisonnement en cas d'incertitude du lien causal permet de pallier les aléas qui jonchent le domaine médical. Elle permet d'apporter une solution juste et équilibrée, tout en dérogeant à la règle classique du lien de causalité certain. Une telle solution devrait inspirer le juge camerounais, qui ne se peine malheureusement pas à adapter l'application des règles de responsabilité administrative aux spécificités du domaine médical. Car, en cas d'incertitude du lien causal, aucun approfondissement n'est fait par le juge. Il retient aussitôt le doute et se limite à rendre une décision qui attribue gain de cause au défendeur en vertu de la règle générale selon laquelle le doute profite au défendeur. Or, parce que *« l'exigence de la causalité ne conditionne pas le jugement de responsabilité, mais sa logique »*[464] *;* il appartient au juge camerounais de donner un sens à la justice en rétablissant l'équilibre rompu des parties au procès en responsabilité hospitalière, par le développement et l'emploi de stratégies adaptées aux incertitudes médicales. Ainsi, il assurera la protection des droits des justiciables au travers de ses décisions, sans plus se cacher derrière des vains prétextes qui laissent planer un sentiment de « non-justice ». L'engagement de la responsabilité du service public hospitalier demeure donc empêcher par l'incertitude de causalité propre au domaine médical, mais également par l'incertitude du préjudice direct.

2- L'incertitude du préjudice

La réparation du préjudice en droit de la responsabilité administrative nécessite qu'il soit certain, direct, personnel, et qu'il porte atteinte à un intérêt légitimement protégé. Si les autres caractères semblent ne pas présenter de problèmes majeurs en droit camerounais, le caractère certain quant à lui fait l'objet d'une inquiétude en matière de responsabilité médicale et hospitalière, eu égard à l'incertitude que peuvent revêtir les préjudices liés à certaines pathologies. En effet, cette incertitude résulte des caractères évolutif et extensif des

[462] VAYRE P., PLANQUELLE D., FABRE H., « Le lien de causalité en matière de responsabilité médicale », *Médecine & Droit, op.cit.*, p.79.
[463] *Ibid.,* p.79.
[464] FORRAY V., « Peut-être. Incertitude du risque et dialectique de la responsabilité », In : *Revue de droit de McGill,* (2014) 59 :4 McGill LJ, p.876.

conséquences des dommages médicaux et hospitaliers, et nécessite de ce fait que le juge statue sur la réparation d'un préjudice futur[465]. Car s'il *« n'existe aucune difficulté lorsque le préjudice est déjà survenu et qu'il a effectivement été ressenti par la victime, qui a éprouvé une perte (damnum emergens) ou manqué un gain (lucrum cessans). Sa survenance peut néanmoins aussi être considérée comme certaine alors qu'il n'est pas ressenti par la victime au jour du règlement mais qu'il existe un germe »*[466]. Telle est la position du droit français qui retient que *« seul importe, en fait, que la certitude du dommage soit actuelle, même si le préjudice n'est pas forcément réalisé au moment où le juge statue »*[467]. Celui-ci est donc susceptible d'indemniser un préjudice qui, bien qu'étant encore potentiel au jour de son appréciation, a acquis la certitude d'une réalisation dans un avenir proche ou lointain. Cela permet ainsi de réparer les préjudices futurs nés des contaminations dommageables par les agents du service public hospitalier à des pathologies incurables telles que le VIH ou l'hépatite C qui fragilisent le système immunitaire, exposent les victimes à des maladies dites « opportunistes », tout en leur imposant des conditions de vie strictes. Le préjudice né par contamination à de telles maladies est non seulement spécifique de *« par la place qu'il accorde au caractère intrinsèquement évolutif de la maladie, qui ne comporte pas de véritable consolidation »*[468] ; mais aussi en raison de la particulière gravité *« tenant à l'invalidité progressive des victimes, aux perturbations que la contamination emporte sur le plan sexuel et affectif, et à la diminution de leur qualité de vie inexorablement obérée par la perspective du pronostic fatal »*[469]. Le juge devra donc prendre en considération tous ces éléments comme des préjudices futurs à indemniser, car bien que n'étant pas forcément actuels, leur réalisation est certaine et virtuelle. C'est ce qui justifie l'indemnisation par le juge français de *« l'anxiété provoqué par le risque d'aggravation d'une maladie évolutive : c'est cette angoisse qui est à l'origine de l'intervention prétorienne du « préjudice spécifique de contamination » par le virus du VIH ou de l'hépatite C »*[470]. Pour être réparé, la victime devra démontrer en quoi un tel préjudice est distinct du déficit fonctionnel permanent et des souffrances endurées[471].

---

[465] Le préjudice futur est défini par la Cour de Cassation comme *« la prolongation certaine et directe d'un état de chose actuel, comme susceptible d'estimation immédiate ».*

[466] MOR G., CLERC-RENAUD L., *Réparation du préjudice corporel : stratégies d'indemnisation, méthodes d'évaluation,* 3ème éd., Delmas, 2020, p.7.

[467] *Ibid.,* p.7.

[468] LE TOURNEAU P., BLOCH C., GUETTIER C., GIUDICELLI A., JULIEN J., KRAJESKI D., POUMAREDE M., *Droit de la responsabilité et des contrats : Régime d'indemnisation,* 11e éd., *op.cit.,* p.2531.

[469] *Ibid.,* p.2531.

[470] *Ibid.,* p.520.

[471] Civ. 2e, 11 déc. 2014, n°13-27.440, NP – Civ. 2e, 2 juill. 2015, n°14-19.481, NP.

Si la question relative à l'incertitude du préjudice, notamment des maladies *« incurables susceptibles d'évoluer »*[472], semble avoir été réglée en droit français, tel n'est pas le cas en droit administratif camerounais qui exclut encore le préjudice futur de la catégorie des préjudices indemnisables. La Chambre administrative de la Cour suprême l'affirme d'ailleurs explicitement à l'occasion d'une affaire[473] au cours de laquelle la partie demanderesse sollicitait la condamnation de la partie défenderesse au paiement des sommes *« qui seront payées aux entreprises et fournisseurs au titre de gardiennage des matériels et mobiliers, et d'autres sommes dont il n'est pas possible d'évaluer le montant pour le moment (…) » ;* elle estime à cet effet que les prétentions de la partie demanderesse ne sont pas fondées, car *« elle ne peut réclamer à l'entrepreneur que la réparation du préjudice actuel,* (et) *ne peut lui réclamer une indemnité quelconque en raison des mécomptes qu'elle pourra avoir ».*

En outre, concernant le cas précis de contamination au virus du VIH, le juge administratif camerounais n'ouvre droit à indemnisation que pour les préjudices déjà consolidés, à l'instar du préjudice moral dont il ne décline pas les composantes, et du préjudice physique comprenant *« essentiellement le déficit fonctionnel permanent, les troubles dans les conditions d'existence (désagréments de toute nature), les souffrances physiques ou pretium doloris »*[474]. À l'analyse, il importe donc de déduire qu'un tel état du droit n'est pas de nature à garantir la protection des droits des patients, notamment le droit à la réparation intégrale du préjudice subi. Ce dernier sera davantage obstrué par les pesanteurs juridictionnelles qui limitent l'engagement de la responsabilité du service public hospitalier.

[472] Rapport DINTHILAC, p.41.
[473] Jugement n°35/CS/CA du 22 février 1979, *Caisse nationale de prévoyance sociale c/ United Cameroon International Company.*
[474] Jugement n°306/2020/TA-YDE du 18 Août 2020, *Sieur BOHONGO Salomon et son épouse née LOUNGA Odile Ginette, représentants légaux de NGUIYIJAM Lumière Christale c/ Etat du Cameroun (MINSANTE).*

CONCLUSION DU CHAPITRE III

La mise en cause de la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun est confrontée à divers facteurs d'ordre juridique et socio-culturel qui la limitent. Sur le plan socio-culturel, l'on relève qu'elle est rendue difficile du fait de la méconnaissance des droits des patients par les victimes, de la pauvreté, du faible accès aux formations sanitaires, de la précarité du plateau technique, de la tradition, ainsi que de la religion. Le plan juridique quant à lui fait montre d'une part d'une insuffisante réglementation de la relation patient-médecin et la résurgence du paternalisme médical, qui sont respectivement sources d'un défaut d'aménagement du droit à l'information et au consentement médical, ainsi que les difficultés d'accès aux données médicales par le patient. D'autre part, les pesanteurs juridiques sont liées à la difficile preuve de la faute médicale en contexte camerounais, et à l'incertitude du lien de causalité et du préjudice.

Ces facteurs représentent les raisons intrinsèques au faible taux de mise en cause de la responsabilité du service public hospitalier. Le constat qui en découle est qu'ils sont d'origine diverse, parce qu'étant aussi bien liés aux acteurs de cette responsabilité, qu'à la réglementation qui l'encadre. De même d'un point de vue externe et procédural, la mise en cause de cette responsabilité est également jonchée d'obstacles qui mettent en évidence les carences du droit camerounais en la matière, et compliquent le parcours de la victime qui aspire à la réparation intégrale des préjudices subis.

CHAPITRE 4 :

LES LIMITES D'ORDRE JURIDICTIONNEL

La responsabilité du service public hospitalier obéit, pour ce qui est de son activité médicale, au régime juridique de la responsabilité administrative extracontractuelle. A cet effet, les manquements, les inactions et autres défaillances dommageables du fait des professionnels de santé et découlant l'organisation ou du fonctionnement de l'hôpital public, sont susceptibles de mettre en cause la responsabilité dudit hôpital au cours d'un procès et selon une procédure juridiquement encadrée par des textes. Ces textes divers et variés, sont propres à la catégorie de laquelle relève l'établissement de santé en cause, qui peut être public ou privé. Ainsi, convient-il de rappeler que les activités médicales et hospitalières pratiquées au sein d'un établissement de santé privé sont sous l'empire du droit privé ; tandis que celles qui s'exercent au sein d'un hôpital public obéissent aux règles de droit public. Cette règle de spécialisation du droit découle d'un des principes créateurs du droit administratif qu'est le principe de la séparation des autorités administratives et judiciaires[475], dont le principal corollaire est la création d'un droit spécifique et la dotation d'un juge spécial à l'administration. Toutefois, force est de constater que dans le souci de modernité et de fluidité de l'exercice des activités d'intérêt général, l'on retrouve des « îlots » de droit privé[476] dans les services publics en général, et dans le service public hospitalier en particulier. C'est ainsi qu'en France, l'on peut citer les activités libérales des praticiens statutaires à l'hôpital public[477], qui engagent la responsabilité civile des auteurs des dommages, mais également les activités de recherche biomédicale au sein de l'hôpital public qui ressortissent à la compétence du tribunal de grande instance[478].

Au Cameroun, cette intrusion du droit privé dans le service public hospitalier est également très présente. Elle s'observe davantage au plan juridictionnel, notamment en matière

[475] Article 13 de la loi des 16-24 Août 1790 sur l'organisation judiciaire : *« Les fonctions judiciaires sont distinctes et demeureront toujours séparées des fonctions administratives. Les juges ne pourront, à peine de forfaiture, troubler, de quelque manière que ce soit, les opérations des corps administratifs, ni citer devant eux les administrateurs pour raison de leurs fonctions. »*

[476] ISSA A., *La responsabilité médicale en droit public libanais et français,* Droit, Université de Grenoble – Université libanaise, *op. cit.,* p.33.

[477] Ces activités libérales des médecins statutaires à l'hôpital public sont consacrées par la loi du 27 janvier 1987 portant diverses mesures d'ordre social.

[478] Article L1126-7 du code de la santé publique : *« (…) le tribunal de grande instance est seul compétent pour statuer sur toute action en indemnisation des dommages résultant d'une recherche biomédicale ; cette action se prescrit dans les conditions prévues à l'article 2226 du code civil ».*

de compétence des juges, qui implique une option de législation en fonction du juge compétent pour des dommages causés par des agents publics dudit service. Cet état de fait est constitutif d'ambiguïté (section 1) au regard de l'interprétation diffuse des juges, dont les décisions sont confrontées à de réelles difficultés d'exécution (section 2).

SECTION 1 : L'AMBIGUÏTÉ DANS LA DÉTERMINATION DU JUGE COMPÉTENT

Au cours d'un procès juridictionnel, l'exception d'incompétence est la première question que tout juge se doit d'analyser et de solutionner ; et quelque fois, avant tout débat au fond[479]. La détermination de la compétence du juge nécessite une vérification des éléments matériel, temporel, territorial, et personnel. Elle est généralement prévue par des textes et la jurisprudence, dont l'interprétation permet de faire une distinction entre la compétence d'attribution et la compétence générale. La première renvoyant à *l'aptitude d'une juridiction à connaître d'une affaire déterminée, en raison de sa nature »*[480] ; tandis que la seconde désigne la capacité étendue d'une juridiction à connaître des affaires, sans que celles-ci ne soient limitativement énumérées. Ainsi, en matière administrative, la lecture de l'article 3 alinéa 1 de la loi de 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs semble faire du juge judiciaire, le juge de droit commun, avec compétence générale en matière de responsabilité administrative extracontractuelle. Il dispose à cet effet que *« (1) Les tribunaux de droit commun connaissent, conformément au droit privé, de toute autre action ou litige, même s'il met en cause les personnes morales énumérées à l'article 2, la responsabilité desdites personnes morales étant à l'égard des tiers, substituée de plein droit à celle de leurs agents auteurs des dommages causés dans l'exercice même de leurs fonctions ».* Toute chose qui ne laisse au juge administratif qu'une compétence d'attribution, notamment en matière de contrats administratifs, telle qu'expressément prévue à l'article 2 de la même loi[481]. Il y aurait donc lieu

[479] Article 51 alinéa 1 de la loi n°2006/022 du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs : *« (1) Le tribunal administratif doit statuer immédiatement par décision avant-dire-droit distincte, sur les exceptions d'incompétence fondées sur l'article 2 ci-dessus, sans pouvoir en aucun cas joindre l'incident au fond ».*

[480] MATTEOLI A., *Les conflits de compétence d'attribution en droit de la famille,* Droit, Université de Strasbourg, 2014, p.20.

[481] Aux termes de l'article 2 de la loi n°2006/022 du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs : « (1) Les tribunaux administratifs sont des juridictions inférieures en matière de contentieux administratif au sens de l'article 40 de la Constitution.
(…) (3) Le contentieux administratif comprend : (..) c) les litiges concernant les contrats (à l'exception de ceux conclus même implicitement sous l'empire du droit privé) ou les concessions de services publics.

de conclure aisément que la responsabilité administrative contractuelle ressortit à la compétence du juge administratif, alors que celle extracontractuelle est dévolue au juge judiciaire. Mais si cette affirmation est avérée en matière contractuelle, elle ne l'est certainement pas dans la pratique pour ce qui est de la responsabilité extracontractuelle. La responsabilité du service public hospitalier, qui relève majoritairement de cette dernière, fait face à une réelle ambiguïté quant à la détermination du juge compétent pour statuer sur les demandes en réparation des dommages corporels des victimes ou de leurs ayants droits.

Une telle ambiguïté est assimilable aux conflits de compétence qu'a connu la France au XIXe siècle entre les juridictions administratives et judiciaires en matière d'actions en responsabilité engagées contre les personnes morales de droit public. En effet, *« selon la Cour de Cassation, la compétence des tribunaux civils devait s'étendre à tous les dommages causés par le fait d'autrui, y compris le fait des agents publics »*[482] *;* tandis que le Conseil d'Etat se basait sur l'interprétation restrictive de l'arrêté directorial du 2 germinal An V qui, *« interdisait formellement aux tribunaux judiciaires de déclarer « l'Etat débiteur » »*[483]. De même au Cameroun, jusqu'à la récente décision de la chambre administrative d'octobre 2022[484], les juges judiciaire et administratif se déclaraient compétents pour la même matière, respectivement sur le fondement de l'article 3 alinéa 1 suscité et de l'article 1384 du code civil pour l'un (II) ; et sur la base de la jurisprudence et de la doctrine pour l'autre (I).

I- La compétence jurisprudentielle et doctrinaire du juge administratif

Le juge administratif retient généralement sa compétence pour statuer sur des affaires qui mettent en cause la responsabilité du service public hospitalier, et ce en dépit de l'exception d'incompétence soulevée par l'Etat du Cameroun, partie défenderesse au procès. En effet, il motive que :

> *---Considérant que si les dispositions sus énoncées visent de manière générale les fautes personnelles commises par les agents de l'Etat dans l'exercice de leurs fonctions ;*
> *---Que la chambre administrative de la Cour Suprême l'a d'ailleurs rappelé en elles n'excluent pas pour autant du champ de compétence du juge administratif les recours contre les actes médicaux commis dans un Etablissement public de santé dont les règles d'organisation et de fonctionnement sont principalement régies par le droit*

[482] GUETTIER C., *La responsabilité administrative,* LGDJ, 1996, p.46. La Cour de Cassation fondait sa compétence sur *« une interprétation restrictive de l'interdiction faite aux juges judiciaires « de connaître des actes d'action » »*, et non des actions en responsabilité découlant de ces actes.
[483] *Ibid.,* p.46. *« Il résultait logiquement de cette position que la responsabilité des collectivités locales ès qualités devait relever des juridictions judiciaires* ».
[484] CS/CA, arrêt n°196/QD/2022 du 12/10/2022, *Procureur général près le Tribunal administratif du centre C/ Etat du Cameroun (Minsanté), NOMO Romaric Eugène.*

administratif ces termes, s'agissant des préjudices causés par l'Administration du fait d'une négligence constatée dans un service hospitalier public ; « attendu que cette faute de négligence ainsi établie engage nécessairement la responsabilité de l'Administration » (décision n°87 du 30 juin 2004 (Aff. Beyina Messanga Jean Baptiste C/ Etat du Cameroun (MINSANTE) ; [485].

Il ressort de cette motivation que le juge administratif fonde sa compétence sur le lieu d'exercice des actes médicaux qu'est l'établissement public de santé régi par les règles du droit administratif (A) ; tout en réduisant celle du juge judiciaire aux seules fautes personnelles. Toute chose qui étend (étendrait) également sa compétence dans le cadre des fautes personnelles commises à l'occasion du service, ou n'étant pas dépourvues de tout lien avec le service (B).

A- L'établissement public soumis aux règles de droit administratif, gage de la compétence du juge administratif

La responsabilité du service public hospitalier au Cameroun met en exergue les fautes et les abstentions dommageables commises au sein d'une formation sanitaire publique. Elle est mise en cause soit par le biais du personnel hospitalier qui agit au nom et pour le compte de l'hôpital public, soit du fait d'une mauvaise organisation ou d'un dysfonctionnement dudit hôpital. Ainsi, à l'occasion des litiges mettant en scène de tels faits préjudiciables, le juge administratif saisi, retient habituellement sa compétence ; et ce en dépit de la déclinaison de celle-ci faite par l'Etat ou l'établissement public hospitalier en cause. Il se fonde sur l'application des règles de droit administratif à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement public de santé en cause (1), et sur le lien statutaire qui unit ce dernier à son personnel (2).

1- L'application des règles du droit administratif à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement public de santé en cause

L'établissement public désigne une *« personne morale de droit public dotée de la personnalité juridique et de l'autonomie financière, chargée de la gestion d'un service public, ou de la réalisation d'une mission spéciale d'intérêt général pour le compte de l'Etat ou d'une Collectivité Territoriale Décentralisée »*[486]. Elle se distingue fondamentalement de l'établissement privé du fait de sa création par une personne publique, mais aussi de son objet

[485] Tribunal administratif du Centre, jugement n°111/ADD/2022/TA-YDE du 21 juin 2022, Aff. *Domche Ngniedjo Mac Raoul c/ Etat du Cameroun (HGOPY).*
[486] Article 3 de la loi n°2017/010 du 12 juillet 2017 portant statut général des établissements publics.

qui est l'accomplissement d'une mission de service public[487]. Aussi, ce dernier, qui a été considéré dès l'entame comme *« une notion juridique (qui) entraîne l'application des règles de droit spécifiques et dérogatoires au droit commun »*[488], a progressivement été éprouvé par l'apparition des établissements publics à caractère industriel et commercial ; notamment dans les conclusions du commissaire du gouvernement Matter à l'occasion de la célèbre affaire du *Bac d'Eloka*[489]. Celui-ci appréhende le service public comme

> *« une organisation gérée par un organe de l'administration publique en vue de l'accomplissement de la fonction administrative de l'Etat. Ainsi, ne seront services publics que ceux organisés et exploités par l'Etat ou l'un de ses démembrements en vue d'accomplir un acte normal de sa fonction, pour atteindre son but naturel. Mais l'Etat, comme toute administration, peut entreprendre des services qui ne sont pas de son essence, qui pourraient être organisés par toute personne ou toute société »*[490].

Cela étant, l'exercice du service public seul ne suffit pas pour une application du droit administratif ; car une personne morale de droit public en charge d'un service public, peut être soumise aux règles de droit privé lorsqu'elle exploite ce service *« dans les mêmes conditions qu'un industriel ordinaire ».* Ainsi a donc été opérée la distinction entre le service public administratif (SPA) et le service public industriel et commercial (SPIC), qui sont respectivement soumis aux règles de droit administratif et de droit commun.

Ce faisant, en spécifiant que l'établissement public de santé au sein duquel ont été commis les actes médicaux en cause, obéit pour son organisation et son fonctionnement aux règles de droit administratif, le juge administratif camerounais fonde sa compétence sur des règles générales du droit administratif, construites par la doctrine et entérinées par la jurisprudence. Il convoque subtilement tout d'abord l'origine publique dudit établissement, qui peut avoir été créé soit par l'Etat, soit par une collectivité territoriale décentralisée, soit par un autre établissement public ; ensuite, il précise qu'il ne s'agit pas de l'exercice d'une activité à

---

[487] L'accomplissement d'une mission particulière de service public demeure à l'origine de la création d'un établissement public. Car s'il est vrai qu'une confusion semble s'installer entre les établissements publics et les établissements d'utilité publique, une différence prononcée entre les deux subsiste au-delà de tout. Elle est relative à *« l'origine de l'organisme » ;* car l'établissement public est créé soit par l'Etat, soit par une collectivité publique, soit encore par un autre établissement public ; alors que l'établissement d'utilité publique résulte toujours d'une initiative privée. (Jacques Chevallier, « la place de l'établissement public en droit administratif français », p.9)

[488] CHEVALLIER J., *le service public,* Presses Universitaires de France, 2018, p.4.

[489] T.C, 22 janvier 1921, *Société commerciale de l'Ouest africain*, www.conseil-etat.fr/fr/arianeweb/TC/decision/1921-01-22/00706, *« qu'en effectuant, moyennant rémunération, les opérations de passage des piétons et des voiture d'une rive à l'autre de la lagune, la colonie de la Côte - d'ivoire exploite un service de transport dans les mêmes conditions qu'un industriel ordinaire ; que, par suite, en l'absence d'un texte spécial attribuant compétence à la juridiction administrative, il n'appartient qu'à l'autorité judiciaire de connaître des conséquences dommageables de l'accident invoqué (...) ».*

[490] DEGOFFE M., *Droit administratif*, 4e éd., Ellipses, 2020, p.51.

caractère industriel et commercial, mais bien d'un service public administratif qu'est le service public de la santé. À cet effet, les dispositions des articles 129 et suivants du décret portant organisation du ministère de la santé publique, précisent très clairement que les hôpitaux généraux qui relèvent de la première catégorie sont *« des établissements publics administratifs » ;* les hôpitaux centraux qui sont de la deuxième catégorie, sont des *« services publics hospitaliers qui relèvent de l'autorité directe du ministère de la santé publique » ;* tandis que les autres formations sanitaires publiques *« relèvent de l'autorité du délégué régional de la santé publique ».* Telle est donc déclinée la nature d'établissement public administratif des hôpitaux publics dont les litiges ressortissent à la compétence du juge administratif.

De plus, dans le célèbre arrêt *Blanco* rendu par le Tribunal des conflits, arrêt fondateur de la responsabilité administrative, le commissaire du gouvernement David rappelle qu'il découle de la loi des 16 et 24 août 1790 que les juges civils *« sont radicalement incompétents pour connaître de toutes les demandes formées contre l'administration à raison des services publics, quel que soit leur objet et alors même qu'elles tendraient, non pas à faire annuler, réformer ou interpréter par l'autorité judiciaire les actes de l'administration, mais simplement à faire prononcer contre elle des condamnations pécuniaires en réparation des dommages causés par ses opérations »*[491]. En effet, se fondant toujours sur la finalité qui est le service public et donc l'intérêt général, contrairement au particulier qui est animé par un intérêt personnel et donc privé, le commissaire David précise qu'il lui semble *« impossible en bonne raison et en bonne justice, d'assimiler complètement l'Etat à un simple particulier pour ses rapports avec ses agents et pour les conséquences qui en peuvent dériver au point de vue de sa responsabilité vis-à-vis des tiers »*[492]. Le fondement de la compétence du juge administratif en la matière est donc renforcé par la nature du lien qui unit les agents éventuellement fautifs et les hôpitaux publics qui les emploient.

2- Le lien statutaire et réglementaire entre l'hôpital public et ses fonctionnaires

Le lien juridique qui unit l'hôpital public à son personnel au Cameroun est dual. L'on a d'une part des agents de l'Etat relevant du code du travail ; et d'autre part, des fonctionnaires régis par un texte réglementaire. Ces derniers, constitués de personnel médical et paramédical, sont susceptibles de mettre en cause la responsabilité du service public hospitalier devant le juge administratif par le biais des fautes de service commises à l'occasion de l'exercice des

[491] DEGOFFE M., *Droit administratif*, 4e éd., *op. cit.*, p.46.
[492] *Ibid.,* p.46.

activités matérielles d'accueil, de prise en charge, et de surveillance des patients ou usagers dudit service. Le juge administratif camerounais a d'ailleurs mis l'accent sur la nécessité de distinguer les fautes personnelles des fautes de service dans son interprétation de l'article 3 alinéa 1[493] de la loi sur l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs. Pour lui, cet article ne fait référence qu'aux fautes personnelles commises par les agents de l'Etat ; il affirme à cet effet, s'agissant dudit article, que *« les dispositions sus énoncées visent de manière générale les fautes personnelles commises par les agents de l'Etat dans l'exercice de leurs fonctions »*[494]. De la sorte, il fait d'office sienne la compétence en matière de fautes de service commises par les mêmes agents. Ainsi, en présence d'un litige émanant d'un acte dommageable au sein de l'hôpital public, *« il convient de déterminer en premier lieu, le régime de responsabilité applicable afin de connaître, en second lieu, la juridiction compétente pour connaître de l'action en réparation déclenchée par l'administré »*[495]. Ce régime de responsabilité étant donc tributaire de la nature de la faute en présence.

Ce faisant, à la différence des agents publics contractuels et du personnel libéral en service dans les cliniques et hôpitaux privés qui sont soumis aux règles de droit privé ; les fonctionnaires des formations sanitaires publiques sont principalement régis par le décret portant statut particulier des fonctionnaires des corps de la Santé Publique[496], et subsidiairement par le décret portant statut général de la fonction publique. Ce dernier dispose clairement en son article 3 alinéa 2 que *« le fonctionnaire est vis-à-vis de l'administration dans une situation statutaire et réglementaire »*[497]. Et cela s'explique par son lien étroit avec le service public, qui en est sa signification et sa raison d'être. Car, la conséquence principale de cette situation statutaire et réglementaire du fonctionnaire, est sa soumission aux principes fondamentaux du service public que sont l'égalité de traitement, la continuité, et la mutabilité du service public. La notion du service public est intimément liée au à celle de fonctionnaire, à un point où elle parvient à déclasser les fautes personnelles de celui-ci de la compétence du juge judiciaire à celle du juge administratif sous certaines conditions.

---

[493] Cet article qui attribue au juge judiciaire la compétence en matière de responsabilité administrative extracontractuelle.
[494] Tribunal administratif du Centre, jugement n°111/ADD/2022/TA-YDE du 21 juin 2022, Aff. *Domche Ngniedjo Mac Raoul c/ Etat du Cameroun (HGOPY), op.cit.*
[495] AUBIN E., *La fonction publique,* 5é éd., Gualiano, 2012, p.472.
[496] Décret n°2001/145 du 3 juillet 2001 portant Statut particulier des fonctionnaires des corps de la Santé publique.
[497] Article 3 alinéa 2 du décret n°94/199 du 07 octobre 1994 portant statut général de la Fonction publique de l'Etat, modifié et complété par le décret n°2000/287 du 12 octobre 2000.

B- La faute personnelle non dépourvue de tout lien avec le service, extension de la compétence du juge administratif

Par sa motivation, le juge administratif camerounais laisse entrevoir que le lien avec le service est l'élément déclencheur de sa compétence. Il déclare en effet que *« si les dispositions sus énoncées visent de manière générale les fautes personnelles commises par les agents de l'Etat dans l'exercice de leurs fonctions, elles n'excluent pas pour autant du champ de compétence du juge administratif les recours contre les actes médicaux commis dans un Etablissement public de santé (...) ».* De ce fait, bien qu'étant personnelles, les fautes du personnel hospitalier pourraient relever de la compétence du juge administratif s'il est suffisamment prouvé qu'elles ont été commises avec les moyens du service, sans lesquels elles ne sauraient exister (1). Une telle extension de compétence a pour but de faciliter la réparation du dommage causé (2), en donnant à l'usager la possibilité d'imputer la faute à une personne solvable.

1- La faute personnelle non dépourvue de tout lien avec le service

La faute personnelle a été définie dans les conclusions du commissaire du gouvernement Edouard Laferrière, et attribuée à la compétence du juge judiciaire. Ainsi, tout en se référant à ce dernier, le commissaire du gouvernement Léon Blum affirme à ce propos que *« (...) les tribunaux judiciaires décideront avec raison que la faute a un caractère personnel, qu'elle ressortit suivant la distinction classique, non pas au fonctionnaire, mais à l'homme, au représentant du type spécifique humain, avec ses défaillances, ses passions et ses vices (...) »*[498]. Elle se distingue de ce fait de la faute de service qui révèle l'agent dans son erreur. En effet, Laferrière a clairement établi cette distinction dans les conclusions élaborées à l'occasion de l'arrêt *Laumonnier Carriol* en ces termes : *« si l'acte dommageable est impersonnel, s'il révèle un administrateur mandataire de l'Etat plus ou moins sujet à erreur et non l'homme avec ses faiblesses, ses passions, ses imprudences, l'acte reste administratif et ne peut être déféré aux tribunaux ; si au contraire, la personnalité de l'agent se révèle par des fautes de droit commun, par une voie de fait, une imprudence, la faute est imputable au fonctionnaire et non à la fonction, et l'acte, perdant son caractère administratif, ne fait plus obstacle à la compétence du juge judicaire »*[499]

[498] HAURIOU M., *La jurisprudence administrative de 1892 à 1929,* tome 1, p.643.
[499] RASY D., *les frontières de la faute personnelle et de la faute de service en droit administratif français,* L.G.D.J., 1963, p.80 (T.C., 5 mai 1877, S. 1878.II.93).

Toutefois, à l'observation, il convient de relever qu'il est des cas[500] dans lesquels la faute personnelle de l'agent public, ressortit à la compétence du juge administratif. Le principe posé est donc celui selon lequel *« la responsabilité de la personne publique pouvait être engagée, alors même qu'une faute personnelle avait été commise hors du service, dès lors que la faute personnelle détachable du service n'était pas dépourvue de tout lien avec celui-ci »*[501]. Cette extension de la compétence du juge administratif tient donc au critère du lien avec le service. Ce dernier peut relever soit du lieu, du temps ou des moyens du service ; soit alors d'un ordre de mission, d'une autorisation du supérieur hiérarchique, d'un fait justificatif, soit encore du fait que la victime ait été mise en présence du coupable par l'effet du jeu du service. Ces éléments ne sont pas cumulatifs pour établir le lien avec le service, car celui-ci dépend surtout de la méthode d'interprétation que le juge fait de l'espèce en cause. Le juge devrait donc employer la méthode qui s'applique avec le plus d'efficacité, tout en tenant compte de *« tous les éléments du litige sans qu'il y ait lieu de réserver a priori un régime préférentiel à l'un quelconque d'entre eux »*[502]. Aussi, convient-il de relever qu'il est très rare que les indices du lien avec le service ne soient pas réunis en matière de responsabilité hospitalière ; et ce d'autant plus que les fautes sont commises la plus-part du temps *« pendant l'exercice des fonctions »* au sein de l'hôpital public. C'est ainsi qu'en spécifiant que les dispositions de l'article 3 alinéa 1 suscitées *« n'excluent pas pour autant du champ de compétence du juge administratif les recours contre les actes médicaux commis dans un Etablissement public de santé dont les règles d'organisation et de fonctionnement sont principalement régies par le droit administratif »*[503], le juge administratif camerounais relève l'élément spatial comme susceptible de justifier le lien d'une éventuelle faute personnelle avec le service ; et étendre de la sorte sa compétence en une telle circonstance. Et ce d'autant plus que *« les litiges liés au service hospitalier relèvent du contentieux administratif »*[504].

Ce faisant, pour écarter sa compétence, le juge administratif recherche très souvent les deux critères que sont la gravité de la faute, son caractère inexcusable lui attribuant ainsi la nature de faute personnelle détachable ; et l'intention de l'auteur de l'acte, son objectif. Pour ce qui est du premier critère, il est généralement matérialisé par le manquement à une obligation

[500] C.E., 18 novembre 1949, « *Mimeur », « Defaux », et « Bestchlsemer »,* Rec. CE 1949, P.492 ; Rev. Adm. 1950, p.38, note Liet-veaux.
[501] VIALLA F., *Les grandes décisions du droit médical,* L.G.D.J., 2009, p.556.
[502] RASY D., *les frontières de la faute personnelle et de la faute de service en droit administratif français, op. cit.,* p.139.
[503] Tribunal administratif du Centre, jugement n°111/ADD/2022/TA-YDE du 21 juin 2022, Aff. *Domche Ngniedjo Mac Raoul c/ Etat du Cameroun (HGOPY), op.cit.*
[504] VIALLA F., *Les grandes décisions du droit médical, op. cit.,* p.554.

déontologique, encore qualifié de « faute professionnelle caractérisée ». Il s'agit par exemple *« du refus du médecin hospitalier de garde de se rendre au chevet d'une patiente et de pratiquer les actes chirurgicaux qui lui incombaient, alors même qu'il avait été averti par l'interne de service de l'état du malade (…) ; le fait du chef de service de ne pas porter à la connaissance des médecins réanimateurs l'erreur médicale commise dans son service, alors même qu'il en avait connaissance et qu'elle était la cause de la détresse respiratoire du patient »*[505]. En ce qui concerne l'intention de l'auteur de l'acte, elle renvoie à la volonté de nuire, de porter atteinte à l'intégrité physique ou morale du patient dont il a la charge. La réunion de ces critères est donc de nature à ôter à l'acte fautif de l'agent public tout son caractère de service public, et à engager sa responsabilité civile et/ou pénale devant le juge judiciaire. Au contraire, l'exclusion de l'un d'eux est de nature à étendre la compétence du juge administratif, qui va de ce fait offrir à la victime, le choix de *« demander la répartition de la totalité du préjudice, soit à l'administration, soit à l'agent responsable, à charge pour la partie condamnée à réparation d'intenter une action récursoire contre son coobligé »*[506]. Toute chose qui a pour but de faciliter l'indemnisation de la victime.

2- La réparation intégrale du préjudice comme but de l'extension de la compétence du juge administratif

La nécessité de réparer intégralement le dommage subi est la réelle finalité de l'extension de la compétence du juge administratif en matière de faute personnelle non dépourvue de tout lien avec le service. Cette réparation intégrale est érigée aujourd'hui en principe du *« droit commun de la réparation »*[507], et postule que le dommage « doit être réparé dans son intégralité, sans perte ni profit pour aucune des parties »[508]. Ce principe est bel et bien appliqué par le juge administratif camerounais qui, à l'occasion d'une espèce, a affirmé que *« c'est tout le dommage existant, mais seulement ce dommage qui doit être couvert »*[509]. En effet, par cette compétence de connaître des actions en indemnisation du préjudice découlant à la fois de la faute de personnelle détachable et de la contribution du service à la réalisation de

[505] *Ibid.,* p.557. CE, 4 juillet 1990, n°63930, *Société d'assurances Le Sou Médical,* p.552 ; CE, 28 décembre 2001, n°213931, *M. Valette* (AJDA 2002, p.359, *concl. R. Schwartz).*
[506] VIALLA F., *Les grandes décisions du droit médical, op. cit.,* p.556.
[507] CLERC-RENAUD L., *Du droit commun et des régimes spéciaux en droit extracontractuel,* Thèse Chambéry 2006, spéc. N°207.
[508] Civ. 2e, 23 janv. 2003, n°01-00.200, P II, n°20-Crim.13 nov. 2007, n°07-80.995, P n°276 – Civ. 2e, 6 févr. 2020, n°18-19.518, P.
[509] KEUTCHA TCHAPNGA C., *Les grandes décisions annotées de la juridiction administrative du Cameroun,* 1ère éd., L'Hamattan, 2017, p.188. CS/AP (Cour Suprême, Assemblée plénière), 16 août 1990, *Albert Ono Ngafor C/ Etat du Cameroun.*

celle-ci, le juge administratif permet d'une part à la victime d'imputer le dommage subi au débiteur solvable qu'est l'administration ; tout en réglant ainsi toute éventualité de perte. D'autre part, il permet d'assurer que la victime ne percevra pas une indemnité au-delà de celle équivalente au préjudice, éliminant de la sorte tout éventuel profit. Aussi, un tel cas d'ouverture des actions en responsabilité devant ce juge n'est orienté que *« dans le but de permettre à la victime de se voir indemnisée de manière effective du préjudice qu'elle a subi »*[510]. En outre, l'imputation à l'administration de ce préjudice, ne décharge pas l'agent public fautif, car ladite administration dispose en retour contre lui d'une action récursoire ; qui est en réalité le mécanisme de *« responsabilité pécuniaire de l'agent vis-à-vis de son administration »*[511].

Si le juge administratif a su construire au fil des jurisprudences et de la doctrine une base solide sur laquelle repose sa compétence en matière de responsabilité administrative extracontractuelle, cette matière ne relève tout de même pas de son domaine réservé au Cameroun. Il le partage avec le juge judiciaire, qui ne manque pas lui aussi de retenir sa compétence sur le fondement de textes qui la lui attribuent de façon générale.

II- La compétence textuelle du juge judiciaire

La compétence du juge judiciaire en matière de responsabilité de l'administration pour les dommages causés par ses agents est une particularité du droit camerounais, qui se perpétue au fil du temps et des législations qui se succèdent. En effet, dès les prémisses de l'ordre administratif dans l'organisation judiciaire au Cameroun, notamment avec la loi du 19 novembre 1965 portant réforme du contentieux administratif, le législateur attribuait déjà au juge judiciaire cette compétence. L'article 14 de ladite loi, après avoir énuméré les matières qui relèvent de la compétence du juge administratif, dispose que *« Les tribunaux de droit commun connaissent, conformément au droit privé, de toute autre action ou litige, même s'il met en cause les personnes morales énumérées au paragraphe 1, la responsabilité de ladite personne morale étant à l'égard des tiers substituée de plein droit à celle de son agent même dans l'exercice de ses fonctions »*[512]. Ces dispositions ont progressivement été reportées dans les lois postérieures, en l'occurrence à l'article 14 de la loi du 14 juin 1969 fixant la composition, les conditions de saisine et de la procédure devant la Cour fédérale de justice statuant en matière administrative ; à l'article 9 de l'ordonnance n°72-6 du 26 août 1972 fixant l'organisation de la

[510] VIALLA F., *Les grandes décisions du droit médical, op. cit.,* p.554.
[511] *Ibid.,* p.56. Dans un arrêt du Conseil d'Etat du 28 juillet 1957, *Laruelle,* « la juridiction administrative opère un revirement de jurisprudence en permettant également à la personne publique qui a indemnisé la victime de la totalité du préjudice de se retourner contre son agent ».
[512] L'article 14 de la loi n°65/LF/29 du 19 novembre 1965 portant réforme du contentieux administratif.

Cour suprême ; et plus récemment, à l'article 3 alinéa 1 de la loi du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs. Si de telles consécrations textuelles révèlent en réalité l'autonomie du droit administratif camerounais par rapport au droit administratif français par le biais de l'option pour une généralisation légale de la compétence du juge judiciaire[513] ; elles témoignent également de la fonction principielle du juge judiciaire comme garant des droits et libertés individuelles au travers de sa compétence en matière de responsabilité administrative du fait de l'agent public.

Cette compétence tire ainsi toute sa légitimité des textes qui la fondent, au sens du commissaire du gouvernement Romieu, qui dans l'arrêt Terrier, a pu déclarer que *« toutes les actions entre les personnes publiques et les tiers ou entre ces personnes publiques elles-mêmes et fondées sur l'exécution, l'inexécution ou la mauvaise exécution du service public, sont de la compétence administrative et relèvent, à défaut d'un texte spécial, du conseil d'Etat, juge de droit commun du contentieux de l'administration »*[514]. En l'espèce, la loi fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs, notamment en son article 3 alinéa 1, constitue le texte spécial qui déroge à l'affirmation générique sus énoncée du commissaire du gouvernement. Bien qu'il convient de relever que cette responsabilité de l'administration devant le juge judiciaire n'est possible que par un mécanisme de substitution à la responsabilité de l'agent fautif. L'administration, pris comme commettant subroge son préposé qu'est l'agent fautif (B) dans sa responsabilité, en mettant en cause la sienne à condition que le fait fautif ait été commis (A) dans l'exercice des fonctions[515] de son auteur.

A- Le fait fautif de l'agent public

Aux termes de l'article 3 alinéa 1 de la loi du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs, la responsabilité de l'administration peut être engagée par des tiers, victimes des dommages causés par les agents publics. Le lien existant entre le dommage subi et l'agent public, doit être direct ; de tel sorte que *« le fait dommageable doit être par lui-même susceptible d'engager la responsabilité personnelle du préposé vis-à-*

[513] Cette généralisation de la compétence du juge judiciaire est pourtant contraire à l'un des principes créateurs du droit administratif, posé par l'article 13 de la loi des 16-24 Août 1970, qui dispose que *« les fonctions judiciaires sont distinctes et demeureront toujours séparées des fonctions administratives. Les juges ne pourront, à peine de forfaiture, troubler, de quelque manière que ce soit, les opérations des corps administratifs, ni citer devant eux les administrateurs pour raison de leurs fonctions ».*

[514] DEGOFFE M., *Droit administratif*, 4e éd., *op. cit.,* p.52.

[515] L'expression « dans l'exercice des fonctions » a déjà fait l'objet de développements précédents.

vis de la victime »[516]. Il doit donc s'agir d'une faute de laquelle découle l'atteinte dont souffre la victime. Cette faute peut ainsi revêtir un caractère de service (1) ou un caractère personnel (2).

1- La faute de service devant le juge judiciaire

La faute de service est un manquement à une obligation du service. A la différence de la faute du service qui est commise par un agent anonyme ou du fait d'un dysfonctionnement ou d'une mauvaise organisation du service ; la faute de service est commise par un agent public identifié à l'occasion du service. Elle est toutefois imputable au service en cas de dommage causé à un usager ; et ce dans le but d'assurer *« l'exercice indépendant et serein »*[517] des activités d'intérêt général rattachées audit service. Ainsi, la faute de service *« implique inexorablement la seule mise en cause de l'administration, de sorte qu'elle constitue également un instrument de répartition du poids de la dette de réparation ».*[518]

Devant le juge judiciaire, cette faute est assimilable à la faute de fonction du préposé en droit privé de par son régime juridique, puisqu'il s'agit bien de son avatar. Car dans la faute de service, le fait de la fonction est nécessairement réalisé par une personne physique, et ne saurait être commise par la personne morale qui l'emploie, en ce qu'elle est dépourvue de toute réalité physique. Ainsi, est-il avéré que *« ce n'est jamais l'Etat qui agit, qui fait des actes ou qui remplit des fonctions ; ce sont toujours des individus et seulement des individus »*[519]. C'est assurément ce qui justifie que le juge judiciaire se fonde sur la responsabilité du commettant du fait de son préposé consacré par l'article 1384 du code civil, pour mettre les condamnations pécuniaires à *« la charge de l'Etat du Cameroun en tant que civilement responsable »*[520] lorsqu'un de ses agents a commis une faute au moment du service. Il s'agit en réalité d'un mécanisme d'imputation de la faute de l'agent public à l'administration, duquel découle la substitution de la responsabilité de cet agent par celle de l'administration devant le juge. Ce mécanisme d'imputation est une opération de rattachement qui doit être distinguée de la logique de la « causalité naturelle », car dans ce cas le fait dommageable est juridiquement propre à un

---

[516] BACACHE-GIBEILI M., *Les obligations La responsabilité civile extracontractuelle,* Traité de droit civil, Tome 5 - 4e éd., Economica, 2021, p.339.
[517] COSNARS M., « immunités », dans Denis Alland et Stéphane Rials, *Dictionnaire de la culture juridique,* Paris, Lamy-PUF, « Quadrige », 2003, p.801.
[518] MANGEMATIN C., *La faute de fonction en droit privé,* Thèse de droit, université Monstesquieu-Bordeaux IV, 2012, p.17.
[519] KELSEN H., *Théorie pure du droit,* Charles Eisenman (trad.), paris LGDJ, « la pensée juridique », 1999, p.286.
[520] Tribunal de Grande Instance, jugement n°32/CIV/TGI/2013 du 10 juillet 2013, Aff. *Ngo Likound Félicité c/Dr Bilong Clotaire et Etat du Cameroun.*

sujet *« non parce qu'il est produit ou voulu par ce sujet dans le sens qu'ont ces mots dans la physiologie ou dans la psychologie, mais parce que la norme le lui attribue »*[521]. Il ressort donc que la mise en cause de la responsabilité de l'administration n'est rien d'autre que le résultat d'une fiction au titre de laquelle l'acte fautif de l'agent sera réputé être celui de l'administration. Ce qui n'est pas complètement le cas en matière de faute personnelle.

2- La faute personnelle devant le juge judiciaire

Caractérisée comme révélant l'homme dans ses passions, ses faiblesses et ses imprudences[522] ; la faute personnelle relève principiellement de la compétence du juge judiciaire, parce que susceptible d'engager directement la responsabilité personnelle de l'agent[523]. Elle est constituée toutes les fois qu'il y a violation d'une obligation de droit commun, c'est-à-dire *« une obligation qui s'applique à toute personne quelle qu'elle soit, à l'agent public comme au simple particulier »*[524]. Loin du caractère administratif que lui revêt sa fonction, c'est l'individu en la personne de l'agent public qui est sanctionné dans la rétention de la faute personnelle par le juge.

Toutefois, il est des cas dans lesquels l'administration est condamnée en tant que civilement responsable en présence d'une faute personnelle, notamment en matière de cumul de fautes. La théorie du cumul de fautes résulte de la jurisprudence *Anguet*[525], et postule qu'un même dommage peut occasionner à la fois une faute de service, et une faute personnelle. Le commissaire du gouvernement Léon Blum l'a d'ailleurs affirmé dans ses conclusions en déclarant que *« Dans une affaire Anguet, du 3 février 1911, vous avez admis la coexistence possible dans une même série de faits, d'une faute personnelle des agents et d'une faute personnelle du service »*[526]. Aussi, dans une telle hypothèse, la victime dispose de la faculté d'engager soit la responsabilité de l'administration, soit la responsabilité personnelle de l'agent ; car de ce cumul de fautes, il peut en découler un cumul de responsabilités. De même,

---

[521] ANZILOTTI D., *Cours de droit international,* 1929.
[522] T.C., 5 mai 1977, aff. *Laumonnier Carriol,* S. 1878.II.93 *In* RASY D., *les frontières de la faute personnelle et de la faute de service en droit administratif français, op. cit.,* p.80.
[523] La responsabilité personnelle de l'agent peut être civile, pénale ou disciplinaire. Avec la nuance que les deux premières sont mise en cause devant un juge, tandis que la dernière est engagée devant un ordre professionnel.
[524] RASY D., *les frontières de la faute personnelle et de la faute de service en droit administratif français, op. cit.,* p.51.
[525] CE, 3 février 1911, Anguet, *Rec.* 146 ; S.1911, 3, p. 137, note de HAURIOU.

[526] BLUM L., conclusions sous Lemonier, CE, 26 juillet 1918 ; in RASY D., *les frontières de la faute personnelle et de la faute de service en droit administratif français, op. cit.,* p.75.

le cumul de responsabilités est la conséquence directe de la faute personnelle non dépourvue de tout lien avec le service sus développée.

En outre, la condamnation de l'Etat par le juge sur le fondement de la théorie du cumul de fautes et celle de la faute personnelle non dépourvue de tout lien avec le service est en réalité un moyen de le soumettre à l'obligation et à la contribution de la dette. Concernant l'obligation à la dette, elle s'accomplit dans la possibilité qui est donnée à la victime d'actionner la responsabilité réparatrice de la puissance publique. En effet, *« afin de ne pas pénaliser la victime d'une telle faute non dépourvue de tout lien avec le service, en la contraignant à poursuivre le seul agent public au risque de se voir imposer l'insolvabilité de ce dernier, il lui est offert la possibilité de saisir le juge d'une action dirigée contre l'administration en vue d'obtenir de celle-ci la réparation de la totalité du préjudice »*[527]. Relativement à la contribution à la dette, elle s'accomplit dans l'action récursoire qu'initie l'administration à l'encontre de l'agent public fautif. Elle permet de rétablir l'équilibre des responsabilités entre l'agent et son service. L'action récursoire dont s'agit permettra ainsi de *« détacher le processus de réparation de celui de l'imputabilité, et de réaliser ainsi une balance entre la garantie de la victime et le maintien de la responsabilité effective de l'auteur du dommage »*[528]. Il revient au juge de déterminer la contribution respective de chacun dans la réparation du dommage. En France, c'est l'arrêt *Delville*[529] qui vient consacrer la contribution à la dette dans le cadre du cumul de fautes : *« Considérant que, si au cas où un dommage a été causé à un tiers par les effets conjugués de la faute d'un service public et de la faute personnelle d'un agent public (…), la contribution finale de l'Administration et de l'agent à la charge des réparations doit être réglée par le juge administratif compte tenu de l'existence et de la gravité des fautes respectives constatées dans chaque espèce ».* De ce fait, il ne fait l'ombre d'aucun doute que l'obligation et la contribution à la dette sont des corollaires de la faute de l'agent public commise dans l'exercice de ses fonctions.

B- L'exigence de la qualité d'agent public

En vertu du droit en vigueur au Cameroun, la responsabilité de l'administration peut être engagée devant le juge judiciaire, en substitution à celle de son agent auteur du dommage causé dans l'exercice de ses fonctions. En effet, seule la qualité d'agent public de l'auteur du

[527] EVEILLARD G., « Nouveautés sur le(s) juge(s) compétent(s) en cas de faute personnelle », *DA,* octobre 2014, comm.60.
[528] ROQUES F., « l'action récursoire dans le droit administratif de la responsabilité », *AJDA,*1991, p.75.
[529] CE Ass. 28 juillet 1951, *Delville*, *Rec.* 464 ; JCP, 1952, II, p.6734, note EISENMAN.

dommage permet de déclencher le mécanisme de substitution. Cette particularité a pour objectif de préserver l'agent public qui est *« l'employé de la personne publique »*[530], tout en pouvant être perçu comme indispensable à l'administration, parce qu'étant *« un rouage de cette sorte de machine à administrer que constitue chaque service »*[531]. La notion d'agent public est de ce fait constitué d'un élément organique et d'un élément matériel. L'élément organique découle de sa qualité d'employé de la personne publique ; tandis que l'élément matériel est intimément lié à l'exigence de service public qu'assure la personne publique qui l'emploi[532]. Aussi, cette notion revêt un contenu large, qui s'étend au-delà de ce qui est prévu par les textes de droit, en ce qu'elle inclue aussi des collaborateurs occasionnels de l'administration identifiés au cas par cas par le juge. C'est ainsi que ce dernier a pu consacrer les théories du fonctionnaire de fait et du collaborateur bénévole, qui sont des collaborateurs occasionnels[533] assimilables aux agents publics, parce qu'ils bénéficient également de la protection fonctionnelle du fait du concours qu'ils apportent à l'administration ; au sens de la motivation du juge camerounais dans l'espèce *Ndounda Thomas.* Dans cette affaire, juge a affirmé que : *« Considérant que le sieur Ndounda prêta son assistance bénévolement ; qu'il appartenait dans ces conditions à Manga de prendre les dispositions utiles afin d'éviter tout accident… ; qu'aux termes d'une jurisprudence constante, l'accident engage la responsabilité de l'Etat du moment que la victime n'a pas commis de faute et qu'aucun cas de force majeure n'est allégué »*[534]. Le bénévole dans ce cas est considéré comme un agent public et déclenche ainsi le mécanisme de substitution de responsabilité, par l'engagement de la responsabilité de l'Etat du fait de son acte dommageable.

Aussi, les agents publics peuvent revêtir plusieurs facettes, et obéir de ce fait à diverses classifications selon différents critères. Cela étant, en plus de critère lié à la permanence de la fonction qui débouche sur la distinction agents publics permanents et agents publics occasionnels, l'on peut également relever le critère du lien juridique, qui donne lieu à la distinction entre fonctionnaires (1) qui relèvent du lien statutaire et réglementaire, des agents contractuels (2) qui relèvent du contrat de travail.

---

[530] GAUDEMET Y., *Droit administratif,* 24e éd., L.G.D.J., 2022, p.

[531] DUGUIT L., *Traité de droit administratif,* Tome 3, Ancienne Librairie Fontemoing et Cie, éditeurs, Paris, 1923, p.96

[532] MELLERAY F., *Droit de la fonction publique,* 5e éd., economica, 2020, p.76.

[533] *« La notion de collaborateur occasionnel a été dégagée par voie prétorienne afin de faire bénéficier d'un régime de responsabilité de l'Administration les personnes victimes d'un préjudice alors qu'elles participaient de manière occasionnelle à l'exercice de missions de service public, sans être liées juridiquement à la personne publique »,* ROUAULT M-C., « Le collaborateur occasionnel et la protection fonctionnelle », actu-juridique.fr, 04/04/2017.

[534] NLEP R-G., *L'administration publique camerounaise « contribution à l'étude des systèmes africains d'administration publique »,* Tome XLI, L.G.D.J., 1986, p.355.

1- Les fonctionnaires

Les fonctionnaires constituent les agents de principe des services publics. Ils sont, au sens de Gaston jèze, *« le plus grand nombre des individus dont l'activité personnelle assure le fonctionnement des services publics »*[535]. Aux termes de l'article 3 alinéa 1 du décret portant statut général de la fonction publique de l'Etat, le fonctionnaire désigne *« toute personne qui occupe un poste de travail permanent et est titularisée dans un cadre de la hiérarchie des Administrations de l'Etat »*[536]. Il est rattaché à l'administration par un lien juridique statutaire et réglementaire, et est de ce fait soumis aux règles de droit public tant en ce qui concerne le début, le déroulement, ou la fin de sa carrière ; que pour ce qui est de tout litige susceptible d'exister durant ces phases avec son employeur. Ainsi, le recrutement du fonctionnaire se fait soit sur concours administratif, soit sur titre au Cameroun ; suivant les modalités particulières précisées par l'acte administratif unilatéral qui fixe le statut spécial concerné. De même, c'est un décret du Premier ministre qui fixe le régime général des concours administratifs[537].

En outre, le lien statutaire et réglementaire qui rattache le fonctionnaire à l'administration implique une forte unilatéralité au profit de l'administration. Par la spécificité de ce lien juridique, les fonctionnaires ne sauraient bénéficier du principe de sécurité juridique ; car ils *« ne peuvent invoquer aucun droit acquis au maintien de leur statut, lequel peut être modifié à tout moment »*[538] par le législateur ou le pouvoir réglementaire. Une telle modification unilatérale serait motivée par un souci d'adaptabilité temporelle et sociale, au sens du principe de mutabilité du service public relevé par les « lois de Rolland ». Cette relation du fonctionnaire avec l'administration fait davantage penser à un contrat d'adhésion pour ce qui est des droits et des obligations, pour lesquels les fonctionnaires ne sauraient réellement influencer sur le contenu, du moins, sur le plan formel. Toutefois, bien que le terme « contrat » ait été employé précédemment, il ne faudrait surtout pas l'entendre au sens d'une convention entre deux parties, car *« ce n'est pas un contrat qui fait entrer les agents au service public. Ce n'est pas un contrat qui règle les droits et obligations des individus au service public. Ce n'est pas un contrat qui fixe la durée des fonctions et les conditions de la sortie du service public. La sanction des droits*

[535] JEZE G., *Les principes généraux du droit administratif,* tome 2, 3e éd., Dalloz, 2011, p.234.
[536] Article 3 alinéa 1 du décret° 94/199 du 07 octobre 1994 Portant statut général de la Fonction Publique de l'Etat.
[537] Article 15 du décret n°94/199 du 07 octobre 1994 *précité*.
[538] C.E, 13 novembre 2002, *Mme Distel et aures, Rec.,* p.390 ; et en matière de contentieux de la responsabilité CE, 26 juillet 2007, *Castel, Rec. Tab.,* p.914.

et obligations des agents au service publics n'est pas celle des droits et obligations résultant d'un contrat »[539].

Cette unilatéralité des règles d'accès, de déroulement et de sortie de la fonction publique constitue un fondement non négligeable du mécanisme de substitution de la responsabilité administrative à celle de son agent en cas de fautes commises dans l'exercice de ses fonctions. Elle justifie qu'un encadrement aussi strict de la carrière du fonctionnaire sans lui, soit de nature à le mettre à l'abri face aux éventuels problèmes pouvant émaner de la fonction qu'il occupe ou ayant un lien avec celle-ci. C'est ainsi qu'aux termes de l'article 26 du statut général de la fonction publique, le législateur camerounais élargit davantage le champ d'application de la substitution de la responsabilité de l'Etat, en y incluant le cas de la faute personnelle de l'agent. Il dispose à cet effet que :

> *« (1). La responsabilité civile de l'Etat se substitue de plein droit à celle du fonctionnaire condamné pour faute personnelle commise contre un tiers dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions. Dans ce cas, l'Etat dispose d'une action récursoire à l'encontre du mis en cause suivant les modalités fixées par arrêté du Ministre chargé de la Fonction Publique. (2). De même l'Etat doit, lorsqu'un fonctionnaire est poursuivi par un tiers pour faute de service et dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à ce fonctionnaire, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui. (3. L'action récursoire n'est pas exclusive des sanctions disciplinaires encourues du fait de la faute personnelle commise »*[540].
>
> Cette unilatéralité affecte également les agents publics non-fonctionnaires.

2- Les agents publics non-fonctionnaires

Les agents publics non-fonctionnaires au Cameroun se particularisent par le fait qu'ils relèvent du code du travail, et donc du droit privé. De ce fait, ils relèvent *« d'un régime juridique essentiel du droit social commun »*[541] et sont rattachés à l'administration par un contrat de travail ; entendu comme *« tout accord de préférence écrit, contrat, décision ou tout autre acte administratif en tenant lieu, conclu entre l'administration et une personne, et par lequel celle-ci s'engage à mettre son activité professionnelle au service de l'Administration moyennant rémunération »*[542]. D'après les informations recueillies sur le site du ministère de la fonction publique et de la réforme administrative, ces agents peuvent être classés dans quatre catégories,

---

[539] JEZE G., *Les principes généraux du droit administratif,* tome 2, 3e éd., *op. cit.,* p.244-245.
[540] Article 26 du décret n°94/199 du 07 octobre 1994 *précité.*
[541] OWONA J., *Droit de la fonction publique camerounaise,* l'Harmattan, 2011, p.8.
[542] Article 2 du décret n°78/484 du 9 novembre 1978 fixant les dispositions communes applicables aux agents de l'Etat relevant du Code du Travail.

à savoir les décisionnaires, les contractuels, les contractuels indiciaires et les contractuels expatriés[543]. Cette dernière catégorie déroge à l'impératif de nationalité que doivent revêtir les agents publics, et ce dans le souci de garantir la compétence ; tel que l'énonce l'article 5 (nouveau) du décret de 1982 modifiant le décret de 1978 suscité : *« (1) Nul ne peut être recruté dans un emploi public : a) S'il ne possède pas la nationalité camerounaise. Toutefois, le Ministre chargé des problèmes de l'emploi et de la main d'œuvre peut autoriser le recrutaient des ressortissants étrangers en cas de manque de candidature des nationaux à une offre d'emploi »*[544].

Aussi, le recrutement des agents de l'Etat est sujet à diverses conditions relatives à des cas précis tels que *« a/- pour des emplois non permanents ou en nombre tellement réduit qu'il apparaît inopportun de créer un corps de fonctionnaires pour les occuper ;*

> *b/- lorsque le recrutement du personnel intéressé ne peut, pour des questions d'ordre pratique, obéir aux modalités de recrutement des fonctionnaires telles que définies par les articles 54 à 61 du statut de la Fonction Publique ;*
> *c/- pour l'exécution des tâches d'une haute technicité requérant des diplômes ou titres ne pouvant être classés dans l'une des catégories définies par le statut général de la Fonction Publique ;*
> *d/- pour des emplois de grande subordination tels que les gens de maison, conducteurs, manœuvres, gardiens. »*[545]

En outre, il convient de relever que le règles de droit privé applicables aux agents de l'Etat ne sont pas de nature à empêcher le mécanisme de substitution de la responsabilité de l'Etat en cas de fautes commises dans l'exercice de leurs fonctions. Car, il s'agit d'une protection fonctionnelle, de sorte que le juge cherche uniquement à établir le lien entre le service et la faute ayant occasionné un dommage. C'est ce raisonnement qu'a adopté le juge judiciaire camerounais, lorsqu'il a affirmé qu'*« Attendu que Dr Bilong Serge Clotaire au moment de cette opération chirurgicale échouée, était au service de l'Etat du Cameroun à l'hôpital de District d'Eséka ; qu'en application de l'article 384 du Code civil, qu'il échet de mettre ces condamnations pécuniaires à la charge de l'Etat du Cameroun en tant que civilement responsable »*[546]. Il ressort que de cet « Attendu » du juge que seul le lien avec le service au moment de la commission de l'acte fautif suffit pour engager la responsabilité de l'Etat par le mécanisme de substitution.

---

[543] https://www.minfopra.gov.cm/index.php/fr/code-du-travail
[544] Décret N° 82/100 DU 03 mars 1982 Modifiant le décret n° 78/484 du 9 novembre 1978 fixant les dispositions communes applicables aux agents de 1'Etat relevant du Code du Travail.
[545] Article 1 alinéa 2 du décret n°78/484 du 9 novembre 1978 fixant les dispositions communes applicables aux agents de l'Etat relevant du Code du Travail
[546] Tribunal de Grande Instance du Nyong et Kelle/chambre civile et commerciale, jugement n°32/CIV/TGI/2013 du 10 juillet 2013, Affaire Ngo Likound Félicité c/ DR Bilong Serges Clotaire et Etat du Cameroun.

SECTION 2 : LA DIFFICILE EXECUTION DES DECISIONS DE JUSTICE ADMINISTRATIVE CONTRE LES PERSONNES MORALES DE DROIT PUBLIC

« Lorsqu'un individu fait constater avec force de vérité légale une situation juridique générale ou individuelle, un fait, le statut dont il est investi, il ne poursuit pas un but doctrinal. Il ne lui suffit pas qu'un juge lui affirme qu'il a raison, ce qu'il veut c'est obtenir un résultat pratique… la réalisation de la situation juridique dont le juge a constaté qu'il était le bénéficiaire »[547]. En d'autres termes, la justice n'a de réel sens que lors de la matérialisation factuelle de la chose jugée ; car *« lorsqu'il saisit le juge, le requérant n'attend pas seulement une satisfaction théorique liée à l'indication du droit, mais encore il cherche d'abord l'application du droit dans les faits et à bénéficier concrètement des effets de la décision du juge sur sa situation »*[548]. L'exécution effective des décisions juridictionnelles revêtues de la force de chose jugée est dès lors partie intégrante des éléments constitutifs du droit au procès équitable, au même titre que l'accès au tribunal et la bonne justice. Cette obligation d'exécution découle de la force obligatoire[549] attachée à la chose jugée, et qui postule à la fois une obligation d'abstention[550] et une obligation de faire vis-à -vis de l'administration.

Aussi, définie comme *« la réalisation d'une obligation ou d'un devoir juridique, le processus qui permet de faire passer le droit dans les faits, de faire coïncider ce qui est et ce qui doit être »*[551], la notion d'exécution renvoie à *« l'obligation de prendre les dispositions nécessaires pour que soient tirées les conséquences qu'elle comporte »*[552]. Appliquée à la chose jugée, elle est gage de l'efficacité de la justice, du maintien de l'ordre public, et de la paix sociale ; à un tel point que toute inexécution est *« de nature à pousser les individus à user de la violence pour se faire justice eux-mêmes »*[553]. C'est ainsi que l'exécution de la chose jugée ne devrait buter face à un quelconque comportement contraire, fusse-t-il de l'administration ;

---

[547] JEZE G., *Traité de droit administratif,* Tome 1, p.255.
[548] GJIDARA M., « Les causes d'inexécution des décisions du juge administratif et leurs remèdes », Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, god. 52, 1/2015., p.70. (str. 69.-109).
[549] L'autorité de la chose jugée a pour effet la vérité légale, la force exécutoire et la force obligatoire.
[550] L'obligation d'abstention de l'administration signifie qu'elle ne peut pas ignorer la décision intervenue, ni empêcher son exécution.
[551] THERY Ph., « Exécution », *Dic. Culture juridique*, Puf, coll. Quadrige, 2003, p. 678.
[552] GRABIAS F., « L'exécution des décisions de justice face à l'ordre public », in *« Civitas Europa »,* IRENEE, université de Lorraine, 2017/2 N°39, p.37.
[553] JEZE G., note sous C.E, 30 nov. 1923, *Couitéas,* RDP, 1924, p.208.

car *« le droit des justiciables à l'exécution des décisions de justice se traduit en effet nécessairement par l'obligation corrélative pour l'administration de mettre en œuvre les moyens dont elle dispose afin d'en assurer la garantie »*[554]. L'administration est de ce fait la première garante de l'exécution de la chose jugée, soit au moyen de la force coercitive à l'encontre des personnes privées récalcitrantes, soit par le biais des mesures internes à mettre en œuvre pour se soumettre elle-même au droit, tel que le prescrit la notion de l'Etat de droit. Il en découle donc qu'*« aucune considération, relevant de l'opportunité ou du droit, aussi sérieuse soit-elle, ne peut justifier l'inexécution de la chose jugée »*[555]. Ce postulat fonde le principe de sécurité juridique et fait de l'exécution de la chose jugée, un élément d'égale valeur à l'ordre public et à l'intérêt général[556]. Toute chose qui explique le caractère inacceptable de sa méconnaissance[557].

Toutefois, malgré l'importance de l'exécution des décisions juridictionnelles pour l'efficacité de la justice, l'on observe néanmoins en droit camerounais de réelles difficultés à la garantir contre l'administration récalcitrante ; qui est seule maîtresse de sa liberté de les exécuter ou non[558]. Seul l'espoir en sa bonne volonté alimente le désir de justice des justiciables, car le juge ne dispose *« d'aucun pouvoir pour imposer ses décisions à l'administration, si bien que l'issue concrète d'un litige (dépend) en réalité du bon vouloir de celle-ci »*[559]. Si ce constat peut être nuancé en matière d'annulation des actes administratifs dont les décisions, dans certains cas, sont porteuses d'une solution concrète pour le justiciable[560] ; il est tout de même avéré en matière de responsabilité administrative, dont la réparation proprement dite implique une action positive de la part de l'administration. Ce faisant, force est de constater que la fragilité des moyens d'incitation classiques existant (I), doublée de l'interdiction de prendre des mesures coercitives à l'encontre de l'administration, constituent des freins à la mise en œuvre d'une « exécution forcée » des décisions de justice administrative en matière de responsabilité du service public hospitalier en l'occurrence. Aussi, à côté de la prohibition de donner des

---

[554] GRABIAS F., « L'exécution des décisions de justice face à l'ordre public », *op. cit.,* p.37.
[555] CHAPUS R., *Droit administratif général,* Montchrestien, précis domat, 15eéd., 2001, p.817.
[556]L'exécution des décisions de justice et l'intérêt général, constituent les deux facettes d'une même pièce, car en cas de conflit, *« c'est l'intérêt général qui s'oppose à l'intérêt général ».* (V. GRABIAS F., « L'exécution des décisions de justice face à l'ordre public », *op. cit.,* p.39).
[557] CHAPUS R., *Droit du contentieux administratif,* Montchrestien, précis domat, 13e éd., n°1279, p.1157.
[558] BINYOUM J. et NGWESE N-P, *Eléments de contentieux administratif camerounais,* L'Harmattan, 2010, p.104.
[559] GRABIAS F., « L'exécution des décisions de justice face à l'ordre public », *op. cit.,* p.33.
[560] En matière d'annulation, le pouvoir du juge est très souvent assimilé à un acte d'administration. C'est par exemple le cas en matière d'annulation d'une décision de révocation d'un fonctionnaire, qui implique sa réintégration dans le corps de la fonction publique. Ou encore en cas de dégrèvement total d'un avis de mise en recouvrement, qui annule la dette fiscale du justiciable.

astreintes à l'administration et de l'impossibilité d'exercer les voies d'exécution sur les biens publics du fait de leurs caractères[561], le principe de l'interdiction de donner des injonctions à l'administration (II) est le plus prononcé en droit camerounais, et donc le plus limitatif des pouvoirs du juge administratif dans ce pays.

I- L'inefficacité des moyens classiques d'incitation de l'administration à l'exécution des décisions de justice administrative

L'exécution de la chose jugée *« impose une double obligation : celle de prendre toutes les mesures pour exécuter la décision de justice et celle de ne rien entreprendre en contradiction de ladite décision »*[562]. Au Cameroun cette exécution par l'administration est en proie à divers obstacles, notamment la négligence, l'inertie, les lourdeurs bureaucratiques, le manque de coordination des services, la complexité inhérente à l'exécution, et même la lenteur de la justice[563] ; mais le plus récurrent de tous est la mauvaise volonté administrative. Cette dernière occupe une place capitale car *« en dernière analyse l'exécution des décisions de justice par l'administration condamnée suppose toujours un tant soit peu de bonne volonté de sa part »*[564]. Une telle réalité est source de dérives administratives plurielles relatives à la méconnaissance de l'autorité de la chose jugée ; laissant ainsi le justiciable désœuvré, parce que ne disposant que de moyens juridictionnels sans réelle garantie. En effet, qu'il s'agisse du recours en annulation pour violation de la chose jugée (A) ou du recours en indemnisation résultant du préjudice issu de la violation par l'administration de la chose jugée (B) ; ces recours demeurent limités lorsqu'ils sont confrontés à la récalcitrance administrative.

A- L'inefficacité du recours en annulation pour violation de la chose jugée par l'administration

Le refus administratif d'exécuter la chose jugée, est constitutif d'une décision susceptible d'annulation devant le juge administratif. Initié dans le but de pallier les insuffisances du contrôle juridictionnel des décisions de justice administrative, ce recours qui

[561] Les biens publics sont insaisissables, inaliénables et imprescriptibles.
[562] COULIBALEY B. D., « le juge administratif, rempart de protection des citoyens contre l'administration en Afrique noire francophone ? », afrilex.u-bordeaux.fr, p.30.
[563] GJIDARA M., « Les causes d'inexécution des décisions du juge administratif et leurs remèdes », *op. cit.*, p.71
[564] GARCIA A. et GOURDOU J., *Exécution des décisions de justice administrative,* Rép. Cont. Adm., Dalloz., n°1.

s'applique dans un contexte particulier (1), est toutefois porteur de ses propres limites face à une réelle récalcitrance administrative (2).

1- Le champ d'application du recours

Le recours en annulation pour violation de la chose jugée est susceptible d'être intenté, tout d'abord en cas de méconnaissance de la chose jugée lors de l'édiction d'un nouvel acte administratif. L'annulation permettant ainsi *« de sanctionner l'édiction de nouvelles décisions contraires à un premier jugement »*[565], telles que la *« modification d'un règlement pour faire obstacle à l'annulation d'une décision de révocation*[566] *(...) ou encore la reprise dans une circulaire de dispositions d'une précédente circulaire ayant été déclarées illégales*[567] *».*

Par la suite, le recours en annulation pour violation de la chose jugée peut être intenté en cas de refus par l'administration, de prendre des mesures positives consécutives à une première décision d'annulation. Ce cas de figure se distingue de l'hypothèse dans laquelle le recours pour excès de pouvoir aboutit à une décision d'annulation complète. Autrement dit, une décision qui *«se suffit à elle-même notamment lorsqu'il s'agit de l'annulation d'une interdiction ou d'une sanction, ou d'un acte réglementaire, et ne pose donc pas de problème d'exécution »*[568]. Car a contrario, dans l'hypothèse analysée, *« l'exécution de la décision suppose que soient prises par l'administration et généralement par celle-là même qui a été sanctionnée, des mesures positives tirant les conséquences de l'annulation »*[569]. Il y a donc refus d'exécuter une décision d'annulation lorsque l'administration refuse de prendre ces mesures positives, soit explicitement par un acte administratif, soit implicitement au travers du silence observé pendant le délai de trois mois à la suite d'une demande à elle adressée par le bénéficiaire et à laquelle est jointe la notification de ladite décision. Cette demande du bénéficiaire fait office de recours gracieux préalable à un nouveau recours pour excès de pouvoir devant le juge administratif, dont l'objet est l'annulation de la décision de refus d'exécuter la première décision juridictionnelle. Un tel cas de figure a généralement cours en matière de contentieux de la fonction publique, notamment en cas d'annulation par le juge administratif d'une décision de révocation. L'exécution d'une telle décision nécessite que soient prises par l'administration, des mesures positives relatives à la réintégration de l'agent public

[565] BOT, O. « la responsabilité fautive de l'administration pour non exécution d'une décision de justice », AJDA, 2022, p.2402.
[566] CE, ass., 13 juill. 1962, n° 57498, Sieur Bréart de Boisanger, Lebon.
[567] CE 8 mars 1972, n° 85721, Thfoin, Lebon.
[568] FAVOREU L., « Rapport français », *in* Travaux de l'Association Henri Capitant, *L'effectivité des décisions de justice (journées françaises),* Tome XXXVI, Economica, Paris, 1985, p.603.
[569] *Ibidem.*

bénéficiaire, et à la reconstitution complète et intégrale de sa carrière. Il s'agit de façon générale de replacer l'intéressé dans la situation dans laquelle il était avant l'édiction par l'administration de l'acte annulé[570].

Par ailleurs, il convient de relever que le refus par l'administration de prendre des mesures d'exécution d'une décision d'annulation est généralement causé par la méconnaissance des mesures adaptées, et par la mauvaise volonté. Toutefois, au Cameroun la méconnaissance des mesures adaptées ne saurait être légitimement alléguée par l'administration, car le juge administratif camerounais, bien que ne disposant pas du pouvoir d'injonction vis-à-vis de l'administration, se distingue par la clarté et la précision du dispositif de ses décisions. C'est ainsi qu'à l'occasion d'une affaire portant sur l'annulation d'une décision d'intégration, le juge précise dans son dispositif que

> *« Article 1er : Le recours de LIBAM Michelin est recevable en la forme. Article 2 : Il est fondé et par conséquent la décision attaquée est annulée avec toutes les conséquences de droit. Article 3 : Conformément à l'article 1er du décret n°74/611 du 1er juillet 1974, le requérant a droit d'être intégré au 1er échelon de la 2e classe catégorie « A » Premier grade de la Fonction publique (indice 430) à compter du 5 janvier 1988, date de prise de service à la Direction du Trésor ».*[571]

Une telle précision de la conséquence directe de la décision d'annulation, ne laisse plus d'imagination au contenu de l'acte administratif que doit prendre l'autorité administrative compétente en vue d'exécuter ladite décision. Aussi, le défaut d'édiction de cet acte administratif ne s'expliquerait que par la mauvaise volonté de l'administration, qui constitue l'unique raison contre laquelle le juge ne peut malheureusement pas faire grand-chose.

2- Les limites du recours en annulation pour violation de la chose jugée

Le recours en annulation pour violation de la chose jugée revêt un caractère superflu face à la récalcitrance de l'administration. En effet, il s'agit d'un nouveau recours pour excès de pouvoir, qui se superpose au précédent avec pour objet le refus d'exécution de la décision juridictionnelle tirée dudit précédent recours. Toutefois, les règles procédurales sont les mêmes que celles du recours précédent ; autrement dit, le juge dispose des mêmes pouvoirs limités en

[570] WATRIN G., « l'autorité de la chose jugée en droit administratif français », *in* Répertoire de droit administratif, Dalloz, 1958, p.50.
[571] CA/CS, jugement n°10 du 27 octobre 1994, *LIBAM Michelin contre Etat du Cameroun. In* KEUTCHA TCHAPNGA C., *Les grandes décisions annotées de la juridiction administrative du Cameroun,* 1ère éd., *op. cit.*, p.217.

matière d'exécution de ses décisions. De ce fait, l'exécution de cette nouvelle décision posera les mêmes problèmes que la première, car rien ne laisse croire que l'administration en cause ne sera pas cette fois aussi récalcitrante. Par conséquent, face à l'impossibilité en droit Camerounais de contraindre l'administration comme c'est le cas en droit français par le biais des injonctions et astreintes, *« le justiciable devra reprendre la procédure après avoir conduit un procès qui a pu durer de trois à cinq ans »*[572], du tribunal administratif à la chambre administrative de la Cour Suprême. Il convient donc de conclure que *« dans les cas d'inexécution persistante, la juridiction fonctionne « à vide » dans la mesure où cela donne lieu à des procès répétitifs, les nouveaux contentieux se greffant sur les précédents »*[573].

Aussi est-on fondé à questionner la substance de l'efficacité de la justice, et donc de l'Etat de droit dans un tel contexte. Que reste-t-il de l'Etat de droit lorsqu'après s'être soumise au droit, l'administration demeure seule juge de l'exécution des décisions de justice administrative la condamnant, et qui devrait pourtant s'imposer à elle ? De façon plus englobante, pourrait-on encore parler de l'efficacité de la justice administrative à l'épreuve de l'incapacité à garantir l'exécution des décisions de justice administrative ? Ces interrogations demeurent d'actualité en cas de recours en indemnisation contre l'administration, et de recours en responsabilité des agents publics pour inexécution de la chose jugée.

B- La fragilité du recours en indemnisation contre l'administration et du recours en responsabilité des agents publics pour inexécution des décisions de justice administrative

En matière de responsabilité du service public hospitalier en particulier, tout comme dans le cadre du contentieux administratif en général, l'inexécution et le retard d'exécution des décisions de justice administrative sont constitutifs de faute susceptible d'engager la responsabilité de l'administration (1), mais aussi celle de l'agent public (2) en charge de l'exécution concrète de ladite décision. Ce procédé a longtemps été le recours le plus efficace dont disposait le justiciable face à une résistance de l'administration dans l'exécution d'une décision de justice[574].

[572] FAVOREU L., « Rapport français », *in* Travaux de l'Association Henri Capitant, *L'effectivité des décisions de justice (journées françaises),* Tome XXXVI, *op. cit.,* p.604.
[573] GJIDARA M., « Les causes d'inexécution des décisions du juge administratif et leurs remèdes », *op. cit.*, p.78.
[574] BOT O., « la responsabilité fautive de l'administration pour non-exécution d'une décision de justice », AJDA, 2022, p.2402

1- La fragilité du recours en indemnisation contre l'administration pour inexécution des décisions de justice administrative

Tout comme les faiblesses du recours en annulation pour inexécution des décisions de justice administrative, le recours en indemnisation du préjudice causé par ce refus ou cette exécution tardive, fait face aux difficultés similaires. Celles relatives à l'incapacité du juge à contraindre l'administration au paiement de la condamnation pécuniaire qui lui a été infligée à l'issu du procès ; et donc à une succession de procès, dont le nouvel objet repose sur le refus d'exécuter la décision juridictionnelle du précédent.

En effet, la faute que constitue l'exécution tardive ou l'inexécution d'une décision de justice administrative, cause un préjudice susceptible d'être réparé par la personne morale de droit public sur laquelle pèse l'obligation d'exécuter la chose jugée. Cette faute est en réalité un acte illégal, du fait de la force de vérité légale que revêt la chose jugée, en vertu de l'adage latin *res judicata pro veritate habetur* qui signifie que la chose jugée est tenue pour vérité[575]. Ainsi,

> *« le juge est censé proclamer la vérité, qu'il s'agisse des faits qu'il a constatés dans sa décision ou des règles de droit applicable à l'espèce. Cette présomption juris et de jure s'impose à tous ceux qui sont appelés à connaître de sa décision, qu'il s'agisse des administrés, de l'administration ou même des juges qui pourraient être saisis d'une question en connexité avec l'affaire jugée »*[576].

Aussi la responsabilité de l'Etat ou d'un établissement public hospitalier, peut être engagée sur le fondement de la faute[577] d'inexécution d'une décision de justice le condamnant. Pour ce faire, il est indispensable que les autres conditions soient réunies, notamment que cette exécution tardive ou ce refus d'exécution ait causé au bénéficiaire un préjudice ou ait été à l'origine de l'aggravation du préjudice existant. Le juge fixera de ce fait, après évaluation, le montant de la réparation à mettre à charge de la personne morale de droit public défaillante.

Toutefois, il convient de relever que cette autre décision d'indemnisation ne repose sur aucune garantie d'exécution. Face à une nouvelle récalcitrance de l'administration, la limitation des pouvoirs du juge sera cette fois encore mise à découvert ; et le justiciable n'aura pour seul recours qu'un nouveau procès en responsabilité administrative pour faute d'inexécution de cette autre décision juridictionnelle ; et ce jusqu'à lassitude. Cette récalcitrance administrative

---

[575] PISIER E. et DUHAMEL O. (*dir*), *Locutions latines juridiques,* Dalloz, 2007, p.83.
[576] WATRIN G., « l'autorité de la chose jugée en droit administratif », *in* Répertoire de droit administratif, *op.cit.* p.39.
[577] CHAPUS R., *Droit du contentieux administratif,* Montchrestien, 10e éd., Paris, 2002, p.1030.

s'étend suffisamment au point de faire écran dans nombres de cas, à la responsabilité de l'agent public chargé d'exécuter la chose jugée

2- La faille de la responsabilité de l'agent public pour violation de la chose jugée

Cette responsabilité repose principalement sur l'article 181-1 du code pénal camerounais, intitulé « Refus d'exécuter une décision de justice devenue définitive ». Cet article dispose en effet que

> *« (1) Est puni d'un emprisonnement de un (01) à cinq (05) ans, celui qui refuse d'exécuter une décision de justice devenue définitive. (2) Est puni des peines prévues à l'alinéa 1 ci-dessus, celui qui fait entrave à l'exécution d'une décision de justice devenue définitive, sans se référer au juge de l'exécution. Les poursuites pénales ne font pas obstacle aux poursuites disciplinaires lorsque le contrevenant est un fonctionnaire au sens de l'article 131 du présent code »*[578].

Autrement dit, le fonctionnaire[579], entendu comme tout agent public, est susceptible de voir sa responsabilité être engagée en cas de refus d'exécution d'une décision juridictionnelle définitive. Le caractère définitif renseigne sur l'épuisement des voies de recours ou sur l'expiration des délais pour intenter lesdites voies. Aussi, il a pour but d'ériger ladite décision au rang de norme juridique au sens de Hans Kelsen[580], afin de construire et de consolider le principe de sécurité juridique.

Ainsi, face à un refus d'exécuter une décision de justice définitive dont il est le bénéficiaire, le justiciable peut directement engager la responsabilité de l'agent public chargé de l'exécution de ladite décision sur les plans pénal et disciplinaire. En matière pénale, le refus d'exécuter une décision de justice devenue définitive constitue une infraction capable de déclencher l'action publique à l'encontre de l'agent public sur qui pèse l'obligation d'exécuter ; car toute infraction peut donner lieu à une action publique, qui tend à prononcer contre l'auteur de l'infraction, une peine ou une mesure de sûreté édictée par la loi.[581] Tandis qu'en matière

---

[578] Article 181-1 de la loi n°2016/007 du 12 juillet 2016 portant code pénal.

[579] Le fonctionnaire doit être entendu au sens large, tel qu'indiqué à l'article 131 du code pénal camerounais, lequel dispose que *« Est considéré comme fonctionnaire, pour application de toute loi pénale, tout Magistrat, tout Officier Public ou Ministériel, tout préposé ou commis de l'Etat ou toute autre personne morale de droit public, d'un société d'Etat ou d'économie mixte, d'un officier public ministériel, tout militaire des forces armées ou de gendarmerie, tout agent de la sûreté nationale ou de l'administration pénitentiaire et toute personne chargée, même occasionnellement, d'un service, d'une mission ou d'un mandat public, agissant dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ».*

[580] KELSEN H. considère que les décisions juridictionnelles présentent un caractère constitutif et créateur. Pour lui *« la fonction de juger ne consiste donc pas seulement à déclarer ou à découvrir le droit, mais bien à le créer et cette création n'est pas le contraire d'une application ; elle est cette application elle-même. »* TROPER M., *Pour une théorie juridique de l'Etat,* Presses Universitaires de France, Paris, 1994, p.72.

[581] Article 59 du la loi n°2005/007 du 27 juillet 2005 portant code de procédure pénale.

disciplinaire, le refus d'exécuter une décision de justice devenue définitive peut être considéré comme une faute professionnelle[582] susceptible de sanctions disciplinaires.

Toutefois, comme les autres moyens auxquels le justiciable lésé peut avoir recours pour surmonter la récalcitrance de l'administration à exécuter une décision de justice rendue en sa faveur, l'engagement de la responsabilité de l'agent public peut lui aussi être contourné. En effet, étant au service de la personne morale de droit public, l'agent public peut se mettre à l'abri de toute faute personnelle susceptible d'engager sa responsabilité pénale et disciplinaire, en alléguant des raisons professionnelles telles que la nécessité de privilégier l'intérêt général[583] ou la préservation de l'ordre public[584]. L'on serait donc face à une faute de service ou une faute personnelle non dépourvue de tout lien avec le service, qui impliquerait une substitution de la responsabilité sans faute de l'Etat à celle de son agent en vertu du principe de la protection fonctionnelle. Une pareille situation nous ramènerait à l'hypothèse précédent du recours en indemnisation contre l'administration pour violation de la chose jugée ; dont le manquement lié à l'absence de garantie réelle d'exécution, en constituera de nouveau le frein à l'effectivité de la décision juridictionnelle. Cette effectivité est davantage lointaine du fait de la prohibition de donner des injonctions à l'administration consacrée en droit camerounais.

[582] Aux termes des dispositions de l'article 93 alinéa 2 du décret n°94/199 du 07 octobre 1994 portant statut général de la fonction publique de l'Etat modifié et complété par le décret n°2000/287 du 12 octobre 2000, *« la faute professionnelle est notamment un manquement par action, inaction ou négligence, aux devoirs et obligations auquel est assujetti le fonctionnaire. »*

[583] La nécessité de privilégier l'intérêt général revêt un caractère prioritaire car *« tout impératif d'intérêt général qui, à un moment et dans une collectivité donnée, est considéré comme suffisamment important pour justifier une restriction aux droits et libertés dans le dessein d'en mieux garantir l'exercice. »* PICARD E., « l'influence du droit communautaire sur la notion d'ordre public », *AJDA,* 1966, p.55.

[584] CE, 30 nov 1923, *Couitéas, Rec.,* p.789 : Dans cette jurisprudence, le Conseil d'Etat a reconnu que *« les justiciables sont en droit de compter sur le concours de la force publique pour faire exécuter le jugement dont ils bénéficient, mais que l'Etat peut également refuser ce concours tant qu'il estime qu'il y a danger pour l'ordre et la sécurité. »* GRABIAS F., « l'exécution des décisions de justice face à l'ordre public », *op. cit.,* p.34.

II- Le principe de l'interdiction de donner des injonctions à l'administration en droit camerounais

L'interdiction de donner des injonctions à l'administration est un corollaire du principe fondateur du droit administratif qu'est le principe de la séparation des autorités administratives et judiciaires. Ce dernier se décline clairement dans les dispositions de l'article 13 de la loi des 16-24 août 1790, qui le consacre en énonçant que *« Les fonctions judiciaires sont distinctes et demeureront toujours séparées des fonctions administratives. Les juges ne pourront, à peine de forfaiture, troubler, de quelque manière que ce soit, les opérations des corps administratifs, ni citer devant eux les administrateurs pour raison de leurs fonctions ».* Aussi, de cette distinction, a été déduite la règle selon laquelle le juge [administratif] *« ne peut se substituer à l'administration, ni se comporter en administrateur »*[585]. Cette règle implique une interdiction formelle du juge camerounais, de *« prescrire une obligation de faire ou de ne pas faire à l'administration »*[586]. En d'autres termes, le principe de l'interdiction de donner des injonctions à l'administration restreint le juge en général, et le juge administratif en particulier, à *« annuler les décisions de l'administration entachées d'irrégularités ou condamner celle-ci au paiement des dommages et intérêts »*[587]. Il repose sur un double fondement en droit camerounais (A), et est à l'origine de l'inefficacité de l'office du juge, du fait les effets néfastes qu'il produit sur l'exécution des décisions de justice revêtues de l'autorité de la chose jugée (B).

A- Le double fondement du principe d'interdiction de donner des injonctions à l'administration

Ce principe irrigue l'office du juge en général, mais concerne davantage le juge administratif camerounais, qui se limite à rendre ses décisions sans toutefois donner une orientation à leur exécution. Un tel procédé s'inscrit dans le strict respect du principe de séparation de la juridiction administrative et de l'administration active. Et ce d'autant plus que l'injonction constitue un moyen d'intrusion du juge dans l'action administrative, en ce qu'elle

---

[585] CHEVALLIER J., « l'interdiction pour le juge administratif de faire acte d'administrateur », *AJDA,* 1972, p.67. L'auteur continue en affirmant que *« la conciliation de deux composantes du principe de la séparation de la juridiction administrative et de l'administration active est chose difficile. Ce principe d'origine jurisprudentielle et de formulation doctrinale, présente en effet un caractère ambivalent, et comporte deux aspects indissociables : d'une part, l'indépendance de l'administration active, d'autre part, l'indépendance de la juridiction administrative. L'action administrative doit s'exercer librement dans la sphère qui lui est impartie et le juge doit avoir la pleine maitrise de ses décisions ». Ibid.,* p.67.

[586] IBRAHIM DEGUIA C., « Réflexion sur le pouvoir d'injonction dans le contentieux administratif au Cameroun », *International Multilingual Journal of Science and Technology (IMJST),* Vol.6 Issue 2, Febuary 2021, p.2415.

[587] *Ibid.,* p.2415.

« n'est pas seulement un commandement. Elle impose une charge, une obligation de faire ou de ne pas faire à une personne, contraignant celle-ci à accomplir une action qu'elle n'a pas faite et, dans certains cas, qu'elle ne voulait pas faire »[588]. Aussi repose-t-elle sur un fondement à la fois théorique (1) et juridique (2).

1- Fondement théorique : la séparation des pouvoirs

L'interdiction pour le juge de donner des injonctions à l'administration repose sur l'idée de distinction et de séparation entre l'autorité exécutive et l'autorité judiciaire. Cette interdiction a pour objectif ultime de préserver l'indépendance du pouvoir exécutif dont l'administration est le bras séculier, par rapport au pouvoir judiciaire incarné par le juge. Ainsi, permettre au juge de donner des injonctions à l'administration au moyen des décisions de justice revêtues de l'autorité de chose jugée, serait porter atteinte à la théorie de séparation des pouvoirs telle qu'initiée par John Locke[589] et systématisée par Montesquieu. L'essence même de cette théorie *« repose sur l'équilibre interne de ses deux composantes, car toute subordination d'un organe à l'autre détruirait son fondement »*[590]. De ce fait, tout empiètement du juge dans le domaine administratif par le biais des injonctions est de nature à rompre l'équilibre entre l'exécutif et le judiciaire, par la soumission de l'un aux obligations de faire ou de ne pas faire prescrites par l'autre ; au sens d'Edouard Laferrière qui estime que *« prescrire des injonctions à l'administration c'était pour le juge, sortir de sa fonction juridictionnelle et entreprendre sur l'administration active »*[591]. C'est ainsi que le juge camerounais s'est fondé à maintes reprises sur le principe de séparation des pouvoirs judiciaire et exécutif, pour se soumettre au principe d'interdiction de donner des injonctions à l'administration. Il affirme notamment dans l'espèce DEFFO contre Etat du Cameroun que : *« au risque de violer le principe de la séparation des pouvoirs exécutif et administratif, le juge ne saurait donner des injonctions à l'administration »*[592]. De même, dans l'affaire Davide Njini Borno, le juge administratif se fonde sur la *« violation du principe de séparation des pouvoirs entre le pouvoir judiciaire et l'administration »*[593] pour justifier cette prohibition des injonctions.

---

[588] ALIX P., « Injonction (L') en droit public français », EPA-Editions Panthéon Assas, 2009, p.1.
[589] La théorie de la séparation des pouvoirs telle qu'initiée par John Locke attribuait à L'Etat trois grandes fonctions séparées et distinctes les unes des autres. Il s'agit de la fonction législative, la fonction exécutive, et la fonction fédérative.
[590] CHEVALLIER J., « l'interdiction pour le juge administratif de faire acte d'administrateur », *op. cit.,* p.67.
[591] LAFERRIERE E., *Traité de la juridiction administrative et des recours contentieux,* tome 1, LGDJ, 1887, p.424 et s.
[592] CS/CA, jugement n°59 du 23 mars 2011, *DEFFO contre Etat du Cameroun.*
[593] CS/CA, jugement n°71 du 3 février 2010, *Davide NJINI BORNO contre Etat du Cameroun.*

Toutefois, il convient de relever que la théorie de la séparation des pouvoirs ne saurait en réalité être entravée par le pouvoir d'injonctions du juge vis-à-vis de l'administration. En effet, telle qu'appréhendée par Montesquieu, cette théorie prévoit une collaboration entre les pouvoirs afin d'éviter l'arbitraire et d'assurer un meilleur fonctionnement de l'Etat. Il l'affirme clairement en précisant que *« pour qu'on ne puisse abuser du pouvoir, il faut que, par la disposition des choses, le pouvoir arrête le pouvoir »*[594]. C'est ainsi que dans le respect de la séparation des pouvoirs telle que formulée par Montesquieu, le pouvoir d'injonctions du juge administratif face à l'administration pour l'exécution des décisions revêtues de l'autorité de la chose jugée, ne constituerait qu'un accomplissement de cette théorie, et une garantie de l'Etat de droit. Car en tout état de cause, la mission du juge administratif est *« d'assoir l'Etat de droit et combattre efficacement l'arbitraire administratif au détriment des droits et libertés constitutionnellement consacrés »*[595]. A ce fondement théorique, s'ajoute une réception juridique plurielle du principe de l'interdiction de donner des injonctions à l'administration.

2- Fondements juridiques

Le principe de la prohibition des injonctions adressée à l'administration auquel est soumis le juge en général, et le juge administratif en particulier en droit camerounais, se fonde sur des textes et la jurisprudence.

Sur le plan textuel, il est consacré par l'article 126 du code pénal qui dispose que *« Est puni d'un emprisonnement de six (06) mois à cinq (05) ans : (...) le magistrat qui intime des ordres ou des défenses à des autorités exécutives ou administratives »*[596]. Cet article, intitulé « Empiètements sur le pouvoir exécutif et sur le pouvoir judiciaire », fonde le principe de séparation des autorités administratives et judiciaires au moyen d'une règle de droit assortie de sanctions. Il convient tout de même de relever que cette prohibition d'injonctions s'adresse exclusivement au magistrat de l'ordre administratif, car son homologue de l'ordre judicaire est habilité par la loi, à l'occasion de ses interventions dans le contentieux administratif, à donner des injonctions à l'administration. C'est notamment le cas en matière de voie de fait et d'emprise[597], et en matière d'atteinte à l'intégrité physique au cours de laquelle il ordonne des

[594] MONTESQUIEU, *De l'esprit des lois,* livre XI, chapitre 6, 1748.
[595] JEZE G., « Les libertés individuelles », Annuaire Institut International de droit public, PUF, 1929, p.62.
[596] Article 126 de la loi n°2016/007 du 12 juillet 2016 portant code pénal.
[597] Le pouvoir d'injonction du juge judiciaire sur l'administration en droit camerounais est reconnu par la loi. C'est ainsi qu'aux termes de l'article 3 alinéa 2 de la loi n°2006/022 du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs, les tribunaux de droit commun connaissent conformément au droit privé, *« des emprises et des voies de fait administratives et* ***ordonnent*** *toute mesure pour qu'il y soit mis fin ».*

mesures d'exécution provisoire[598] dans le cadre de la responsabilité civile de l'administration du fait de ses agents.

De plus, la loi de 2006 qui fixe l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs, énumère de façon exhaustive à son article 2 alinéa 3[599] et en son article 14 alinéa 2[600] les domaines de la compétence matérielle du juge administratif ; et l'on constate que ce juge se limite à rendre des décisions, et n'est nullement compétent pour leur exécution. De ce fait, toutes les fois que l'objet de sa saisine porte sur cette exécution, il décline purement et simplement sa compétence. C'est ainsi que dans l'affaire SNAES, le juge a précisé que *« Attendu, en l'espèce, que le recours du SNAES tend à amener le juge administratif à donner des injonctions à l'administration ; ce qui ne rentre pas dans son domaine de compétence tel que prévu par le texte de loi susvisé. Qu'il s'ensuit que la chambre administrative est incompétente »*[601]. Cette position du juge administratif est constante depuis les prémisses du contentieux administratif au Cameroun. C'est ce qui justifie que depuis le conseil du contentieux administratif, la première juridiction en matière administrative au Cameroun, affirmait déjà ce principe de la prohibition des injonctions ; notamment dans l'espèce Mboumoua Kangue, au cours de laquelle le juge affirmait déjà *« …qu'il n'a aucun pouvoir de donner des ordres à l'administration et notamment de prononcer l'intégration du Sieur Mboumoua dans le cadre des douanes »*[602]. De même, le juge a réitéré que donner des

[598] L'exercice du pouvoir d'injonction du juge judiciaire sur l''administration s'observe également en matière d'exécution provisoire. A cet effet, l'article 3 (nouveau) de la loi n°97/018 du 7 Août 1997 modifiant les articles 3 et 4 de la loi n°92/008 du 14 août 1992 fixant certaines dispositions relatives à l'exécution des décisions de justice prévoit que *« (1) Le tribunal saisi peut, en cas de décision contradictoire ou réputé contradictoire,* ***ordonner*** *l'exécution provisoire, nonobstant appel, dans les cas ci-après : (…) b) En matière de réparation du dommage résultant d'une atteinte à l'intégrité physique d'une personne, pour les frais et dépenses justifiés, nécessités par les soins d'urgence et limités exclusivement aux frais de transport ou de transfert, aux frais pharmaceutiques, médicaux et d'hospitalisation (…) ».*

[599] Article 2 alinéa 3 de la loi n°2006/022 du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs : « (3) Le contentieux administratif comprend : a) les recours en annulation pour excès de pouvoir et, en matière non répressive, les recours incidents en appréciation de légalité. Est constitutif d'excès de pouvoir au sens du présent article : - le vice de forme ; - l'incompétence ; - la violation d'une disposition légale ou réglementaire ; - le détournement de pouvoir. b) les actions en indemnisation du préjudice causé par un acte administratif ; c) les litiges concernant les contrats (â l'exception de ceux conclus même implicitement sous L'empire du droit privé) ou les concessions de services publics ; d) les litiges intéressant le domaine public ; e) les litiges intéressant les opérations du maintien de l'ordre. »

[600] Article 14 alinéa 2 de la loi n°2006/022 : « (2) Nonobstant les dispositions de l'alinéa (1) ci-dessus, les tribunaux administratifs doivent, lorsqu'ils se trouvent devant une difficulté d'interprétation ou d'appréciation de la légalité d'un acte législatif ou réglementaire, surseoir à statuer et renvoyer la question devant la Chambre Administrative de la Cour Suprême. »

[601] CA/CS, jugement n°159 du 19 novembre 2008, *Syndicat National Autonome de l'Enseignement Secondaire (SNAES) contre Etat du Cameroun (MINATD).* KEUTCHA TCHAPNGA C., *Les grandes décisions annotées de la juridiction administrative du Cameroun,* 1ère éd., L'Hamattan, 2017, p.313

[602] Conseil du Contentieux Administratif (CCA), jugement n°66 du 25 septembre 1951, Mboumoua Kangue contre Administration du Territoire. *In* KEUTCHA TCHAPNGA C., *Les grandes décisions annotées de la juridiction administrative du Cameroun,* 1ère éd., *op. cit.*, p.312.

injonctions à l'administration est hors de sa portée, et qu'il ne saurait outrepasser sa compétence en se substituant à elle, ou en la contraignant à agir dans un sens donné. Telle a été la portée de la décision rendue dans l'affaire Onambele Germain, à l'occasion de laquelle il motive que

> *« attendu qu'il convient, de prime abord, de rappeler que le juge de l'excès de pouvoir, lorsqu'il est saisi, se contente de constater l'illégalité de l'acte qui lui est déféré et prononce son annulation. Qu'il ne peut, ni se substituer à l'administration pour prendre à sa place un acte régulier, ni réformer l'acte régulier, ni réformer l'acte de manière à le rendre légal, ni même adresser à l'administration des injonctions en la condamnant à des obligations de faire »*[603].

Ainsi perçu, ce principe de la prohibition des injonctions est à l'origine d'effets désastreux pour le justiciable, et pour la justice administrative dans son ensemble.

B- Les effets néfastes de la prohibition des injonctions sur l'exécution des décisions de justice

Le principe de prohibition des injonctions auquel est soumis le juge administratif, est de nature à vider son office de sa substance. En effet, le pouvoir d'injonction représente un moyen d'incitation indispensable dont disposent les juges en général pour garantir l'exécution de leurs décisions, et donc l'efficacité de la justice ; car, *« le juge n'est pas seulement chargé de dire le droit, de façon doctrinale, mais aussi de régler une situation litigieuse »*[604]. Ainsi, l'autolimitation du juge vis-à-vis de l'administration fragilise l'autorité de la chose jugée de ses décisions (1) ; toute chose qui impacte sur la qualité de la justice (2).

1- La fragilisation de l'autorité de la chose jugée des décisions de justice

Un juge qui dit le droit au travers d'une décision de justice, sans possibilité d'effectuer un contrôle juridictionnel efficace pour son exécution, n'est réellement pas en mesure de garantir le règlement concret du litige qui a justifié sa saisine. Cet état de chose résulte du constat fait sur les décisions rendues contre les personnes morales de droit public, ou des personnes privées exerçant une activité de service public. ce constat est celui selon lequel *« aucune personne publique n'échappe à la tentation, à des degrés variables, de défier occasionnellement son juge et de tenir la chose jugée pour lettre morte »*[605]. De ce fait, est-on fondé à s'interroger sur la portée véritable d'une décision dont l'exécution n'est en réalité

---

[603] CA/CA, jugement n°87 du 30 juin 1983, *Onambele Germain contre Etat du Cameroun. In* KEUTCHA TCHAPNGA C., *Les grandes décisions annotées de la juridiction administrative du Cameroun,* 1ère éd., *op. cit.*, p.312.

[604] BROYELLE C., « le pouvoir d'injonction du juge administratif », *RFDA,* 2015, p.442.

[605] MINDU P., « Les difficultés d'exécution des décisions des tribunaux administratifs », in *Revue juridique de l'ouest,* 1993-2, p.217.

fonction que du bon vouloir de celui à qui elle devrait s'imposer. Autrement dit, quelle est la force d'une décision de justice si *« le justiciable en est théoriquement réduit à s'en remettre au bon vouloir de l'administration et spécialement à « l'Etat honnête homme » selon l'aphorisme du siècle dernier »*[606] *?* Une telle interrogation est révélatrice de l'insuffisance des décisions de justice dépourvues le cas échéant de mesures incitatives ou contraignantes pour pallier le défaut d'une exécution volontaire et amiable par l'administration. Ainsi, les

> *« difficultés d'exécution, significatives d'un dysfonctionnement préoccupant du système de contrôle juridictionnel de la puissance publique, passent pour constituer l'une des faiblesses majeures de la juridiction administrative »*[607]. Une faiblesse matérialisée par un inefficace contrôle juridictionnel, qui se heurte *« aux privilèges consentis à la puissance publique, y compris parfois, comble de paradoxe, par le juge lui-même »*[608] *;* et par *« les restrictions apportées aux pouvoirs du juge qui limitent l'autorité de ses décisions »*[609].

Aussi, face à une demande en réparation pour dommage causé par un hôpital public ou un de ses agents, le juge administratif ne saurait aller au-delà d'une condamnation pécuniaire telle que le paiement des dommages et intérêts en fonction des divers préjudices fondés et répertoriés dans les conclusions du demandeur. Il ne saurait par exemple donner une injonction de payer à l'administration en cas d'inexécution comme son homologue français à qui la loi du 8 février 1995 a reconnu un pouvoir d'injonction[610] *« pour garantir l'autorité de la chose jugée »*[611]. En effet, le pouvoir d'injonction accordée au juge administratif français témoigne d'une justice administrative en pleine forme, qui dispose d'une pleine capacité de ses moyens pour lutter contre l'arbitraire de l'administration, et assurer par ce fait l'Etat de droit[612]. A la lecture du cas français, l'on observe une acquisition graduelle de ce pouvoir, qui s'étend au fil du temps en matière de responsabilité administrative. Tout d'abord, par une interprétation restrictive de la loi du 8 février 1995, *« le juge administratif considère traditionnellement que*

---

[606] *Ibid.,* p.218.
[607] *Ibid.,* p.217.
[608] *Ibid.,* p.219.
[609] *Ibid.,* p.220.
[610] Cette loi n°95-125 du 8 février 1995 relative à l'organisation des juridictions et à la procédure civile, pénale et administrative reconnaît au juge administratif, « *s'il est saisi de conclusions en ce sens et lorsque sa décision l'implique, d'ordonner à une autorité administrative de prendre « une mesure d'exécution dans un sens », voire de lui ordonner de prendre une nouvelle décision lorsque celle-ci est « nécessairement impliquée » par le jugement ». in* PARINET-HODIMET P., « L'injonction dans la responsabilité administrative – injonction et réparation », in *RDFA,* 2020, p.107.
[611] PARINET-HODIMET P., « L'injonction dans la responsabilité administrative – injonction et réparation », in *RDFA,* 2020, p.107.
[612]Car *« le respect des décisions de justice fait partie intégrante de l'Etat de droit, et que s'agissant de la justice administrative appelée à trancher les litiges opposant les citoyens aux collectivités publiques, cette exigence s'impose avec une force particulière » ,* in MINDU P., « Les difficultés d'exécution des décisions des tribunaux administratifs », in *Revue juridique de l'ouest,* 1993-2, p.217.

la condamnation à payer n'implique aucune mesure d'exécution au sens de la loi de 1995, qu'elle se suffit à elle-même et donc que le jugement en responsabilité n'implique qu'une injonction de payer »[613]. Par la suite, ce pouvoir d'injonction du juge en matière de responsabilité administrative va connaître une évolution positive, vingt (20) ans plus tard, en date du 27 juillet 2015 à l'occasion de l'arrêt *M. Baey*[614] ; dans lequel le Conseil d'Etat (CE) a reconnu *« pour la première fois que le juge de la responsabilité peut prononcer des injonctions en plus d'une condamnation pécuniaire, et en lui permettant de mettre fin à un comportement fautif de l'administration ou d'en pallier les effets, à la triple condition que le juge soit saisi de conclusions en ce sens et que le comportement fautif et le préjudice perdurent à la date du jugement »*[615]. Une telle position du juge trouverait assurément un terrain fertile en droit de la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun, par le biais d'une action du juge qui pourrait consister à joindre aux côtés de l'habituelle condamnation à payer, une injonction à effectuer des opérations réparatrices aux frais de l'hôpital public défaillant en cas de demande de la victime et dans le respect de la règle procédurale de l'identité d'objet entre le recours gracieux et le recours contentieux. Toute chose qui empêcherait une renonciation à la justice par le justiciable personne privée, au sens de *« l'acceptabilité sociale de la justice rendue, c'est-à-dire la légitimité de cette justice et la confiance qu'elle suscite auprès des justiciables »*[616] ; qui renvoie par ailleurs à l'un des critères de la qualité de la justice.

2- La détérioration de la qualité de la justice administrative

La fragilisation de l'autorité de la chose jugée entraîne une profonde remise en cause de la qualité de la justice administrative au Cameroun. Ainsi, tel un effet d'entraînement, la limitation des pouvoirs du juge administratif, incapable de donner des injonctions à l'administration, fragilise l'autorité de la chose jugée, et détériore de ce fait la qualité de la justice administrative.

En effet, parmi les sept critères de la qualité de la justice[617] déclinés dans une communication du vice-président du Conseil d'Etat, l'on note *« l'intelligibilité des décisions*

---

[613] *Idem.*
[614] CE, 27 juillet 2015, n°367484, Lebon ; AJDA 2015. 1514 ; JCP Adm. 2016, n°2069.
[615] *Idem.*
[616] SUAVE J-M., vice-président du Conseil d'Etat, « Les critères de la qualité de la justice », Discours prononcé à l'occasion de la célébration des vingt ans du Tribunal de première instance des communautés européennes, Luxembourg, 25 sept.2009.
[617] Les sept critères de la qualité de la justice déclinés par le vice-président du Conseil d'Etat Jean Marc Suavé sont : l'accès à la justice ; la célérité du procès, la prévisibilité et l'optimisation du temps judiciaire ; la stabilité et la prévisibilité des jugements qui sont source de sécurité juridique pour les justiciables ; la qualité de la relation

rendues ; » et *« la possibilité d'en obtenir l'exécution, forcée le cas échéant »*[618]. C'est ce dernier critère qui justifie la remise en cause de la qualité de la justice administrative au Cameroun, du fait de l'impossible exécution forcée des décisions de justice rendues contre l'administration. Cette limitation du pouvoir du juge pour ce qui est de l'exécution de ses décisions, se fonde sur l'idée selon laquelle le juge ferait œuvre d'administration s'il orientait au moyen des injonctions le sens de l'application de ses décisions. C'est dans ce sillage que Edouard Laferrière affirme que *« l'exécution à donner à l'arrêt rentre dans les attributions de l'administration active, puisqu'elle se lie étroitement à l'exercice de la puissance publique. Elle ne saurait donc relever que de l'autorité et de la responsabilité ministérielles et non de la juridiction contentieuse »*[619]. Une telle perception contribue grièvement à la crise de l'Etat de droit, car abandonner l'exécution des décisions de justice à la seule volonté de l'administration, équivaut à prendre le risque d'assister impuissant à leur inexécution. Toute chose qui décrédibilise la justice, car *« dans un Etat de droit, l'inexécution par l'administration des décisions rendues par des magistrats indépendants est néanmoins choquante. Elle est le plus grand frein à l'instauration d'un système juridique sûr et elle brise la confiance que les citoyens placent dans leurs institutions »*[620]. Ce faisant, l'office du juge qui consiste à rendre des décisions de justice ne suffit pas ; encore faut-il qu'il puisse garantir leur exécution pour rassurer sur la qualité de la justice, car *« la justice sans la force est impuissante (…). La justice sans la force est contredite (…) »*[621]. De plus, comme l'a affirmé le vice-président du Conseil d'Etat Jean Marc Suavé : *« l'exécution de décision juridictionnelle n'en est donc pas le simple accessoire ; elle lui est consubstantielle et concourt, au premier chef, à l'efficacité et à la qualité de la justice rendue »*[622]. Leur garantie devrait de ce fait être renforcée par des mesures préventives à l'instar des injonctions, et des mesures coercitives dont l'interdiction produirait un effet dévastateur pour la perception de la justice par les justiciables internes et internationaux.

---

entre le juge et les parties ; l'intelligibilité des décisions rendues ; la possibilité d'en obtenir l'exécution, forcée le cas échéant ; et l'acceptabilité sociale de la justice rendue.

[618] SUAVE J-M., vice-président du Conseil d'Etat, « Les critères de la qualité de la justice », *op. cit.*

[619] LAFERRIERE E., *Traité de la juridiction administrative et des recours contentieux,* Berger-Levrault, tome 1, 2e éd., 1896, pp. 350-351.

[620] GUIARD O., « L'injonction : un pouvoir de contrainte efficace », in *the Legal Agenda,* juin 2020.

[621] PASCAL B., *Pensées,* tome 2, Seuil, Paris, 1904, p.224.

[622] SUAVE J-M., vice-président du Conseil d'Etat, « Les critères de la qualité de la justice », *op. cit.*

CONCLUSION DU CHAPITRE IV

Le processus juridictionnel de mise en cause de la responsabilité du service public hospitalier est confronté à divers facteurs de même nature qui le complexifient et rendent sa finalité quasiment vaine. Qu'il s'agisse de l'ambiguïté dans la détermination du juge compétent ou de la difficile exécution des décisions de justice contre les personnes morales de droit public, le justiciable est fondé à questionner l'état d'encadrement juridique de cette responsabilité en droit camerounais, ainsi que son effectivité. Cette dernière a trait à la matérialisation de la réparation du préjudice, au moyen de l'exécution des décisions de justice. L'ambiguïté quant à elle est traduite par le fait que les juges judiciaire et administratif reconnaissent tous deux leur compétence pour la même action, respectivement sur des fondements textuel pour l'un et jurisprudentiel ou doctrinaire pour l'autre. L'action en indemnisation pour dommage imputable au service public hospitalier, a été pendant longtemps l'objet d'un conflit de compétences en droit camerounais. L'exception d'incompétence très souvent soulevée en cas de saisine du juge administratif malgré la nature publique de l'établissement hospitalier en cause n'a que très récemment été solutionnée par la plus haute juridiction de l'ordre administratif, qui a tranché en faveur de ce juge *« dès lors que les actes médicaux en cause ne sont pas détachables de l'activité du service public hospitalier qui a fourni tant le personnel que tous autres moyens utiles et nécessaires à l'accomplissement desdits actes »*[623]. En dépit d'une telle motivation, le problème ne saurait être considéré comme résolu, car il demeure sous une autre forme, celle de la hiérarchie des normes juridiques en présence que sont la loi qui fonde la compétence du juge judiciaire, et la jurisprudence fusse-t-elle de la plus haute juridiction camerounaise qui fonde la compétence du juge administratif. La loi étant donc supérieure à la jurisprudence, la crainte de voir continuer une telle ambiguïté reste d'actualité.

[623] CS/CA, arrêt n°196/QD/2022 du 12/10/2022, *Procureur général près le Tribunal administratif du centre C/ Etat du Cameroun (Minsanté), NOMO Romaric Eugène.*

CONCLUSION DU TITRE II

Les pesanteurs à l'encadrement de la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun sont principalement d'ordre substantiel et juridictionnel. Elles ont trait aux considérations socioculturelles et juridiques, ainsi qu'aux manquements procédurales qui minent le processus de mise en cause de cette responsabilité en droit camerounais. D'une part, ces pesanteurs sont liées aux acteurs de la responsabilité, et renvoient soit à la pauvreté, à la méconnaissance des droits des patients, à la pratique radicale de la religion et de la tradition qui touchent directement l'usager, soit alors au faible accès aux formations sanitaires publiques et à la précarité du plateau technique qui concernent les hôpitaux publics. D'autre part, elles exposent les manquements du droit camerounais en la matière, à l'instar du défaut d'aménagement des droits à l'information préalable et au consentement médical, de la difficile preuve de la faute médicale, du refus au patient d'accéder à ses données médicales, de la non prise en compte par le juge des hypothèses d'incertitude du lien de causalité et du préjudice, de l'ambiguïté dans la détermination du juge compétent, et des difficultés d'exécution des décisions de justice par les personnes morales de droit public.

Ces pesanteurs révèlent les insuffisances intrinsèques au système de santé et au droit camerounais, qui impactent négativement sur la mise en cause satisfaisante du service public hospitalier. Cette mise en cause ne saurait être optimale en l'absence d'un plateau technique bien équipé, qui permettrait une pratique médicale dans les règles de l'art et dans la conformité aux données acquises de la science. De même qu'en cas défaut de réglementation explicite de pans entiers du droit de la responsabilité médicale et hospitalière tels que les droits des patients, l'accès au dossier médical, la mise en place d'une procédure adaptée aux dommages corporels, l'identification par le juge camerounais des types spécifiques des préjudices corporels, et leur évaluation notamment ; la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun ne saurait donner satisfaction aux usagers qui en sont victimes.

CONCLUSION PARTIE I

La responsabilité du service public hospitalier au Cameroun fait l'objet d'un encadrement juridique indéniable. Son aménagement s'étend aussi bien dans la sphère du droit privé, que dans celle du droit public, avec de ce fait des juges qui appliquent les règles de droit respectives. Cette réception du droit camerounais est aussi bien textuelle que jurisprudentielle. Car si la loi de 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs attribue au juge judiciaire la compétence de connaître, conformément au droit privé, de la responsabilité des personnes morales de droit public en substitution de celle de leurs agents publics, auteurs des dommages causés dans l'exercice de leurs fonctions ; la plus haute juridiction camerounaise y voit la compétence du juge administratif. Il en découle donc une réglementation duale de cette responsabilité, notamment en droit civil sur le fondement des articles 1383 et suivants du code civil de 1804 appliqué au Cameroun, et en droit administratif sur la base des règles procédurales dérivées de la loi de 2006 sus évoquée.

Une telle disparité dans la détermination du droit applicable en cette matière, et donc du juge compétent, est révélatrice d'une réelle immaturité du droit camerounais de la responsabilité médicale et hospitalière. Celui-ci est non seulement confronté à des considérations socio-culturelles du contexte camerounais, mais il fait également face à un défaut de prise en compte des particularités liées aux activités médicales. Ainsi, si la saisine du juge en responsabilité hospitalière est rendue difficile du fait de la pauvreté, de la méconnaissance des droits des patients, de la pratique radicale de la tradition et de la religion ; son office demeure terne, au regard du caractère général des règles de droit administratif qu'il applique. De même, l'effectivité de ses décisions reste aléatoire, en ce qu'elle dépend dans la majeure partie des cas, du bon-vouloir et de la bonne foi de la personne morale de droit public condamnée.

DEUXIÈME PARTIE : ESSAI D'UNE RESTRUCTURATION DE L'ENCADREMENT DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER AU CAMEROUN

L’essai d’une restructuration de la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun se justifie par un état des lieux peu satisfaisant. Cette responsabilité spécifique souffre principalement d’un encadrement juridique général inadapté aux particularités de la pratique de l’art médical, et subsidiairement d’un contexte socioculturel peu enclin à son déploiement.

Aussi, la perspective d’une restructuration de l’encadrement de cette responsabilité est de nature à proposer des solutions aux difficultés rencontrées en droit camerounais, par la mise en place d’un aménagement juridique approprié et d’un cadre procédural adéquat. De ce fait, la prise en compte des spécificités du service public hospitalier (titre 1) constitue un préalable incontournable à la mise en œuvre suffisante d’une responsabilité qui apporterait satisfaction aux usagers-victimes, au moyen d’une réparation justement évaluée et ventilée (titre 2).

TITRE 1 :

LA NÉCESSAIRE PRISE EN COMPTE DES SPÉCIFICITÉS DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Le service public hospitalier *« repose sur une approche fonctionnelle qui définit les obligations de service public s'imposant aux établissements de santé »*[624] relevant du secteur public. Ces obligations sont délicates et demandent de la subtilité dans leur exécution, eu égard à leur objet qui est prioritairement le traitement thérapeutique en vue de restaurer la santé physique et morale des usagers ou patients. De plus, l'importance du service public hospitalier est telle qu'une fonction publique hospitalière a été définie en France[625], distinctement de la traditionnelle classification binaire fonction publique étatique-fonction publique territoriale qui existe au Cameroun. Ainsi, à défaut de l'ériger en fonction publique particulière, l'encadrement du service public hospitalier nécessite une restructuration en droit camerounais ; en vue de prendre en compte les diverses spécificités qui lui sont propres, et de les inclure dans le mécanisme de mise en cause de la responsabilité dudit service public devant le juge administratif. Ce faisant, qu'ils soient d'ordre organique (chapitre 5) ou matériel (chapitre 6), les éléments qui particularisent cette responsabilité méritent d'être mis en exergue, afin de relever ce qui la distingue sans l'éloigner, de la responsabilité administrative en général.

[624] ARS, « Le service public hospitalier », https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_38.pdf , p.2, 12/03/2024.
[625] Cette fonction publique hospitalière a été définie par la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

CHAPITRE 5 :

LES SPÉCIFICITÉS ORGANIQUES DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Les spécificités organiques de la responsabilité du service public hospitalier sont relatives aux acteurs de la mise en œuvre de cette responsabilité. Il s'agit en effet des personnes susceptibles d'être mises en cause dans le cadre de cette responsabilité (section 1), et des personnes susceptibles de la mettre en cause, parce que jouissant d'un droit de réparation (section 2) pour le préjudice par elles subi. La particularité de ces personnes réside dans les droits et obligations qui définissent leur implication. Car, au-delà du lien statutaire qui unit les mis en cause aux victimes que sont respectivement le service public hospitalier et ses usagers, tel que le prescrivent les règles du droit public ; ces personnes disposent des obligations et des droits qui sont propres au domaine hospitalier et médical.

SECTION 1 : LES MIS EN CAUSE DANS LE CADRE DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Les mis en cause en droit de la responsabilité du service public hospitalier sont des personnes morales de droit public. Si elles sont responsables aux yeux du droit, ces personnes se particularisent par leur aspect moral ; qui les rend incapable de poser tout acte matériel. En d'autres termes, les mis en cause dans le cadre de cette responsabilité ne sont pas les auteurs directs des dommages causés aux victimes. La responsabilité qui leur est imputée peut être qualifiée de directe ou d'indirecte selon les cas, et ne saurait être possible dans la seconde hypothèse qu'au travers de divers mécanismes tels que la substitution ou encore l'autorité.

Aussi, la mise en cause directe ou indirecte de la responsabilité du service public hospitalier obéit non seulement à la règle classique de la violation d'une obligation préexistante, telle que l'a retenue Marcel Planiol dans sa définition de la faute[626] ; mais repose également sur la base du risque anormal. Ce faisant, les personnes susceptibles d'être mises en cause dans le

[626] PLANIOL M., *Traité élémentaire de droit civil*, t.2, 9e éd., LGDJ 1923, n°866, p.284.

cadre de cette responsabilité (I), ne le sont en réalité **que sur le fondement d'une violation d'une obligation ou d'une abstention préjudiciable (II).**

I- Les personnes susceptibles d'être mises en cause dans le cadre de la responsabilité du service public hospitalier

Ces personnes sont celles en charge de l'exercice du service public hospitalier, entendu comme l' *« ensemble de missions, actions et projets permettant de répondre aux besoins de santé de l'ensemble de la population concourant à lui assurer un état de santé satisfaisant, respectant l'égalité de la prise en charge des patients et l'équité dans la répartition géographique des moyens ; assurant la formation des professionnels, développant l'innovation et la recherche, tout en garantissant l'indépendance des personnels de santé et des règles d'éthique »*[627]. Au regard des missions ci-dessus déclinées, il s'agit notamment de l'Etat (A) et des établissements publics hospitaliers (B).

A- L'Etat

Dans le processus d'engagement de la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun, l'Etat est susceptible d'être directement (1) ou indirectement (2) mis en cause ; selon qu'il agisse au travers d'actes administratifs ayant des incidences dans le domaine hospitalier, ou selon qu'il assure son autorité au travers de ses services déconcentrés sur une formation sanitaire publique.

1- La mise en cause directe de l'Etat

En tant qu'entité publique suprême au plan interne, l'Etat est une personne morale de droit public qui fixe, au moyen de lois et actes réglementaires, le cadre général de son action dans tous les domaines de la vie publique, en l'occurrence dans le domaine de la santé. En effet, l'Etat du Cameroun, par le biais du ministère de la santé publique, a la charge de définir la politique de la nation en matière de santé, notamment en accomplissant l'objectif d'

> *« amélioration de l'état de santé des populations grâce à l'accroissement de l'accessibilité aux soins intégrés et de la qualité pour l'ensemble de la population avec la pleine participation des communautés à la gestion et au financement des activités de santé »*[628]. Ainsi, parmi les principes qui sous-tendent cette politique de la nation, figure *« la mise en œuvre d'une politique de médecine préventive par la*

[627] FERRANDI J., PICHARD E. et BADET J-M., « Service public hospitalier », issu du *Pacte de confiance,* Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers (INPH), p.1.
[628] L'article 2 de loi n°96/03 du 4 janvier 1996 portant loi-cadre dans le domaine de la santé.

promotion de l'hygiène, l'assainissement de l'environnement, l'éducation sanitaire et la vaccination »[629].

Ce système de prévention sanitaire, qui vise la protection de la santé publique met au premier rang les déclarations obligatoires des maladies, et les vaccinations obligatoires. Au Cameroun, les déclarations obligatoires sont réalisées par des médecins, des biologistes et cliniciens, publics ou privés ; elles comportent *« le signalement immédiat à l'autorité sanitaire et la notification obligatoire »*[630]. Il convient donc de relever que ces déclarations obligatoires consistent en un contrôle, une sorte de veille sanitaire dans le but de donner l'alerte en cas de maladie nouvelle au sein du système national de santé publique. Ainsi, en s'abstenant *« de prendre les précautions auxquels il était possible de recourir en l'état de la science pour éviter de faire courir à l'usager du service public hospitalier des risques »*[631], l'Etat commet une abstention fautive susceptible d'engager sa responsabilité.

La vaccination quant à elle renvoie à *« une mesure de prophylaxie individuelle ou collective qui vise à immuniser l'organisme contre une contagion éventuelle. Elle consiste à injecter chez une personne une entité, le plus souvent un virus ou une bactérie dont la virulence a été atténuée afin de développer ses défenses immunitaires contre une maladie »*[632]. En principe, et en vertu du respect de l'autonomie de la personne, la vaccination est facultative ; toutefois, dans le souci de protection de la santé publique, elle peut être obligatoire. La vaccination devient obligatoire lorsqu'elle est assortie de sanctions, interdictions ou restrictions, en l'occurrence administratives ; telles que l'interdiction opposée à une étudiante en médecine de continuer sa formation pour défaut de vaccination[633], ou encore l'expulsion des agents publics de leurs bureaux de travail par l'autorité administrative hiérarchique supérieure pour refus de se faire vacciner[634]. Il convient de relever qu'« *Au Cameroun, les vaccinations*

---

[629] L'article 4 de loi n°96/03.

[630] SIMO KOUAM A. F., *Droit de la santé publique au Cameroun : structure et activités du système de santé,* West German University Press, Yaoundé, 2019, p.97.

[631] C. adm. Paris, plén. 20 oct. 1992, réq. N. PA00088 ; Administration Générale de l'assistance publique à Paris C. Héritiers de M. Y.

[632] *Ibid.,* p.98.

[633] CE., ass., 4 juillet 1958, Greffe et *époux Reyes, Rec. Leb.* P.414, J.C.P., 1959. II. 11117, concl. Long ; *A.J.D.A.,* 1958, p.314, obs. Fournier et Combarnous. 16 nov. 1960, *Epoux Cachet,* Rec. *Leb.,* tables, p.1134. 12 déc. 1975, *Guyader, Rec leb.,* tables, p.1266.

[634] NTAP J. E., « Vaccination obligatoire des fonctionnaires : levée des boucliers au Cameroun », voaafrique.com, 05/03/2023. : Dans la région de l'Est, frontalière à la RCA, les agents publics non vaccinés ont été expulsés des bureaux par le gouverneur Grégoire Mvongo. *« J'ai indiqué qu'à la date du 11 octobre, l'accès sera interdit dans les services publics régionaux, départementaux et d'arrondissements à tous les agents publics non vaccinés contre le Covid-19 ou disposant d'un test négatif de moins de 72h »,* s'est-il expliqué face aux médias. Interpellé sur la question au cours d'une visite de travail à Douala, le ministre de la Santé publique a affirmé *« la vaccination préventive est obligatoire au Cameroun. La loi prévoit des poursuites contre toute personne qui met en danger la vie de l'autre en refusant de se protéger contre une maladie »,* a-t-il justifié.

obligatoires recommandées sont : fièvre jaune, hépatites virales a et b, diphtérie, tétanos, poliomyélite, typhoïde, méningites à méningocoques, rage »[635].

Par ailleurs, l'exception au principe de l'autonomie de la personne que représente la vaccination obligatoire, justifie le régime de responsabilité qui lui est appliqué. En effet, *« alors qu'aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne*[636]*, il est prévu une dérogation en faveur des vaccinations obligatoires »*[637]. De ce fait, *« les accidents post-vaccinaux suite à une vaccination obligatoire sont couverts par l'Etat »*[638]. En d'autres termes, ce dernier est responsable, en l'absence de faute, de tout dommage directement imputable aux vaccinations obligatoires. A titre de droit comparé, le régime de responsabilité applicable à la vaccination obligatoire est prévu par l'article L. 3111-9 du Code de la santé publique, lequel dispose que *« Sans préjudice des actions qui pourraient être exercées conformément au droit commun, la réparation intégrale des préjudices directement imputables à une vaccination obligatoire, pratiquée dans les conditions mentionnées au présent titre, est assurée par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales institué à l'article L. 1142-22, au titre de la solidarité nationale ».*

2- La mise en cause indirecte de l'Etat

L'Etat peut indirectement être mis en cause dans le cadre de la responsabilité du service public hospitalier par le biais de l'autorité qu'il exerce sur certaines formations sanitaires publiques au Cameroun.

En effet, cette autorité de l'Etat est exercée au niveau central par le ministère de la Santé Publique, et au niveau déconcentré par le Délégué régional de la Santé publique ; ainsi qu'en disposent les articles 131 alinéa 1 et 132 alinéa 2 du décret portant organisation du ministère de la Santé publique[639]. Lesquels affirment que : *« Article 131 (1) : Les Hôpitaux Centraux sont des services publics hospitaliers qui relèvent de l'autorité du Ministère de la Santé Publique » ;*

[635] SIMO KOUAM A. F., *Droit de la santé publique au Cameroun : structure et activités du système de santé, op. cit.,* p.100.
[636] Article L. 1111-4 du Code de la Santé Publique.
[637] MANAOUIL C. & CALLIES I., « Les différentes voies de recours après un accident vaccinal : étude juridique de la vaccination contre l'hépatite B », Chronique de droit médical n°III, LPA 23 fév. 2006, n°PA200603901, p.3
[638] *Ibid.,* p.2.
[639] Articles 131 (1) et 131 (2) du décret n°2013/093 du 03 avril 2019 portant organisation du ministère de la Santé Publique.

« Article 132 : (2) Les Formations Sanitaires Publiques visées à l'alinéa 1e[640]r ci-dessus relèvent de l'autorité Délégué Régional de la Santé Publique ». L'autorité de l'Etat dont il est fait mention dans ces articles, désigne *« un pouvoir juridique de contrainte »*[641]. Il se traduit matériellement par le fait que ces formations sanitaires publiques soient dénuées de personnalité juridique, et agissent au nom et pour le compte de l'Etat ; mais aussi que les dommages susceptibles de dériver de leurs actions soient imputables à l'Etat, qui peut voir sa responsabilité être engagée sur le fondement du lien d'autorité. Ainsi,

> *« le rapport d'autorité existant entre l'auteur du dommage et le responsable, est en même de justifier la substitution d'imputation de la responsabilité du primo responsable vers la personne titulaire de l'autorité »*[642]. Aussi, pour opérer un *« transfert d'imputation du patrimoine du destinataire (primo responsable en tant qu'auteur du dommage) vers celui de la personne publique émettrice de l'autorité »*[643],

il est nécessaire que ladite autorité soit prescrite par le droit. Elle peut être soit juridictionnelle, dérivant d'une décision de justice, notamment lorsque le juge constate qu'une collectivité publique contrôle le fonctionnement et l'organisation d'une structure[644] ; soit alors administrative, émanant d'une décision administrative. Cette dernière hypothèse est celle appliquée en l'espèce, car c'est le décret portant organisation et fonctionnement du ministère de la Santé publique qui énumère de manière exhaustive, les formations sanitaires publiques qui relèvent de l'autorité de l'Etat, par le biais dudit ministère et de la délégation régionale de la Santé publique.

Toutefois, il convient de relever que ce transfert d'imputation au profit de l'Etat n'est possible que dans le cadre restreint d'une responsabilité pour faute de ou du service, ou d'une responsabilité sans faute. Autrement dit, en cas de faute personnelle, la responsabilité de l'Etat ne saurait être mise en cause. C'est ainsi qu'à titre illustratif et par le biais du rapport d'autorité existant entre l'Etat et une formation sanitaire publique, le juge a condamné l'Etat en tant que civilement responsable pour la faute commise dans ses fonctions par un médecin employé dans

---

[640] Les formations sanitaires publiques mentionnées par l'alinéa 1 de l'article 132 du décret portant organisation du ministère de la santé publique sont : Hôpitaux Régionaux et assimilés ; Hôpitaux de District ; Centres Médicaux d'Arrondissement ; Centres de Santé Intégrés ; Centres de Soins Ambulatoires.

[641] FORTAT N., *Autorité et responsabilité administrative,* Thèse de droit, Université François-Rabelais, 29 mars 2011, p.5.

[642] *Ibid.,* p.47.

[643] *Ibid.,* p.114.

[644] *Ibid.,* p.124 ; CE, 21 mars 2007, *Commune de Boulogne-Billancourt, BJCP 52/2007,* p.230, concl. BOULOUIS (N) ; *AJDA* 2007, p.915, note Dreyfus (J.-D.).

un hôpital de District[645]. Il s'agit là d'une faute de service, dont la réparation incombe au propriétaire de l'autorité qu'est l'Etat, plutôt qu'à l'auteur du dommage représenté par le médecin fautif ou son employeur direct qu'est l'hôpital de District. Cette imputation de la réparation à l'Etat n'aurait pas été possible si la faute personnelle du médecin avait été retenue. Révélatrice de l'homme dans sa défaillance, sa passion et ses impulsions, la faute personnelle peut se présenter sous deux aspects. Elle peut soit être « détachable du service public », et dans ce cas c'est la responsabilité de l'agent qui est directement mise en cause devant le juge judiciaire appliquant les règles de droit civil ou pénal ; soit alors être « non dépourvue de tout lien avec le service », dans cette hypothèse la responsabilité de l'Etat ne saurait être exonérée. L'Etat dispose en retour contre son agent, d'une action récursoire. Cette exception liée à la faute personnelle est également applicable dans le cadre de la responsabilité des établissements publics hospitaliers.

B- Les établissements publics hospitaliers

Au Cameroun, les établissements publics hospitaliers font référence aux hôpitaux de première catégorie que sont *« les Hôpitaux généraux »,* tel qu'en dispose l'article 129 du décret portant organisation et fonctionnement du ministère de la Santé publique : « *(1) Les Hôpitaux Généraux sont des Etablissements Publics Administratifs dotés de la personnalité juridique et jouissant de l'autonomie financière »*[646]. Ainsi, à la différence des autres formations sanitaires publiques, les hôpitaux de première catégorie ne relèvent pas de l'autorité de l'Etat, car ils sont dotés d'un statut autonome (1), dont la conséquence directe est l'engagement de leur propre responsabilité en cas de dommage lié à leur organisation et fonctionnement, mais aussi lié au service du personnel qu'ils emploient (2).

1- Le statut autonome des établissements publics hospitaliers

Les établissements publics hospitaliers sont des entités autonomes en raison de la personnalité juridique et de l'autonomie financière dont ils jouissent. A cet effet, ils disposent de la capacité normative, notamment dans le domaine de la santé ; de la capacité patrimoniale relative à la propriété et à la disposition de son patrimoine ; et de la capacité délictuelle et de celle d'ester en justice[647]. Ces trois capacités leur sont attribuées par la loi[648] qui régit les

[645]CA du Centre, TGI, jugement n°32/CIV/TGI/2013 du 10 juillet 2013, *Ngo Likound Félicité c/ Dr Bilong Serges Clotaire & Etat du Cameroun.*
[646] Articles 129 (1) du décret n°2013/093 du 03 avril 2019 portant organisation du ministère de la Santé Publique.
[647] Conseil d'Etat, « Les établissements publics », Etude adoptée par l'Assemblée Générale plénière le 15 octobre 2009, p.10
[648] La loi n°2017/010 du 12 juillet 2017 portant statut général des établissements publics.

établissements publics en général, et une application spécifique en est faite par chaque texte portant création, organisation et fonctionnement de chaque établissement public à caractère hospitalier en particulier. Ainsi, sur le fondement de cette loi sur le statut général des établissements publics, tout d'abord la capacité normative est représentée par les libertés administrative et organisationnelle qui sont assurées à la fois par le conseil d'administration et le directeur général, qui sont respectivement chargés de définir, orienter la politique générale et, évaluer la gestion de l'établissement public, dans les limites fixées par son objet social[649] ; mais aussi de l'application de la politique générale de la gestion de l'établissement public[650]. Ensuite, la capacité patrimoniale s'observe par l'autonomie financière[651] que détient chaque établissement public, ainsi que par la fonction du directeur général de gérer les biens meubles, immeubles, corporels et incorporels de l'établissement publics, dans le respect de son objet social et des pouvoirs du conseil d'administration[652]. Enfin, la capacité délictuelle et celle d'ester en justice se matérialisent par le rôle dont dispose le directeur général de représenter l'établissement public dans tous les actes de la vie civile et en justice[653].

Aussi, à l'exemple de l'Hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Douala (HGOPED) qui est un hôpital de première catégorie doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière[654], il dispose d'un patrimoine à lui affecté par l'Etat, mais aussi d'un patrimoine propre pour lequel il assure la gestion conformément au droit privé[655]. De même, il dispose d'une autonomie organisationnelle et fonctionnelle, garantit par le conseil d'administration qui dispose des pouvoirs les plus étendus pour agir au nom de l'Hôpital, définit et oriente sa politique générale, tout en évaluant sa gestion dans les limites fixées par son objet social[656] ; mais aussi par la direction générale[657] qui représente notamment l'Hôpital dans tous les actes de la vie civile et en justice. Il recrute par ailleurs son propre personnel, qu'il gère de façon autonome conformément à la législation du travail et des textes particuliers dudit Hôpital[658] ; et

[649] Article 24 (1) de la loi n°2017/010 du 12 juillet 2017 portant statut général des établissements publics.
[650] Article 37 (1) de la loi n°2017/010 suscitée.
[651] En vertu de l'article 4 de loi n°2017/010, l'autonomie financière est la *« capacité pour une personne morale d'administrer et de gérer librement les biens meubles et immeubles, corporels et incorporels et en numéraire constituant son patrimoine propre, en vue de la réalisation de son objet social ».*
[652] Article 37 (2) de la loi n°2017/010 suscitée.
[653] Article 38 de la loi n°2017/010 suscitée.
[654] Article 2 du décret n°2014/023 du 23 janvier 2014 portant création, organisation et fonctionnement de l'Hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Douala.
[655] Article 6 du décret n°2014/023 suscité.
[656] Article 12 (1) du décret n°2014/023 suscité.
[657] Article 7 du décret n°2014/023 suscité.
[658] Article 36 du décret n°2014/023 suscité.

ce indépendamment du fait qu'il s'agisse d'un fonctionnaire, d'un contractuel d'administration ou d'un employé directement recruté.

Toutefois, il convient de relever que cette autonomie fait l'objet d'un double contrôle étatique, notamment sur le plan technique et financier. La tutelle technique des établissements publics administratifs à caractère hospitalier est assurée par le ministère de la Santé publique, qui a pour rôle de *« s'assurer que les activités menées par ces établissements sont conformes aux orientations des politiques publiques du Gouvernement »*[659] dans le domaine de la santé. Tandis que la tutelle financière quant à elle est dévolue au ministère des finances, qui est chargé de *« s'assurer que les opérations de gestion à incidence financière des établissements publics sont conformes à la législation et à la réglementation sur les finances publiques et, d'autre part, d'examiner a posteriori leurs comptes »*[660]. Ainsi, cette tutelle est différente du pouvoir hiérarchique qui s'applique en matière de déconcentration, et explique de ce fait que l'autorité de tutelle ne puisse disposer *d'un pouvoir permettant d'annuler ou de réformer les décisions prises par le gestionnaire hospitalier au titre de ses compétences »*[661]. Il ne s'agit en réalité que d'un contrôle de spécialité, qui signifie que *« l'établissement public de santé, comme n'importe quel autre établissement public, a un champ d'action circonscrit parce que limité par les missions qui lui sont légalement dévolues »*[662].

En outre, à la différence du contexte camerounais qui met en exergue l'existence du ministère de la santé publique qui assure soit directement la tutelle sur les établissements publics de santé ; soit indirectement sur les autres formations sanitaires publiques, par le biais de ses délégations régionales et départementales, l'organisation en droit français met en place des agences régionales de santé (ARS). Ces agences qui occupent une position intermédiaire entre le ministère en charge de la santé et les établissements publics de santé, sont des établissements publics jouissant d'une autonomie morale et financière. Elles sont prioritairement chargées de deux principales missions que sont le pilotage de la politique de la santé publique en région, et la régulation de l'offre de santé en région pour mieux répondre aux besoins et garantir l'efficacité du système de santé. Au titre de leur première mission, elles assurent notamment *« la veille et la sécurité sanitaires, ainsi que l'observation de la santé ; la définition, le*

[659] Article 7 (2) de la loi n°2017/010 du 12 juillet 2017 portant statut général des établissements publics.
[660] Article 7 (3) de la loi n°2017/010.
[661] CLEMENT C., « L'autonomie des établissements publics de santé », *in La Gazette de l'hôpital,* le journal de l'administration hospitalière, n°120-février 2016, p.3. Cet article est tiré des mélanges en l'honneur de Jean-Marie Clément, Enseignant, Hôpital, Médecine, *Bordeaux, LEH Edition,* 2014, 752 p. p.262-282.
[662] *Ibid.,* p.3.

financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé ; l'anticipation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le préfet »[663]. Dans leur fonction de régulation[664] de l'offre de santé en région, les ARS *« cordonnent les activités et attribuent le budget de fonctionnement des hôpitaux, cliniques, centres de soins ainsi que des structures pour personnes âgées, handicapées et dépendantes »*[665]. Aussi, cette régulation met également à la charge des ARS

> *« l'autorisation de la création des établissements et services de soins et médico-sociaux, le contrôle de leur fonctionnement et l'allocations de leurs ressources ; la définition et la mise en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et la caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA), des actions propres à prévenir et à gérer le risque assurantiel en santé en région ; l'évaluation et la promotion de la qualité des formations professionnels de santé »*[666].

Ce faisant, ces agences sont susceptibles de voir leur responsabilité être engagée devant le juge administratif en cas d'action ou d'abstention fautive dans leur champ de compétence.

2- L'imputation aux établissements publics hospitaliers, dérivée de leur autonomie

L'imputation désigne *« l'opération permettant de porter une obligation au compte d'un sujet de droit »*[667]. En droit de la responsabilité administrative, elle renvoie à un mécanisme juridique qui consiste à déplacer l'obligation de réparer du patrimoine de l'agent public, auteur du dommage, vers celui de la personne morale de droit public qui l'emploie. Ainsi, par l'imputation, les établissements publics hospitaliers sont susceptibles de voir leur responsabilité être engagée par le biais de leur autonomie administrative et financière.

En effet, au moyen de l'autonomie administrative, les établissements publics hospitaliers s'administrent librement au travers du conseil d'administration et de la direction générale. Ces organes prennent des décisions relatives à l'organisation et au fonctionnement desdits établissements ; mais aussi au recrutement de leurs personnels, qui *« sont totalement pris en charge par l'établissement public concerné »*[668]. De ce fait, en cas de dommages causés par la mauvaise organisation ou le dysfonctionnement du ou des services, ou en cas de

---

[663] « Qu'est-ce qu'une agence régionale de la santé ? », https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante , 12/02/2024.
[664] Cette régulation consiste concrètement à une « *meilleure répartition des médecins et de l'offre de soins sur le territoire (…) une meilleure utilisation des ressources et la maîtrise des dépenses de santé ».*
[665] « Qu'est-ce qu'une agence régionale de la santé ? », *op. cit.*
[666] *Ibidem.*
[667] OKI J-L., *L'imputation, mécanisme fondamental de la responsabilité des personnes publiques,* thèse de droit, *op. cit.,* p.18.
[668] Article 45 de la loi n°2017/010 suscitée.

dommages issus d'une faute de service ou d'une faute personnelle non dépourvue de tout lien avec le service ; la responsabilité de l'établissement public hospitalier est engagée en lieu et place de celle de ses agents publics auteurs des différents dommages.

De plus, l'autonomie financière, qui désigne la *« capacité pour une personne morale d'administrer et de gérer librement les biens meubles et immeubles, corporels et incorporels et en numéraire constituant son patrimoine propre, en vue de la réalisation de son objet social »*[669] *;* est susceptible de servir de base juridique à la responsabilité de l'établissement public hospitalier en cas de dommage causé par les appareils défectueux. Autrement dit, la gestion libre des biens par l'établissement public hospitalier, notamment des produits de santé et autres appareils qui font partie intégrante de son patrimoine, fonde la mise en cause de la responsabilité dudit établissement en cas de conséquences dommageables de leur utilisation sur les usagers ou les patients. Cette responsabilité demeure même en l'absence de faute de l'hôpital public ou du personnel qu'il emploie ; car *« le service public hospitalier est responsable, même en l'absence de faute de sa part, des conséquences dommageables pour les usagers de la défaillance des produits et appareils de santé qu'il utilise »*[670]. À charge pour l'hôpital d'effectuer une action récursoire contre les producteurs ou fournisseurs des produits et appareils défectueux, afin d'obtenir le remboursement des sommes versées en guise de réparation à la victime.

Qu'il s'agisse de l'Etat ou des établissements publics de santé, les personnes susceptibles d'être mises en cause dans le cadre de la responsabilité du service public hospitalier, le sont sur le fondement de la violation d'une ou de plusieurs obligations qui leur incombent.

II- Les obligations du service public hospitalier

La responsabilité du service public hospitalier est susceptible d'être mise en cause soit par le biais des personnes physiques qu'il emploie, soit au travers de l'Etat ou des établissements publics de santé qui le représentent. Elle résulte généralement de la violation des obligations qui incombent à ces personnes physiques et morales. Ainsi, convient-il de le rappeler, à la différence du droit français qui admet l'exercice du service public hospitalier par

[669] Article 4 de loi n°2017/010 suscitée.
[670] CE 9 juillet 2003, réq. n°220437, *AH-AP c/ Marzouk, Lebon 338 ; D. 2003.* IR 2341 ; *AJDA 2003.* 1946, note Deguergue : « la responsabilité du fait des produits et appareils de santé défectueux à l'hôpital ».

des établissements de santé privés sous certaines conditions[671] ; le droit camerounais quant à lui le restreint aux formations sanitaires publiques. Ces dernières sont constituées des établissements publics de santé dotés de personnalité juridique et d'une autonomie administrative et financière ; mais également d'hôpitaux publics et autres centres médicaux d'arrondissement, tous relevant de l'autorité de l'Etat. Ce faisant, selon la nature de l'acte dommageable et la personne auteur dudit acte, les obligations imputables au service public hospitalier peuvent être classées dans la catégorie d'obligations de moyens (A) ou dans celle d'obligations de résultats (B). Ces deux catégories d'obligations se distinguent l'une de l'autre par le critère de l'aléa car, *« l'obligation est de résultat si l'exécution de l'obligation qui pèse sur le débiteur ne comporte pour lui aucun aléa ou, du moins, qu'une dose très faible d'aléa ; par contre, si cette exécution, malgré la diligence et les soins du débiteur, demeure aléatoire, elle est une obligation de moyens »*[672].

A- L'obligation de moyens du service public hospitalier

L'obligation de moyens est *« l'obligation en vertu de laquelle le débiteur n'est pas tenu à un résultat précis »*[673], mais uniquement à la mise en œuvre des procédés ayant vocation à atteindre ce résultat. Cette obligation se justifie par la présence d'un aléa, qui renvoie aux situations et hypothèses qui échappent au contrôle et à la maîtrise du débiteur ; tout en rendant incertain l'accomplissement du résultat escompté. Ainsi, l'obligation de moyens a pour conséquence directe, la difficile mise en cause de la responsabilité de son débiteur, qui est présumé avoir fait de son mieux pour atteindre le résultat espéré. En d'autres termes, c'est au créancier de prouver qu'il y a eu erreur, négligence, maladresse, ou que le débiteur n'a pas usé de tous les moyens prévus par la science et la technique de son domaine d'exercice.

---

[671] Aux termes des dispositions de l'article L6112-3 du Code de la santé publique, le service public hospitalier est assuré par : *« 3° Les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier et qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif en application de l'article L. 6161-5 ;*
4° Les autres établissements de santé privés habilités, après avis favorable conforme de la conférence médicale d'établissement, à assurer le service public hospitalier.
Les établissements de santé privés mentionnés aux 3° et 4° sont habilités, sur leur demande, par le directeur général de l'agence régionale de santé s'ils s'engagent, dans le cadre de leurs négociations contractuelles mentionnées à l'article L. 6114-1, à exercer l'ensemble de leur activité dans les conditions énoncées à l'article L. 6112-2.
En cas de fusion entre établissements de santé privés mentionnés aux 3° et 4° du présent article, l'habilitation est transférée de plein droit à l'établissement de santé privé nouvellement constitué.
Lorsqu'un établissement de santé privé est habilité à assurer le service public hospitalier, son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens fait l'objet d'un avenant afin de préciser les engagements nouveaux pris par l'établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier. »

[672] LE CALONNEC J., « le progrès technique et la distinction des obligations de résultat et des obligations de moyens », in *Revue judiciaire de l'ouest,* 1986-2, p.188. (pp.186-196)

[673] GUINCHARD S. et DEBARD T., *Lexique des termes juridiques,* Dalloz, *2019-2020.*

Cette obligation de moyens se rapproche de la force majeure de par l'imprévisibilité de son aléa. Toutefois, à sa différence, la force majeure revêt en plus un caractère irrésistible, qui exonère le débiteur de toute responsabilité ; *« tandis que l'aléa, simplement imprévisible mais résistible, modifierait les conditions de sa responsabilité, en rendant sa mise en jeu plus difficile sans la faire totalement disparaître »*[674]. Cette imprévisibilité de l'aléa est le résultat des facteurs divers et variés, qui interviennent immanquablement, et sans que le débiteur de l'obligation soit réellement capable de les anticiper avec précision et exactitude. C'est ainsi qu'en matière hospitalière, le médecin-agent public qui est dès lors débiteur d'une obligation de moyens dans l'exercice de son art, fait face à des aléas inévitables qui peuvent dériver de l'inexactitude des données de la science médicale, de l'état physique du patient, de son âge, de son poids, de ses antécédents non déterminés, et même des réactions de son organisme. Ces éléments aléatoires sont pris en compte par le juge lors de l'examen des recours en responsabilité, notamment lorsqu'il s'abstient de condamner le médecin en fonction du résultat obtenu, mais plutôt sur la base de son engagement à *« donner des soins, non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs et, réserve faite des circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science »*[675]. Aussi, convient-il de relever que l'obligation de moyens du service public hospitalier s'épanouit pleinement dans le domaine de l'acte de soin (1), réalisé avec rigueur et qualité par le médecin-agent public, et en conformité avec les données acquises de la science (2).

1- L'acte de soin réalisé par le médecin-agent public comme champ d'application de l'obligation de moyens

L'obligation de moyens est générale en matière médicale et renvoie à l'engagement de tout médecin à donner des soins consciencieux et attentifs aux malades. Mais pour engager la responsabilité du service public hospitalier, elle doit être imputée au médecin-agent public dans la réalisation d'un acte de soin. Cette obligation est consacrée dans le code de déontologie camerounais, à l'article 2 qui dispose que : *« (1) Le médecin doit soigner avec la même conscience tout malade quels que soient sa condition, sa nationalité, sa religion, sa réputation et les sentiments qu'il lui inspire. (2) Il ne doit en aucun cas exercer sa profession dans les conditions qui puissent compromettre la qualité de ses soins et de ses actes »*[676]. Ainsi se dégage

[674] LE CALONNEC J., « le progrès technique et la distinction des obligations de résultat et des obligations de moyens », *op. cit.,* p.189.
[675] Cass. civ. 1re, 20 mai 1936, S. 1937. 1. 322 et note Breton ; D.P. 1936. I. 88, concl. Matter, rapport Josserand et note E.P.
[676] Article 2 du décret n°83-166 du 12 avril 1983 portant Code de Déontologie des médecins.

l'exigent devoir de procurer des soins de qualité aux malades, par le biais d'un acte médical dénué de toute maladresse, négligence, distraction. L'acte de soin désigne donc *« celui du médecin prenant en charge une pathologie préexistante, depuis le diagnostic préalable, en passant par l'indication, la conduite thérapeutique jusqu'à sa surveillance et tendant à la guérison du patient sans y être obligé »*[677]. De la sorte, la guérison du malade n'est pas un critère de la bonne qualité des soins prodigués ; il s'agit plutôt du raisonnement médical et de la conduite thérapeutique, qui sont les procédés employés pour parvenir au résultat, et pour lesquels toute faute y relative serait constituée par une violation de l'obligation de moyens.

En effet, le raisonnement médical repose sur un diagnostic qui induit une indication ; et toute erreur du médecin-agent public au cours de l'une de ces étapes, est susceptible de mettre en cause la responsabilité du service public hospitalier. Si l'erreur de diagnostic elle-même n'est pas automatiquement source de responsabilité[678], seule la faute dans l'établissement du diagnostic engage ladite responsabilité. Cette faute est généralement constituée par la violation des principes de précaution et de prudence qui incombent au médecin, tels que consacrés par le code de déontologie camerounais ; lequel dispose que « *Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin sans compter le temps que lui coûte ce travail »*[679]. Elle peut ainsi résulter *« de l'insuffisance de l'examen clinique, de l'absence d'utilisation de moyen d'aide au diagnostic*[680]*, de l'interprétation erronée des résultats de ses investigations*[681] *ou encore de l'absence de diagnostic différentiel permettant de confronter les constatations du médecin au registre des pathologies compatibles avec ces symptôme »*[682]. De même toute faute d'indication est source de responsabilité. L'indication constitue l'aboutissement du raisonnement médical, en ce qu'elle *« fait coïncider les renseignements diagnostics, avec l'étiologie des affections telle*

---

[677] DOMINIQUE C., « l'acte de soin », in *Revue juridique de l'ouest,* 1999-1. *La responsabilité médicale : vers une dérive à l'américiaine,* p.57. (pp.55-80)

[678] L'erreur de diagnostic peut être non fautive, notamment en matière de circonstances exceptionnelles telles que l'urgence (*Cass. 1ère civ. 30 oct. 1967 : Bull. civ. I, n°317) ;* l'état de santé du patient (*CE, 14 mai 1986 : Revue hospitalière de France 1986, n°396)* ; les difficultés particulières d'interprétation des symptômes *(Cass. 1ère civ., 31 mai 2007, n°06-12-641 : JurisData n°2007-039061).* Aussi, même en l'absence de ces circonstances exceptionnelles, l'erreur de diagnostic peut être non fautive, notamment lorsque le risque d'erreur d'interprétation histologique est inhérent à la nature de l'analyse effectuée *(Cass. 1re civ., 4 janv. 1974 : RTD civ. 1974, p. 822)* ; lorsque le patient ne présente pas les symptômes de la maladie non diagnostiquée *(CA Dijon, 30 mai 1990 : JurisData n° 1990-050522. – CA Pau, 16 oct. 1996 : JurisData n° 1996-045736.) ;* lorsque les symptômes peuvent être confondus avec ceux d'une autre affection *(Cass. crim., 25 mars 1998, n° 96-85.382 : JurisData n° 1998-002277 ; Resp. civ. et assur. 1998, comm. 253.) ;* lorsque le diagnostic est difficile à réaliser, voire impossible à établir *(CA Nancy, 30 août 1999 : JurisData n° 1999-101571).*

[679] Article 23 du décret n°83-166 du 12 avril 1983 portant Code de Déontologie des médecins.

[680] *Cass 1re civ., 27 nov. 2008, n° 07-15.963 : JurisData n° 2008-045981 ; JCP G 2009, II, 10007*

[681] *Cass. 1re civ., 13 déc. 1989, n° 88-17.459, 88-17.882 : JurisData n° 1989-004570 ; Resp. civ. et assur. 1990, comm. 79* : médecin qui malgré une symptomatologie claire, ne s'aperçoit pas que le patient souffre de la maladie d'Osler.

[682] DOMINIQUE C., « l'acte de soin », in *Revue juridique de l'ouest, op. cit.,* p.61.

qu'elle résulte des données actuelles et non simplement acquises de la science médicale. Elle fait se rejoindre le particulier ou plus exactement le particularisme des symptômes, au général, c'est-à-dire au répertoire des maladies connues »[683]. De ce fait, la faute serait constituée par toute incompatibilité entre l'indication, le diagnostic de la maladie et l'état de santé général du patient[684] ; ou par toute incompatibilité entre le traitement prescrit et d'autres traitements en cours[685]. L'indication peut prendre la forme d'une prescription de médicaments ou de soins, d'une intervention ou d'un geste médical ou chirurgical. Elle peut être unique et s'imposer au praticien, et le cas échéant, celui-ci commettrait une faute en s'écartant de l'indication unique prévue au regard des résultats du diagnostic de la maladie[686].

Quant à la conduite thérapeutique, elle renvoie à la réalisation de l'indication par le biais de l'acte médical, et est susceptible d'engager la responsabilité pour violation de l'obligation de moyens en cas de négligence, de maladresse, d'imprudence ou de manquement grave à la pratique médicale. Ce faisant, les fautes de technique médicale pouvant résulter sont entre autres le choix d'une technique non conforme aux données actuelles de la science[687] ; l'erreur sur l'objet de l'intervention, notamment en ce qui concerne l'erreur sur la partie du corps à

---

683 *Ibid.* p.62.

684 CE 4° et 5° s-s-r., 25 juillet 2007, n° 289054, *Centre hospitalier du Puy-en-Velay*, inédit au recueil Lebon : *« Considérant, en premier lieu, qu'il ressort des pièces du dossier soumis aux juges du fond, notamment du rapport de l'expertise diligentée par le tribunal administratif, que le choix thérapeutique d'un accouchement par voie basse alors que l'enfant se présentait par le siège n'aurait pas dû être envisagé, eu égard au fait que la pelvimétrie réalisée à l'hôpital avait montré que le bassin de Mme G. était rétréci au détroit supérieur ; que, par suite, les juges du fond ont pu estimer, sans dénaturer les faits ni commettre d'erreur de qualification juridique, qu'en procédant, malgré les indications disponibles, à un accouchement par voie naturelle plutôt que par césarienne, l'établissement public a commis une faute de nature à engager sa responsabilité ».*

685 CE 5° et 3° s-s-r., 14 décembre 1981, n° 17895, *Centre hospitalier de Pontoise c. Matin*, mentionné aux tables du recueil Lebon : *« Considérant que la nouveau-née M. M. a été admise le 15 février 1953, âgée de six semaines, a l'hôpital de Pontoise ; qu'un angiome laryngé ayant été diagnostiqué, il a été traité par radiothérapie au cours de plusieurs séances d'irradiation [...] ; que la quantité de rayons administrée à l'enfant a excédé nettement les normes couramment admises a l'époque ; qu'une telle erreur, compte tenu des risques connus de cette méthode, a été constitutive, dans les circonstances de l'espèce, d'une faute lourde qui engage la responsabilité de l'hôpital ; qu'ainsi, le Centre hospitalier de Pontoise, appelant principal, n'est pas fondé à soutenir que c'est à tort que, par le jugement attaqué, les premiers juges l'ont déclaré responsable des troubles subis par Mlle M. ».*

686 CE 4° et 5° s-s-r., 10 avril 2009, n° 301443, *Hospices civils de Lyon*, mentionné aux tables du recueil Lebon : *« Considérant [...] que le traitement d'induction dont a bénéficié Mlle G. pour lutter contre sa leucémie aiguë lymphoblastique avait eu pour effet de diminuer l'efficacité de son système immunitaire déjà affaibli par la maladie et que, eu égard à ces effets, qui se manifestent habituellement dès le septième jour du traitement, le fait de n'avoir placé l'enfant en chambre stérile isolée qu'au onzième jour de son hospitalisation, à la suite de l'apparition des premiers signes d'infection, constitue une faute dans l'organisation du service. »*

687 *CA Saint-Denis de La Réunion, 8 déc. 2017, n° 16/00051 : JurisData n° 2017-027219.*

opérer[688] ou l'erreur sur la personne à opérer[689] ; la mauvaise position du patient[690] ; et la maladresse du geste médical[691]. Ces fautes sont prouvées à partir d'une reconstitution du geste médical, très souvent exécutée par le biais d'une expertise médicale, et sur la base des pièces écrites telles que les compte-rendu opératoire, compte-rendu d'hospitalisation, audition des médecins opérateurs. En tout état de cause, pour être exempte de fautes, les actes de soin du médecin-agent public doivent être conformes aux données acquises de la science.

2- Les données acquises de la science

Ces données renvoient aux *« connaissances médicales perçues comme classiques, apprises et suivies dans la pratique et l'expérience médicale établie, celles qui sont enseignées lors de la formation initiale en faculté de médecine aux professionnels de santé ou celles apprises en formation continue ou celles qui sont colligées dans les revues ou les abrégés ou les traités médicaux de référence »*[692]. Depuis l'arrêt *Mercier* du 20 mai 1936 qui fonde l'obligation de moyens chez les médecins, le juge a fait une précision qui demeure d'actualité à quelques mots près, en posant que les actes de soin doivent être conformes aux données acquises de la science. Par la suite en date du 6 juin 2000, la cour de cassation a réactualisé le caractère impératif de cette conformité, en affirmant que : « *l'obligation pesant sur un médecin est de donner à son patient des soins conformes aux données acquises de la science à la date de ces soins »*[693]. Ainsi a donc été consacré le principe de non-rétroactivité des règles de bonnes pratiques, qui implique que la conformité du médecin aux règles de bonnes pratiques ou données acquises de la science, s'apprécie au regard du moment des faits litigieux[694], et non du au moment où le juge statue[695].

---

[688] Le cas du médecin qui procède à l'ablation d'un rein à la place de l'autre *(CA Limoges, 17 sept. 1997 : JurisData n° 1997-045780.*

[689] *Cass. crim., 30 juin 1999, n° 97-82.351 : JurisData n° 1999-002903 ; JCP G 2000, II, 10231, note G. Favré ; D. 1999, jurispr. p. 710, note D. Vigneau*. Cette jurisprudence traite du cas d'un médecin qui a enlevé le stérilet, sans examen clinique préalable d'une patiente enceinte à la place d'une autre, occasionnant ainsi une interruption de grossesse.

[690] *Cass. 1re civ., 29 oct. 1968 : Bull. civ. I, n° 252 ; JCP G 1969, II, 15799, note R. Savatier* : mauvaise position dans laquelle le patient a été immobilisé cause une compression excessive du nerf cubital.

[691] *Cass. 1re civ., 29 juin 1977: Bull. civ. I, n° 242. – Cass. 1re civ., 8 oct. 1991, n° 89-15.882 : JurisData n° 1991-003570. – Cass. 1re civ., 27 janv. 1993, n° 91-13.246 : JurisData n° 1993-000724.*

[692] DEBARE J-M., « Sémantique des « données acquises de la science » comparée aux « connaissances médicales avérées ». Pour une obligation du médecin à respecter les « connaissances médicales avérées ou acquises » », in *Medecine & Droit,* 2012 (2012) 22-28, p.2.

[693] Cass. 1ère civ., 6 juin 2000, n°98-19295, https://www.labase-lextenso.fr/jurisprudence/JURITEXT000007042377

[694] CAA. Bordeaux, 21 déc. 2010, n°10BX00418, https://www.labase-lextenso.fr/jurisprudence/CETATEXT000023494045

[695] VERON P., « Les données acquises de la science et leur application dans le temps par le juge dans le contentieux de la responsabilité médicale », in *Revue de droit public,* n°2, 2023, p.1.

De plus, dans l'objectif de rassembler les règles de bonnes pratiques médicales ou les données acquises de la science, afin de permettre aux médecins et aux juges de s'y référer aisément, les Etats ont mis sur pied au plan interne des structures de référence spécialisées[696]. Leur rôle principal est l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques en santé. Plus spécifiquement, la Haute Autorité de Santé (HAS) en France est l'organisme qui, à travers *« l'élaboration des recommandations et de l'ensemble de ses productions, est d'aider les professionnels de santé en leur donnant des outils d'évaluation et d'amélioration de leurs pratiques. Son ambition est d'aider les professionnels dans les évolutions de leurs pratiques vis-à-vis de prises en charge de plus en plus complexes »*[697]. Les décisions de cette structure ont force obligatoire de par leur reconnaissance par la loi et par le juge. En effet, sur le fondement de l'article L 161-37 du code de la sécurité sociale, la HAS peut élaborer et diffuser des guides et tout autre document d'information, notamment sur les affections de longue durée, en tenant compte, le cas échéant, de ceux diffusés par l'institut national du cancer. De même, le juge administratif français a, par une décision du 27 Avril 2011, affirmé que les recommandations de la HAS *« participent aux « données acquises de la science » qui doivent guider le médecin, et dont la méconnaissance est susceptible de justifier des sanctions »*[698] *;* et qu'à cet effet, elles sont susceptibles de recours pour excès de pouvoir. Le conseil d'Etat dispose de ce fait que

> *« les recommandations de bonnes pratiques élaborées par la Haute Autorité de santé sur la base de ces dispositions ont pour objet de guider les professionnels de santé dans la définition et la mise en œuvre des stratégies de soins à visée préventive, diagnostique ou thérapeutique les plus appropriées, sur la base des connaissances médicales avérées à la date de leur édiction ; qu'eu égard à l'obligation déontologique, incombant aux professionnels de santé en vertu des dispositions du code de la santé publique qui leur sont applicables, d'assurer au patient des soins fondés sur les données acquises de la science, telles qu'elles ressortent notamment de ces recommandations de bonnes pratiques, ces dernières doivent être regardées comme des décisions faisant grief susceptibles de faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir […] »*[699].

Il convient tout de même de relever que ces recommandations de la HAS sont l'objet d'un processus consensuel entre les scientifiques, les praticiens et les associations d'usagers ;

---

[696] Ces structures de référence spécialisées sont la Haute Autorité de Santé (HAS) en France, et le National Institute for Health an Clinical Excellence (NICE) au Royaume-Uni.

[697] GRENIER C., LE GULUDEC D., DE MONTALEMBERT P., MOUNIC V., « Haute Autorité de Santé et normalisation de la médecine », in *Les Tribunes de la santé,* 2020/2 (n°64), p.40.

[698] GRENIER C., LE GULUDEC D., DE MONTALEMBERT P., MOUNIC V., « Haute Autorité de Santé et normalisation de la médecine », *op. cit.,* p.41.

[699] CE. 1ère et 6e sous-sections réunies, 27 avril 2011, Association pour une formation et information indépendante en santé (Formindep), 334396, Publié au recueil Lebon.

en ce qu'elles découlent du résultat des données scientifiques[700], de la pratique des professionnels, et de l'expérience des associations d'usagers.

À la différence des fautes commises par les professionnels de santé-agents publics, notamment les fautes de conscience et les fautes techniques lors de la réalisation des soins, qui constituent le domaine d'application de la violation de l'obligation de moyens ; la responsabilité du service du public hospitalier est aussi susceptible d'être causée par la violation de l'obligation de résultat.

B- L'obligation de résultat du service public hospitalier

On parle d'obligation de résultat lorsque *« l'exécution de l'obligation qui pèse sur le débiteur ne comporte pour lui aucun aléa ou, du moins, qu'une dose très faible d'aléa »*[701]. Autrement dit, la réalisation de l'obligation dépend entièrement de son débiteur, et non de l'intervention d'évènements incertains, imprévisibles et irrésistibles. De ce fait, elle présente un avantage pour le créancier de l'obligation en cas de litige, *« puisqu'il est dispensé de prouver que l'inexécution de l'obligation provient d'une faute de son débiteur »*[702] *;* Il s'agit donc d'une présomption de responsabilité du débiteur, à laquelle celui-ci ne peut se soustraire qu'en démontrant l'attribution du dommage à la force majeure, au fait ou à la faute d'un tiers.

Ainsi présentée, Cette obligation a une portée limitée en matière médicale, du fait de l'intervention de la multitude d'éléments aléatoires[703] ; mais étendue en matière hospitalière. En effet, le principe en matière médicale est celui de la soumission du médecin à une *« obligation de moyens et non de résultat car il existe un aléa à la pratique de l'acte médical »*[704]. Qu'elle soit exceptionnellement relative à l'activité médicale (1) ou hospitalière (2), l'obligation de résultat dont la violation est susceptible d'engager la responsabilité du service public hospitalier se justifie par l'absence d'aléa et par la nécessité de répondre aux exigences de sécurité du patient.

---

[700] Les données scientifiques sont issues de la recherche clinique et de la recherche sur la qualité en santé.
[701] LE CALONNEC J., « le progrès technique et la distinction des obligations de résultat et des obligations de moyens », *op. cit.,* p.188.
[702] *Ibid,* p.188.
[703]Ces éléments aléatoires peuvent être relatifs à l'imprécision des données acquises de la science, à l'état physique du patient, à son âge, aux réactions imprévisibles de son organisme, à ses antécédents.
[704] LEFEUVRE H., « Les connaissances des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine sur les mécanismes de réparation et d'indemnisation d'une victime d'un dommage lié aux soins », Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. ffdumas-02555720f.

1- L'exceptionnelle obligation de résultat liée à l'activité médicale

En dépit du principe de soumission du médecin à une obligation de moyens dans l'accomplissement de ses tâches, l'activité médicale regorge tout de même d'îlots d'obligation de résultats. En d'autres termes, il existe au sein de la pratique médicale, des actes dénués d'aléas, d'incertitude, et pour lesquels le praticien est soumis aux exigences de sécurité du résultat. Ainsi, l'obligation de résultat renvoie à l'*« obligation par laquelle le médecin s'engage, soit à la réalisation d'un résultat précis et déterminé, soit est reconnu en raison de l'activité médicale, débiteur d'une obligation de résultat dans l'acte de soins »*[705]. Il s'agit d'un domaine restreint en matière médicale ; et les cas, limitativement énumérés, renvoient aux aspects d'une grande technicité et pour lesquels les progrès scientifiques suppriment l'aléa, ou du moins, le réduisent *« dans des proportions telles que le créancier est en droit d'exiger du débiteur un résultat déterminé »*[706]. Car les avancées de la science confèrent au médecin, débiteur de l'obligation, une maîtrise complète ou presque complète dans la réalisation des actes de sa profession, et par cela, la faculté d'obtenir un résultat donné. C'est ainsi que, du fait de l'état de la technique, certains actes médicaux ont été dissociés de la pratique médicale, en revêtant une obligation de résultat en ce que les praticiens *« ne sont pas excusables de n'avoir pas une totale maîtrise dans leur accomplissement »*[707]. Il s'agit entre autres de la pratique des piqûres[708], de l'utilisation de certains appareils de chirurgie ou d'anesthésie[709], de la transfusion des sérums[710], et l'analyse sanguine[711].

Ces actes sont qualifiés d'*actes déterminés,* en ce qu'ils *« correspondent à des prestations bien définies lesquelles, en raison de l'absence d'aléa insurmontable susceptible d'empêcher leur réalisation correcte, peuvent raisonnablement laisser espérer un résultat réussi »*[712]. En matière médicale, la jurisprudence retient de façon constante la responsabilité objective du praticien, qu'il soit agent public ou médecin libéral, dans les cas d'analyses courantes de laboratoire, des examens radiographiques, des prélèvements de sang et

---

[705] VILLENEUVE P., « Quelques précisions sur la notion de faute en matière médicale », in *Petites affiches*-n°133, 2000, p.25.
[706] LE CALONNEC J., « le progrès technique et la distinction des obligations de résultat et des obligations de moyens », *op. cit.,* p.193.
[707] *Ibid.* p.193.
[708] Civ. 17 juin 1980, *Bull. civ. I,* n°187, p.151.
[709] Civ. 1ère ch. 19 juin 1962, J.C.P 1962.4.110, *Bull. civ. I,* n°316 p.279; Civ. 1ère ch. 28 juin 1960, J.C.P 1960. 11787, note R. Savatier.
[710] Civ. 1ère ch. 4 fév. 1959. 152, note Esmein.
[711] Toulouse, 14 déc. 1959, D. 1960. 181, J.C.P 1960. 11402, note R. Savatier.
[712] MANSART B., *La responsabilité médicale en cas d'atteinte à la sécurité du patient,* thèse de l'université de Paris 1 Panthéon-Sorbonne, 1999, p.143.

d'information du patient. En effet, concernant les analyses courantes de laboratoire, l'obligation de résultat est rattachée aux tests du fait de l'absence d'aléa lorsque *« l'acte médical se réduit à une recherche d'ordre technique, obéissant à des règles strictes et invariables qui doivent nécessairement aboutir à une exacte solution »*[713]. Pour ce qui est de l'examen de radiographies, le radiologue agit en tant que technicien de l'image, et est ainsi responsable des clichés fournis, qui sont soumis à l'exigence d'exactitude[714] et donc à une obligation de résultat. Les prélèvements sanguins quant à eux mettent en exergue une obligation de sécurité-résultat, justifiée par le caractère bénévole du donneur de sang, dont la sécurité doit être garantie sur le principe d'une responsabilité même sans faute fondée sur *« la théorie de la collaboration bénévole au service public »*[715]. S'agissant de l'obligation d'information, elle postule que *« le médecin est tenu d'informer son patient sur les risques encourus du fait de traitement et sur les conséquences et, ce, indépendamment de la qualité des soins qu'il dispense »*[716]. Ce devoir du praticien demeure même lorsque le risque présente un caractère exceptionnel. Autrement dit, *« lorsque l'acte médical envisagé, même accompli dans les règles de l'art, comporte des risques connus de décès ou d'invalidité, le patient doit en être informé dans les conditions qui permettent de recueillir son consentement éclairé*[717] *»*[718]. Ainsi, la responsabilité du médecin-agent public, puisqu'il s'agit de lui dans le cadre de la responsabilité du service public hospitalier, peut être mise en cause pour défaut d'information. La charge de la preuve lui incombant, car en tant qu'obligation de résultat, *« il revient au médecin, en cas de survenance d'un risque couvert par l'obligation, d'apporter la preuve qu'il en avait clairement et préalablement informé le patient »*[719]. En plus de ces cas d'engagement de la responsabilité du service public hospitalier résultant d'une obligation de résultat liée à l'activité médicale, cette responsabilité est également susceptible d'être mise en cause par l'établissement public hospitalier lui-même.

---

[713] Toulouse, 14 déc. 1959, D. 1960. 181, J.C.P 1960. 11402, note BERTRAND et *R.T.D*. Civ. 1960.298, et note H. et L. MAZEAUD (Cas d'un médecin analyste qui s'était trompé en laissant le sang d'un patient dans la catégorie rhésus négatif alors qu'il relevait de la catégorie rhésus positif).

[714] Civ. 1ère, 3 avr. 1939, DH. 1939.337.

[715] TA. Dijon, 20 mai 1964, Rec. Leb., p.720.

[716] COURSIER P., « Bilan et perspectives du droit de la responsabilité médicale en matière civile et administrative », in *Revue médicale de l'assurance maladie* n°3, juillet – septembre 2000, p.58.

[717] CE, 5 janv. 2000, 2 arrêts : JCP G 2000, p.130 ; RFD adm. 2000, p.654, note P. Bon.

[718] COURSIER P., « Bilan et perspectives du droit de la responsabilité médicale en matière civile et administrative », *op. cit.* p.58.

[719] Cass. Civ. 1ère, 25 fév.1997: JCP G 1997, IV, 880 – 7oct. 1998: JCP G 1998 I, 10179, concl. J. Saint-Rose, rapp. SARGOS P. ; CE 5 janv. 2000, 2 arrêts *précité.*

2- L'obligation de résultat de principe de l'hôpital public

La responsabilité de l'établissement public de santé peut être engagée en cas de violation de l'obligation de résultat relative à la sécurité du patient. Cette exigence de sécurité est mise en évidence dans les cas de fourniture des produits et appareils de santé, d'asepsie des locaux, et de disponibilité du personnel qualifié. Toutefois, en matière de surveillance des patients, le principe est de l'obligation de moyens[720], qui se traduit en une obligation de prudence et de vigilance mise à la charge de l'établissement public de santé.

En effet, en ce qui concerne la fourniture de produits et appareils de santé par l'établissement public de santé ou par la formation sanitaire publique, la jurisprudence retient la responsabilité du service public hospitalier, notamment en matière de prothèses défaillantes[721], d'appareils de santé défectueux, ou de produits dérivés du sang contaminé. Cette responsabilité est fondée sur *« l'obligation de résultat du service public hospitalier de recourir à un producteur ou un fournisseur fiable »*[722]. Il s'agit d'une obligation de sécurité de résultat[723] favorable aux usagers, et justifiant depuis 2003 que soit engagée la responsabilité du service public hospitalier *« même en l'absence de faute de sa part, des conséquences dommageables pour les usagers de la défaillance des produits et appareils qu'il utilise »*[724]. Néanmoins, l'établissement public de santé mis en cause dispose d'une action propre, à caractère récursoire[725], contre le fournisseur ou le producteur du produit ou de l'appareil de santé défectueux ; en faisant valoir la responsabilité de celui-ci sur le fondement d'un défaut

---

[720] CE, 5e et 6e ch. Réunies, 29 sept. 2021, n°432627, *établissement public de santé mentale (EPSM) de Lille-Métropole,* mentionné aux Tables du Recueil Lebon (Annulation CAA Douai, 14 mai 2019), A. Seban, rapp. ; C. Barrois de Sarigny, rapp. Pub.

[721] CE, 25 juill. 2013, *M. Falempin c/ Centre hospitalier de Chambéry, AJDA* 2013, p. 1597. Par cet arrêt, la responsabilité sans faute du service public hospitalier a été étendue aux dispositifs implantés dans le corps du patient.

[722] SIFFERT A., « La prothèse défectueuse et imbrication vertueuse des responsabilités », in *Revue juridique de l'Ouest,* 2016-3, p.90.

[723] TURPIN D., « La responsabilité sanitaire et sociale : évolutions et tendances », *RDSS,* 2015, p.9 ; V. Donier, « La protection de la victime d'un dommage dû à l'utilisation de produits de santé défectueux », *AJDA* 2005, p.279.

[724] CE, 9 juill. 2003, AP-HP c/ Mme Marzouk, *A.J.D.A.* 2003, p. 1946, note M. Deguergue.

[725] CE, 30 décembre 2016, Centre hospitalier de Chambéry, n° 375406, T. pp. 682-942 : *« que, dès lors, un centre hospitalier qui a été condamné à indemniser un patient à raison des dommages résultant de l'implantation d'une prothèse défectueuse doit se voir reconnaître la possibilité de rechercher la responsabilité du producteur de la prothèse sur le fondement des articles 1386-1 à 1386-18 du code civil ; qu'il suit de là qu'en jugeant que le centre hospitalier de Chambéry ne pouvait pas utilement se prévaloir, à l'appui de son recours contre la société Groupe Lépine, des dispositions de la directive 85/374/CEE précitée ni des articles 1386-1 et suivants du code civil, au motif que la prestation de services en cause n'entrait pas dans le champ d'application de ces dispositions, la cour administrative d'appel de Lyon a commis une erreur de droit ; que, par suite, sans qu'il soit besoin d'examiner l'autre moyen du pourvoi, son arrêt doit être annulé en tant qu'il rejette l'appel en garantie formé par le centre hospitalier contre la société Groupe Lépine ; »* ; Rappr., s'agissant de la compétence de la juridiction administrative, TC, 11 avril 2016, *Centre hospitalier de Chambéry c/ M. et autres*, n° 4044, p. 582.

intrinsèque du produit[726]. Il n'agit pas dans ce cas en tant que fournisseur, et ne saurait de ce fait se voir appliquer le délai d'un an[727] dont disposent les fournisseurs pour former un recours contre le producteur à compter de sa leur citation en justice. Cette affirmation a fait l'objet d'une motivation explicite du conseil d'Etat, aux termes de laquelle

> *« que la disposition du second alinéa de cet article, qui ne permet au fournisseur de former un recours contre le producteur que dans un délai d'un an à compter de sa citation en justice, ne lui est, par suite, pas applicable ; que, dès lors, le seul délai opposable au centre hospitalier de Chambéry est le délai de prescription de trois ans prévu à l'article 1386-17 du code civil cité ci-dessus ; que ce délai a commencé à courir à compter de la date à laquelle l'établissement a, à la fois, vu sa responsabilité engagée par la victime et eu connaissance du dommage, du défaut de la prothèse et de l'identité du producteur »*[728].

En outre, la transfusion de sang infecté à un patient, à l'occasion d'une opération chirurgicale ou de tout autre traitement thérapeutique, n'engage pas la responsabilité de l'établissement public de santé en France *« en l'absence de tout autre élément ayant concouru à la réalisation de ce préjudice, dès lors que les hôpitaux n'interviennent pas en qualité de centre de transfusion sanguine »*[729]. Ce préjudice exclusivement imputable à la personne morale publique ou privée dont relève le centre de transfusion sanguine, et ce en vertu du monopole que détiennent ces établissements dans les opérations de contrôle médical des prélèvements sanguins, le traitement, le conditionnement et de la fourniture aux utilisateurs des produits sanguins[730]. Par-contre, dans le cas similaire de contamination d'un patient du fait d'une transfusion sanguine dans une formation sanitaire publique au Cameroun, la responsabilité de ladite formation est retenue même en l'absence de faute (aff. Nguiyam Lumière).

Pour ce qui est de l'asepsie des locaux, les établissements publics de santé sont soumis à une obligation de sécurité de résultat en cas d'infections nosocomiales. Ces dernières renvoient au sens large à *« toute maladie provoquée par des micro-organismes et contractée dans un établissement de santé par un patient »*[731] à l'occasion soit d'une hospitalisation, soit des soins ambulatoires. Elles traduisent un défaut dans l'organisation et le fonctionnement de l'établissement de soins, dont l'obligation législative et réglementaire implique de *« garantir à*

---

[726] DUVAL-ARNOULD D., « Quelles responsabilités pour les professionnels et les établissements de santé en cas de défectuosité d'un produit de santé ? », *JCP G* 2013, n°44-45, étude 1151, n°18, p.2033.
[727] Ce délai d'un an est prescrit par les dispositions de l'article 1286-7 du code civil français.
[728] CE, 30 décembre 2016, Centre hospitalier de Chambéry, n° 375406.
[729] PENNEAU J., *La responsabilité du médecin,* Dalloz, 2e éd., Paris, 1996, p. 68.
[730]CE. Assemblée, 26 mai 1995, 151798, publié au recueil Lebon. Le monopole des centres de transfusion sanguine en matière de prélèvements, traitement, conditionnement et fourniture des produits sanguins leur est attribué par la loi du 21 janvier 1952, modifiée par la loi du 2 Août 1961.
[731] LAMBERT-FAIVRE Y., « L'indemnisation des accidents médicaux », D. 2002, p.1367 ; SARGOS P., JCP, G 2002, n°25, Act.

tous ses patients le respect des conditions d'hygiène et d'asepsie optimale »[732]. Il est donc appliqué une obligation de résultat quant à la sécurité des patients du fait de l'hygiène en milieu hospitalier, de laquelle découle une présomption de faute mise à la charge de l'établissement public de santé en tant que prestataire de soins. Cette présomption de faute repose sur l'idée de *« ne pas aggraver l'état du malade du fait des soins qui lui sont prodigués »*[733] ; de sorte qu'en cas de nouvelle affection contractée, seule la preuve d'une cause étrangère[734] est susceptible de libérer le service public hospitalier de cette obligation de résultat.

Cette obligation de résultat est également de rigueur en matière de disponibilité du personnel hospitalier qualifié. En effet, tout dommage causé à un patient du fait de l'absence ou du sous-effectif du personnel hospitalier qualifié, est constitutif d'une faute dans l'organisation et de fonctionnement du service public hospitalier. De ce fait, pour retenir la faute ou non, le juge vérifie si le personnel qualifié dont dispose l'hôpital est en nombre suffisant[735], et surtout s'il est présent en temps utile[736]. Ces exigences relèvent de l'organisation administrative de la structure, qui implique une obligation de résultat parce que n'étant susceptible d'aucun évènement imprévisible et irrésistible. Qu'en est-il des personnes susceptibles de mettre en cause la responsabilité du service public hospitalier ?

SECTION 2 : LES PERSONNES SUSCEPTIBLES DE METTRE EN CAUSE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Ces personnes sont celles qui ont subi un préjudice du fait du dommage causé par le service public hospitalier. Ce dommage découle soit des activités médicales et paramédicales exercées par le personnel hospitalier, soit de la mauvaise organisation ou du fonctionnement défectueux du ou des services hospitaliers. Ainsi, Toutes les fois que ces dommages sont à l'origine des préjudices indemnisables, les victimes disposent d'un droit à réparation sur le

[732] DAVER, C. « L'appréhension jurisprudentielle du risque nosocomiale dans les établissements de santé privés à but lucratif : l'évolution vers l'obligation de sécurité-résultat », in *Petites affiches* – n°198, 1999, p.8.
[733] TRUCHET D., « la décision médicale et le droit », *AJDA,* 1995, p.611.
[734] Cass. civ. 1re, 29 juin 1999, 3 arrêts : JCP G 1999, II, 10138, rappr. P. Sargos. - Rappr. Cass. civ. 1re, 21 mai 1996 : Bull. civ. I, n° 219.
[735] Bull. civ. I, n°267, J.C.P. 1996. I. 3944, obs. G. Viney; Rev. Trim. dr. civ. 1996. 636, obs. Jourdain; Rev. dr. San. Et So. 1996. 568, obs. Mémeteau.
[736] Bull. civ. I, n°12.

fondement des règles de la responsabilité administrative, distinctes de celles du droit civil, et dégagées depuis 1873 par le Tribunal des conflits à l'occasion de l'arrêt Blanco[737].

La diversité de ces préjudices et la nécessité de les réparer au travers de mécanismes variés, expliquent la pluralité de catégories des personnes susceptibles d'engager la responsabilité du service public hospitalier. En effet, il ne s'agit pas seulement des usagers de ce service public, principaux concernés en ce qu'ils subissent directement le dommage ; mais également de toute autre personne qui, justifiant d'un lien juridique ou personnel avec la victime immédiate, aurait subi un préjudice en répercussion du dommage principal. Aussi, ces victimes du service public hospitalier (I) fondent substantiellement leur droit à réparation sur la violation des droits du patient ou de la personne malade (II).

I- Les victimes du service public hospitalier

Ces victimes désignent les personnes physiques ou morales qui, du fait des activités dommageables du service public hospitalier, ont subi un ou plusieurs préjudices. Ces derniers, pris comme conséquences juridiques du dommage[738], découlent des atteintes physiques ou morales causées à une victime immédiate encore appelée victime directe. De la sorte, les préjudices issus d'un seul dommage sont susceptibles de causer plusieurs victimes ; et selon leur lien direct ou non avec ledit dommage, l'on distingue les victimes directes (A) des victimes indirectes (B).

A- Les victimes directes

Les victimes directes désignent les personnes physiques qui *« subissent dans leur propre chair le dommage et ses préjudices directs »*[739] à l'occasion d'une activité imputable au service public hospitalier. Ainsi définies, ces victimes sont susceptibles d'appartenir à l'une des deux catégories distinctes qui participent à la rencontre médicale[740]. Il s'agit du malade ou patient et du praticien ou professionnel de santé, dont la relation au sein d'une formation

[737] T.C, 8 février 1873, *arrêt Blanco :* « Considérant que la responsabilité, qui peut incomber à l'Etat, pour les dommages causés aux particuliers par le fait des personnes qu'il emploie dans le service public, ne peut être régie par les principes qui sont établis dans le Code civil, pour les rapports de particulier à particulier ; Que cette responsabilité n'est ni générale, ni absolue ; qu'elle a ses règles spéciales qui varient suivant les besoins du service et la nécessité de concilier les droits de l'Etat avec les droits privés ; »

[738] « Le préjudice trouve sa source dans le dommage : il est l'expression de ses conséquences ». MURE A., *L'évolution du préjudice de la victime en droit de la responsabilité civile,* thèse de droit, Université de Grenoble-Alpes, 2019, p.42.

[739] LAMBERT-FAIVRE, Y, « L'indemnisation des victimes de préjudices non économiques », in *Les cahiers de droit,* 39 (2-3), 1998, pp 537-569, p.544.

[740] Académie Nationale de Médecine, « La relation médecin – malade », rapport adopté le 22 juin 2021 par 105 voix pour, 5 voix contre et 9 abstentions.

sanitaire publique leur confère un statut légal et réglementaire en vertu des règles du droit public. C'est ainsi que sur le fondement de ces règles en droit camerounais, le patient en tant qu'usager du service public hospitalier et le praticien en tant qu'agent public, peuvent être victimes des dommages issus des pratiques médicales et paramédicales, ainsi que du fonctionnement et de l'organisation dudit service.

Toutefois, bien qu'étant tous deux victimes directes, l'exercice de leur droit à indemnisation se manifestent différemment selon qu'il s'agisse de l'un ou de l'autre. Car, si le malade est fondé à engager la responsabilité du service public hospitalier (1) ; tel n'est pas toujours le cas pour le professionnel de santé, qui dispose préalablement de voies légales et réglementaires prévues par le statut général de la fonction publique ou par le code du travail selon qu'il appartienne respectivement à la catégorie de fonctionnaire ou de contractuel d'administration (2).

1- L'appréciation du patient - usager du service public hospitalier

Le patient est au sein de tout hôpital public, un usager du service public[741] qui bénéficie d'une prestation fournie dans le cadre d'une activité d'intérêt général. A ce titre, il n'entretient aucun lien contractuel[742] avec le médecin qui le soigne ; mais est soumis par un régime statutaire, aux règles légales et réglementaires qui irriguent le fonctionnement et l'organisation dudit hôpital en tant que service public. C'est ainsi qu'en vertu des principes d'égalité, de continuité, d'adaptabilité ou de mutabilité du service public, la formation sanitaire publique a le devoir de garantir l'égalité d'accès aux soins, la continuité des services notamment d'urgence, tout en s'adaptant aux exigences physiologiques et psychologiques en vue d'assurer le meilleur traitement thérapeutique possible. Aussi, *« en matière de soin, l'hôpital n'est ni opérateur économique, ni médecin libéral. Son régime de responsabilité repose sur la spécificité de la relation juridique entre l'usager et le service public qui implique des droits très particuliers des patients, et des obligations propres au service public »*[743]. En France, le patient, en tant qu'usager, dispose notamment du droit d'être entendu par un responsable de l'établissement ; du droit de recourir au sein de l'établissement aux représentants des usagers

[741] TC, 25 mars 1957, arrêts *Isaad Slimane et Chilloux, DP.* 1957, p.395, concl. Chardeau ; S. 1957, p.196, concl. Chardeau ; *JCP* 1957, II 10004, note Savatier ; *Rev. Adm.* 1957, p. 427, note Liet -Veaux ; *A.J.D.A* 1957, p.187, chron. Fournier et Braibant.
[742] CE, 22 mars 1967, C.H.U. Montpellier, *Rec.,* p.146.
[743] POLGE N., conclusions sur CE 25 juillet 2013, *Falempin,* n°339922, Leb. Publiées sur Arianeweb.

de l'établissement[744], à la commission des usagers[745], ou au médiateur médical ou non-médical de l'établissement selon la plainte[746] ; du droit à demander réparation amiable ou contentieuse d'un préjudice subi devant la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CRCI), et du droit d'agir en justice. Ces droits lui sont dévolus en réponse aux atteintes à l'intégrité physique dont il est victime.

En effet, en cas de survenance d'un dommage dans ses rapports avec le service public hospitalier, le patient est la victime immédiate de tout préjudice susceptible d'en découler ; en ce qu'il le subi directement dans sa chair, et en garde éventuellement les séquelles pour le reste de sa vie. Ces douleurs sont rangées dans la catégorie de *préjudices non économiques,* qui désignent la réalité des souffrances vécues, et que la doctrine et la jurisprudence ont limité à six chefs de préjudices que sont « *les souffrances endurées, le préjudice d'agrément, le préjudice sexuel, le préjudice esthétique, le préjudice juvénile et le préjudice de contamination par le virus du sida »*[747]. Ce sont ces caractères personnel et intime du dommage et des préjudices conséquents, qui imposent sans conteste et *« par la nature des choses, la distinction du « dommage corporel » initial de la victime directe, et des « préjudices par ricochet » des victimes médiates ».* Néanmoins il convient de relever qu'en cas de décès de la victime immédiate, la qualité de victime directe peut être dévolue à ses ayants droit qui n'agissent pas pour leurs propres préjudices dans cette hypothèse, mais pour ceux subis par le défunt et qui leur ont été transmis par voie successorale en vertu de la maxime *ex persona defuncti*[748]. Cette dernière est tirée du principe selon lequel *« toute personne victime d'un dommage, quelle qu'en soit la nature, a droit d'en obtenir l'indemnisation de celui qui l'a causé, peu importe qu'elle soit décédée avant d'avoir pu agir »*[749]. Autrement dit, le droit à réparation du dommage issu

---

[744] Aux termes des dispositions de l'article R. 1112-83 du Code de la santé publique, « Les représentants des usagers et leurs suppléants sont désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé parmi les personnes proposées par les associations agrées en application de l'article L. 1114-1 ».

[745] Article L.1112-3 du Code de la santé publique : « Dans chaque établissement de santé, une commission « usagers » a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes ».

[746] Article R. 1112-82 du Code de la santé publique : « Les médiateurs mentionnés au 2° du I de l'article R. 1112-81 sont un médiateur médecin et un médiateur non-médecin. Le médiateur non-médecin et son suppléant sont désignées par le représentant légal de l'établissement parmi le personnel non-médecin exerçant dans l'établissement. Le médiateur médecin et son suppléant sont désignés par le représentant légal de l'établissement parmi les médecins exerçant dans l'un des établissements mentionnés aux II à VI de l'article R.1112-81 ayant cessé d'y exercer la médecine ou des fonctions de médiateur depuis moins de cinq ans (…) ».

[747] LAMBERT-FAIVRE, Y., « L'indemnisation des victimes de préjudices non économiques », *op. cit.,*p. 545.

[748] LE TOURNEAU Ph. (dir.), *droit de la responsabilité et des contrats,* 11e éd., Dalloz, 2018-2019, n°3213, 190.

[749] BAILLON-WIRTZ N., « [Jurisprudence] La transmission à cause de mort du droit à la réparation du préjudice moral de la victime décédée », in *Lettre juridique,* n°257, 26 avril 2007. https://www.lexbase.fr/article-

des souffrances physiques et morales endurées par la victime avant son décès, se transmet à ses ayants droit ; et ce même lorsque la victime principale n'aura pas encore introduit de recours. Telle est la position du conseil d'Etat, qui à l'occasion d'une affaire, affirme que : « *considérant que le droit à la réparation d'un dommage, quelle que soit sa nature, s'ouvre à la date à laquelle se produit le fait qui en est directement la cause ; que si la victime du dommage décède avant d'avoir elle-même introduit une action en réparation, son droit, entré dans son patrimoine avant son décès, est transmis à ses héritiers* »[750]. Qu'en est-il de la victime directe qu'est le professionnel de santé ?

2- L'exclusion des professionnels de santé - agents publics

Les professionnels de santé – agents publics renvoient à tout fonctionnaire du corps de la santé publique ou tout contractuel d'établissement public hospitalier qui, lié à la formation sanitaire publique par un lien statutaire ou par un contrat de travail, assure des actes médicaux de diagnostic, de traitement, de soins, et des actes subséquents[751]. Le droit camerounais les range dans les corps des médecins, des chirurgiens-dentistes, des pharmaciens, des infirmiers, du génie sanitaire, des techniques médico-sanitaires, des techniques biomédicales et de l'administration de la Santé publique[752].

Dans l'exercice de leurs fonctions, ces praticiens sont susceptibles de subir des dommages classés dans la catégorie d'accidents du travail[753], ou dans celle des maladies professionnelles[754], leur attribuant ainsi la qualité de victime directe du service public

---

juridique/3209060-cite-dans-la-rubrique-bfamille-et-personnes-b-titre-nbsp-ila-transmission-a-cause-de-mort-du-droit-a

[750] CE, 29 mars 2000, n°195662, *Assistance Publique – Hôpitaux de Paris*, D. 2000, p. 563, note A. Bourrel. V. également : CE contentieux, 15 janvier 2001, n° 208958, AP-HP (N° Lexbase : A8879AQW), D. 2001, IR, p. 597.

[751] Article 3 alinéa 1 du décret n°2001/145 du 3 juillet 2001 portant
Statut particulier des fonctionnaires des corps de la Santé publique.

[752] Article 2 du décret n°2001/145 *précité.*

[753] Aux termes de l'article 2 de la loi n°77-11 du 13 juillet 1977 portant réparation et prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, *« 1. Est considéré comme accident du travail quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu à tout travailleur tel que défini à l'article 1er paragraphe 2 du code du travail. a) par le fait ou à l'occasion du travail ; b) pendant le trajet d'aller et retour entre : - sa résidence principale ou une résidence secondaire présentant un certain caractère de stabilité et son lieu de travail ; - le lieu de travail et le restaurant, la cantine ou, d'une manière générale, le lieu où il prend habituellement ses repas. c) pendant les voyages dont les frais sont mis à la charge de l'employeur en application du code du travail.*
2. Les dispositions des alinéas b et c ci-dessus sont applicables dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné par un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante, ou indépendant de l'emploi ».

[754] L'article 3 de la loi n°77-11 du 13 juillet 1977 suscitée considère comme maladie professionnelle, *« (…) toute maladie résultant de l'exercice de certaines activités professionnelles.*
2. Le lien de causalité existant entre la maladie et l'activité professionnelle est constaté au moyen des présomptions consignées dans les tableaux des maladies professionnelles établis par décret pris après avis de la commission nationale d'hygiène et de sécurité du travail ».

hospitalier qui les emploie. Toutefois, à la différence des patients qui disposent d'un recours en réparation conformément au droit commun au travers de la mise en cause de la responsabilité dudit service public, les professionnels de santé - agents publics ne peuvent pas exercer d'action en indemnisation des conséquences des dommages subis en saisissant le juge administratif à la suite d'une réponse non satisfaisante à leurs recours gracieux préalables. Ils disposent en outre d'une protection fonctionnelle matérialisée par la prise en charge par un organe administratif indépendant[755], dont la mission est de couvrir et de gérer les risques professionnels. Cet organisme répare les préjudices par le biais d'indemnités, mais également par la prise en charge ou le remboursement des frais nécessités par le traitement, la rééducation fonctionnelle, la réadaptation ou la reconversion professionnelle[756].

En droit français, l'exclusion du praticien hospitalier de l'exercice d'un recours en réparation conformément au droit commun[757], est assortie de l'exception de la faute inexcusable ou faute intentionnelle de l'employeur. Cette exception postule que *« si l'accident est dû à la faute intentionnelle de l'employeur ou de l'un de ses préposés, la victime ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du présent livre »*[758]. Le législateur français ouvre ainsi une brèche à l'accès au juge administratif afin de se rassurer que, dans l'hypothèse où le dommage serait le fait de l'employeur et qu'il ne serait pas prévu par le texte en vigueur, le principe de réparation intégrale puisse tout de même trouver pleine application. Tel n'est pas le cas en droit camerounais. En effet, aux termes de la loi portant réparation et prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, *« les contestations relatives à l'affiliation, au recouvrement des cotisations et au paiement des prestations prévues par la présente loi sont de la compétence de la commission nationale du contentieux de la prévoyance sociale crée par l'ordonnance n°73-17 du 22 mai 1973 portant organisation de la prévoyance sociale »*[759]. Si le législateur camerounais n'exclut pas explicitement les professionnels de santé – agents publics du recours en réparation devant le juge administratif, il semble tout de même attribuer

[755] En France cet organe administratif indépendant est la sécurité sociale en vertu du code la sécurité sociale, tandis qu'au Cameroun il s'agit de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) sur le fondement de la loi n°77-11 du 13 juillet 1977 portant réparation et prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.
[756] Article 18 de la loi n°77-11 du 13 juillet 1977 portant réparation et prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.
[757] Article L. 454-1du code de la sécurité sociale : *« Sous réserve des dispositions prévues aux articles L. 452-1 à L. 452-5, L. 454-1, L. 455-1 et L. 455-2 aucune action en réparation des accidents et maladies mentionnées par le présent livre ne peut être exercée conformément au droit commun, par la victime ou ses ayants droit ».*
[758] Article L. 452-5 du code de la sécurité sociale.
[759] Article 42 de la loi n°77-11 du 13 juillet 1977 *précitée*.

à la commission nationale du contentieux de la prévoyance sociale la compétence exclusive en matière de contestations relatives au paiement des prestations dues suite aux accidents du travail et maladies professionnelles. Ce faisant, bien qu'étant des victimes directes, les professionnels de santé ne peuvent pas engager la responsabilité du service public hospitalier qui les emploie pour les dommages subis dans l'exercice de leurs fonctions. Il en va autrement pour les victimes indirectes.

B- Les victimes indirectes

Les victimes indirectes renvoient à toute personne qui, justifiant soit d'une proximité de vie ou affective soit d'un lien juridique avec la victime directe, subit les répercussions du dommage de celle-ci sous forme de *« préjudices par ricochet »*. Dans le cadre de cette analyse, la qualité de victime indirecte est attribuée aussi bien par le lien indirect avec le dommage enduré par la victime immédiate, que par l'intérêt que confère le préjudice personnellement souffert par la personne qui s'en prévaut et qui la rend susceptible d'engager la responsabilité du service public hospitalier. A ce titre, cette qualité englobe à la fois les personnes physiques, notamment concernées par la proximité de vie ou affective, et les personnes morales généralement liées à la victime directe par un contrat, en l'occurrence d'assurance. Les premières qualifiées de victimes par ricochet (1), désignent les personnes *« qui n'ont pas subi d'atteinte à l'intégrité physique, donc pas de dommage corporel propre (…), mais qui néanmoins subissent des « préjudices par ricochet »*[760]. Tandis que les secondes, qualifiées de tiers payeurs (2), peuvent agir par le biais *« d'une action subrogatoire, et non pas d'une action personnelle contre le responsable »*[761] .

1- Les victimes par ricochet

Encore appelées par la grande majorité de la doctrine « victimes indirectes », les victimes par ricochet des dommages hospitaliers ne sauraient pourtant remplir à elles seules ce grand ensemble. Elles n'en représentent qu'une partie du fait de leur proximité de vie ou affective avec la victime directe, et sont exclusivement constituées de ses proches. Autrement dit, c'est du fait de cette proximité que *« le mal occasionné à la victime directe rejaillit sur eux,*

[760] LAMBERT-FAIVRE, Y., « L'indemnisation des victimes de préjudices non économiques », *op. cit.,*p. 544.
[761] *Ibid,* p. 560.

se « réfléchit » »[762] *;* leur causant de ce fait des préjudices qui leur sont propres. Pour être indemnisables, ces préjudices doivent être *« personnels (…), directs, licites et certains »*[763].

Pour ce qui est du caractère personnel, le préjudice doit être personnel à la victime par ricochet, à la différence du dommage qui est personnel à la victime directe. Cette nuance permet d'établir la distinction entre les victimes par ricochet et les ayants droit, qui eux agissent par voie successorale, sur la base du préjudice personnellement souffert par la victime médiate avant son décès. Le caractère direct quant à lui renvoie à l'exigence du lien direct entre la causalité et le dommage. En d'autres termes, le préjudice subi par la victime par ricochet se doit d'être la conséquence directe du dommage causé à la victime directe. Le caractère certain postule que le préjudice devrait être prouvée par la victime par ricochet qui l'allègue. S'il est plus facile de prouver le préjudice patrimonial au travers des factures et autres preuves de manque à gagner, il est par-contre difficile de le faire avec le préjudice extrapatrimonial qui est essentiellement immatériel et moral. En ce qui concerne le caractère licite, il est celui qui a le plus attiré l'attention de la doctrine et de la jurisprudence. En effet, pendant longtemps, le préjudice par ricochet indemnisable devait émaner de la *« lésion d'un intérêt légitime juridiquement protégé »* ou être causé à une personne qui justifie d'un lien de parenté ou d'alliance avec la victime directe. Telle est encore la position du droit camerounais en la matière. Toutefois en droit français, cette position a évolué le 27 février 1970 par le biais de *l'arrêt Dangereux*[764]*,* à l'occasion duquel le juge de cassation a censuré la décision de la cour d'appel qui a débouté une demanderesse de l'action en réparation introduite à la suite du décès de son concubin. Le conseil d'Etat, longtemps réticent, a emboîté le pas huit ans après en précisant que *« Dame Müesser qui vivant, depuis plusieurs années en concubinage avec le sieur Broquette, avait avec lui une liaison suffisamment stable et continue pour lui donner vocation à obtenir réparation du préjudice que lui a causé le décès de son compagnon »*[765]. Il y a tout de même lieu de relever qu'en ce qui concerne le préjudice moral, le juge fait une différence de traitement entre les conjoints mariés et les concubins. Ce préjudice est *« présumé chez les premiers, tandis qu'il doit être établi de manière certaines chez les seconds, notamment en prouvant que leurs relations sont « suffisamment stables et continues » »*[766]. De même, ce

[762] MOR G. & CLERC-RENAUD L., *Réparation du préjudice corporel - stratégies d'indemnisation - méthodes d'évaluation, op. cit.* p.540.
[763] LAMBERT-FAIVRE, Y, « L'indemnisation des victimes de préjudices non économiques », *op. cit.,*p. 560.
[764] C. Cass, chambre mixte du 27 février 1870, 68-10276, publié au Bulletin.
[765] CE, 3 mars 1978, *Müesser,* n°94827, Rec. p.116, JCP 1978 II. 18986, concl. Dondoux.
[766] LANTERO C., « Le préjudice causé par la mort d'un proche », *RFDA Revue française de droit administratif*, Dalloz, 2019, n°6, p.4.

préjudice est étendu lorsque les liens de sang le présument, tandis qu'il doit être établi en l'absence desdits liens.

Par ailleurs, les préjudices soufferts par les victimes par ricochet sont catégorisés en préjudices patrimoniaux et extrapatrimoniaux selon que la victime directe soit décédée ou non. C'est ainsi que les préjudices patrimoniaux sont constitués des frais d'obsèques[767], des pertes de revenus des proches en cas de décès[768] ou de survie[769] de la victime principale, et des frais divers des proches[770] ; Tandis que les préjudices extrapatrimoniaux sont constitués par le préjudice d'affection, le préjudice d'accompagnement en cas de décès de la victime directe, et le préjudice extrapatrimonial exceptionnel en cas de survie de la victime directe. Ces distinctions sont tirées de la nomenclature Dintilhac, issue du rapport de 2005, et appliquée par le conseil d'Etat[771], notamment en ce qui concerne les préjudices extrapatrimoniaux. L'attention portée par les juges sur l'appréciation du préjudice subi par la victime dans cette dernière catégorie, justifie la délocalisation de sa réparabilité de l'exigence d'un lien de parenté ou de filiation, à l'existence d'un lien affectif. De ce fait, *« un lien de parenté ne suffit pas à établir un préjudice moral[772] et, inversement, l'absence de lien juridique avec la victime n'empêche pas la reconnaissance d'un préjudice moral[773] »[774].* Ces préjudices soufferts par la victime par ricochet échappent très souvent à l'indemnisation des tiers payeurs.

2- Les tiers payeurs

Les tiers payeurs désignent toute personne physique ou morale chargée de verser aux victimes d'un dommage corporel, des prestations permettant de couvrir les frais médicaux, de

[767] Les frais d'obsèques concernent *« les frais de sépulture que vont supporter les proches de la victime directe consécutifs à la survenance du dommage. Ces frais font l'objet d'une évaluation concrète fondée sur une facture établie en bonne et due forme »*. MOR G. & CLERC-RENAUD L., *Réparation du préjudice corporel - stratégies d'indemnisation - méthodes d'évaluation, op. cit.* p.543.

[768] En cas de décès de la victime directe, la perte de revenus des proches *« comprend à la fois les revenus perdus par les proches du vivant de la victime directe lorsqu'ils ont dû cesser totalement ou partiellement leurs activités pour servir de tierces personnes et après le décès les pertes de revenus du foyer »*. MOR G. & CLERC-RENAUD L., *Réparation du préjudice corporel - stratégies d'indemnisation - méthodes d'évaluation, op. cit.* p.544.

[769] En cas de survie de la victime directe, *« le handicap dont reste atteint la victime directe à la suite du dommage corporel va engendrer une perte ou une diminution de revenus pour son conjoint (ou son concubin) et ses enfants à charge. Dans ce cas, il y a lieu de prendre comme élément de référence, le préjudice annuel du foyer avant le dommage ayant entraîné son handicap en tenant compte de la part d'autoconsommation de la victime et du salaire qui continue à être perçu par son conjoint (ou son concubin) »*. MOR G. & CLERC-RENAUD L., *Réparation du préjudice corporel - stratégies d'indemnisation - méthodes d'évaluation, op. cit.* p.545.

[770] Les frais divers des proches renvoient principalement aux frais de transports, à l'hébergement et à la restauration.

[771] CE, 28 mai 20154, *AP-HP,* n°351237.

[772] CAA Bordeaux, 7 avr. 2016, n° 14BX00011.

[773] CAA Douai, 29 nov. 2018, FGTI, n° 18DA00335.

[774] LANTERO C., « Le préjudice causé par la mort d'un proche », *RFDA Revue française de droit administratif*, Dalloz, 2019, n°6, p.6.

compenser les pertes de revenus ou les conséquences économiques du handicap. Ils renvoient notamment aux assureurs sociaux, employeurs publics ou privés, mutuelles, ou aux sociétés d'assurance. Au Cameroun, la loi de 1980 modifiant et complétant celle de 1977 portant réparation et prévention des accidents de travail et des maladies professionnels dispose en son article 1er que *« (2) : La couverture et la gestion de ces risques sont confiées à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale. (3) Toutefois, en ce qui concerne le personnel de l'Etat relevant du code du travail, la couverture et la gestion des risques sont assurées par l'Etat lui-même suivant les règles fixées par la présente loi »*[775]. Dans le cadre de cette analyse, ils sont classés dans la catégorie de victime indirecte en vertu du lien indirect avec le dommage subi par la victime principale, tout comme les victimes par ricochet. Toutefois à la différence de ces dernières, les tiers payeurs n'exercent pas contre le service public hospitalier une action personnelle, parce qu'étant dépourvus d'un préjudice propre. Leur action se justifie en réalité par leur subrogation dans les droits de la victime directe à la seule condition *« qu'il y ait une relation de causalité entre la prestation servie et le fait générateur du dommage »*[776]. Car par le recours subrogatoire, *« les droits de la victime contre le tiers responsable sont transférés au tiers payeur dans la limite des prestations servies ou des prestations futures normalement prévisibles »*[777].

En effet, le lien de causalité[778] devant exister entre les prestations servies et le dommage, impose que celles-ci aient un caractère indemnitaire afin de faire l'objet d'un recours subrogatoire. C'est ainsi qu'en droit français, seules les prestations indemnitaires sont citées à l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985[779], comme imputables sur les indemnités allouées à la victime au titre du recours subrogatoire. Ces prestations, classées selon le tiers payeur subrogé, concernent les frais de traitement médical et de rééducation pour tous les tiers payeurs ; toutes les prestations versées pour les organisme, établissement ou service gérant le régime obligatoire de sécurité sociale ; les traitements, soldes et indemnités accessoires servis pendant la période d'interruption de service et les frais médicaux pour l'Etat, les collectivités locales, les établissements publics ou la caisse des dépôts et consignations ; les indemnités journalières et

[775] Article 1er de la loi n°80-05 du 14 juillet 1980 modifiant la loi n°77-11 du 27 juillet 1977 portant réparation et prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.
[776] MOR G. & CLERC-RENAUD L., *Réparation du préjudice corporel - stratégies d'indemnisation - méthodes d'évaluation, op. cit.* p.392.
[777] *Ibid.* p.391.
[778] Civ. 2e, 6 juin 1996, n°95-50.086, PII, n°188 ; *RCA* 1995, n°97, H. Groutel ; *RTD* civ. 1997. 149, obs. JOURDAIN P., « Recours des tiers payeurs : la deuxième chambre civile rejoint la Chambre criminelle en exigeant un lien de causalité entre le dommage et l'étendue des prestations versées ».
[779] Article 29 de la loi n°85-677, 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et l'accélération des procédures d'indemnisation.

prestations d'invalidité pour les mutuelles ; les salaires et accessoires du salaire maintenus pendant la période d'interruption de l'activité pour les employeurs ; les indemnités journalières de maladie et prestations d'invalidités pour les sociétés d'assurance. De plus, le recours subrogatoire des tiers payeurs ne peut être exercé que *« sur les seules indemnités pour lesquelles ils ont effectivement versés des prestations et à due concurrence des sommes allouées pour chaque poste de préjudice »*[780]. Telle est l'innovation de la loi du 21 décembre 2006[781], en son article 25, qui porte sur l'assiette du recours subrogatoire des tiers payeurs.

De même, le caractère indemnitaire des prestations susceptibles de faire l'objet d'un recours subrogatoire est également une exigence en droit camerounais. En effet, en vertu de l'article 39 alinéa 3 de loi de 1980 modifiant celle de 1977 portant réparation et prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles, *« nonobstant une action en dommages-intérêts intentée par la victime ou ses ayants droit, la caisse nationale de prévoyance sociale peut exercer un recours direct pour la récupération des prestations versées dans les cas d'accidents où la responsabilité d'un tiers est engagée »*[782]. Cette précision légale fonde le recours subrogatoire de la caisse, prise comme tiers payeur, contre le tiers responsable dont la responsabilité a été engagée en droit camerounais. Toutefois, *« la victime ou ses ayants droit est admise à faire valoir les droits résultant pour elle de l'action en indemnité formée conformément à l'article L. 376-1 par priorité sur ceux des caisses en ce qui concerne son action en remboursement des déboursés »*[783]. Cette responsabilité est généralement engagée dans le cadre du service public hospitalier, pour violation des droits des patients.

II- Les droits des patients

Ces droits représentent la fin du paternalisme médical et, bien plus qu'un avènement, la matérialisation de la démocratie sanitaire. En effet, la reconnaissance et la protection des droits des patients constituent l'apogée de la démocratie sanitaire, dont l'avènement a été un long processus. Longtemps dominant dans la relation médecin-patient, les pouvoirs du médecin ont tout d'abord été cantonnés[784] et livrés à la déontologie, *« connaissance de ce qui est juste et convenable »*[785], dans le but de les limiter par des devoirs et obligations. Ensuite, de cette

[780] MOR G. & CLERC-RENAUD L., *Réparation du préjudice corporel - stratégies d'indemnisation - méthodes d'évaluation, op. cit.* p.409.
[781] Loi n°2006-1649, 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité sociale pour 2007, *JO* 22 déc. P. 19315.
[782] Article 39 alinéa 3 de la loi n°80-05 du 14 juillet 1980 modifiant la loi n°77-11 du 27 juillet 1977 portant réparation et prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.
[783] Article L376-2 du code de la sécurité sociale.
[784] BINET J-R., *Droit médical,* Montchrestien, 2010, p.11.
[785] BENTHAM J., *Déontologie, ou science de la morale,* J. P Méline, éd., Bruxelles, 1834, p.37.

déontologie médicale, se détachera la bioéthique entendue comme *« une méthode dont les notions d'autonomie et de consentement de l'individu deviennent les prémisses »*[786], et prônant ainsi des exigences éthiques qui s'imposeront progressivement à la relation médicale. Enfin, ces exigences seront reconnues et consacrées par des textes internationaux[787] et nationaux[788], enclenchant de ce fait le phénomène de leur judiciarisation tout en influant sur la législation relative aux droits des patients. Originaire de cette évolution, ces derniers ont acquis opposabilité et force obligatoire par le biais du droit à réparation de chaque victime, qui constitue la base même de la mise en cause de la responsabilité médicale et hospitalière devant les juridictions.

Aussi, des droits des patients peuvent de nos jours être classés en deux catégories. D'une part ceux qui se rattachent à la dignité humaine (A), et qui renvoient pour l'essentiel aux droits subjectifs inhérents à la personne humaine et relatifs au domaine de la santé ; et d'autre part ceux qui sont liés à la thérapeutique médicale et hospitalière (B).

A- Les droits des patients attachés à la dignité humaine

La dignité humaine est une notion plus philosophique que juridique, bien qu'elle constitue le socle de l'ensemble des droits inhérents à la personne humaine. C'est en vertu du respect du principe de dignité que l'Homme est traité avec égard, toujours comme une fin et jamais simplement comme un moyen[789]. *« Ce respect interdit qu'une personne soit instrumentalisée, humiliée, exploitée ou, a fortiori, niée dans sa qualité de membre de la communauté humaine »*[790]. Ainsi appréhendée dans le cadre de cette analyse, la notion de dignité humaine est très présente en médecine ; aussi bien pour ce qui est des recherches médicales, qu'en ce qui concerne les aspects préventif et curatif de la santé de l'homme. Elle sous-tend non seulement les initiatives de santé publique, mais elle est également le socle de la

---

[786] KOUCHNER C., *Les droits des malades,* Dalloz, Paris, 2012, p.13.

[787] La convention du Conseil de l'Europe pour la protection des droits de l'Homme et de la dignité à l'égard des applications de la biologie et de la médecine signée le 4 avril 1997 ; Le protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme portant sur l'interdiction du clonage humain ; L'article 1er du Code de Nuremberg élaboré en 1947, qui retient le caractère *« absolument essentiel »* du consentement volontaire du malade ; l'article 11 de la Déclaration d'Helsinki de l'Association médicale mondiale de 1963 qui dispose que *« Il est du devoir des médecins participant à la recherche médicale de protéger la vie, la santé, la dignité, l'intégrité, le droit à l'auto-détermination, la vie privée et la confidentialité des informations des personnes impliquées dans la recherche ».*

[788] La loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique.

[789] KANT E., *Fondement de la métaphysique des mœurs,* 1785. « Agis de telle sorte que tut traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme un moyen ». in (KANT E., *Fondement de la métaphysique des mœurs,* Trad. V. Delbos, livre de poche, 1993).

[790] OBERDORFF H., « La dignité de la personne humaine, fondement des droits de l'homme », in *Droits de l'homme et libertés fondamentales,* Lextenso, Août 2021, 9782275098821.

relation de confiance entre les praticiens et les patients. Ainsi, la dignité humaine est le fondement direct du droit à la protection de la santé (1), et du droit à la confidentialité du patient (2).

1- Le droit à la protection de la santé

Le droit à la protection de la santé est, à la différence du droit à la santé, un droit-créance[791] détenu par l'individu, car l'obligation de moyens y affiliée est principalement mise à la charge des personnes morales de droit public, et de façon prioritaire de l'Etat[792] qui en est le débiteur principal. Il fait l'objet d'une consécration plurielle, aussi bien sur le plan international que sur les plans nationaux propres à chaque Etat. Sur le plan international, le droit à la protection de la santé est reconnu et proclamé dans les textes à caractère universel tels que la Déclaration universelle des droits de l'Homme[793], le Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels de 1966[794]. Aussi, la constitution de l'Organisation mondiale de la santé[795], les conventions relatives à la lutte contre les discriminations – raciales[796] ou à l'encontre des femmes[797] – ou encore de celles sur les droits de l'enfant[798], en font mention de façon plus spécifique.

Sur les plans nationaux, ce droit est consacré par divers textes internes aussi bien en France qu'au Cameroun. En France on peut citer le préambule de la constitution de 1946[799], les décisions du Conseil constitutionnel[800], la charte du patient hospitalisé[801], la loi de 2002 relative

---

[791] GRÜNDER T., « section 1. Le droit à la protection de la santé », *La Revue des droits de l'Homme* [en ligne], 1/2012, mise en ligne le 30 juin 2012, consulté le 23 juin 2023. URL : http://journals.openedition.org/revdh/135 ; p.214. « L'expression droit-créances est communément utilisée pour désigner une intervention positive des pouvoirs publics. »

[792] *Ibid.,* p.213.

[793] Article 25 alinéa 1 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme.

[794] Article 12 du Pacte international des droits économiques, sociaux et culturels de 1966.

[795] La constitution du 26 juillet 1946 de l'Organisation mondiale de la santé dispose que *« la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain ».*

[796] Article 5 alinéa e-IV.

[797] Article 11 alinéa 1-f et article 12.

[798] Article 24 alinéa 1 de la Convention du 20 novembre 1989.

[799] L'alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1946 indique que la Nation *« garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».*

[800] Cons. Const., 15 janv. 1975, *IVG,* n°74-54 ; Cons. Const., 22 juill. 1980, *contrôle des matières nucléaires*, n°DC 80-117. Par ces décisions, le Conseil constitutionnelle confère une valeur constitutionnelle au principe de protection de la santé.

[801] Circ. 6 mai 1995, *BO* santé 1995/21 ; remplacé par circ. N°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90, 2 mars 2006, relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée : *BO* santé 15 mai 2006, n°4.

aux droits des malades et à la qualité du système de santé[802], la loi de 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, la loi de 2009 dite HPST, la loi de 2006 de modernisation du système de santé, et la loi du 2 février 2016. Au Cameroun, ce droit est tout d'abord reconnu par référence aux textes internationaux fait par le préambule de la Constitution de 1996 révisée en 2008, qui indique que le Peuple Camerounais *« Affirme son attachement aux libertés fondamentales inscrites dans la Déclaration universelle des droits de l'Homme, la Charte des nations unies, la Charte africaine des droits de l'Homme et des Peuple et toutes les Conventions internationales y relatives et dûment ratifiées (…) »*[803]. Cette disposition réceptionne en droit camerounais, tous les droits et libertés fondamentaux prônés par les textes internationaux sus cités, y compris le droit à la protection de la santé. Aussi, la loi de 1996 portant loi cadre dans le domaine de la santé[804], ainsi que le décret de 2000 portant sur les modalités d'exercice du droit à la santé du fonctionnaire[805] consacrent le droit à la protection de la santé, qu'ils attribuent prioritairement à l'Etat, tout en précisant son implication.

Ce droit est de nature abstraite, en ce que la santé en elle-même est une notion immatérielle qui désigne l'*« état de complet bien-être physique, moral et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »*[806]. De ce fait, l'effectivité du droit à la protection de la santé nécessite son aménagement par des actions concrètes qui le traduisent, à l'instar du droit à la sécurité sanitaire, et du droit à l'accès aux soins. En ce qui concerne le droit à la sécurité sanitaire, il est un droit-créance imputable aux pouvoirs publics qui ont la charge et même l'obligation de prendre toutes les mesures nécessaires à la prévention des risques sanitaires par l'exercice de la police sanitaire et l'encadrement des actions sanitaires. Il s'agit d'une obligation de moyens, qui consiste à contrôler ce qui a été fait par les pouvoirs publics pour empêcher que surviennent les scandales médicaux[807]. Aussi, la notion de sécurité

[802] La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, qui insère dans le code de la santé public un titre premier intitulé *« droits des personnes malades et des usagers du système de santé »*.

[803] Le préambule de la Loi n°96/06 du 18 janvier 1996 Portant révision de la Constitution du 02 juin 1972, modifiée et complétée par la loi n°2008/001 du 14 avril 2008.

[804] L'article 4 de la loi n°96/03 du 04 janvier 1996 portant loi cadre dans le domaine de la santé précise que *« La politique nationale de santé s'appuie sur (…) la protection et la promotion de la santé des groupes vulnérables et défavorisées notamment les femmes, les enfants, les adolescents, les personnes du troisième âge, les indigents et les handicapés »*.

[805] L'article 2 du décret n°2000/692/PM du 13 septembre 2000 portant sur les modalités d'exercice du droit à la santé du fonctionnaire dispose que *« l'Etat est tenu d'assurer la protection du fonctionnaire contre les accidents et maladies d'origine professionnelle »*.

[806] Préambule de la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé signée par les représentants de 61 Etats le 22 Juillet 1946, et qui est entrée en vigueur le 7 Avril 1948.

[807] En France, l'on distingue entre autres le scandale du Distilbène, qui est un médicament initialement destiné à prévenir les fausses couches chez les femmes enceintes, mais qui a plutôt causé des malformations chez les bébés filles en 1970 ; le scandale du sang contaminé en 1991 qui, suite à son ampleur, a été à l'origine de la loi n°98-535

sanitaire repose sur une obligation d'évaluation[808], une obligation de précaution[809], une exigence d'impartialité de l'expertise et de la décision, et un principe de transparence de l'information[810]. La violation de ces obligations par faute, négligence, ou abstention est susceptible d'engager la responsabilité de l'Etat devant le juge administratif. Tel a été le cas dans l'affaire du Mediator, qui est un antidiabétique prescrit sans autorisation de mise sur le marché (AMM), et qui a provoqué à ses consommateurs de graves maladies comme l'hypertension artérielle pulmonaire et la valvulopathie cardiaque et a été à l'origine de 500 à 1000 décès en France, ainsi que de 1750 interventions en chirurgie cardiaque selon l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). La responsabilité de l'Etat a été retenue dans ce cas par le juge administratif du fait de l'abstention de l'AFSSAPS, à prendre des mesures de police sanitaire consistant *« en la suspension ou le retrait de l'autorisation de mise sur le marché du Mediator »*[811]. Pour pallier ces manquements, des mesures supplémentaires ont été prises par les pouvoirs publics français en vue de renforcer la sécurité sanitaire ; il s'agit notamment du remplacement de l'AFSSAPS par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), mais aussi de la création[812] et mise en service *« d'agences, de comités et d'institutions nationales organisant la « vigilance sanitaire »*[813] *»*[814].

Au Cameroun, le droit à la sécurité sanitaire se matérialise d'une part par la mise en place par les pouvoirs publics d'un système de prévention sanitaire ; et d'autre part au moyen des actions de l'inspection générale des services médicaux et paramédicaux, et de l'inspection

---

du 1er juillet 1998 « relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme » et par ricochet de la création de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) remplacée en 2011 par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

[808] L'obligation d'évaluation consiste à la recherche des connaissances sur l'efficacité, la sécurité et la qualité des soins.

[809] L'obligation de précaution commande de n'agir que lorsque le rapport entre les bénéfices et les soins de l'intervention est favorable. Il s'agit en effet pour le praticien, de s'assurer autant que faire se peut que les bénéfices de la décision sanitaire est susceptible de produire, justifient la prise de risque en l'état des connaissances.

[810] LAUDE A., TABUTEAU D., *Les droits des malades,* Presses universitaires de France, coll. *Que sais-je ?* 2e éd., Paris, 2018, p.59.

[811] CE, 2ère et 6e ch. Réunies, 9 nov. 2016, *Faure c/ Min. Affaires sociales, Santé et Droits de la femme,* n°393902 et n°393926.

[812] L'ordonnance n°2016-462 du 14 avril 2016 a créé l'Agence nationale de la santé publique ; et le décret n°2016-52 du 26 avril 2016 a précisé l'organisation ladite Agence, ses missions et les relations avec les services de l'Etat en lien avec son domaine d'action.

[813] La vigilance sanitaire regroupe en la matériovigilance (article R.5212-1 du Code de la santé publique) ; l'hémovigilance consistant à surveiller les produis sanguins ; la pharmacovigilance qui tend à surveiller les effets indésirables et graves des médicaments au cours des traitements chez les patients ; la biovigilance qui surveille les éventuels incidents et effets indésirables chez le donneur et le receveur, issus des transplantations et autre utilisation des produits dérivés du corps humain.

[814] LANTERO C., *Les droits des patients,* LGDJ, éd. Lextenso, Paris, 2018, p.34.

générale des services pharmaceutiques et des laboratoires. En ce qui concerne le système de prévention sanitaire, il consiste en la déclaration obligatoire des maladies contagieuses[815], les vaccinations ; et le contrôle sanitaire aux frontières. En effet, la loi du 16 avril 2001 portant nomenclature et règlement zoo sanitaire des maladies du bétail réputées légalement contagieuses et à déclaration obligatoire, fixe la liste des dites maladies ainsi que les mesures prises pour les combattre[816], notamment au travers des actions de la police sanitaire[817] appropriées. Les vaccinations quant à elles font l'objet de mesures contraignantes dans le cadre des vaccinations obligatoires, mais aussi d'un programme élargi de vaccination (PEV) au Cameroun, dont la mission est *« de contribuer à réduire la morbidité et la mortalité infantile en assurant au niveau national un système de vaccination performant, équitable, viable et parfaitement intégré au système de santé national »*[818]. Relativement au contrôle sanitaire aux frontières, il fait l'objet de l'arrêté du 25 mai 1959 fixant la réglementation applicable au contrôle sanitaire aux frontières en matière de certificats de vaccination internationaux qui prévoit que *« toute personne effectuant un voyage international est tenue de produire, tant à son arrivée sur le territoire de l'Etat du Cameroun qu'à son départ, les certificats internationaux valables de vaccination contre la variole et la fièvre jaune conformes aux modèles annexés au règlement sanitaire international »*[819].

En outre, le droit à la sécurité sanitaire est aménagé au Cameroun par la création des institutions à l'égard de la Commission mixte de coordination et de suivi des comités nationaux de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, ainsi que les inspections générales du ministère de la Santé publique ; notamment l'inspection générale des services médicaux et paramédicaux et l'inspection générale des services pharmaceutiques et des laboratoires. Ces dernières, constituées de cinq inspecteurs chacune, sont respectivement chargées

> *« - du contrôle des formations sanitaires publiques, privées et des autres administrations publiques ; - de l'inspection sanitaire sur la base des normes ; - du suivi de l'application des protocoles de soins ; - du contrôle des performances des*

[815] L'article 3 de la loi n°2001-6 du 16 avril 2001 portant nomenclature et règlement zoo sanitaire des maladies du bétail réputées légalement contagieuses et à déclaration obligatoire énumère
[816] Article 1 de la loi n°2001-6 du 16 avril 2001 portant nomenclature et règlement zoo sanitaire des maladies du bétail réputées légalement contagieuses et à déclaration obligatoire.
[817] La police sanitaire désigne *« l'ensemble des mesures hygiéniques et médicales légales, susceptibles d'éviter l'apparition et la diffusion des maladies réputées légalement contagieuses ».* Les actions de police sanitaire renvoient à *« toute décision des autorités compétentes tendant à obliger les détenteurs d'animaux à prendre certaines mesures, ou au contraire à leur en interdire d'autres.* (Article 2 de la loi n°2001-6 du 16 avril 2001).
[818] Ministère de la Santé publique, *Plan d'action 2014 – Programme élargi de vaccination – Cameroun,* janvier 2014, p.5.
[819] Article 1er de l'arrêté n°1581/CAB/PM du 25 mai 1959 fixant la réglementation application au contrôle sanitaire aux frontières en matière de certificats de vaccination internationaux.

projets et programmes de santé; - de l'évaluation permanente du système de santé ; - de l'exploitation des rapports d'audit technique sur le fonctionnement des formations sanitaires: - du contrôle du respect de l'éthique, de la déontologie et de la réglementation dans l'exercice des professions de la santé ; - de l'information du Ministre sur la qualité du fonctionnement et du rendement des structures sanitaires; - de la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre la corruption au sein du Ministère »[820] *;* mais également *« - du contrôle des établissements de fabrication, de stockage et de vente de produits pharmaceutiques ainsi que des laboratoires d'analyses médicales ; - de la constatation des infractions aux règles professionnelles relevées dans l'exercice de la pharmacie el de la biologie médicale; - de la conduite des enquêtes prescrites par l'autorité sanitaire; - de la recherche et de la constatation des infractions à la législation sur l'exercice de la pharmacie, à l'exclusion de celles relevant du domaine des prix ; - de la disponibilité et de l'accessibilité du médicament auprès du consommateur ; - du contrôle de la conformité aux normes et aux organisations internationales en matière de pharmacie et d'analyse médicale ; - de l'information du Ministre sur la qualité du fonctionnement el du rendement des structures pharmaceutiques et des laboratoires; - de la lutte contre les médicaments contrefaits et le trafic illicite des médicaments; - de la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre la corruption au sein du Ministère »*[821].

Par ailleurs, le droit à la protection de la santé se matérialise par le droit d'accès aux soins. En effet, aux termes du Code de la santé publique en français,

Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible [822].

Ainsi, le droit d'accès aux soins postule tout d'abord une liberté d'accès aux soins, qui comporte le libre choix de l'établissement de santé et du praticien par le malade conformément à l'organisation des services, des consultations, et des gardes au sein dudit établissement. Il renvoie ensuite à l'égalité d'accès aux soins, qui implique une *« une prise en charge financière de la maladie et une lutte effective contre les discriminations »*[823] *;* au sens du code de

[820] Article 7 du décret n°2013/093 du 03 Avril 2013 portant organisation du ministère de la Santé publique.
[821] Article 8 du décret n°2013/093, *précité.*
[822] Article L. 1110-1 du code de la Santé publique.
[823] KOUCHNER C., *Les droits des malades, op. cit.,* p.68. Cette prise en charge financière est assurée en France par la sécurité sociale, et ce en vertu de l'ordonnance du 4 octobre 1945 portant création de la sécurité sociale qui dispose dans l'exposé de ses motifs que qu'elle est *« la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans les conditions décentes. Trouvant sa justification dans un souci élémentaire de justice sociale, elle répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain (…) ».* Au Cameroun, la prise en charge financière des soins est encore très embryonnaire, avec la récente mise en œuvre par le ministère de la Santé publique de la Couverture santé universelle (CSU) officiellement lancée le 12 avril 2023 à Mandjou par Bertoua dans la région de l'Est. Néanmoins, l'on assistait déjà à une prise en charge restreinte à certains domaines tels que la dialyse, le

déontologie des médecins au Cameroun, lequel dispose que *« Le médecin doit soigner avec la même conscience tout malade quels que soient sa condition, sa nationalité, sa religion, sa réputation et les sentiments qu'il lui inspire »*[824]. L'accès aux soins fait enfin référence à la continuité et à la permanence des soins, qui impose au praticien de ne pas interrompre la prise en charge du malade, sous peine de commettre une faute professionnelle susceptible d'engager sa responsabilité personnelle ou celle de l'établissement qui l'emploie. L'accès aux soins permet aussi au système de santé de garantir la permanence des soins au moyen des services ou centre d'urgences médicales, et de la médecine de garde et d'astreinte en milieu hospitalier. Quoiqu'il en soit, l'effectivité du droit à la protection de la santé s'exerce en tenant compte du respect du droit à la confidentialité du patient.

2- Le droit à la confidentialité du patient

Selon le dictionnaire Larousse 2010, le vocable « confidentialité » désigne le caractère d'informations devant rester secrètes ou réservées à un nombre restreint de personnes. Il fait référence à la vie privée. De ce fait, le droit à la confidentialité renvoie au droit à la vie privée. Ce dernier, consacré par des textes internationaux et nationaux à l'instar de la Convention européenne des droits de l'Homme[825] (CEDH), de la Charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples[826] (CADHP), du préambule de la Constitution du Cameroun[827], le code civil français[828] ; postule dans le contexte sanitaire, la nécessité de garder confidentielles les informations relatives à l'état de santé du patient, au diagnostic et aux protocoles de traitement. Il s'agit en d'autres termes du droit au secret médical.

En effet, tel que consacré à l'article L.1110-4 du code de la santé publique français, lequel dispose que *« toute personne prise en charge (…) a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant » ;* le secret médical englobe les données personnelles communiquées par le patient au praticien à l'occasion de la consultation, celles découvertes par le praticien lors du diagnostic, ainsi que celles venues à la connaissance du praticien par le biais

paludisme simple et grave chez les enfants de 0 à 5 ans, le VIH, l'onchocercose, la tuberculose ou encore la vaccination, et les interventions de santé communautaire.

[824] Article 2 alinéa 1 du décret n°83-166 du 12 avril 1983 portant code de déontologie des médecins.

[825] Article 8 de la Convention européenne des droits de l'Homme : *« Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance ».*

[826] Article 4 de la Charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples : *« La personne humaine est inviolable. Tout être humain a droit au respect de sa vie et à l'intégrité physique et morale de sa personne. Nul ne peut être privé arbitrairement de ce droit. »*

[827] Préambule de la Constitution de la République du Cameroun dispose que *« Le secret de toute correspondance est inviolable. Il ne peut y être porté atteinte qu'en vertu des décisions émanant de l'autorité judicaire ».*

[828] L'article 9 du code civil français indique que *« chacun a droit au respect de sa vie privée ».*

d'un tiers. Il s'impose au médecin, à tout professionnel de santé de son équipe, et à tout cadre administratif de l'établissement de santé au sein duquel le malade est pris en charge ; et demeure même après la mort du patient[829] ou la radiation du médecin[830]. Le secret médical s'oppose d'une part vis-à-vis des assurances qui, dans l'exerce de leur fonction notamment dans le cadre de l'assurance santé ou décès, peuvent être amenées au travers de leur médecin-conseil à violer ce secret médical dans le cadre de la dénonciation d'un contrat pour défaut de sincérité de l'assuré. Dans une telle hypothèse, il appartient au juge *« d'apprécier l'équilibre entre cette règle et l'obligation de sincérité qui préside à la conclusion des contrats d'assurance »*[831]. D'autre part, le secret médical s'oppose vis-à-vis de la justice, en ce que le médecin ne saurait être contraint de témoigner en justice, et ce même avec l'autorisation du patient. De même, en matière de perquisitions, le code de procédure pénale français précise en son article 56-3 que *« les perquisitions dans le cabinet d'un médecin, d'un notaire ou d'un huissier sont effectuées par un magistrat et en présence de la personne responsable de l'ordre ou de l'organisation professionnelle à laquelle appartient l'intéressé ou de son représentant ».* Si cette condition est de nature à opposer le secret professionnel en général et le secret médical en particulier à la justice, il convient tout de même de retenir que le juge est seul à trancher lorsque la protection de ce secret se heurte à l'intérêt général ; de même qui lui revient de *« composer avec la garantie de ces deux objectifs, non pas sans glisser que la manifestation de la vérité (qui touche à l'intérêt général, surtout dans la procédure pénale) peut primer des intérêts plus catégoriels »*[832].

Au Cameroun, le secret médical est consacré à l'article 4 du code de déontologie des médecins, qui indique que *« sauf dispositions contraires de la loi, le secret professionnel s'impose au médecin tant qu'en conscience, il ne porte pas atteinte à l'intérêt du malade ».* Tel que présenté par ces dispositions, le secret médical en droit camerounais est un devoir déontologique du médecin, qui bien que prescrit dans l'intérêt du malade, n'en constitue tout de même pas un droit pour lui au sens du droit français. Néanmoins, en tant que secret professionnel, il fait l'objet d'aménagement par le code pénal qui en fait une infraction en précisant en son article 310 que *« (1) Est puni d'un emprisonnement de trois (03) mois à trois (03) ans et d'une amende de vingt mille (20 000) à cent mille (100 000) francs, celui qui révèle,*

[829] Cass. Crim., 19 déc. 1885, *Wattelet, Bull. crim.* 1885, n°363; S. 1886, p. 86.
[830] CE, 17 juin 1998, *Min du budget c. Chung,* n°156532, au Rec.
[831] LANTERO, C. *Les droits des patients, op. cit.,* p.63.
[832] LANTERO C., *Les droits des patients, op. cit.,* p.65.

sans autorisation de celui à qui il appartient, un fait confidentiel qu'il n'a connu ou qui lui a été confié qu'en raison de sa profession ou de sa fonction »[833].

Néanmoins, le droit au secret médical fait l'objet de diverses dérogations, dont l'aménagement explicite prévoit l'hypothèse du secret partagé et celle de la révélation d'informations. Pour ce qui est du secret partagé, il est prévu aux termes des dispositions de l'article 1110-4 du code de la santé publique français ; lesquels indiquent qu' *« un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ».* Aussi, le principe est celui du partage d'informations entre professionnels de la même équipe et dans le but de garantir une prise en charge de qualité au patient. Toutefois, il est prévu l'exception du partage d'informations entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe, dans ce cas, le consentement préalable du patient est requis par tout moyen.

En ce qui concerne la révélation d'informations, elle est faite aux proches et aux tiers selon des conditions précises. Les informations peuvent être délivrées aux proches en cas de pronostic fatal, sauf opposition du patient ou désignation par lui d'une personne de confiance ; telle est la position du droit français[834] et du droit camerounais[835] en la matière. De même, en cas de décès du patient, les ayants droits sont susceptibles d'accéder aux informations leur permettant de connaître les causes de la mort[836], de défendre l'honneur du défunt, et de faire valoir leurs droits[837]. L'accès à ces informations n'est possible qu'à la suite d'une demande expresse de ceux-ci, et dans les limites du but poursuivi. En outre, la communication des informations aux tiers n'est possible que dans le cadre des déclarations obligatoires en vue de préserver la santé publique ; et dans le cadre des déclarations autorisées, notamment en cas de procédures judiciaires. Pour cette dernière hypothèse, le code pénal camerounais prévoit que le médecin ou chirurgien sont tenus au secret professionnel, *« sauf dans la limite d'une réquisition légale ou d'une commission d'expertise »*[838]. En dépit de ces quelques dérogations, le secret médical qui constitue le droit à la confidentialité du patient, est un élément indispensable pour la préservation de la dignité humaine en matière médicale ou hospitalière. La relation médecin-patient qui est par consolidée par le fait du secret médical, nécessite au cours du diagnostic, du

[833] Article 310 de la loi n°2016/007 du 12 juillet 2016 portant code pénal.
[834] Article R. 4127-35 du code de la santé publique.
[835] Article 27 du code de déontologie des médecins du Cameroun.
[836] CAA Nantes, 20 oct. 2011, n°10NT00271.
[837] CAA Paris, 27 mai 2013, n°12PA01405.
[838] Article 310 alinéa 3 du code pénal camerounais.

traitement et des soins, un dialogue entre les intervenants duquel découlent les droits rattachés à l'acte thérapeutique.

B- Les droits liés à la thérapeutique médicale et hospitalière

Participant au principe d'autodétermination de la personne humaine[839] en matière médicale et hospitalière, les droits liés à la thérapeutique renvoient aux prérogatives dont jouit chaque patient dans la prise de la décision médicale à appliquer au cours de son traitement. Ils confèrent aux malades la faculté de décider et de choisir au moyen d'un consentement (2) libre et éclairé, consécutif à une information (1) préalable et adéquate *« quant au but et à la nature de l'intervention ainsi que quant à ses conséquences et ses risques »*[840].

1- Le droit à l'information du patient

Longtemps considéré comme un simple devoir déontologique imputable au praticien, l'obligation d'information du médecin s'est érigée au fil du temps en un droit du patient, dont la violation est susceptible d'engager la responsabilité du créancier ou de la personne morale qui l'emploie. Le renforcement de cette obligation due au patient se justifie non seulement par le recul du paternalisme médical[841], qui visait à banaliser son défaut du fait d'un malade ignorant et infantilisé[842] ; mais aussi par la forte montée de la démocratie sanitaire qui rend le malade acteur incontournable de son propre traitement. Consacré aussi bien par des textes nationaux qu'internationaux[843], le droit à l'information du patient fait l'objet d'une reconnaissance et d'une proclamation explicite en France, notamment par les dispositions des articles[844] du code de la santé publique ; tandis que sa reconnaissance au Cameroun est déduite des articles du code de déontologie des médecins, qui mettent plutôt en exergue ses dérogations. En effet, à la différence du droit français qui énonce en substance que *« toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé »*[845], le droit camerounais quant à lui précise qu'*« un*

---

[839] L'autodétermination de la personne humaine désigne *« le pouvoir de se donner à soi-même sa propre détermination, c'est-à-dire le pouvoir de choisir, entre plusieurs options, celle qui correspond à ses aspirations personnelles ».* FERRIE S-M., *Le droit à l'autodétermination de la personne humaine. Essai en faveur du renouvellement des pouvoirs de la personne sur son corps,* thèse soutenue à l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne le 27 novembre 2015, Résumé de thèse in *Revue des droits et libertés fondamentaux,* 2016, chron. N°10.
[840] Article 5 de la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine du Conseil de l'Europe du 4 avril 1997.
[841] CHALTIEL F., « Devoir d'information du patient et responsabilité hospitalière », *RDP,* 2002, p.1168.
[842] ALBERT N., « Obligation d'information médicale et responsabilité », *RFDA* 2003, p.353.
[843] L'article 5 de la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine du Conseil de l'Europe du 4 avril 1997 ; l'article 6 de la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme de l'Unesco du 19 octobre 2005.
[844] Les articles L.1111 ; L.6322-2 ; L.1131-1-2 ; D. 6322-30 ; R. 4127-35 du code de la santé publique.
[845] Article L.1111-2 du code de la santé publique.

pronostic grave peut légitimement être dissimulé au malade »[846]. Ces dernières dispositions du code de déontologie des médecins sont les seules qui font allusion au droit à l'information du patient. Si elles laissent tout de même transparaître que le principe est celui de l'information du patient, elles mais trahissent également une forte domination des tendances paternalistes de la médecine sur celles de la démocratie sanitaire en contexte camerounais.

Quoi qu'il en soit, le droit à l'information du patient est bidimensionnel, en ce qu'il nécessite que les informations soient communiquées aussi bien avant qu'après son traitement. Il incombe à la fois aux médecins ; à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables, mais aussi à tout établissement de santé ; sur lesquels pèse la charge de la preuve en cas de litige[847]. Avant le traitement, l'on parle d'information préalable. Celle-ci doit être claire, loyale et appropriée[848] ; tout en étant constituée de renseignements sur l'état de santé du malade, sur la nature de l'acte médical conseillé et ses alternatives éventuelles[849]. Ce contenu du droit à l'information, apporté par le juge à l'occasion de l'arrêt *Tyessier*, a par la suite été élargi et précisé à l'article L.1111-2 du code de la santé publique français ; lequel dispose que l'information porte sur *« les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui 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(..) ».* En plus de porter sur l'acte médical proprement dit, les informations portent également sur les coûts d'une thérapeutique[850] et sur les éventuelles conditions de prise en charge par l'organisme d'assurance maladie.

En outre, après le traitement, le malade a aussi droit à des informations sur son état de santé. Celles-ci sont relatives aux suites de l'acte thérapeutique, et à la communication du dossier médical. Relativement aux suites de l'acte thérapeutique, l'information porte essentiellement sur les risques nouveaux. C'est ce qui ressort en substance de l'article L.1111-2 suscité, qui indique que *« lorsque postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne*

---

[846] Article 27 du code de déontologie des médecins.
[847] Cass. 1ère civ., 14 oct. 1997, n°95-19609 ; Cass. 1ère civ., 25 févr. 1997, *Hédreuil c/ Cousin,* n°94-19685.
[848] Une recommandation de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) de 2000 a explicité ces dispositions de l'article 35 du code de déontologie médicale français de 1995 qui précisait les caractéristiques de l'information due au patient ; en affirmant qu': « une information loyale est une information honnête, une information claire est une information intelligible, facile à comprendre, une information appropriée est une information adaptée à la situation propre à la personne soignée ».
[849] Req. 28 janvier 1942, *Teyssier, D.* 1942. 63 ; Civ. 1ère, 28 janv. 1942, *Bull. civ.* I, n°177 et 178, arrêt *Teyssier.*
[850] Article L.1111-3 de code de la santé publique.

concernée doit en être informée (…) ». pour ce qui est de la communication du dossier médical, il ressort des dispositions de l'article L.1111-7 du code de la santé publique que toute personne a accès directement ou par l'intermédiaire d'un médecin,

> *« à l'ensemble des informations concernant sa santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès des tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. »*

Cet accès au dossier médical est étendu aux ayants droit en cas de décès du patient, à la personne ayant l'autorité parentale ou au tuteur. Un tel aménagement du droit à l'information par la législation française constitue assurément une source d'inspiration pour le droit camerounais encore rétrograde en la matière ; et ce même en ce qui concerne les dérogations prévues par la loi.

Les dérogations au droit à l'information du patient sont relatives à l'urgence, l'impossibilité d'informer, et le respect du droit au refus d'être informé du patient. En matière d'urgence, le caractère indispensable de la célérité dans la prise en charge pour des raisons vitales et la primauté des soins à appliquer au patient, justifient à suffisance que le professionnel de santé ne soit pas astreint à une obligation préalable d'information. L'impossibilité d'informer le patient quant à elle résulte soit de la difficulté à la localiser pour ce qui est des informations post-thérapeutiques, soit *« des situations dans lesquelles le malade n'est pas en mesure de comprendre la teneur de l'information qui lui est due »*[851]. En ce qui concerne le refus du patient d'être informé, l'article L.1111-2 prévoit que *« la volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission ».* Une telle disposition marque la suprématie de l'autonomie de la volonté du patient, qui se matérialise à la fois par le droit d'être et de ne pas être informé. Il est donc l'instigateur de toute décision médicale à lui appliquer et devient le maître de sa propre ignorance. Aucun pronostic ou diagnostic grave ne peut légitimement lui être dissimulé sans qu'il ne l'ait au préalable recommandé au moyen d'un consentement éclairé.

[851] KOUCHNER C., *Les droits des malades, op. cit.,* p.134.

2- Le droit au consentement du patient

Le droit au consentement du patient est un corollaire de son droit à l'information, en ce qu'il ne peut valablement consentir *« que s'il le fait en connaissance de cause, c'est-à-dire s'il est correctement informé »*[852]. Ce droit est reconnu aussi bien sur le plan international[853] que sur les plans nationaux. En effet au Cameroun, le droit au consentement du patient est consacré à la fois par le code de déontologie des médecins, et principalement par le code pénal en son article 286, lequel dispose que

> *« les articles 277 à 281 inclus, ne sont pas applicables aux actes médicaux effectués par toute personne dûment habilitée, lorsqu'ils sont accomplis avec le consentement du patient ou de celui qui en a la garde. Toutefois, au cas ou le patient est hors d'état de consentir, celui qui en a la garde ou son conjoint, doit donner son consentement, sauf lorsqu'il est impossible de communiquer, sans risque pour le patient, avec ceux-ci »*[854].

Tandis qu'en France il fait l'objet de divers textes[855], majoritairement regroupés dans le code de la santé publique, qui l'aménagent pleinement en prévoyant son contenu, ses caractères, ses modalités, son application spécifique aux incapables juridiques, et même ses dérogations.

Ainsi, aux termes de l'article L.1111-4 du code de la santé publique, *« toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ».* Le consentement du patient est donc consécutif aux informations qui lui sont communiquées par son médecin. Il s'agit d'un accord préalable à tout acte médical, pris au sens large[856] ; et à tout acte à caractère didactique[857] pour lequel la participation du malade est indispensable. Pour être considéré comme régulier, le consentement du patient doit être libre et éclairé aux soins[858] ; ce qui nécessite une information claire, loyale et appropriée, à l'occasion d'un entretien individuel entre les deux acteurs de la relation médicale. Ce droit subsiste même lorsque le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le cas échéant, la loi prévoit que cette volonté soit recherchée par le praticien auprès de ses

---

[852] PARICARD S., « le consentement à l'acte médical », in *Elsevier Masson SAS,* 2023, p.213.
[853] Article 5 et 6 de la Convention d'Oviedo
[854] Article 286 de la loi n°2016/007 du 12 juillet 2016 portant code pénal.
[855] Article 16-3 du code civil (loi n°94-653 du 29 juillet relative au respect du corps humain) ; articles 1111-4 et suivants du code de la santé publique.
[856] L'acte médical au sens large englobe les actes de la médecine dite préventive. C'est ce qui ressort de l'arrêt CA Paris, 20 fév. 1992, *Juris-Data* n°021279.
[857] Les actes à caractère didactique impliquant la participation du patient sont des actes relatifs à la formation des étudiants en médecine ou à la formation continue des professionnels de santé.
[858] Un consentement libre renvoie à une absence de contrainte ; tandis qu'un consentement éclairé nécessite que le médecin ait préalablement rempli son obligation d'information sur la thérapeutique envisagée, ses risques et ses conséquences ; ainsi que sur les possibles alternatives.

proches, notamment la personne de confiance[859], ou sa famille[860]. Une telle disposition des législateurs camerounais et français révèle de la primauté du consentement médical du patient, et ce même lorsque celui-ci n'est pas à mesure de l'exprimer directement. De ce fait, le médecin ne saurait justifier, à l'occasion d'un litige, le défaut du recueil de l'accord préalable du patient par le simple fait que celui-ci était inconscient par exemple. De même, le consentement du patient doit être respecté en cas de décès ; c'est ce qui justifie qu'en cas d'opposition avant sa mort, aucun prélèvement d'organe, aucune autopsie, et aucune recherche biomédicale ne puissent être effectués sur le défunt. Il revêt habituellement une forme écrite pour des besoins de preuve ; mais n'a tout de même pas une portée générale, il peut être retiré à tout moment. On dit alors que le consentement du patient est révocable et renouvelable, c'est-à-dire qu'il est nécessaire aussi bien pour le diagnostic, la thérapeutique, et les suites du traitement médical. Autrement dit, *« les investigations, les actes invasifs, les interventions chirurgicales doivent donner lier à autant de consentements distincts »*[861].

En outre, lorsque l'acte médical est effectué sur un mineur ou un majeur incapable, le consentement doit être recueilli auprès du titulaire de l'autorité parentale ou auprès de son représentant légal. Telle est la position des droits français[862] et camerounais[863] en la matière. Néanmoins, en cas de refus d'un traitement du représentant légal susceptible d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur incapable ; le médecin transgresse la volonté du représentant légal en donnant des soins indispensables[864], sans risque de voir sa responsabilité être engagée. Par cette disposition, le législateur place l'intérêt du patient au-dessus de toute éventuelle susceptibilité de son entourage, en faisant du médecin l'ultime protecteur de la santé de son patient. Ce rôle du médecin est d'autant plus important, qu'il demeure même face au refus de soins explicitement exprimé par le malade lui-même[865]. Aussi, la responsabilité du médecin peut être engagée si, bien que confronté au refus du patient, il

---

[859] Article L.1111-6 du code de la santé publique : *« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. ».*

[860] V. la jurisprudence sur les « protecteurs naturels », Civ. 8 nov. 1995, *JCP* 1995. II. 9014.

[861] BINET J-R., *Droit médical,* Montchrestien, 2010, p.117.

[862] Article R. 4127-42 du code de la santé publique.

[863] Article 26 du code de déontologie des médecins.

[864] Article L.1111-4 alinéa 5 du code de la santé publique.

[865] V. avis CCNE n°87, 14 avr. 2005, « Refus de traitement et autonomie de la personne », p.7-8. Il ressort de cet avis que l'obligation légale d'assistance à une personne en danger justifie la transgression du consentement du patient par le praticien au travers de l'intervention médicale. Tel est le cas en matière de transfusion sanguine, mais aussi de césarienne. En effet, *« certains obstétriciens considèrent que la femme qui, au moment du travail, refuse une césarienne, n'est plus en situation de donner un consentement ou refus éclairé. Ce refus qui met en cause l'enfant à naître, ne peut être considéré comme l'expression d'une totale liberté à respecter. La société doit en l'occurrence protéger le plus faible c'est-à-dire l'enfant à naître. ».*

n'informe pas ce dernier *« des risques graves encourus en cas d'opposition au traitement préconisé »*[866].

Toutefois, le droit au consentement du patient présente certaines dérogations factuelles et légales, qui le renvoie au second rang. Parmi les dérogations de fait, l'on distingue l'urgence de l'impossibilité de recueillir le consentement. En effet, aux termes des dispositions de l'article 26 du code de déontologie des médecins au Cameroun, *« lorsqu'il est appelé d'urgence auprès d'un mineur ou d'un autre incapable, et qu'il lui est impossible de recueillir en temps utile le consentement du représentant légal de celui-ci, le médecin doit donner les soins qui s'imposent ».* Ces circonstances de fait autorisent le médecin à transgresser l'obligation du consentement préalable du malade à l'acte médical. Pour ce qui est de l'urgence, *« la situation permet au praticien de passer outre la plupart des exigences fondamentales prévues par les textes, puisqu'elle lui impose généralement de décider et d'agir vite »*[867].Elle repose sur l'obligation d'assistance à personne en danger incombant à toute personne, et qui prévaut sur les exigences des principes de dignité humaine et de l'autonomie de la volonté de la personne. Définie comme *« une situation de fait à laquelle il faut apporter un remède à bref délai pour éviter l'apparition d'un préjudice irréparable »*[868], l'urgence renvoie donc généralement en matière médicale et hospitalière à un « danger immédiat »[869] ou à une « nécessité évidente » de l'intervention du praticien au regard de l'état de santé du patient. L'impossibilité quant à elle vise l'état d'inconscience du malade, mais aussi la barrière relative à la langue en dépit des efforts fournis pour y remédier. En ce qui concerne les dérogations légales, elles désignent les hypothèses prévues par les textes de droit, et qui commandent d'outrepasser le consentement du patient. Il s'agit entre autres de l'injonction de soins, qui peut être prononcée par le procureur de la République à l'encontre des toxicomanes[870] et des délinquants sexuels[871] ; et qui renvoie aussi aux mesures dont l'accomplissement conditionne l'accès à un droit, tels que les vaccinations obligatoires, les contrôles médicaux anti-dopage. Les dérogations légales font

[866] Civ. 1ère, 15 nov. 2005, n°0418180.
[867] KOUCHNER C., *Les droits des malades, op. cit.,* p.187.
[868] CORNU G., *Vocabulaire juridique de l'Association Capitant,* 8e éd., PUF, Coll. « Quadrige ».
[869] Civ. 1ère, 19 mai 1984, n°82-15804, *D.* 1985. IR 368, obs. PENNEAU J. ; CiV ; 1ère, 11 oct. 1988, n°86-12832, *Bull. civ.* I, n°280 ; v. en matière d'accouchement lorsque la vie de l'enfant est en danger, Civ. 1ère, 31 mai 2007, pourvoi n°03-19365, inédit.
[870] L'article 3423-1 du code de la santé publique en France dispose que *« Le procureur de la République peut enjoindre à la personne ayant fait un usage illicite de stupéfiants de se soumettre à une mesure d'injonction thérapeutique prenant la forme d'une mesure de soins ou de surveillance médicale dans les conditions prévues par les articles L.3413-1 à L.3413-4 ».*
[871] L'article 131-36-4 du code pénal français précise que *« le président avertit alors le condamné qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement, mais que, s'il refuse les soins qui lui seront proposés, l'emprisonnement prononcé (…) pourra être mis à exécution ».*

aussi référence à l'hospitalisation sous contrainte initiée soit par l'autorité judicaire, soit par un tiers, ou alors par l'autorité administrative. Pour ce qui est de l'autorité judiciaire, il s'agit d'une mesure de sûreté prononcée à l'issu d'un procès ; le code pénal camerounais prévoit à cet effet *« l'internement dans une maison de santé »*[872]. L'hospitalisation initiée par un tiers résulte d'une décision d'un proche du patient agissant dans son intérêt ; tandis que celle ordonnée par une autorité administrative est principalement faite dans l'intérêt général, notamment en présence de malades dangereux qui *« nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public »*[873].

[872] Article 20 de la loi n°2016/007 du 12 juillet 2016 portant code pénal.
[873] Article L.3213-1 du code de la santé publique.

CONCLUSION DU CHAPITRE V

Les spécificités organiques de la responsabilité du service public hospitalier renvoient aux personnes qui agissent dans le processus de sa mise en cause. Il a été question de présenter ces personnes en deux catégories, en distinguant d'une part les personnes morales de droit public en charge de ce service public, et susceptibles de voir leur responsabilité être engagée sur le fondement de la violation des obligations qui leur incombent ; et d'autre part, les victimes des dommages survenus à l'occasion des activités médicales dudit service et qui jouissent d'un droit à réparation du fait de la violation de leurs droits.

Aussi convient-il de relever que les personnes morales susceptibles de mettre en cause leur responsabilité au titre de celle du service public hospitalier sont l'Etat et les établissements publics de santé qui, selon les cas, sont soumis aux obligations de moyens et de résultats. Tandis que parmi les victimes susceptibles de mettre en cause la responsabilité dudit service public, l'on distingue les victimes directes des victimes indirectes. Les premières étant constituées des usagers dudit service public, excluant ainsi le personnel médical qui, bien que se présentant comme victime directe, ne peut demander réparation que sur le fondement des accidents de travail et des maladies professionnelles. Les victimes indirectes quant à elles comprennent les proches des victimes ou victimes par ricochet, et les tiers payeurs. Néanmoins, les droits des victimes dont la violation engage la responsabilité, à l'instar des droits rattachés à la dignité humaine et de ceux liés à la thérapeutique médicale, ne sont dévolus qu'aux seules victimes directes que sont les usagers.

CHAPITRE 6 :

LES SPÉCIFICITÉS MATÉRIELLES DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

La responsabilité du service public hospitalier obéit à la division binaire majeure et commune à toute responsabilité administrative, qu'est la responsabilité pour faute et la responsabilité sans faute. Aussi, ses spécificités matérielles se déploient dans ce cadre bien défini, de sorte qu'elles sont inévitablement liées au régime de responsabilité pour faute du service public hospitalier (section 2), et à son régime de responsabilité sans faute (section 1).

SECTION 1 : LES SPÉCIFICITÉS LIÉES AU RÉGIME DE RESPONSABILITÉ SANS FAUTE DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Le régime de responsabilité sans faute du service public hospitalier se particularise par l'omniprésence de l'incertitude médicale (I), mais aussi du devoir impérieux de protéger la santé publique par des mesures de police sanitaire (II). Ces éléments justifient et expliquent avec légitimité et dans un souci d'équité, la mise en cause cette responsabilité en l'absence de toute.

I- Une responsabilité sans faute adossée sur l'incertitude médicale

La responsabilité sans faute est une construction du contentieux administratif, dont l'usage permet de rétablir l'équilibre entre l'administration et les administrés, victimes des dommages survenus par l'exercice des prérogatives exorbitantes de puissance publique. Elle permet de réparer les dommages causés par des mesures administratives créatrices de risque ou de rupture de l'égalité de tous devant les charges publiques. En matière médicale et hospitalière, la mise en cause de la responsabilité sans faute du service public hospitalier se justifie prioritairement par le souci d'apaiser les victimes des dommages médicaux et hospitaliers pour lesquels aucune faute n'est imputable aux praticiens ou à la formation sanitaire publique concernée. En effet, l'issu de la pratique médicale ne dépend pas uniquement de la technique et des connaissances du praticien, encore moins seulement de l'organisation et du fonctionnement de l'établissement de santé ; il est aussi fonction des paramètres non maîtrisés et imprévisibles

qui relèvent de l'incertitude médicale et donc l'aléa thérapeutique. Cette dernière se fonde sur trois principales sources que sont la maîtrise incomplète ou imparfaite du savoir disponible, les limites propres à la connaissance médicale, et la difficulté pour un praticien de distinguer l'ignorance des limites spécifiques du savoir médical[874]. Ainsi déterminées, les sources de l'incertitude médicale sont plurielles, et la responsabilité sans faute y relative peut résulter de divers facteurs dont le dénominateur commun est l'imprévisibilité du dommage subi par la victime au regard de son état de santé ou de l'évolution normale de sa maladie. Ce faisant, l'on distingue comme matérialisation de la responsabilité sans faute sur le fondement de l'incertitude médicale ou de l'aléa thérapeutique, l'accident médical sans faute (A), les affections iatrogènes et les infections nosocomiales (B).

A- L'aléa thérapeutique, fondement de l'incertitude médicale

La médecine est en proie à divers facteurs non maîtrisés qui font d'elle une science inexacte *« sujette à une subjectivité »*[875]. En effet, les résultats de la pratique médicale sont fonction d'un ensemble d'éléments hétérogènes dont le défaut de maîtrise totale rend difficile leur prévisibilité et leur explication. Cette diversité d'éléments hétérogènes relève de l'aléa thérapeutique, qui, appréhendé comme « *la réalisation, en dehors de toute faute, d'un risque accidentel inhérent à l'acte médical et qui ne pouvait être maîtrisé »*[876], créée un préjudice inique à la victime. Longtemps classé dans la catégorie des dommages non réparables sur le fondement de la règle selon laquelle le médecin est tenu à une obligation de moyens et non de résultat, l'aléa thérapeutique fait aujourd'hui l'objet d'une mise en cause de la responsabilité sans faute du service public hospitalier. Cette responsabilité du fait de l'aléa thérapeutique, constitué par une anomalie rendant l'atteinte inévitable ou par un risque non maîtrisable (2), est tout de même soumise à des critères cumulatifs (1).

1- Les critères de l'aléa thérapeutique susceptible de mettre en cause la responsabilité du service public hospitalier

La mise en cause de la responsabilité du service public hospitalier du fait de l'aléa thérapeutique est soumise à la réalisation de critères cumulatifs. Initialement dégagés par la jurisprudence administrative française[877], ces critères ont par la suite fait l'objet d'un

[874] BLOY G., « l'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles », in *sciences sociales et santé,* vol. 26, 2008/1, p.70 ; Marie-Hélène Boucand, « l'incertitude en médecine », in *Medecine et philosophie,* 2020, hal-02490158.
[875] BOUCAND M.-H., « l'incertitude en médecine », in *Medecine et philosophie,* 2020, hal-02490158, p.31.
[876] Cour de cassation, 1ère Chambre civile, 8 nov. 2000, Bull. n°287.
[877] CAA Lyon, 21 déc. 1990, *Consorts Gomez :* Rec. CE, p.498 ; CE, ass., 9 avr. 1993, *Bianchi* : Rec. CE, p.127.

encadrement légal[878] qui a conduit à leur assouplissement. Ils renvoient concrètement à la réalisation d'un risque dont le dommage qui en découle est directement imputable à l'acte médical, présente un caractère anormal au regard de l'état de santé du patient et de l'évolution prévisible de la maladie, et est revêtu d'une particulière gravité.

Tout d'abord, pour ce qui est de l'imputabilité directe du dommage à l'acte médical, elle postule que le dommage soit la conséquence directe d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins. Autrement dit, le caractère médical de l'acte à l'origine du dommage est une condition sine qua non. Aussi, l'hypothèse d'un dommage émanant d'un acte sans finalité médicale tel que la chirurgie esthétique et la circoncision rituelle, ou encore d'un acte naturel médicalisé à l'instar de l'accouchement, ne saurait mettre en cause de la responsabilité sans faute du service public hospitalier. En effet, l'accouchement par voie basse est un acte naturel et non médical, bien qu'étant réalisé par un professionnel de santé[879] ; dont les dommages inhérents ne sauraient remplir la condition d'imputabilité directe à l'acte médical. Toutefois, en cas de risque émanant d'une intervention médicalisée au cours d'un accouchement tel qu'une césarienne ou une anesthésie, l'imputabilité du dommage qui en découle est considérée comme étant directe à l'acte médical. Il en va de même des manœuvres obstétricales pratiquées au cours d'un accouchement, qui sont considérés comme des actes de soins[880]. En outre, la chirurgie esthétique non réparatrice ne renvoie ni à un acte de prévention, ni de diagnostic, ni de soins ; et est ainsi qualifiée d'acte sans finalité médicale[881].

Ensuite, l'anormalité du dommage quant à elle est un critère déterminant retenu par le juge et le législateur pour l'indemnisation des accidents médicaux non fautifs. Elle a but de rétablir une certaine équité en faveur des victimes qui ont subi les conséquences dommageables du risque qu'a constitué l'acte médical. Aussi, le dommage anormal est constaté en référence à l'état de santé antérieur du patient et à l'évolution prévisible de sa maladie. Il s'inscrit *« comme une trajectoire inattendue par rapport à celle qui est habituellement observée pour ce malade en particulier en fonction de la pathologie pour laquelle il est pris en charge »*[882]. De ce fait,

[878] La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
[879] CE 27 juin 2016, req. N°386165 A : JDSAM 2016, n°14, p.67, note Morlet-Haïdara.
[880] Civ. 1ère, 19 juin 2019, n°18-20.883, P.
[881] La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé français, insère dans le code de la santé publique l'article L. 1142-3-1 : I ; lequel dispose que *« Le dispositif de réparation des préjudices subis au titre de la solidarité nationale (…) n'est pas applicable aux demandes d'indemnisation de dommages imputables à des actes dépourvus de finalité contraceptive, abortive, préventive, diagnostique, thérapeutique ou reconstructrice, y compris dans leur phase préparatoire de suivi ».*
[882] RODAT O., RENAUD C., BRESSON C., « De l'anormalité du dommage et de l'état antérieur », in *Revue juridique de l'ouest,* 2007-4, p.341.

l'anormalité du dommage se définit selon deux conditions, dont l'une principale et l'autre subsidiaire. D'une part, la condition principale invite à effectuer une comparaison entre l'état de santé du patient après l'intervention médicale, et celui qui aurait pu être le sien s'il n'avait pas subi ladite intervention. Autrement dit, *« la condition d'anormalité doit alors toujours être regardée comme remplie lorsque l'acte médical a entraîné des conséquences notablement plus graves que celles auxquelles le patient était exposé de manière suffisamment probable en l'absence d'intervention ou de traitement »*[883]. De plus, dans une application au cas d'espèce de cette condition principale d'anormalité, la Cour de cassation l'a affinée tout en étendant son domaine d'application. Elle a précisé à cet effet que *« les conséquences de l'acte médical peuvent être notablement plus graves que celles auxquelles le patient était exposé par sa pathologie de manière suffisamment probable en l'absence de traitement si les troubles présentés, bien qu'identiques à ceux auxquels il était exposé par l'évolution prévisible de sa pathologie, sont survenus prématurément »*[884]. D'autre part, la condition subsidiaire, qui n'est opérante que lorsque la condition principale n'est pas remplie, est celle de la probabilité du risque. Elle postule que lorsque *« les conséquences de l'acte médical ne sont pas plus graves que celles auxquelles la pathologie destinait le patient, le dommage corporel pourra tout de même être qualifié d'anormal si, dans les conditions où l'acte a été accompli, la survenance du dommage présentait une probabilité faible »*[885]. Ainsi, *« l'appréciation du risque lié à l'acte médical doit tenir compte de la situation particulière dans laquelle l'acte a été réalisé »*[886].

Enfin, en ce qui concerne la gravité du dommage, elle est très souvent considérée par la doctrine comme une condition du dommage anormal ; toutefois, elle fait l'objet d'une précision de façon autonome en droit français par le décret n°2011-76 du 19 janvier 2011 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévu à l'article L.1142-1 du code de la santé publique. En effet, aux termes de l'article D. 1142-1 du code de la santé publique, le pourcentage de gravité d'un dommage susceptible d'engager la responsabilité sans faute d'un professionnel ou d'un établissement de santé est fixé à 24% ; « *apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du*

---

883 VITALE L., « L'anormalité du dommage », Santé/Droit médical, *Gazette du Palais,* mardi 14 mars 2022-n°20, p.19.

884 *Ibid.,* p.20 ; Cass. 1ère civ, 6 avril 2022, n°21-12825. La survenance prématurée de l'aggravation de l'état de santé du patient du fait de l'acte médical, a préalablement été retenue par le Conseil d'Etat comme révélant l'anormalité du dommage le 13 novembre 2020 (CE, 13 nov. 2020, n°427750).

885 VITALE L, « L'anormalité du dommage », *op. cit.,* p.19.

886 CARDINAL M., SCHÜTZE T., BOUVET R., « L'anormalité du dommage né d'un accident médical non fautif », in *La Revue de médecine légale,* 2016, 7(2), p.50.

taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique, de la durée de l'arrêt temporaire des activités professionnelles ou de celle du déficit fonctionnel temporaire »[887]. De même, présente le caractère de gravité, une hypothèse d'aléa thérapeutique *« ayant entraîné, pendant une durée au moins égale à six mois non consécutifs sur une période de douze mois, un arrêt temporaire des activités professionnelles ou des gênes temporaires consécutives d'un déficit fonctionnel temporaire supérieur ou égal à un taux de 50% »*[888]. De plus, la gravité d'un dommage peut être retenue à titre exceptionnel en cas d'inaptitude définitive à exercer une activité professionnelle, ou en cas de troubles particulièrement graves dans ses conditions d'existence ; et consécutifs à une hypothèse d'aléa thérapeutique. Quoiqu'il en soit, la constitution de l'aléa thérapeutique est de nature à renverser la présomption de faute qui pèse sur le praticien ou de l'établissement de santé.

2- Les éléments constitutifs de l'aléa thérapeutique

En vertu de l'article L.1142-1 du code de la santé publique qui pose explicitement le principe de la responsabilité pour faute du praticien ou du professionnel de santé, la Cour de cassation énonce à l'occasion d'un arrêt que

> « *l'atteinte portée par un chirurgien, en accomplissant son geste chirurgical, à un organe ou un tissu que son intervention n'impliquait pas, est fautive, en l'absence de preuve par celui-ci d'une anomalie rendant l'atteinte inévitable ou de la survenance d'un risque inhérent à cette intervention qui, ne pouvant être maîtrisé, relève de l'aléa thérapeutique »*[889].

Autrement dit, la constitution de l'aléa thérapeutique a pour effet direct de renverser la présomption de faute qui pèse sur le praticien ou l'établissement de santé, et dont la charge de la preuve leur incombe.

Sont donc constitutives d'un aléa thérapeutique, l'existence d'une anomalie rendant l'atteinte inévitable, ou la survenance d'un risque inhérent à l'acte médical ne pouvant être maîtrisé. En effet, l'anomalie rendant l'atteinte inévitable renvoie à une malformation morphologique, génétique ou chromosomique rare décelée au moment de l'intervention médicale. Elle appartient en réalité à la première catégorie des sources de l'incertitude médicale telles que déclinées par la sociologue américaine Renée Claire Fox en 1988[890], et qui est liée à la maîtrise incomplète et imparfaite du savoir disponible. L'aléa thérapeutique matérialisée par

[887] Article L.1142-1 du code de la santé publique.
[888] Article D.1142-1 du code de la santé publique.
[889] Civ. 1re, 25 mai 2023, n° 22-16.848 B
[890] FOX R. C., *L'incertitude médicale,* l'Harmattan, Paris, 1988.

l'anomalie échappe ainsi aux connaissances avérées de la science médicale, qui constituent une obligation de moyens dont la violation est susceptible d'engager la responsabilité pour faute du praticien ou de l'établissement de santé qui l'emploie ; car la rareté de l'anomalie justifie l'incertitude, en ce qu'elle réside plutôt dans la part de la maîtrise imparfaite et incomplète du savoir médical acceptée. Et ce, en vertu du postulat selon lequel,

> *« l'incertitude à laquelle tout médecin est confrontée se présente sous deux formes : la première résulte du fait qu'un médecin ne peut maîtriser que, de manière imparfaite et incomplète l'ensemble des connaissances et techniques médicales disponibles ; la seconde résulte plutôt des limites mêmes de l'état des connaissances en médecine »*[891].

Cette dernière forme d'incertitude dans la pratique médicale est celle dans laquelle s'inscrit le risque inhérent à l'acte médical ne pouvant être maîtrisé.

Ce risque inhérent à l'acte médical est prioritairement constitutif de l'aléa thérapeutique du fait de son caractère non maîtrisable, qui est révélateur d'une limite propre à l'état des connaissances en médecine. C'est cette perception de l'aléa thérapeutique qui a motivé l'argument du conseiller à la Cour de cassation Pierre Sargos, lorsqu'il a affirmé que

> *« (…) l'aléa thérapeutique est en réalité le constat de l'impuissance de l'intervention médicale face à un risque non maîtrisable en l'état des données acquises de la science à la date des soins. Il s'agit même, d'une certaine façon, de la survenance d'un cas fortuit qui est normalement exonératoire de la responsabilité »*[892].

Ce faisant, le dommage issu d'un tel risque ne saurait être imputé au praticien, car ne relevant pas des obligations dont il est tenu. Ainsi appréhendé, l'aléa thérapeutique, fondement de l'incertitude médicale, se réalise dans différentes hypothèses légalement retenues en droit français.

B- Les hypothèses de réalisation de l'incertitude médicale

L'incertitude médicale matérialisée par l'aléa thérapeutique dans ses différentes acceptions, se réalise dans diverses hypothèses parmi lesquelles les accidents médicaux non fautifs, les affections iatrogènes et les infections nosocomiales. Si la première hypothèse est très souvent assimilée à l'aléa thérapeutique par la doctrine et même le législateur français qui y perçoivent deux notions synonymes et interchangeables, il n'en est pas le cas pour les deux autres hypothèses. En effet, l'accident médical non fautif susceptible d'engager la

[891] BATEMAN S., « A propos de l'incertitude dans la pratique médicale », in *Sciences sociales et santé,* vol. 28, n°1, mars 2010, p.74.
[892] Cass. 1ère civ., 8 nov. 2000, *Destandau C/ Y. T. :* JurisData n°006741.

responsabilité du service public hospitalier requiert à la fois les critères et les déclinaisons sus présentés propres à l'aléa thérapeutique. Or, les affections iatrogènes (1) et les infections nosocomiales (2) susceptibles de mettre en cause cette responsabilité sans faute du fait de la part d'incertitude médicale qu'elles renferment, nécessitent d'être appréhendées distinctement en vue de relever leurs particularités.

1- Les affections iatrogènes

Encore appelée « iatrogénie » ou simplement « iatrogène » et dérivée du grec *Iatros* qui signifie « médecin », une affection iatrogène désigne étymologiquement une maladie liée au traitement médical. Elle renvoie à *« l'ensemble des conséquences néfastes pour la santé, potentielles ou avérées, résultant de l'intervention médicale (erreurs de diagnostic, prévention ou prescription inadaptée, complication d'un acte thérapeutique) ou de recours aux soins ou de l'utilisation d'un produit de santé »*[893]. Ainsi présentée, cette définition englobe divers effets indésirables et inattendus de l'acte médical procuré au patient dans le but d'améliorer son état de santé. Aussi peut-il s'agir des complications chirurgicales, des complications liées aux instruments utilisés, et des complications découlant des médicaments ou iatrogène médicamenteuse. Cette dernière est d'ailleurs la plus récurrente, et désigne *« l'ensemble des circonstances au cours desquelles on peut observer un incident médicamenteux en rapport avec la prescription médicale »*[894].

Ces conséquences indésirables de l'acte médical peuvent résulter de deux catégories de facteurs ; les uns, propres au patient ou non, sont sources de risque pour sa santé, tandis que les autres tirent leur origine de la part d'incertitude médicale contenue dans chaque traitement et matérialisée par un aléa. C'est sur le fondement de cette dernière catégorie que l'affection iatrogène est susceptible d'engager la responsabilité sans faute du service public hospitalier au sens de l'article L.1142-1-II alinéa 1 du code de la santé publique[895]. Pour ce qui est de la première catégorie des facteurs de l'affection iatrogène, ils sont notamment liés à l'âge, à l'importance des anomalies métaboliques, à l'interaction de la multiplicité des médicaments, et

---

[893] BATARD E., MONTASSIER E., et POTEL G., « le risque iatrogénique lié au service des urgences » ; AFSSAPS, « Glossaire des vigilances », 2011 : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/669b2121e254e27ff9b48ba1cdabf78f.pdf

[894] LABETOULLE M., « La iatrogène : quelle ampleur, pourquoi et comment la réduire ? », in *Journal français d'ophtalmologie,* janvier 2009, vol.32, n°1, p.80.

[895] Article L.1142-1-II alinéa 1 du code de la santé publique : *« Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme mentionné au I ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient, et, en cas de décès, de ses ayants droit au titre de la solidarité nationale ».*

au prescripteur lui-même. En effet, l'âge est généralement une cause de complication thérapeutique, en l'occurrence dans la iatrogénie médicamenteuse car *« Les effets indésirables médicamenteux chez les personnes âgées sont fréquents et souvent graves »*[896]. L'importance des anomalies métaboliques quant à eux renvoient au poids des antécédents du patient[897] susceptibles de modifier les données de la pharmacodynamiques, et donc les effets du traitement à lui prescrit. De même, la multiplicité des médicaments est une cause récurrente d'affection iatrogène du fait de leur interaction, occasionnant ainsi un taux élevé d'effets indésirables[898]. Enfin, le comportement du prescripteur lui-même ; notamment sa prise de risque excessive, sa négligence, son imprudence, son non-respect des bonnes pratiques thérapeutiques, sont de nature à déboucher sur des affections iatrogènes pourtant évitables. Si tous ces facteurs de risque classés dans la première catégorie sont prévisibles et évitables, ceux de la seconde le sont moins parce qu'ils résident dans l'aléa.

L'aléa immanquablement présent dans l'acte médical administré au patient pour l'amélioration de son état de santé, est source d'affections iatrogènes. Il se décline en trois aspects distincts que sont l'évènement inconnu et totalement imprévisible ; l'évènement exceptionnel considéré comme imprévisible ; et l'évènement connu, non exceptionnel, plus ou moins prévisible, mais sans mauvaise pratique médicale[899]. Tout d'abord, l'évènement inconnu et totalement imprévisible renvoie à la première source d'incertitude médicale telle que répertoriée par la sociologue américaine Renée Claire Fox qu'est la maîtrise incomplète du savoir disponible. C'est l'exemple « *premiers cas de malformations des membres sous thalidomide, ou de colite pseudo-membraneuse sous antibiotiques, ou encore de thromboses avec les coxibs »*[900]. Ensuite, l'évènement exceptionnel considéré comme imprévisible correspond à la réalisation aux conséquences inattendues revêtant un caractère d'anormalité au regard des antécédents du patient et des précautions prises. Ainsi peut-il être le cas d'une « *première réaction allergique ou d'une hémorragie digestive sous antiinflammatoire non stéroïdien (AINS) chez un patient sans antécédents »*[901]. Enfin, l'aléa présent dans l'acte

---

[896] LAROCHE M.-L., *Le risque iatrogène chez la personne âgée : A propos des médicaments potentiellement inappropriés,* thèse de pharmaco-épidémiologie, université de Limoges, 2007, p.6.

[897] Ces antécédents du patient peuvent relever des insuffisances hépatiques, insuffisances rénales, insuffisances cardiaques ; mais aussi des modifications liées à la période de la vie qui influent sur le métabolisme médicamenteux, telles que le jeune ou le grand âge, la grossesse, l'allaitement.

[898] *« le risque d'effet indésirable est de 5 % pour une ordonnance de six médicaments contre 40 % lorsqu'elle en contient 15 (…) »* : LABETOULLE M., « La iatrogène : quelle ampleur, pourquoi et comment la réduire ? », in *Journal français d'ophtalmologie, op. cit.,* p.81.

[899] *Ibid.,* p.81.

[900] *Ibid.* p.81.

[901] *Ibid.* p.81.

médical peut se présenter sous l'aspect d'un évènement connu, non exceptionnel et prévisible, mais dénué de mauvaise pratique médicale ; et conduire tout de même à une affection iatrogène. Il s'agit en d'autres termes d'un risque maîtrisé et calculé pris par le médecin, et dont l'effet obtenu n'est pas celui escompté. Un tel comportement du soignant se distingue de la négligence par son caractère indispensable au traitement, et la bonne qualité de l'information sur les effets indésirables préalablement donnée au patient qui y a librement consenti. En tout état de cause, les affections iatrogènes sont l'apanage de nouveaux procédés thérapeutiques dont les conséquences néfastes permettent de faire évoluer l'état des connaissances de la médecine.

2- Les infections nosocomiales

L'infection nosocomiale renvoie étymologiquement à une infection directement transmise lors des soins procurés à un patient. Au fil du temps, cette notion a fait l'objet de diverses définitions, dans le but ultime d'y apporter le plus de précision possible afin de mieux l'encadrer. Ainsi, dans un dossier consacré aux infections nosocomiales et élaboré par le ministère de la santé français,

> « *une infection est considérée nosocomiale si elle était absente au moment de l'admission du patient dans l'établissement de santé. Lorsque l'état infectieux du patient à l'admission est inconnu, l'infection est généralement considérée comme nosocomiale si elle apparaît après un délai d'au moins 48 heures d'hospitalisation ou un délai supérieur à la période d'incubation de l'infection. En cas d'infection du site opératoire, le délai communément admis est de 30 Jours, ou, s 'il y a mise en place d'une prothèse ou d'un implant, d'une année après l'intervention »*[902].

Par une telle définition, le ministère de la santé en France présente les différents les critères de qualification d'une infection nosocomiale, tout en cernant autant que faire se peut l'incertitude qui entoure cette notion quant à l'origine réelle du dommage qu'elle engendre. Cette incertitude sur l'origine du dommage est non seulement relative à la difficile détermination de la manière dont le patient a été infecté au sein de l'établissement de santé ; mais elle est davantage mise en évidence en cas de prise en charge du patient par plusieurs établissements de santé au cours d'une période relativement courte. L'infection nosocomiale fait de la sorte partie *« des risques sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé »*[903] *;* et en cette qualité, elle revêt une part d'aléa qui justifie le régime juridique de

[902] Ministère de la santé et des solidarités. Infections Nosocomiales : le dossier, janvier 2007. Rapport, p.35.
[903] PROUST B., « Anormalité du dommage et infections nosocomiales », in *Revue juridique de l'Ouest,* 2007-4, p.331.

responsabilité sans faute qui lui est applicable, et donc la complexité de réalisation de sa condition exonératoire.

Aussi, aux termes de l'article L.1142-1, I, alinéa 2 du code la santé publique, *« les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère ».* Ces dispositions posent le principe de la présomption de responsabilité des établissements de santé en l'absence de l'établissement de toute faute. Autrement dit, l'absence de faute ne suffit pas à exonérer l'établissement concerné de la responsabilité de plein droit qui lui est imputée en cas d'infection nosocomiale[904]. Celui-ci doit encore rapporter la preuve d'une cause étrangère[905], qui renvoie à *« tout fait juridique susceptible de jouer un rôle dans la réalisation du dommage et donc de venir atténuer la responsabilité du défendeur »*[906]. Elle a donc pour effet direct d'exonérer le défendeur de toute responsabilité, en ce qu'elle ne peut lui être imputée ou encore être mise à compte[907]. Initialement considérée comme constituée par l'origine endogène de l'infection[908] et par la force majeure, la cause étrangère a été restreinte au fil du temps à la force majeure par le juge, qui lui en a affecté ses critères. En effet, le juge a renoncé à considérer l'origine endogène de l'infection comme une cause étrangère exonératoire de la responsabilité du service public hospitalier[909] ; assimilant de ce fait cette notion à la force majeure par l'exigence des critères cumulatifs d'imprévisibilité, d'irrésistibilité et d'extériorité de l'infection[910]. Ce faisant, la cause étrangère n'est constituée que lorsque l'infection est *« à*

---

[904] CE 10 oct. 2011, n° 328500, *Centre hospitalier universitaire d'Angers*, Lebon ; AJDA 2011. 1926 ; *ibid*. 2536, note LANTERO C. ; *ibid*. 2012. 1665, étude BELRHALI-BERNARD H. ; D. 2012. 47, obs. BRUN P. et GOUT O. ; Dr. adm. 2012. comm. 11, note BOUSSARD.

[905] CE, 12 mars 2014, M et *Mme P…* n°358111, Lebon p. 855.

[906] CHAPUS R., *Droit administratif général,* 15ème éd., Montchrestien, 2001, n°1415, T.1, p.1248.

[907] SABARD O., *La Cause étrangère dans les droits privé et public de la responsabilité extracontractuelle*, LGDJ, Fondation Varenne, Clermont-Ferrand, 2008, p. 10.

[908] CE, 27 novembre 2002*, Mme Neveu c./ centre hospitalier intercommunal de Créteil,* n°211370, Lebon p. 315. Dans cet arrêt, le juge rejetait une demande de réparation au motif qu'il était que l'infection résultait des germes présents dans l'organisme de la victime avant l'intervention ; CE, 25 octobre 2006, *centre hospitalier universitaire de Brest*, n° 275700, concl. D. Chauvaux.

[909] L'hypothèse de la faute de la victime liée au caractère endogène de l'infection n'est plus considérée comme une cause étrangère exonératoire de la responsabilité du service public hospitalier ; et ce en vertu de la motivation du juge selon laquelle *« la présomption de responsabilité des établissements de santé en cas d'infection nosocomiale posée par le I de l'article L.1142 du code de la santé publique vaut y compris en cas d'infection due à un germe présent dans l'organisme du patient avant l'intervention (infection nosocomiale endogène) (…) »* (CE, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 10/10/2011, 328500, publié au recueil Lebon).

[910] CE, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 10/10/2011, 328500, publié au recueil Lebon : *« (…) La preuve d'une cause étrangère n'est pas rapportée, faute de caractère d'imprévisibilité et d'irrésistibilité de l'infection, lorsque celle-ci a été provoquée par l'intervention et constitue un risque connu des interventions de la nature de celle pratiquée en l'espèce, même s'il est établi qu'il était très difficile de la prévenir » ;* CE, 10 octobre 2011 *CHU d'Angers*, (n°328500, Lebon p. 458, note LANTERO C., AJDA 2011, p.2536 et BOUSSARD S. D.A, n°1, janvier 2012, 11).

la fois extérieure à l'établissement hospitalier, imprévisible dans sa survenance et irrésistible dans ses effets »[911]. Or la réalisation cumulative de tous ces critères relève d'une arlésienne ; car en considérant tout d'abord le critère d'extériorité, qui postule que l'infection soit extérieur à l'acte de prise en charge du patient par l'établissement de santé[912], et donc à l'établissement de santé tout entier ; ce critère ne saurait s'accomplir dans le cadre d'une infection nosocomiale dont la particularité est justement qu'elle est survenue au cours ou décours d'une prise en charge et qu'elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge[913]. Par la suite, le critère d'imprévisibilité présente lui aussi des difficultés quant à sa réalisation ; en ce que *« dans le contexte actuel des connaissances scientifiques, les infections nosocomiales, même endo - gènes, constituent un risque médical courant de complication et donc prévisible car inhérent à de nombreux soins et opérations »*[914]. Enfin, le critère d'irrésistibilité ou d'inévitabilité suppose que l'infection doit être impossible à prévenir et à supporter ; « *elle n'implique pas seulement une difficulté à surmonter, elle suppose que l'établissement ne puisse rien faire lorsqu'elle se produit. L'établissement ne doit pas être en mesure de la maîtriser ni même capable d'y parer aux moyens de mesures de préventions »*[915].

Face à une telle difficulté à retenir la cause étrangère en l'hypothèse de l'origine endogène du dommage et la force majeure, il convient donc de convoquer les autres éléments susceptibles de la constituer. Il s'agit de la faute de la victime et le fait du tiers. La première pourrait résulter du comportement indiscipliné du patient, qui se sera rendu coupable d'une automédication et qui aura délibérément choisi de ne pas appliquer les recommandations médicales, et de ne pas suivre le traitement à lui prescrit[916]. Tandis que la seconde découlerait de la prise en charge antérieure du patient dans un établissement de santé autre que celui mis en cause et qui serait à l'origine de l'infection ; mais aussi du fait du fournisseur de

[911] ALONSO C. « Abandon de la distinction sur l'origine bactérienne par le Conseil d'Etat », in *La gazette de l'hôpital*, n°98, juin 2012 p.17.
[912] CE, 17 février 2012, *Consorts M…* n°342366, aux Tables p. 985. Dans cet arrêt, malgré la dégradation prononcée de l'état initial du patient, la preuve de la cause étrangère n'était pas rapportée car le critère d'extériorité n'était pas rempli par le fait que l'infection trouvait son origine dans les mesures de réanimation procurées à la victime.
[913] CE, 21 juin 2013, *Centre hospitalier du Puy-en-Velay*, n°347450, Lebon p. 177 (note LANTERO C., AJDA, 2013, p. 2171) ; CE 15/04/2015 n°367276 ; Cass. civ. 1ère 01/07/2010 n°09-69.151.
[914] ALONSO C., « Abandon de la distinction sur l'origine bactérienne par le Conseil d'Etat », *op. cit.,* p. 17.
[915] *Ibid.,* p.17.
[916] TA Paris, 24 juin 2008, Mme Éliane Lebon, n° 0511243-6-2, concl. ROUSSEL, AJDA, 2008, p. 1785 ; note LEFEVRE V., Gaz. Pal., 30 décembre 2008, n° 365, p. 49.

l'établissement dont la prestation serait à l'origine de l'infection tel que retenu par le juge administratif à l'occasion d'une affaire en 2010[917].

Qu'elle se présente sous forme d'accidents médicaux non fautifs, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales ; la responsabilité sans faute du service public hospitalier adossée sur l'incertitude médicale met en évidence la place incontestable qu'occupe l'aléa thérapeutique au sein du système de soins, mais aussi la nécessité de réparer les dommages qui en découlent. En outre, qu'en est-il de la responsabilité sans faute issue du devoir de garantir la sécurité sanitaire qui incombe au service public hospitalier ?

II- Une responsabilité sans faute justifiée par les exigences de santé publique et de sécurité sanitaire

Le service public hospitalier est soumis à certaines obligations liées à la garantie de l'intérêt général dont il a la charge. Aussi a-t-il pour devoirs, de participer aux nécessités de la santé publique au travers de sa protection et de ses innovations ; mais aussi d'assurer préalablement à toute pratique médicale, la sécurité des usagers par le biais de la fiabilité des produits et appareils de santé. C'est ainsi que sur le fondement des prérogatives de puissance publique[918] qui sous-tendent ses actes en lui octroyant des privilèges dérogatoires du droit commun, ou sur la base de la sécurité dont il est débiteur vis-à-vis de ses patients en tant que fournisseur de produits et appareils de santé ; la responsabilité sans faute du service public hospitalier est susceptible d'être engagée pour des exigences de santé publique (A) ou de sécurité de résultat du fait des produits et appareils utilisés (B).

A- Les exigences de santé publique du service public hospitalier

Le service public hospitalier est en charge de la santé publique, entendue comme *« la science et l'art de la prévention des maladies, du prolongement de la vie et de la promotion de la santé d'un groupe ou d'une population grâce aux efforts organisés de la société »*[919]. À ce titre, il réalise par le biais des personnes morales qui le représentent, des actes de prévention et de promotion de la santé publique dans un objectif de protection et d'innovations. Ce faisant, le service public hospitalier exerce respectivement des vaccinations dont le caractère obligatoire

[917] CAA Versailles, 25 mai 2010, n° 08VE02901. A l'occasion de cette affaire, il a été retenu que l'infection contractée « *n'a pas été transmise par le service dans lequel il a été opéré mais a eu une cause étrangère à l'établissement hospitalier »,* lorsque la complication infectieuse est issue d'un greffon mis à la disposition de l'hôpital par un établissement français habilité à procéder à ce type d'intervention.

[918] Les prérogatives du service public hospitalier s'observent notamment dans le cadre de la violation du principe d'autonomie de la personne au travers des vaccinations obligatoires.

[919] GRIMAUD O., « Introduction à la santé publique », *EHESP,* p.7.

est susceptible d'engager sa responsabilité sans faute en cas de dommage (1) ; tout comme en cas de dommage résultant des recherches biomédicales impliquant la personne humaine (2).

1- La vaccination obligatoire

L'exigence de protection de la santé publique qui incombe à l'Etat, fonde sa prise de mesures préventives, au rang desquelles l'instauration en son sein des vaccinations obligatoires. Celles-ci participent de l'exercice des prérogatives de puissance publique en ce qu'elles soumettent les populations, par le biais de lois dont l'application des dispositions est faite par les actes administratifs unilatéraux, à se conformer à l'exécution des vaccinations qui leur sont imposées. En effet, la mise en cause de la responsabilité sans faute de l'Etat dans l'exercice de sa mission de service public hospitalier en matière de vaccinations, se justifie par leur caractère imposé, obligatoire[920] ; à la différence des vaccinations facultatives qui nécessitent impérativement la preuve d'une faute pour engager toute responsabilité[921]. Le justiciable doit donc préalablement à toute réparation, démontrer le caractère obligatoire de la vaccination, ainsi que le lien de causalité entre celle-ci et le dommage subi. Cette dernière condition tendant à l'imputabilité du préjudice à la vaccination obligatoire, a permis d'effectuer une distinction entre la causalité scientifique et la causalité juridique. En effet, l'incertitude de la relation de cause à effet entre la vaccination et le dommage, justifiée par l'état des connaissances de la science, n'est pas de nature à empêcher l'établissement du lien de causalité. Car à la différence de cette causalité dite scientifique et dans le but de palier son insuffisance, le juge a développé une causalité juridique qui met en évidence le délai rapproché entre l'apparition des premiers signes de la maladie et l'injection de vaccination, ainsi que l'état de santé antérieur de la victime. C'est ainsi qu'il a retenu le lien de causalité entre la vaccination obligatoire et le dommage qui s'en suit dès lors que

> *« les rapports d'expertise, s'ils ne l'ont pas affirmée, n'ont pas exclu l'existence d'un tel lien de causalité, l'imputabilité au service de la sclérose en plaques dont souffre Mme A. doit, dans les circonstances particulières de l'espèce, être regardée comme établie, eu égard, d'une part, au bref délai ayant séparé l'injection de mars 1991 de l'apparition du premier symptôme cliniquement constaté de la sclérose en plaques ultérieurement diagnostiquée et, d'autre part, à la bonne santé de l'intéressée et à l'absence, chez elle, de tous antécédents à cette pathologie, antérieurement à la vaccination »*[922].

[920] MARGERIN V., « Vaccination obligatoire et vaccination volontaire : une distinction inacceptable des victimes d'une SEP suite au vaccin contre le VIB » in *Revue juridique de l'océan indien*, n° 25, 2018, p.205.
[921] CE, 28 janv. 1983, *Mlle Amblard :* Rec. CE, p.32.
[922] CE 9 mars 2007, req. n°267635, *Mme Schwartz,* D.2007, AJ943, obs. PACHLWAN-SENTILHES, et jur. 2204, note Neyret.

De même, le lien de causalité est établi en cas d'aggravation de la pathologie à la suite de la vaccination, notamment

> *« lorsque les signes cliniques caractérisés d'aggravation sont apparus dans un bref délai à la suite d'une injection et que la pathologie s'est à la suite de la vaccination, développée avec une ampleur et un rythme qui n'étaient pas normalement prévisibles au vu des atteintes que présentait la personne antérieurement à celle-ci »*[923].

En outre, le caractère obligatoire de la vaccination est indispensable à la responsabilité sans faute. Du fait de son effet restrictif pour les libertés individuelles, la vaccination obligatoire doit présenter une origine légale[924], tout en laissant entrevoir la sanction à laquelle expose le refus de se faire vacciner. Cette sanction peut être soit l'exclusion à un droit ou le refus d'accès à certaines institutions publiques telles que les crèches ou écoles ; soit l'exclusion professionnelle, dans ce cas, tout dommage résultant de la vaccination obligatoire est considéré comme un risque professionnel imputable au service[925]. Ce lien avec le service est d'autant plus important qu'il suffit à lui seul pour engager la responsabilité sans faute du service public hospitalier par des agents publics, sans distinction d'exposition ou non à l'affection objet du vaccin, du fait du poste occupé ou des travaux exercés au sein dudit service. C'est ainsi que le conseil d'Etat a reconnu dans le cadre de la vaccination contre l'hépatite B que *« pour prétendre à la reconnaissance de l'imputabilité d'une sclérose en plaques au service, il suffit que la vaccination contre le virus de l'hépatite B ait été pratiquée dans le cadre du service, peu importe qu'elle soit dépourvue de caractère obligatoire »*[926]. Cette position n'est valable que pour les agents publics et devant le juge administratif ; car pour ce qui est du personnel travaillant au sein des établissements de santé privé, le caractère obligatoire de la vaccination reste de rigueur pour engager la responsabilité au titre de la solidarité nationale en France.

Aussi convient-il de relever que le régime de responsabilité sans faute applicable en matière de vaccinations obligatoires se justifie à n'en point douter par la nécessité d'intérêt général qu'est la protection de la santé publique dans son volet prévention, mais aussi et spécifiquement par *« la contrepartie du service public au sein duquel collabore ou est employée*

---

[923] CE 12 févr. 2012, req. N°331277, *André,* Lebon.

[924] Le caractère obligatoire d'une vaccination doit impérativement découler d'un texte de loi ; c'est ce qui justifie que la censure du Conseil d'Etat sur les actes administratifs pris pour imposer une vaccination en l'absence d'une habilitation législative (CE, 29 juill. 1994, *Courty : Rec. ce, p.369).*

[925] C'est notamment le cas des vaccins contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la grippe, qui sont considérés en France comme des risques professionnels imputables au service, et ce en vertu de l'article L.3111-4 du code de la santé publique qui prévoit que « *Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la grippe ».*

[926] CE, 04 mars 2011, *Mlle A.*, req. n° 313369.

la victime »[927]. Sont ainsi mis en évidence les traditionnels critères de prérogatives de puissance publique et de service public retenus pour l'application des règles spéciales dérogatoires du droit commun, qui ont conduit le législateur au travers de la notion de solidarité nationale, *« à imputer à l'Etat la réparation des dommages qu'aucune personne publique n'a causés mais qui se rattachent à l'exercice d'une compétence publique »*[928]. Ce critère de service public duquel découle l'intérêt général, explique également l'application du régime de responsabilité sans faute quant à la recherche médicale impliquant la personne humaine.

2- La recherche biomédicale

Dans le cadre de la promotion et du développement de la santé publique, le service public hospitalier par le biais de l'Etat ou d'un établissement public de santé, est appelé à effectuer des recherches biomédicales dans l'objectif de faire évoluer l'état des connaissances scientifiques. Selon que la recherche est initiée soit par l'un ou par l'autre des représentants du service public hospitalier, ce dernier est considéré comme promoteur ; et le personnel-agent public chargé de la conduire en est l'investigateur. Définie comme un ensemble constitué d'expérimentations *« organisées et pratiquées sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales »*[929], la recherche biomédicale est susceptible d'occasionner des conséquences dommageables aux personnes qui s'y prêtent. Face à cela, le droit français a non seulement institué un régime de responsabilité pour faute présumée du promoteur en vertu de l'article L.1121-10 du code de la santé publique[930] *;* mais il a aussi prévu la réparation des dommages causés au titre de la solidarité nationale lorsque la responsabilité du promoteur n'est pas engagée sur la base de la faute. Autrement dit, les dommages liés à la recherche biomédicale sont indemnisés au titre de la solidarité nationale en cas de responsabilité sans faute sur le fondement de l'article 1142-3 du code de la santé publique[931].

---

[927] MARGERIN V., « Vaccination obligatoire et vaccination volontaire : une distinction inacceptable des victimes d'une SEP suite au vaccin contre le VIB », *op. cit.,* p.206.

[928] Rapport public du Conseil d'Etat, 2005, considérations générales : *Responsabilité et socialisation du risque* (EDCE n°56), 2005, p.224.

[929] Article L.1121-1 du code de la santé publique ; OBERDORFF H., *Droits de l'homme et libertés fondamentales,* août 2021, Lextenso 9782275098821.

[930] Article L.1121-10 alinéa 1 du code de la santé publique : *« Le promoteur assume l'indemnisation des conséquences dommageables de la recherche biomédicale pour la personne qui s'y prête et celle de ses ayants droit, sauf preuve à sa charge que le dommage n'est pas imputable à sa faute ou à celle de tout intervenant sans que puisse être opposé le fait d'un tiers ou le retrait volontaire de la personne qui avait initialement consenti à se prêter à la recherche ».*

[931] Article L.1121-10 alinéa 2 du code de la santé publique : *« Lorsque la responsabilité du promoteur n'est pas engagée, les victimes peuvent être indemnisées dans les conditions prévues à l'article L. 1142-3 » ;* Article L.1142-3 du code de la santé publique : *« Les personnes qui subissent des dommages dans le cadre de la recherche impliquant la personne humaine peuvent faire valoir leurs droits en application des deux premiers alinéas de l'article L. 1121-10 auprès des commissions régionales mentionnées aux sections 2,3 et 4 du présent*

Cette réparation des dommages en l'absence de faute du promoteur se justifie par la finalité d'intérêt général qu'est le développement des connaissances biologiques ou médicales. En effet, tout comme en matière de vaccination obligatoire, l'exigence de service public rattachée à la recherche biomédicale explique aussi bien les garanties prises par le législateur dans le cadre de son encadrement, notamment pour ce qui est de la protection des personnes qui s'y prêtent, conditions requises, et des autorisations administratives qui la conditionnent ; mais elle constitue également l'idéologie sur laquelle repose la dette sociale qui est payée par la réparation du dommage causé même en l'absence de faute. Au titre de la solidarité nationale, la communauté toute entière endosse la responsabilité des effets néfastes du risque pris par la personne qui s'y est prêtée ; on parle alors de « collectivisation du risque ou de socialisation du risque ». Cette dernière est identifiée toutes les fois que

> *« l'indemnisation des conséquences dommageables d'un risque est sans lien avec la responsabilité ou lorsque le financement de cette indemnisation est soit a priori soit a posteriori, déconnecté des cotisations ou prélèvements individuels, ou encore, lorsque la puissance publique est impliquée dans cette indemnisation, même en l'absence de la responsabilité directe dans un dommage »*[932].

La mise en œuvre de cette socialisation du risque dans le cadre de la recherche biomédicale s'explique par la volonté manifeste du législateur de compenser au moyen d'une indemnisation ou d'une réparation, le sacrifice lourd consenti par l'individu dans l'intérêt de tous[933]. Parce qu'elle est susceptible de porter intimement atteinte aux libertés individuelles et par dérogation au principe de séparation des autorités administratives et judiciaires, le contentieux né de la responsabilité du promoteur en matière recherche biomédicale, qu'il s'agisse d'une personne privée ou d'une personne publique, ressortit à la compétence du juge judiciaire, en l'occurrence le tribunal de grande instance en vertu de l'article L.1126-7 du code de la santé publique[934].

Fortement adossée sur la compétence publique de protection et promotion de la santé publique au travers de sa prévention et de son développement, la responsabilité sans faute du service public hospitalier se fonde également sur l'exigence de sécurité sanitaire.

---

chapitre. Lorsque la responsabilité du promoteur n'est pas engagée, les victimes peuvent être indemnisées par l'office institué à l'article L. 1142-22, conformément aux dispositions du II de l'article L. 1142-1. Toutefois l'indemnisation n'est pas dans ce cas, subordonnée au caractère de gravité prévu par ces dispositions ».

[932] Rapport public du Conseil d'Etat, 2005, considérations générales : *Responsabilité et socialisation du risque, op. cit.,* p.204.

[933] RIVET, conclusions sur le CE, 30 novembre 1923, *Couitéas, RDP* 1924, p.75, note JEZE.

[934] Article 1126-7 du code de la santé publique : *« Par dérogation à l'article 13 de la loi des 16 et 24 août 1790 sur l'organisation judiciaire, le tribunal de grande instance est seul compétent pour statuer sur toute action en indemnisation des dommages résultant d'une recherche biomédicale (…) ».*

B- Les exigences de sécurité de résultat du service public hospitalier

Dans le cadre de ses activités médicales, le service public hospitalier est amené à utiliser des produits et appareils de santé en vue de garantir le meilleur traitement possible aux usagers, en vertu de l'obligation de moyen qui lui incombe. Ces outils de prise en charge sont toutefois susceptibles d'occasionner des dommages, dont la nécessité de réparer débouche sur un régime de responsabilité sans faute du service public hospitalier devant le juge administratif. Une telle responsabilité est assimilable à la responsabilité du fait des choses placées sous sa garde en droit civil ; car, bien que n'étant pas fautif, le service public hospitalier se présente comme le garant de la fiabilité des produits et appareils de santé qu'il utilise. De ce fait, il repose sur lui une obligation de sécurité de résultat[935] lors de leur usage, dont la violation conduit à la mise en cause de sa responsabilité, même en l'absence de toute faute. C'est ce qui ressort de la motivation du juge administratif, lorsqu'il affirme à l'occasion de l'arrêt *Marzouk* que : « *sans préjudice d'éventuels recours en garantie, le service public hospitalier est responsable, même en l'absence de fautes de sa part, des conséquences dommageables pour les usagers de la défaillance des produits et appareils de santé qu'il utilise »*[936]. Cette position du juge sera renforcée par l'interprétation que donne la Cour de Justice de l'Union Européenne au sujet de la transposition de sa directive 85/374 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux[937] ; laquelle dispose que

> *« La responsabilité d'un prestataire de services qui utilise, dans le cadre d'une prestation de services telle que des soins dispensés en milieu hospitalier, des appareils ou des produits défectueux dont il n'est pas le producteur au sens des dispositions de la directive 85/374 et cause, de ce fait, des dommages au bénéficiaire de la prestation ne relève pas du champ d'application de cette directive. Cette dernière ne s'oppose dès lors pas à ce qu'un Etat membre institue un tel régime, tel que celui en cause au principal, prévoyant la responsabilité d'un tel prestataire à l'égard des dommages ainsi occasionnés, même en l'absence de toute faute imputable à celui-ci, à condition, toutefois, que soit préservée la faculté pour la victime et/ou ledit prestataire de mettre en cause la responsabilité du producteur sur le fondement de ladite directive lorsque se trouvent remplies les conditions prévues par celle-ci »*[938].

[935] L'obligation de sécurité de résultat est une obligation en vertu de laquelle l'établissement public de santé est contraint d'atteindre un résultat précis et déterminé en avance, dont le défaut engagerait automatique sa responsabilité.
[936] CE, 9 juillet 2003, *APHP c/ Marzouk,* AJDA 2003, p.1946, note M. Deguergue ; RGDM 2004, n°14, p.247 comm. BONNEAU J..
[937] Directive 85/374/CEE du Conseil du 25 juillet 1985 en matière de responsabilité du fait des produits défectueux.
[938] CJUE, 21 déc. 2011, *CHU Besançon,* n°C-495/10 : AJDA 2011.2505.

Ainsi, en se basant sur cette interprétation du juge communautaire européen, le juge administratif français a réitéré en 2012[939] l'engagement de la responsabilité sans faute du service public hospitalier du fait des produits (1) et appareils défectueux (2) qu'il utilise.

1- La responsabilité sans faute du fait des produits défectueux

La responsabilité du service public hospitalier peut être engagée même en l'absence de toute faute par des usagers, victimes des dommages causés à la suite d'une administration de produits de santé défectueux. Aux termes des dispositions de l'article 1386-4 du code civil français, *« un produit est défectueux (…) lorsqu'il n'offre pas la sécurité à laquelle on peut légitimement s'attendre. Un produit ne peut être considéré comme défectueux par le seul fait qu'un autre, plus perfectionné a été mis postérieurement en circulation ».* Ainsi, se pose une obligation de sécurité du résultat escompté lors de l'utilisation dudit produit, dont sont débiteurs non seulement le fournisseur ou prestataire vis-à-vis de son patient du fait de la relation qui les lie, mais également le producteur vis-à-vis du fournisseur et du patient[940] du fait de l'origine ou de la conception du produit[941]. Cette obligation débouche sur une responsabilité de plein droit du fournisseur ou du producteur, caractérisée par la présomption du lien de causalité du fait de *« l'ampleur de la catastrophe sanitaire et des drames personnels »*[942]. Cette présomption a un fondement aussi bien jurisprudentiel que légal. Sur le plan jurisprudentiel, les juges judiciaire et administratif ont retenu à l'occasion des affaires de transfusion de sang contaminé que

> *« lorsqu'une personne démontre, d'une part, que la contamination dont elle est atteinte est survenue à la suite de transfusions sanguines et, d'autre part, qu'elle ne présente aucun mode de contamination qui lui soit propre, il appartient au centre de transfusion sanguine, dont la responsabilité est recherchée, de prouver que les produits qu'il a fournis étaient exempts de tout vice »*[943]. De même, aux termes de l'article 102 de la loi du 4 mars 2002, *« En cas de contestation relative à l'imputabilité d'une contamination par le virus de l'hépatite C antérieure à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, le demandeur apporte des éléments qui permettent de présumer que cette contamination a pour origine une transfusion de produits sanguins labiles ou une injection de médicaments dérivés du sang. Au vu de ces éléments, il incombe à la partie défenderesse de prouver que cette transfusion ou*

---

939 CE, 12 mars 2012, *CHU Besançon II,* n°327449 : Rec. CE. p.85 : *« Considérant qu'il résulte de l'interprétation ainsi donnée par la Cour de justice de l'Union européenne que la directive du 25 juillet 1985 ne fait pas obstacle à l'application du principe selon lequel, sans préjudice des actions susceptibles d'être exercées à l'encontre du producteur, le service public hospitalier est responsable, même en l'absence de faute de sa part, des conséquences dommageables pour les usagers de la défaillance des produits et appareils de santé qu'il utilise ».*

940 Aux termes des articles 1245 et 1245-1 du code civil français, *« Le producteur est responsable du dommage causé par un défaut de son produit, qu'il soit ou non lié par un contrat avec la victime » ; « Les dispositions du présent chapitre s'appliquent à la réparation du dommage qui résulte d'une atteinte à la personne ».*

941 CJUE, 21 déc. 2011, *CHU Besançon,* n°C-495/10 : AJDA 2011.2505.

942 Christian Byk, « chapitre 8. Le régime « spécifique » de responsabilité du fait des produits sanguins », in *Journal international de Bioéthique et d'éthique des sciences,* 2017, vol.28, n°2, p.152.

943 Cass. 1ère civ., 9 mai 2001, n°99-18.161 ; Cass. 1ère civ. n°99-18.514 ; CE, 15 janv. 2001, n°208958.

cette injection n'est pas à l'origine de la contamination. Le juge forme sa conviction après avoir ordonné, en cas de besoin, toutes les mesures d'instruction qu'il estime utiles. Le doute profite au demandeur »[944].

En outre, il n'existe pas de place pour l'aléa ou l'incertitude quant au résultat attendu lors de l'usage du produit, et le prestataire qui s'en sert est de ce fait garant de sa fiabilité. Cette fiabilité, assimilable à la sécurité à laquelle peut légitimement s'attendre le patient, s'apprécie au regard des circonstances telles que *« la présentation du produit, de l'usage qui peut en être raisonnablement attendu et du moment de sa mise en circulation »*[945]. Ce dernier élément est déterminant pour l'appréciation de la défectuosité ou de la fiabilité d'un produit, car tant qu'il n'est pas mis en circulation, le produit est considéré comme inachevé, insusceptible d'être utilisé et donc incapable d'engager une quelconque responsabilité. De la sorte, un produit est considéré comme mis en circulation lorsqu'il a quitté la chaîne de production pour être vendu ou distribué[946]. Appliqué au domaine médical et hospitalier, un produit défectueux est mis en circulation *« lorsqu'il est utilisé à l'occasion d'une prestation de service concrète, de nature médicale, consistant à préparer un organe humain en vue de sa transplantation et que le dommage causé par celui-ci est consécutif à cette préparation »*[947].

Ce faisant, les produits défectueux susceptibles de mettre en cause la responsabilité du service public hospitalier, sont ceux utilisés à titre principal ou accessoire pour le traitement des usagers au sein des formations sanitaires publiques. Ils appartiennent à la catégorie générique des produits de santé, et sont constitués à la fois des produits de laboratoires pharmacologiques ou immunologiques à l'instar des médicaments[948], mais aussi des produits dérivés du corps humain. Cette dernière sous-catégorie est explicitement mentionnée à l'article 5311-1, II du code de la santé publique, qui y inclus les produits sanguins labiles ; les organes, tissus, cellules et produits d'origine humaine ou animale, y compris lorsqu'ils sont prélevés à l'occasion d'une intervention chirurgicale ; les produits cellulaires à finalité thérapeutique ; le lait maternel collecté, qualité, préparé et conservé par les lactariums. Cette distinction des produits de santé fonde par ailleurs le caractère fondé ou non, pour le juge, de la cause exonératoire de la

---

944 Article 102 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
945 Article 1245-3 du code civil français.
946 Cass. Civ. 1ère, 24 janvier 2006, *Sté Aventis Pasteur MSD,* pourvoi n°03-19.534, D.2006, p.1274, note NEYRET L. ; CJCE, 9 févr. 2006, aff. C-127/04.
947 CJCE, 10 mai 2001, aff. C-203/99.
948 Aux termes de l'article L. 5111-1 du Code de la santé publique, le médicament désigne : *« toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique ».*

responsabilité du producteur. En effet, tandis que pour les produits de laboratoires, le producteur peut être exonéré de sa responsabilité du fait de leur défectuosité en prouvant que *« l'état des connaissances scientifiques et techniques, au moment où il a mis le produit en circulation, n'a pas permis de déceler l'existence du défaut »*[949] *;* tel n'est pas le cas pour les produits dérivés du corps humain[950].

2- La responsabilité sans faute du fait des appareils de santé défectueux

Les règles de responsabilité applicables dans l'hypothèse des dommages causés par des appareils de santé défectueux au sein d'un établissement public hospitalier, sont les mêmes que celles précédemment déclinées dans les cas de préjudices résultant des produits de santé défectueux ; à la seule nuance que les régimes juridiques propres à ces outils de prise en charge du patient sont distincts. En effet, les appareils de santé défectueux sont assimilables aux dispositifs médicaux qui, dans leur appréhension par le code de la santé publique, exclus totalement les produits de santé. Ainsi, aux termes des dispositions de l'article 5211-1, les dispositifs médicaux désignent

> *« tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens ».*

De même, ledit code mentionne explicitement que les produits de santé ne sont pas régis par les règles applicables aux dispositifs médicaux. Il dispose à cet effet que

> *« Ne sont pas régis par les dispositions du présent titre : (…) Les produits qui, compte tenu de leur mode d'action principal, sont considérés comme des médicaments ; les produits cosmétiques ; le sang humain, les produits sanguins, les cellules sanguines d'origine humaine ou les dispositifs qui contiennent au moment de leur mise sur le marché des produits sanguins labiles ou des cellules d'origine humaine ; les organes, tissus ou cellules d'origine humaine ou les produits qui incorporent des tissus ou cellules d'origine humaine ou qui en sont dérivés, à l'exception des dispositifs incorporant comme partie intégrante une substance qui, si elle est utilisée séparément, est susceptible d'être considérée comme un médicament dérivé du sang et qui peut agir sur le corps humain par une action accessoire à celle du dispositif ; les organes, tissus ou cellules d'origine animale, sauf si, pour la fabrication d'un dispositif, on utilise un tissu d'origine animale rendu non viable ou des produits non viables dérivés de tissus d'origine animale »*[951].

[949] Article 1245-10 du code civil français.
[950] Article 1245-11.
[951] Article R.5211-3 du code de la santé publique.

Ce faisant, il convient de distinguer la dénomination affectée à la qualification des créateurs produits de santé de celle employée pour identifier les créateurs des appareils de santé. Les premiers sont dénommés producteur ; tandis que les seconds sont appelés de fabricant[952] ou exploitant[953]. Mais qu'il s'agisse des uns ou des autres, la responsabilité du service public hospitalier est susceptible d'être engagée en qualité de fournisseur ou d'exploitant, même en l'absence de faute, à condition toutefois que soit préservée la faculté pour la victime et/ou le prestataire de mettre en cause la responsabilité du producteur ou du fabricant sur le fondement de la directive européenne relative à la responsabilité du fait des produits défectueux, lorsque se trouvent remplies les conditions prévues par celle-ci[954].

SECTION 2 : LES SPÉCIFICITÉS LIÉES AU RÉGIME DE RESPONSABILITÉ POUR FAUTE DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Le régime de la responsabilité pour faute applicable au service public hospitalier obéit à la configuration générique de toute responsabilité administrative, tout en présentant des spécificités liées aux types de fautes, mais aussi à son inclinaison au profit des victimes. En effet, dans le cadre de leurs activités liées au service public hospitalier, les personnes morales de droit public que sont l'Etat et les établissements publics de santé sont, chacune dans l'exécution de ses fonctions, en proie à manquer à des obligations préexistantes par action ou par abstention. Aussi, longtemps consacrée par la jurisprudence qui en a dessiné les contours et pallié les insuffisances au fil des affaires à elle soumis, la responsabilité pour faute du service public hospitalier a par la suite fait l'objet d'un fondement textuel en droit français. Elle repose sur l'article L.1142-1 du code de la santé publique, en vertu duquel

> « *I. - Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du*

[952] Article R.5211-4, 3° du code de la santé publique définit le fabricant d'un dispositif médical comme : *« la personne physique ou morale responsable de la conception, de la fabrication, du conditionnement et de l'étiquetage d'un dispositif médical en vue de sa mise sur le marché en son nom propre, que ces opérations soient effectuées par cette personne ou pour son compte par une autre personne ; les obligations qui s'imposent au fabricant en vertu du présent titre s'imposent également à la personne physique ou morale qui assemble, conditionne, traite, remet à neuf ou étiquette des dispositifs médicaux, ou assigne à des produits préfabriqués la destination de dispositifs médicaux, en vue de les mettre sur le marché en son nom propre. Elles ne s'appliquent pas à la personne qui, sans être fabricant, assemble ou adapte pour un patient déterminé, conformément à leur destination, des dispositifs déjà mis sur le marché ;*

[953] Article R.5211-5, 1° du code de la santé publique définit l'exploitant d'un dispositif médical comme : *« toute personne physique ou morale assurant la responsabilité juridique de l'activité requérant l'utilisation de ce dispositif ou rendant ce dispositif accessible aux tiers ».*

[954] CJUE, 21 déc. 2011, *CHU Besançon,* n°C-495/10 : AJDA 2011.2505.

présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute ».

Est donc ainsi posé le principe de la responsabilité pour faute prouvée, dont les exceptions légales, relatives à la réparation des infections nosocomiales955 et des dommages causés par les produits de santé, relèvent d'un régime de responsabilité de plein droit matérialisé au moyen de la présomption de faute.

Ces manquements, constitutifs de fautes dommageables, sont susceptibles d'engager la responsabilité de l'Etat et des établissements publics de santé devant les juridictions administratives qui, dans un souci d'équiter et en vue de réparer la tragédie humanitaire et profondément douloureuse dérivée du dommage médical et hospitalier, ont progressivement étendu les limites classiques du préjudices réparables. Les juges de la responsabilité médicale et hospitalière ont ainsi développé des mécanismes de simplification de mise en cause de la responsabilité pour faute du service public hospitalier en faveur de l'indemnisation de la victime ; révélant ainsi une inclinaison de la responsabilité pour faute au profit de la victime (II). Et ce, en dépit de la diversité et de la simplification des fautes susceptibles de mettre en cause cette responsabilité (I).

I- La diversité des fautes susceptibles de mettre en cause la responsabilité du service public hospitalier

La responsabilité du service public hospitalier est susceptible d'être engagée au moyen d'actions et d'abstentions des personnes en charge de ce service public. De ce fait, les établissements publics de santé en tant que cadre d'exercice de l'activité médicale, ainsi que l'Etat pris comme autorité de police sanitaire peuvent commettre des fautes dont le caractère dommageable pour les usagers, les rend débiteurs d'une réparation. La multiplicité et la simplification de ces fautes contribuent à élargir le champ d'application d'hypothèses d'indemnisation dont bénéficient les victimes, tout en favorisant la démocratie sanitaire par la sanction de toute violation aux droits des patients. Une telle ouverture s'inscrit en droite ligne avec la désacralisation de la médecine, dont sa judiciarisation qui en est la manifestation criarde s'est récemment caractérisée par l'abolition de la faute lourde pour les actes médicaux[956] et la

[955] Article 1142-1, I du code de la santé publique : *« (...) Les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère ».*

[956] CE, Ass., 10 avril 1992, *époux V,* n°79027, publié au recueil Lebon.

généralisation de la faute simple pour l'ensemble du contentieux de la responsabilité médicale et hospitalière. Ainsi se justifie donc la distinction dans le cadre de cette analyse, entre les fautes imputables aux établissements publics de santé (A), et les fautes imputables à l'Etat, autorité de police sanitaire (B).

A- Les fautes imputables aux établissements publics de santé

Les fautes imputables aux établissements publics de santé sont celles commises dans le cadre du service par les professionnels de santé qu'ils emploient (1), au travers du mécanisme de la protection fonctionnelle ; mais aussi celles qui tiennent aux défauts dans leur organisation et leur fonctionnement (2).

1- Les fautes des professionnels de santé

Dans l'exercice de leur activité médicale, les professionnels de santé sont susceptibles de commettre d'une part des fautes techniques, c'est-à-dire celles liées à la réalisation des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ; et d'autre part des fautes d'humanisme, qui sont des manquements à leurs devoirs déontologiques.

En effet, en ce qui concerne les fautes techniques, elles découlent du manquement à l'obligation préexistante en matière médicale à laquelle est soumis tout médecin. Il s'agit de l'obligation de moyen posée dès le 20 mai 1936 par l'arrêt *Mercier,* qui impose au praticien d'administrer à son patient des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science. Cette obligation fera par la suite l'objet d'une consécration textuelle au travers de l'article L.1110-5 du code de la santé publique, lequel prévoit que

> *« toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible des souffrances au regard des connaissances médicales avérées ».*

La nature de cette obligation se justifie par la part d'aléa qui entoure le dénouement de tout acte médical, et qui *« empêche de faire peser sur le médecin l'obligation d'obtenir un résultat déterminé concernant la santé de son patient »*[957]. En d'autres termes, qu'il s'agisse d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins, le médecin ne saurait être soumis à une obligation de guérison.

[957] AREDOC, « faute, aléa thérapeutique, perte de chance : Etat des lieux 18 ans après la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 », octobre 2020, p.7.

Aussi peut-on distinguer les fautes techniques, les fautes de diagnostic, les fautes dans la prescription, et les fautes dans la conduite des soins. Tout d'abord, les fautes de diagnostic sont celles qui découlent de l'acte d'identification d'une maladie au moyen de l'observation de ses symptômes, et de l'information du patient sur les risques de survenance de ladite maladie au regard de ses antécédents. Ces fautes ne sont pas automatiquement liées aux erreurs, car le praticien n'est pas soumis à une obligation de résultat quant à l'identification précise de la pathologie dont souffre son patient. Il est plutôt contraint à une obligation déontologique de moyens, consistant à l'élaboration de son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le plus de temps possible, et en s'aidant des méthodes scientifiques les mieux adaptées et des concours les plus appropriés[958]. De ce fait, une erreur de diagnostic ne saurait suffire à elle seule pour engager la responsabilité de l'établissement public de santé[959] ; de même que cette dernière est exclue en cas de rareté de la pathologie[960], de la manifestation atypique des symptômes et donc de la douleur[961], mais aussi du caractère plausible de la commission de la même erreur par un autre praticien exerçant dans la même spécialité et placé dans les mêmes conditions que le praticien incriminé[962]. En outre, sera considérée comme une faute de diagnostic susceptible d'engager la responsabilité du professionnel de santé, celle revêtant les caractères de grossièreté[963], de négligence[964], et révélant une insuffisance professionnelle[965]. Par la suite, le professionnel de santé peut se rendre responsable d'une faute en matière de prescription

[958] L'article 33 du Code de déontologie médicale français dispose que *« le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés »*. De même l'article 23 du décret n°83-166 du 12 avril 1983 portant code de déontologie des médecins (du Cameroun) prévoit que « *Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin sans compter le temps que lui coûte ce travail ».*

[959] Cass. 1ère civ., 3 avril 2007, n° 05-10.515 ; Voir également : CA Amiens, 14 mars 2019, n° 17/03302.

[960] Cass. 1ère civ., 16 juin 1998, n° 97-18.509.

[961] Cass. 1ère civ., 1er mars 2005, n° 03-19.062 : la localisation de la douleur pouvant conduire dans un premier temps à suspecter une infection urinaire et à écarter la péritonite grave.

[962] Cass. 1ère civ., 25 juin 2009, n° 08-15.560 : n'est pas fautif le psychiatre qui n'a pas diagnostiqué une psychose puerpérale en raison de la difficulté entourant le diagnostic de cette pathologie.

[963] Une erreur de diagnostic est considérée comme grossière lorsque malgré des symptômes flagrants d'une pathologie plus sérieuse, le praticien se restreint tout de même à ne prescrire que des antalgiques. Voir *Cass. 1ère civ., 16 juin 1998, n° 97-18.509* : qui décrit le cas d'une patiente qui présente de grandes douleurs abdominales, une température élevée et une hyperleucocytose à la suite d'un accouchement ; et à qui le praticien n'a prescrit que des antidouleurs, sans aucune antibiothérapie entraînant ainsi des amputations.

[964] La négligence se manifeste par le défaut de recherches nécessaires, relatives aux renseignements sur les antécédents du patient, et aux examens complémentaires pour préciser le diagnostic. Voir *Cass. 1ère civ., 15 novembre 1989, n° 88-12.702 ; Cass. 1ère civ., 29 novembre 2005, n° 04-13.805 ; Cass. 1ère civ., 26 septembre 2012, n° 11-19.284* : Le médecin n'avait pas employé tous les moyens d'investigation dont il disposait pour vérifier l'existence d'une macrosomie fœtale qu'elle devait suspecter et « poser un diagnostic éclairé lui permettant d'orienter la parturiente en toute connaissance de cause vers le mode d'accouchement le plus adapté ».

[965] L'insuffisance professionnelle est matérialisée par l'interprétation erronée par le praticien, des symptômes que présente la pathologie. Voir *Cass. 1ère civ., 13 décembre 1989, n° 88-17.459* : médecin qui omet de diagnostiquer une maladie d'Osler alors que les divers symptômes imposaient d'envisager cette maladie.

médicale. Bien que disposant d'une liberté de prescription[966], le praticien est contraint d'établir ladite prescription dans le respect des données acquises par la science ; car tout défaut de conformité engagerait sa responsabilité sur le fondement d'une violation de l'obligation de moyens. C'est ainsi que peuvent être constitutifs de faute, un choix thérapeutique injustifié et non adapté[967], l'utilisation de méthodes obsolètes au regard des données acquises par la science et dont les risques ne sont pas maîtrisés[968], et la prescription des médicaments sans autorisation de mise sur le marché et qui ne remplissent pas les conditions de nécessité ou d'utilisation temporaire[969]. Enfin, les fautes dans la conduite des soins sont aussi imputables au praticien. Sont constitutives d'une conduite fautive des soins, la négligence et l'imprudence du praticien maladroit. De ce fait, les juges ont retenu que

> *« l'atteinte, par un chirurgien, à un organe ou une partie du corps du patient que son intervention n'impliquait pas est fautive, en l'absence de preuve, qui lui incombe, d'une anomalie rendant l'atteinte inévitable ou de la survenance d'un risque inhérent à cette intervention qui, ne pouvant être maîtrisé, relèverait de l'aléa thérapeutique »*[970].

Par ailleurs, la responsabilité des professionnels de santé est susceptible d'être engagée pour faute d'humanisme encore appelée faute déontologique ; notamment dans la conduite de la relation médicale entre le patient et le praticien. En effet, ce dernier est tenu de fournir à son patient une information claire, loyale ; à la suite de laquelle il est contraint de recueillir le consentement libre et éclairé[971] de celui-ci. L'information est exigée aussi bien pour les actes médicaux et non médicaux[972], et porte notamment sur *« les différents investigations, traitements ou actions de prévention qui 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 »*[973].

---

[966] La liberté de prescription du médecin est prévue par l'article R.4127-8 du code de la santé publique français ; et l'article 5 du code de déontologie des médecins au Cameroun.
[967] Cass. 1ère civ., 28 janvier 2010, n° 09-10.992.
[968] Cass. 1ère civ., 13 mai 1959.
[969] Le médecin ne peut en effet prescrire les médicaments hors autorisation de mise sur le marché, que lorsqu'aucune alternative médicamenteuse n'est possible, ou lorsque le médicament a reçu une autorisation temporaire d'utilisation délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.
[970] Cass. 1ère civ., 20 mars 2013, n°12-13.900.
[971] Cass. 1re Civ., 11 octobre 1988, Bull. 1988, I, n° 280, p. 192, pourvoi n° 86-12.832.
[972] CE, 27 juin 2016, n°386165 : C'est le cas de l'accouchement par voie basse qui, bien qu'étant un évènement naturel et non un acte médical, *« ne dispense pas les médecins de l'obligation de porter, le cas échéant, à la connaissance de la femme enceinte les risques qu'il est susceptible de présenter eu égard notamment à son état de santé, à celui du fœtus ou à ses antécédents médicaux, et les moyens de les prévenir ».*
[973] Article 1111-2 du code de la santé publique.

2- Les fautes dans l'organisation et le fonctionnement du service

Encore qualifiées de fautes non médicales susceptibles d'engager la responsabilité de l'établissement public de santé, les fautes dans l'organisation et le fonctionnement du service restent réfractaires *« à toute tentative de systématisation »*[974]. Un tel constat se justifie par le fait qu'à la différence d'une définition précise attribuée par le législateur à la faute médicale, celles-ci sont constituées par un ensemble d'éléments factuels qui traduisent un défaut de satisfaction des obligations du service[975]. Ce défaut de satisfaction n'est toutefois pas fonction d'un résultat préalablement défini, car le juge opte pour une appréciation au cas par cas de l'organisation du service et donc de la préparation en amont de la réalisation de l'activité au regard des moyens disponibles. Il affirme à cet effet que *« compte tenu des moyens techniques et du personnel médical dont dispose l'établissement, le malade a reçu tous les soins qui pouvaient être pratiqués et a été suivi par des médecins qualifiés pour traiter son affection »*[976]. Autrement dit, moins regardant sur les conséquences dommageables subies par le patient, le juge sanctionne plutôt par la mise en cause de la responsabilité de l'établissement public de santé, une préparation déficiente ou insuffisante du service. Il constate *« si ce qui pouvait être fait, eu égard aux moyens dont dispose l'hôpital, a été fait »*[977]. Néanmoins, l'absence de ces moyens ne l'exonère pas[978] pour autant de sa mission primordiale d'organisation optimisée des soins dans les conditions de sécurité, de qualité et d'égal accès.

Sont ainsi soumises à cette analyse du juge, toutes les hypothèses révélant une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service ; à l'instar de la réalisation tardive d'un examen[979], de l'insuffisance du personnel hormis en situation d'urgence[980], d'un défaut de surveillance ou d'une surveillance insuffisante [981], d'un défaut dans les conditions de prise en

---

[974] FRAYSSINET M.-H., « La faute dans l'organisation et le fonctionnement du service à l'épreuve de la télésanté », in *La Gazette de l'hôpital,* décembre 2012, n°101, p.2.
[975] *Ibid.,* p.5.
[976] *Ibidem.,* p.5 ; Conseil d'État, sec., 23 avril 1997, *veuve Marut*.
[977] FRAYSSINET M.-H., « La faute dans l'organisation et le fonctionnement du service à l'épreuve de la télésanté », *op. cit.,* p.6.
[978] CAA Paris, 3 avril 1997, *centre hospitalier de Papeete*, n° 96PA00077, l'absence de moyens budgétaires n'est pas une cause exonératoire justifiant l'insuffisance des moyens en personnel et/ou en matériel.
[979] CE, 16 novembre 1998, *Mlle Y.*, n° 178585.
[980] CE, 27 juin 2005, *M. et Mme X.*, n° 250483.
[981] CE, 9 mars 2009, *Mme G.,* n° 303983, *« compte tenu des circonstances de son hospitalisation et de la parfaite connaissance qu'avaient les médecins des risques que comportait son état mental, le fait que [la patiente] ait pu échapper à la vigilance du service où elle était hospitalisée et ait pu mettre fin à ses jours révèle une défaillance dans la surveillance et une faute dans l'organisation du service ».* Pour la surveillance du patient, le juge apprécie le défaut en fonction des trois critères que sont le caractère prévisible ou imprévisible du comportement du malade, la nature de la surveillance concrètement exercée, et l'organisation matérielle du service et son adéquation avec les tâches qu'il assume.

charge[982], d'une faute dans la réalisation d'actes de soins courants[983], le mauvais entretien des locaux[984]. Au-delà du fonctionnement défectueux ou de la mauvaise organisation de l'Etablissement public de santé qui sont susceptibles d'engager la responsabilité du service public hospitalier, celle-ci peut directement être mise en cause par l'Etat dans ses missions d'autorité de police sanitaire.

[982] CE, 16 juin 2000, *Hospices civils de Lyon*, n° 196255, « *qu'eu égard à la gravité du risque qu'impliquait un accouchement prématuré de jumeaux de vingt-trois semaines, la cour n'a pas inexactement qualifié les faits soumis à son examen en estimant que les Hospices Civils De Lyon, en n'admettant pas, le cas échéant en surnombre, Mme X... à l'hôpital Edouard Herriot ou, à défaut, en n'affectant pas à l'accouchement dans un autre hôpital des spécialistes en réanimation néonatale, ont commis une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service de nature à engager leur responsabilité, alors même que l'hôpital de la Croix-Rousse aurait utilisé au mieux les moyens humains et matériels dont il disposait ; (...)*».

[983] Les actes de soins courants se distinguent des actes médicaux en ce qu'ils *« peuvent être exécutés par des auxiliaires médicaux qualifiés et uniquement sur prescription du médecin, mais en dehors de la présence de celui-ci »* (MARION L., MAUGUE C., *La responsabilité du service public hospitalier,* 2e éd., *op. cit.,* p.70). Il s'agit par exemple des piqûres, des injections, des perfusions. La faute dans la réalisation de ces actes découlerait donc de l'injection d'un produit dans les conditions ayant entraîné un dommage (CE, 7 oct. 1955, *Hôpital-Hospice de Bayeux c/ Vve Hervé : Rec. CE*, p.470 ; CE, 5 mai 1982, *Hospices de Lyon c/ Epoux Hombourger : Rec. CE,* p.170) ; ou encore de la mauvaise manipulation d'un nouveau-né occasionnant une fracture chez celui-ci (CE, 25 juill. 1986, *Centre hospitalier de Sélestat,* n°67420).

[984] Ce mauvais entretien des locaux et du matériel utilisé se matérialise par un défaut d'asepsie susceptible de provoquer chez le patient des infections nosocomiales (CE, 9 déc. 1988, *Cohen : Rec. CE,* p.431 ; *AJDA* 1989.405 ; *Grands arrêts du droit de la santé* n°57-58 ; *D. 1989* p.347).

B- Les fautes imputables à l'Etat, autorité de police sanitaire

Dans l'exécution de ses missions de service public dans le domaine de la santé, l'Etat agit principalement comme autorité de police sanitaire, en ce qu'il est chargé de prendre des mesures réglementaires, mais également de prévention et de contrôle en vue de garantir la protection de la santé publique. Il s'agit en réalité des attributions de police administrative dont l'objet fondamental qui est de *« prévenir les troubles à l'ordre public »*[985], est mis en évidence en situation de crise sanitaire pouvant être liée à un produit de santé, une pandémie ou un évènement climatique[986]. Aussi, la création d'une police sanitaire témoigne de la *« volonté des pouvoirs publics de prendre en considération les multiples dimensions de la sécurité et de réduire la réalisation de risques bien identifiées dans certains domaines »*[987]. Dans ce contexte, la responsabilité administrative de l'Etat sera engagée, non pas dans un cadre médical strict, mais dans le domaine plus englobant de la santé publique marqué par *« l'exécution de ses obligations de prévention des atteintes à la santé des populations »*[988]. Cela étant, la responsabilité ne peut être retenue que pour faute établie en raison de ses actions (2) et de ses carences (1). La faute simple seule suffit et aucun degré de gravité particulière n'est exigé[989]. Bien au-delà, le conseil d'Etat a réaffirmé en France l'abandon de la faute lourde en matière de police sanitaire en 2016 à l'occasion de l'affaire du Médiator[990], dont les bases avaient préalablement été posées dans l'affaire du sang contaminé[991]. Cette simplification de la mise en cause de la responsabilité en matière de police sanitaire se justifie par *« l'accroissement des exigences en matière de sécurité et de précaution »*[992].

---

[985] RENAUDIE O., « La police sanitaire : un outil au service de la lutte contre le Coronavirus », in *Civitas Europa,* ed. IRENEE/ Université de Lorraine, 2020/2 (n°45), p.43.
[986] LANTERO C., « Quelles responsabilités publiques liées à la crise sanitaire ? », RGDM Revue générale de droit médical, LEH Edition, 2020, n°76, p.101.
[987] *Ibid.,* p.45.
[988] POUILLAUDE H.-B., « Eléments sur la responsabilité juridique de l'Etat en cas de crise sanitaire », in *Ethique Santé,* décembre 2021, 18(4), p.232.
[989] *Ibid.*
[990] CE, 1ère et 6e ch. Réunies, 9 nov. 2016, *Faure c/ Min. Affaires sociales, Santé et Droits de la femme*, n° 393902 et n° 393926, *AJDA 2017*, 426, note S. Brimo.
[991] CE, Ass. 9 avril 1993, M.D, n°138653, Leb., p.110, concl. H. Legal.
[992] AUBY M., « La légitimité de l'intervention publique dans le domaine de la santé », *AJDA* 1995. 588 ; AUBY J.-B., « L'évolution du traitement des risques dans et par le droit public », *Revue européenne de droit public*, 2003, p. 170 ; Conseil d'État, *Responsabilité et socialisation du risque* - Rapport public 2005, 399 p. ; DEGUERGUE M., « La responsabilité du fait des activités de police » in VAUTROT-SCHWARZ Ch., dir., *La police administrative*, PUF, Thémis, 2014, spéc. p. 22.

1- La carence fautive de l'Etat en matière de police sanitaire

Terme étymologiquement négatif, la carence porte en elle-même la connotation de la faute[993]. Elle désigne en droit de la responsabilité *« un comportement que l'administration aurait dû avoir et qu'elle n'a pas eu »*[994]. La carence fautive de l'Etat est de ce fait constituée dans une situation de risque ou de crise toutes les fois que, bien qu'ayant à la fois la connaissance dudit risque ou de ladite crise et les moyens d'agir, celui-ci se caractérise par son inaction. Autrement dit, *« l'Etat est responsable lorsque, dès lors qu'il dispose des informations tangibles et des moyens d'action, il n'agit pourtant pas »*[995]. Cette inertie est un réel manquement à l'obligation de police administrative spéciale, en l'espèce la police sanitaire,[996] dont il est débiteur, en ce sens que *« l'autorité de police ne doit pas rester inerte quand elle est informée d'une menace »*[997]. La carence fautive de l'Etat a été mise en évidence à l'occasion des multiples catastrophes et scandales sanitaires, notamment ceux relatifs aux produits de santé et aux dispositifs médicaux défectueux ayant occasionné de graves dommages pour les patients. Ainsi convient-il de relever que l'inertie fautive de l'Etat s'apprécie au regard des deux critères cumulatifs que sont sa capacité d'intervention, et l'information non équivoque du risque ou du danger.

En effet, s'agissant de ce dernier critère, les pouvoirs publics sont soumis à une obligation d'agir dès lors qu'il est établi de façon certaine qu'il existe un risque pour la santé publique, notamment au moyen de l'alerte donnée par le dispositif de veille sanitaire[998]. Aussi, pour constater la carence fautive l'Etat, le juge administratif devra préalablement déterminer le début de l'obligation d'agir des pouvoirs publics en appréciant *« au regard des éléments de l'instruction et conformément à sa jurisprudence, la date à « laquelle l'autorité de police [était] considérée comme suffisamment informée des risques pour que se déclenche son obligation d'agir »*[999]. C'est ainsi que pour le cas de l'affaire du sang contaminé, le juge a déterminé la

---

[993] SORDET J., *La carence de l'administration en droit administratif français,* Thèse, Orléans, 2019, p.551.
[994] LANTERO C., « Quelles responsabilités publiques liées à la crise sanitaire ? », RGDM, *op. cit.,* p.103.
[995] *Ibid.,* p.102.
[996] CE, Ass. 9 avril 1993, M.D., n°138653, Leb. p. 110, concl. H. Legal et CE, 1re et 6e ch. réunies, 9 nov. 2016, *Faure c/ Min. Affaires sociales, Santé et Droits de la femme*, n° 393902 et n° 393926, *AJDA 2017*, 426, note S. Brimo ; Dt Adm 2017, Comm 3, C. Lantero.
[997] TRUCHET D., *Droit administratif,* coll. « Thémis droit », 8e éd., P.U.F, 2019, p.320.
[998] Le dispositif de veille sanitaire agit dans le système global de surveillance sanitaire nationale. En effet, à la suite d'une déclaration obligatoire de certaines maladies transmissibles et infectieuses définies sur une liste préalablement définie par chaque pays, la veille sanitaire consiste à *« recueillir les données, les valider, évaluer les menaces et, le cas échant, déclencher l'alerte »* (Article L.1413-1 du code de la santé publique).
[999] LANTERO C., « Quelles responsabilités publiques liées à la crise sanitaire ? », RGDM, *op. cit.,* p.107 ; M. DEGUERGUE, « Responsabilité sanitaire et responsabilité environnementale », RDSS, 2019, p.135.

date à laquelle une information non équivoque était connue des pouvoirs publics. Il a affirmé à cet effet

> *« qu'eu égard au caractère contradictoire et incertain des informations antérieurement disponibles tant sur l'évolution de la maladie que sur les techniques susceptibles d'être utilisées pour en éviter la transmission, il ne peut être reproché à l'administration de n'avoir pas pris avant cette date de mesures propres à limiter les risques de contamination par transfusion sanguine, notamment en interdisant la délivrance des produits sanguins non chauffés, en informant les hémophiles et leurs médecins des risques encourus, ou en mettant en place des tests de dépistage du virus sur les dons de sang et une sélection des dons ; qu'en revanche il appartenait à l'autorité administrative, informée à ladite date du 22 novembre 1984, de façon non équivoque, de l'existence d'un risque sérieux de contamination des transfusés et de la possibilité d'y parer par l'utilisation des produits chauffés* »[1000].

Pour ce qui est du critère de la capacité d'intervention, le juge procède à une détermination des moyens dont dispose l'Etat pour prévenir la réalisation du risque sanitaire, afin de mieux relever la carence fautive. À titre d'illustration, il motive dans l'affaire du sang contaminé qu'

> « *eu égard tant à l'étendue des pouvoirs que [les dispositions de l'ancien code de la santé publique] confèrent aux services de l'État en ce qui concerne l'organisation générale du service public de la transfusion sanguine, le contrôle des établissements qui sont chargés de son exécution et l'édiction des règles propres à assurer la qualité du sang humain, de son plasma et de ses dérivés, qu'aux buts en vue desquels ces pouvoirs leur ont été attribués, la responsabilité de l'État peut être engagée par toute faute commise dans l'exercice desdites attributions ; (...) cette carence fautive de l'administration est de nature à engager la responsabilité de l'État à raison des contaminations provoquées par des transfusions de produits sanguins pratiquées entre le 22 novembre 1984 et le 20 octobre 1985* »[1001].

Si la carence des pouvoirs publics est la cause la plus fréquente de l'engagement de la responsabilité de l'Etat en matière de police sanitaire, leurs actions fautives constituent elles aussi des facteurs incontestables de cette responsabilité.

2- L'action fautive de l'Etat en matière de police sanitaire

Dans le cadre de ses missions de police sanitaire, l'Etat, au travers de ses autorités administratives et par le biais des établissements publics ou des autorités indépendantes sur lesquels il assure sa tutelle, est amené à prendre des actes dans un souci de protection de la santé publique. Ces actes peuvent être d'une part de nature juridique et se déclinent en régimes d'interdiction et d'autorisation, ainsi que de contrôles et d'obligations ; à l'instar de l'édiction

[1000] CE Assemblée, 9 avr. 1993, n°138653.
[1001] *Ibid.*

des mesures d'interdiction ou d'autorisation relatives à la pharmacovigilance et la biovigilance, des mesures d'autorisation de mise sur le marché (AMM) sous conditions des dispositifs médicaux, mais aussi des mesures restrictives de libertés en situation de crise sanitaire. D'autre part, ces actes peuvent être de nature matérielle, c'est notamment le cas de la logique d'approvisionnement en masques médicaux, en gels hydroalcooliques, en vaccins, ainsi que de leur distribution ou administration aux populations ; de la gestion et de la prise en charge des patients en temps de crise sanitaire, ainsi que de leur transfert et transport dans des centres spécialisés en cas d'épidémie par exemple. C'est ainsi que pris dans le cadre de crise sanitaire, ces actes de l'Etat sont susceptibles de causer des dommages à l'encontre des usagers ; parce que porteuses de tensions *« souvent sous la dialectique du « trop » ou du « pas assez » »*[1002]. Ces tensions nécessitent que soit trouvé un équilibre entre liberté et sécurité, en l'occurrence sanitaire, ainsi que réalisation de l'intérêt général. Dans un tel contexte, le rôle de l'Etat est de *« combiner de nombreux paramètres qui ne vont pas toujours dans le même sens »*[1003] *;* et pour ce faire, il est indispensable pour lui de *« réévaluer en permanence les mesures pour les adapter aux circonstances »*[1004].

Aussi, l'Etat est susceptible d'être directement et indirectement responsable devant le juge administratif des conséquences dommageables du *« système de régulation et de contrôle du risque sanitaire »*[1005]. De façon directe, le juge analyse sur le fondement d'un contrôle de légalité, les actes des autorités publiques tels que les comportements, pratiques et compétences des administrations, qui constituent des dérives ou écarts avec les exigences législatives. Il met par la suite à la charge l'Etat les préjudices découlant de l'illégalité de ces actes.

En outre, la responsabilité de l'Etat peut être indirectement engagée à raison des actions des autorités indépendantes chargées de la police sanitaire. En effet, bien qu'ayant une personnalité morale, la mission qu'exercent les autorités indépendantes est une mission de police administrative spéciale, qui demeure sous le contrôle de l'Etat quant à l'organisation et le fonctionnement ; et donc sous sa responsabilité[1006]. Ce faisant, *« L'Etat ne peut pas se départir de ses missions de sécurité, a fortiori de sécurité sanitaire. Il lui est loisible d'en*

[1002] POUILLAUDE H.-B., « Eléments sur la responsabilité juridique de l'Etat en cas de crise sanitaire », *op. cit.,* p.231.
[1003] TRUCHET D., *Droit administratif,* coll. « Thémis droit », 8e éd., P.U.F, 2019, p.320.
[1004] *Ibid.*
[1005] DESAULNAY O., « Juger l'implication étatique dans les scandales sanitaires », in *Revue juridique de l'océan indien,* 2018, n°25, p.145.
[1006] CE, 27 oct. 2008, *Société Almirall,* req. N°300389 : Le juge avait retenu que seule la responsabilité de l'Etat pouvait être recherchée à raison de l'illégalité fautive d'une décision de l'AFSSAPS ; CE, 2 mars 2011, *Société laboratoire Fénioux pharm,* req. N°335321.

organiser les modalités d'exercice toujours au sein de la sphère publique, sans jamais pouvoir déléguer la responsabilité à une personne privée »[1007]. Tel est le sens des dispositions de l'article L.5322-2 du code de la santé publique, qui prévoit que les décisions du directeur général de l'Agence en matière de police sanitaire sont prises *« au nom de l'Etat »*. C'est en vertu de ces dispositions que le juge du Tribunal administratif de Paris, sans être démentis en appel et en cassation, a retenu dans l'affaire du *Mediator*[1008] la responsabilité de l'Etat du fait des actions de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Autrement dit, *« les décisions de retrait ou de suspension d'autorisation de mise sur le marché, si elles ressortent de la compétence de l'Agence, sont prises au nom de l'Etat dont la responsabilité peut seule être engagée à raison d'un exercice fautif par l'agence de son pouvoir de police sanitaire »*[1009]. Ainsi convient-il de relever que cette imputabilité à l'Etat des actions fautives des autorités indépendantes ou établissements publics sur lesquels il exerce sa tutelle, rappelle aux autorités centrales qu'elles sont *in fine* les seules responsables juridiques et politiques des décisions de police sanitaire ; et ce en dépit d'une quelconque délégation de compétence.

Aussi convient-il de relever que tout comme en matière de service public hospitalier assuré par les établissements de santé, la faute simple[1010] suffit désormais à engager la responsabilité de l'Etat dans ses pouvoirs de police sanitaire. L'établissement de cette faute est donc fonction de la réponse apportée à un questionnement suivant : *« Les mesures prises par l'Etat étaient-elles proportionnées compte tenu des connaissances scientifiques et de l'éventail des mesures à sa disposition ? »*[1011]. Il résulte donc que l'Etat ne saurait être tenu de réaliser l'impossible, et le juge se chargera à cet effet d'effectuer un contrôle de proportionnalité.

Néanmoins, la démonstration des actions ou carences fautives de l'Etat ne suffisent pas pour donner lieu à une réparation des conséquences dommageables. Encore faudrait-il que soient établis un lien de causalité direct et certain, ainsi qu'un préjudice, facteurs même de la difficile indemnisation des victimes en matière de police sanitaire. Cet état de chose n'est qu'une illustration parmi tant d'autres, de la complexité à la laquelle font face les victimes des dommages causés par le service public hospitalier ; toute chose qui a justifié au fil du temps et des circonstances, le développement de mécanismes et moyens d'assouplissement dans

[1007] DESAULNAY O., « Juger l'implication étatique dans les scandales sanitaires », *op. cit.,* p.161.
[1008] T.A de Paris, 6e sec., 16 juin 2014, *Mme A.,* req. N°1312345/6.
[1009] DESAULNAY O., « Juger l'implication étatique dans les scandales sanitaires », *op. cit.,* p.161.
[1010] C.E, 1ère – 6e ch. réunies, 9 novembre 2016, n°393902, mentionné aux tables du recueil Lebon.
[1011] MONGOIN D., « Les spécificités de l'indemnisation des préjudices liés à la Covid-19 en droit administratif », *Les cahiers Louis Josserand,* juillet 2023.

l'établissement des conditions d'engagement de la responsabilité pour faute de ce dernier. Cette responsabilité présente de ce fait une inclination au profit des victimes.

II- Une inclination de la responsabilité pour faute au profit des victimes

Traditionnellement suspendu aux conditions cumulatives de faute, de préjudice et de lien de causalité entre les deux ; et à la rigueur des caractères direct et certain des deux dernières, l'engagement de la responsabilité pour faute du service public hospitalier s'est assoupli au fil du temps à la faveur des victimes. Mus par le souci de réparer ou d'apaiser la profonde douleur de ceux qui subissent un dommage quasi irrémédiable, les juges à l'occasion des espèces et de leurs circonstances, ont développé des stratagèmes tendant à aplanir les obstacles classiquement dressés en droit de la responsabilité administrative. Ainsi, le doute profitant habituellement à l'accusé ou à la partie défenderesse, est désormais employé au profit de la victime demanderesse par le mécanisme des présomptions (A). Aussi, cette inclinaison au profit de la victime s'illustre de façon flagrante par des constructions du juge, en dérogation aux règles classiques établies en matière de responsabilité (B).

A- L'application des présomptions dans le régime de responsabilité pour faute du service public hospitalier

La responsabilité pour faute du service public hospitalier se particularise par une profusion de présomptions, constitutives d'exceptions au régime habituellement applicable aux conditions de sa mise en cause. Ainsi, à l'inverse de la faute, du lien de causalité et du préjudice qui relèvent d'un régime probatoire, cette responsabilité spécifique admet de façon plurielle l'application des présomptions de faute (1), de causalité et de préjudice (2).

1- La présomption de faute

D'origine jurisprudentielle, la présomption de faute telle que retenue dans le régime de responsabilité pour faute en matière médicale, dérive de la motivation du juge en vertu de laquelle

> *« l'atteinte portée par un chirurgien à un organe ou tissu que son intervention n'impliquait pas est fautive en l'absence de preuve par celui-ci d'une anomalie rendant l'atteinte inévitable ou de la survenance d'un risque inhérent à cette intervention, qui ne pouvant être maîtrisé, relève de l'aléa thérapeutique »*[1012].

[1012] Cass. 1ère civ., 23 mai 2000, nos 98-20440 et 98-19869 : JCP G 2000. I 280. Obs. VINEY G.: RTD civ 2000. P.840, obs. JOURDAIN P.; Cass. 1ère civ., 9 oct. 2001, n°99-20826 ; Cass. 1ère civ., 20 mars 2013, n°12-13900.

Elle induit le renversement de la charge de la preuve, en rendant le professionnel-défendeur débiteur d'une obligation d'exonération. De façon concrète, le renversement de la présomption de faute médicale, est fonction de la démonstration ou non par le praticien, d'une cause étrangère qui peut être soit l'existence d'une anomalie rendant l'atteinte inévitable, soit l'intervention d'un aléa thérapeutique. Cette présomption se distingue de celle appliquée dans le cadre du régime de responsabilité sans faute, qui elle repose sur une base légale notamment en matière d'infection nosocomiale[1013], et de conséquences dommageables du fait des vaccinations obligatoires[1014]. Quoiqu'il en soit, l'application de la présomption de faute dans le régime de responsabilité pour faute nécessite la réalisation de deux conditions, notamment celle relative à la nature de l'acte, et celle tirée de l'exigence d'imputabilité de la lésion au geste professionnel.

En effet, pour ce qui est de la nature de l'acte, la présomption ne joue que pour les actes de soins ou d'organisation et de fonctionnement du service ; et ne saurait donc s'appliquer en cas d'acte médical ou chirurgical. C'est ce qui ressort de l'affirmation du juge lorsqu'il soutient que si le requérant

> *« entend invoquer le régime de présomption de faute en opposant le caractère bénin de l'intervention chirurgicale relative à la fracture au membre inférieur et les séquelles qu'il présentait au membre supérieur lorsqu'il est sorti de l'hôpital, graves et sans rapport objectif avec le motif de son hospitalisation, ledit régime ne saurait trouver application dès lors que l'intéressé s'est placé sur le terrain de la faute médicale qui, selon lui, résulterait exclusivement du retard à diagnostiquer, dès l'apparition de l'hématome, un déficit neurologique lié à celui-ci »*[1015].

Une telle motivation invite au rappel de la distinction entre l'acte médical et l'acte de soins ou acte courant à caractère bénin. Cette dernière est elle aussi d'ordre jurisprudentiel, car c'est à l'occasion de l'arrêt *Rouzet*[1016] que le juge a établi que la distinction entre ces deux actes ne dépend pas de la qualité de la personne qui les effectue, mais du critère matériel relatif à la nature de l'acte. De ce fait, *« l'acte de médical est celui dont l'accomplissement présente des*

[1013] Article L.1142-1 du code de la santé publique : *« (…) Les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère ».*

[1014] Article L.3111-9 du code de la santé publique *: « Sans préjudice des actions qui pourraient être exercées conformément au droit commun, la réparation intégrale des préjudices directement imputables à une vaccination obligatoire pratiquée dans les conditions mentionnées au présent titre, est assurée par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales institué à l'article L. 1142-22, au titre de la solidarité nationale ».*

[1015] CAA Nantes, 10 févr. 1994, *André Michel,* n°93NT00192.

[1016] CE, sect. 26 juin 1959, *Rouzet,* n°31396, Lebon, p.405 ; *AJDA* 1959, p.273, concl. FOURNIER J..

difficultés sérieuses et requiert des connaissances spéciales au prix d'études prolongées »[1017]. Il renvoie ainsi à deux types d'actes, en l'occurrence ceux exécutés par un médecin ou chirurgien d'une part, et ceux réalisés par un auxiliaire médical sous la responsabilité, la surveillance et le contrôle du médecin d'autre part. Les actes de soins étant ainsi réservés aux piqûres[1018] et autres actes préparatoires à l'acte médical.

S'agissant de la condition d'exigence de l'imputabilité de la lésion au geste professionnel, elle est indispensable à l'application du régime de présomption de faute. La Cour déclare à cet effet que *« l'application de cette présomption de faute implique qu'il soit tenu pour certain que l'atteinte a été causée par le chirurgien lui-même en accomplissant son geste médical »*[1019]. Une telle position du juge a pour objectif de garantir l'origine professionnelle d'une éventuelle faute, et plus étroitement, la certitude de l'existence d'une réelle faute. Car la mise en jeu de la présomption de faute en matière de responsabilité médicale pour faute ne pourrait trouver sens que *« lorsque la réalisation aberrante d'un dommage ne peut s'expliquer que par une faute »*[1020], ou du moins qu'elle la rend très probable[1021].

2- Les présomptions de causalité et de préjudice

Les présomptions de causalité et préjudice constituent aux côtés de la présomption de faute, l'inflexion majeure de la mise en cause de la responsabilité administrative pour faute, notamment en ce qui concerne ses conditions que sont la faute, le lien de causalité et préjudice. Il s'agit en réalité d'une dérogation au principe classique en vertu duquel *« la charge de la preuve incombe au demandeur »*. Car par le biais de la présomption, l'on assiste à un renversement de la charge de la preuve, procédant ainsi à un glissement de l'obligation de prouver, partant de la victime-demanderesse au service public hospitalier-défendeur.

Ainsi, s'agissant de la présomption de causalité, elle repose aussi bien sur une base légale que sur une base jurisprudentielle. D'un point de vue légal, cette présomption se fonde sur l'article 102 de la loi du 4 mars 2002[1022], qui précise clairement que *« le doute profite au*

[1017] CRISTOL D., « l'impossible assimilation de la faute médicale à d'autres fautes », in *Gazette du palais,* n°16 du 16 janv. 2020, p.33.
[1018] CE, 19 janv. 1980, *Mme Martins,* Lebon, p.4.
[1019] Cass. 1ère civ., 26 févr. 2020, nos 19-13423 et 19-14240.
[1020] LAMBERT-FAIVRE Y. et PORCHY-SIMON S., *Droit du dommage corporel, systèmes d'indemnisation,* 8e éd., 2016, Dalloz, n°574.
[1021] DUGUE M., « Précision des conditions d'application de la présomption de faute du chirurgien », in *Gazette du palais,* n°32 du 22 sept. 2020, p.27.
[1022] Article 102 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé : *« En cas de contestation relative à l'imputabilité d'une contamination par le virus de l'hépatite C antérieure à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, le demandeur apporte des éléments qui permettent de présumer que cette contamination a pour origine une transfusion de produits sanguins labiles ou une injection de*

demandeur » ; favorisant ainsi une réparation du préjudice subi par la victime et une donc une meilleure protection des droits des patients. Il s'agit en réalité d'une exception légale, car

> *« si le principe reste que la preuve du lien de causalité incombe au demandeur, l'imputabilité d'un préjudice a dans certains cas été reconnue alors même que le lien de causalité n'était pas directement établi, ce qui met en évidence une rupture entre causalité scientifique et causalité juridique, la seconde pouvant s'apprécier plus souplement que la première, d'une manière probabiliste »*[1023].

Toutefois, une telle consécration légale de la présomption de causalité tend à fragiliser les fondations classiques en matière de responsabilité, et nécessite ainsi d'être strictement encadrée *« afin de préserver un certain équilibre et raison garder »*[1024]. C'est fort de cet encadrement que le juge, faisant œuvre de base jurisprudentielle de cette présomption[1025] à l'occasion de l'affaire de la sclérose en plaques développée à la suite d'un vaccin contre l'hépatite B[1026], l'a étroitement restreinte aux critères de gravité, de précision et de concordance. Ces dernières sont la résultante d'une construction de la causalité juridique, qui survit même en l'absence de causalité scientifique, et sur laquelle va se fonder la motivation du juge. Aussi, *« l'absence de lien scientifique et statistique entre la vaccination et le développement de la maladie n'exclut pas de rechercher si des éléments de preuve constituent ou non des présomptions graves, précises et concordantes du lien de causalité »*[1027]. L'exigence de ces critères se justifie par l'existence des circonstances qui rendent *« vraisemblable le lien causal entre le dommage et l'accident »*[1028]. Il convient tout de même de relever que cette présomption réfragable, car à la différence de l'irréfragabilité qui impose que l'exonération provienne de la force majeure ou d'une cause étrangère, le renversement de la présomption de causalité est possible lorsque la probabilité de l'acte fautif à l'origine du dommage est faible. Tel en a été l'application dans l'espèce de la transfusion du sang contaminé, lorsque le juge a estimé que le

---

médicaments dérivés du sang. Au vu de ces éléments, il incombe à la partie défenderesse de prouver que cette transfusion ou cette injection n'est pas à l'origine de la contamination. Le juge forme sa conviction après avoir ordonné, en cas de besoin, toutes les mesures d'instruction qu'il estime utiles. Le doute profite au demandeur. »

[1023] CE, 9 mars 2007, *Mme Schwartz,* n°267635, Lebon, p. 118 ; Cass. 1ère civ., 25 juin 2009, pourvoi n°08-12781, Bull. n°141.

[1024] LEFEUVRE-DARNAJOU K., « Le lien de causalité ou la résurgence d'une certaine rationalité au sein de la responsabilité », in *Revue juridique de l'Ouest,* 2003, n°4, p.401.

[1025] Ce fondement jurisprudentiel de la présomption de causalité tire sa source des dispositions de l'article 1382 du code civil français en vertu desquelles : *« Les présomptions qui ne sont pas établies par la loi, sont laissées à l'appréciation du juge, qui ne doit les admettre que si elles ont graves, précises et concordantes, et dans les cas seulement où la loi admet la preuve par tout moyen ».*

[1026] CE, 9 mars 2007, *Mme Schwartz,* n°267635, Lebon, p. 118.

[1027] Caroline Lantero, « Le recours banalisé aux présomptions dans le contentieux de la responsabilité », Dossier : les imperfections du droit de la responsabilité administrative, Actes de colloque de Clermont-Ferrand du 29 juin 2018, JACQUEMET-GAUCHE A.(dir.), *AJDA* Actualité juridique de droit administratif, Dalloz, 2018, n°36, p.2069.

[1028] VINEY G., JOURDAIN P., *Les conditions de la responsabilité,* LGDJ, 2e éd., 1998, n°342 à 347.

renversement de cette présomption n'est envisageable *« que dans le cas où il résulte de l'instruction que la probabilité d'une origine transfusionnelle est manifestement moins élevée que celle d'une origine étrangère aux transfusions »*[1029].

Pour ce qui est de la présomption du préjudice, elle a pour domaine d'application le préjudice moral, en l'occurrence celui de l'impréparation. À cet effet, le juge administratif a clairement énoncé que

> *« la souffrance morale qu'il a endurée lorsqu'il a découvert, sans y avoir été préparé, les conséquences de l'intervention doit, quant à elle, être présumée »*[1030]. De même, le juge judicaire a estimé que *« le préjudice moral résultant 'un défaut de préparation aux conséquences d'un tel risque (…), dès lors qu'il est invoqué, doit être réparé »*[1031].

Ces présomptions établies en matière de responsabilité du service public hospitalier semblent toutefois n'être que des transitions face aux constructions propres à la responsabilité du service public hospitalier.

B- Les constructions propres à la responsabilité du service public hospitalier et dérogatoires aux règles classiques établies en matière de responsabilité administrative

Les spécificités substantielles de la responsabilité du service public hospitalier tiennent aussi aux constructions du juge, motivées par l'objectif de contourner les principes et règles établis en matière de responsabilité, et de garantir ainsi la réparation des préjudices subis par les victimes. Aussi dans le domaine médical et hospitalier, l'on observe bien plus qu'ailleurs, le déploiement de notions dont l'utilisation régulière par les juges leur confère une place de choix dans la responsabilité médicale et hospitalière. C'est ainsi que la notion de « perte de chance » (1) et celle de « faute caractérisée » (2) constituent respectivement des exceptions à la règle de la causalité certaine et à celle de la causalité directe ; toute chose qui révèle en réalité la sensibilité du juge ou du législateur au regard des circonstances, faisant de ce fait primer *« l'équité sur la rigueur froide du raisonnement juridique »*[1032].

[1029] CE, 19 oct. 2011, *Mme V.,* n°339670.
[1030] CE, 16 juin 2016, *Champeaux,* n°382479.
[1031] Cass. 1ère civ., 25 janv. 2017, n°15-27898.
[1032] GUETTIER C., « perte de chance de survie ou de guérison », in *Revue juridique de l'Ouest,* 2007, 4, p.315.

1- La notion de « perte de chance », un palliatif jurisprudentiel à l'incertitude causale

Appréhendée comme *« la disparition actuelle et certaine d'une éventualité favorable »*[1033], la perte de chance suppose que *« la victime soit privée de la perspective de survenance d'un évènement positif, c'est-à-dire d'un évènement qui lui aurait apporté quelque chose de plus que ce que l'avenir lui réservait »*[1034]. Cette privation doit revêtir un caractère sérieux, matérialisé par une probabilité importante de la survenance de l'évènement heureux ; et dont l'appréciation et l'évaluation sont explicitement faites par le juge avant toute réparation. Celui-ci procède notamment à l'évaluation en rapprochant *« d'une part, les risques inhérents à l'intervention et, d'autre part, ceux qui étaient encourus en cas de renoncement »*[1035] au traitement par la victime.

Ainsi, la perte de chance constitue un préjudice réparable en matière de responsabilité médicale depuis l'arrêt du 7 février 1990, lorsque la chambre civile de la Cour de cassation a affirmé que le médecin

> *« qui manque à son obligation d'éclairer son patient sur les conséquences éventuelles du choix de celui-ci d'accepter l'opération qu'il lui propose, prive seulement l'intéressé d'une chance d'échapper, par une décision peut-être plus judicieuse, au risque qui s'est finalement réalisé, perte qui constitue un préjudice distinct des atteintes corporelles résultant de ladite opération »*[1036].

Autrement dit, la perte de chance découle initialement de la violation de l'obligation d'information qui incombe au médecin et qui, donnant lieu au préjudice qualifié de perte de chance d'éviter le dommage, se distingue du préjudice corporel en lui-même. Ce dernier ne pouvant être retenu comme préjudice réparable par le juge en ce qu'un *« doute affecte le lien causal entre la faute et le dommage corporel final, puisqu'on ignore qu'elle aurait été la décision du malade si le médecin l'avait correctement informé »*[1037]. Aussi, en l'absence d'un lien de causalité certain entre la faute et le dommage corporel, la notion de « perte de chance » a été érigée par la jurisprudence en un palliatif pour assurer tout de même l'indemnisation du mal subi par le patient. En effet, l'incertitude causale qui entoure l'enchaînement des faits, en

[1033] AREDOC, « Quelques aspects de la perte de chance en responsabilité médicale », mai 2012, p.3.
[1034] GUETTIER C., « perte de chance de survie ou de guérison », *op. cit.,* p.313.
[1035] CE, sect., 5 janvier 2000, *consorts Telle,* Rec. CE, p.5, concl. CHAUVAUX D. ; Cass. 1ère civ., 4 février 2003, Bull. civ. I, n°40 : prise en compte de la nécessité de l'opération.
[1036] Cass. 1ère civ., 7 février 1990, n°88-14797.
[1037] AREDOC, « Quelques aspects de la perte de chance en responsabilité médicale », *op. cit.,* p.8.

l'occurrence le lien entre l'étiologie de la pathologie[1038] et la survenance du dommage corporel, conduit les juges à transporter la perte de chance sur le terrain de la causalité[1039]. Cette transportation s'apparente assurément à un *« artifice de raisonnement inventé dans le but d'éluder l'obstacle que l'exigence d'une causalité certaine est susceptible d'opposer à certaines demandes d'indemnisation dirigées contre l'auteur de la faute médicale par la victime du dommage »*[1040]. Il s'agit en réalité d'un instrument que la jurisprudence utilise pour rendre possible la réparation dans les hypothèses où une causalité incertaine est établie entre la faute médicale et le dommage subi par le patient[1041]. De façon concrète, lorsqu'une faute médicale est établie et qu'on ne sait pas si elle est la cause directe du décès ou de l'aggravation de l'état de santé du patient, elle est alors considérée comme une cause de perte de chance de survie ou de guérison[1042]. Ceci traduit le déploiement de cette notion qui, initialement confinée à l'application en cas de défaut d'information, s'est progressivement étendue à d'autres fautes telles que les retards de diagnostic[1043] ou dans les soins, la faute dans l'indication du traitement[1044], et l'erreur de diagnostic[1045]. Cette dernière constitue un domaine non négligeable dans la construction du juge en matière médicale et hospitalière.

2- La notion de « faute caractérisée », une dérogation légale à la causalité directe

Consacrée aux termes de l'article 1er, I de la loi du 4 mars 2002, lequel dispose que

« I.- Nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance. La personne née avec un handicap dû à une faute médicale peut obtenir la réparation de son préjudice lorsque l'acte fautif a provoqué directement le handicap ou l'a aggravé, ou n'a pas permis de prendre les mesures susceptibles de l'atténuer. Lorsque la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé est engagée vis-à-vis des parents d'un enfant né avec un handicap non décelé pendant la grossesse à

[1038] L'étiologie de la pathologie pouvant être soit son évolution normale, soit alors les prédispositions particulières du malade.

[1039] SALLET F., *La perte de chance dans la jurisprudence administrative relative à la responsabilité de la puissance publique,* Travaux de recherche Panthéon-Assas, Paris II, 1994, p.14.

[1040] GUETTIER C., « perte de chance de survie ou de guérison », *op. cit.,* p.315.

[1041] Cass. 1ère civ., 18 mars 1969, JCP 1970, II,16422, noté RABUT A. ; DESCORPS-DECLERE F., « La cohérence de la jurisprudence de la cour de cassation sur la perte d'une chance consécutive à une faute du médecin », D. 2005, chron., p.742 ; CHARAF-ELDINE A., « la théorie de la perte de chance sanitaire devant la cour de cassation et le conseil d'Etat », *RTD sanit. Et soc.,* 1983, p.48.

[1042] CE, 24 avril 1964, *Hôpital hospice de Voiron,* Rec. CE, p. 259 ; Cass. 1ère civ., 14 déc. 19655, Bull. civ. 1965, I, n°707 ; JCP G 1966 II, 14753, note SAVATIER R.. Dans ces arrêts, *« nul n'affirme que la faute a provoqué le préjudice final, mais on affirme cependant qu'elle a pu y contribuer en ouvrant la voie y conduisant. L'incertitude sur la causalité caractérise ces condamnations fondées sur le doute »* (MEMETEAU G., « perte de chances et responsabilité médicale », *Gaz. Pal*. 1997, 2 doctr., p.1367.).

[1043] CE, 19 mars 2003, CHRU de Caen, req., n°195007, RFDA 2003, p. 647 : Retard de diagnostic ayant privé l'intéressé de chances de rétablissement ou de récupération partielle.

[1044] Cass. 1ère civ., 9 juillet 1963, Bull, civ., I, n°378 ; CE, 3 avril 2009, n°308181.

[1045] CE, 31 mai 2006, *M. Duchesne,* req. n°282134.

la suite d'une faute caractérisée, les parents peuvent demander une indemnité au titre de leur seul préjudice. Ce préjudice ne saurait inclure les charges particulières découlant, tout au long de la vie de l'enfant, de ce handicap. La compensation de ce dernier relève de la solidarité nationale. (...) » ;

la faute caractérisée se présente comme une dérogation à la règle de la causalité directe. Encore appelée « dispositif anti-perruche », cette notion en droit médical se pose en s'opposant à la construction du juge de la Cour de cassation à l'occasion l'arrêt *perruche*[1046], et en vertu de laquelle « *Attendu, cependant, que dès lors que les fautes commises par le médecin et le laboratoire dans l'exécution des contrats formés avec Mme X avaient empêché celle-ci d'exercer son choix d'interrompre sa grossesse afin d'éviter la naissance d'un enfant atteint d'un handicap, ce dernier peut demander la réparation du préjudice résultant de ce handicap et causé par les fautes retenues* ». Face au caractère amoral et impopulaire de cette affirmation ; le législateur a encadré par le biais des dispositions légales sus énoncées, l'hypothèse de la réparation du préjudice qui découle d'un enfant né avec un handicap non décelé du fait d'une erreur du praticien. Il est parti du postulat selon lequel *« nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance »,* pour retenir la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé à la suite d'une faute caractérisée ; et ce en dépit de l'absence de lien de causalité direct avec le dommage corporel matérialisé par le handicap de l'enfant.

En effet, la faute caractérisée retenue par le législateur n'est pas à l'origine du dommage corporel qu'est le handicap de l'enfant, dont l'étiologie réelle est une malformation congénitale relevant de l'aléa. Aussi, par assimilation à l'article 121-3 alinéa 4 du code pénal français qui dispose que

« dans le cas prévu par l'alinéa qui précède, les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer » ;

seule la faute caractérisée engage la responsabilité du praticien ou de l'établissement de santé en cas de causalité indirecte. Elle relève d'une négligence grossière et intense du médecin, révélée par l'évidence de ses conclusions hâtives[1047] exposant les parents à un risque connu par lui et d'une particulière gravité. De ce fait, *« la notion de faute caractérisée renvoie à une*

[1046] C. Cass, Ass. Pl., 17 nov. 2000, *Perruche,* n°99-13.701, publié au bull.
[1047] Cass. 1ère civ., 16 janv. 2013, n°12-14-020.

élévation du seuil au-delà duquel la responsabilité de l'établissement de santé est engagée, compte tenu de ce que la technicité et les difficultés des opérations de diagnostic anténatal autorisent une certaine marge d'erreur »[1048]. Cette marge d'erreur dérive de l'obligation de moyens et non de résultat auquel est assorti tout acte de diagnostic ; au sens de l'affirmation du juge en matière d'erreur ou de retard de diagnostic aux termes de laquelle *« toute erreur de diagnostic n'est pas nécessairement fautive »* et qu'il convient de *« tenir compte des conditions dans lesquelles le diagnostic a été élaboré en sanctionnant, le cas échéant, un manquement à une obligation de moyens »*[1049].

En outre, la faute caractérisée en matière médicale émerge de la jurisprudence dans deux hypothèses précises que sont l'erreur de diagnostic et le défaut d'information, marquées par les caractères d'intensité et d'évidence[1050]. S'agissant de l'erreur de diagnostic, la faute caractérisée est constituée soit par la réalisation d'échographies imprécises et incomplètes démontrant des négligences dans le suivi échographique[1051] ; l'absence de consultation génétique malgré l'indentification de graves poly-malformations dès le premier trimestre de grossesse[1052] ; l'absence de contrôle visuel direct et de vérification lors de la réalisation d'échographies ne présentant pas de difficultés particulières et conduisant à des affirmations erronées[1053]. Pour ce qui est du défaut d'information, la faute est caractérisée par la communication d'une information totalement erronée aux parents, sans doute ni réserve[1054] ; ou par le fait de cacher délibérément des résultats négatifs[1055].

[1048] CHAMOT C., « La responsabilité de l'hôpital pour faute caractérisée dans un acte de diagnostic anténatal », in *Gazette du Palais*- édition généraliste, mercredi 25 et jeudi 26 mars 2015, n[os] 84 à 85, p.14.
[1049] CE, 17 févr. 2012, n°342040, *CHU de Nîmes.*
[1050] CE, 13 mai 2011, *Lazare,* n°329290.
[1051] CE, 18 juillet 2011, *centre hospitalier de sens,* n°328881.
[1052] CAA Paris, 31 juillet 2014, n°11PA03408.
[1053] CE, 31 mars 2014, *centre hospitalier de Senpis,* n°345812 et 346767 : dans cette affaire, l'absence de contrôle visuel et de vérification lors de la réalisation de l'échographie ont conduit à mentionner de manière affirmative que les quatre membres du fœtus étaient présents, alors que tel n'était pas le cas ; CAA Douai, ord., 21 juillet 2012, n°15DA00337 : dans cette espèce, l'affirmation erronée a consisté à déclarer que la vessie du fœtus était visible alors que ce n'était pas le cas ; et malgré leur connaissance du risque de malformation par les praticiens, ils n'ont tout de même pas procédé à une vérification.
[1054] CAA Bordeaux, 25 mars 2014, n°12BX02507.
[1055] CAA Nancy, 7 avril 2016, *Mme Z.,* n°14NC01294.

CONCLUSION DU CHAPITRE VI

Les spécificités matérielles de la responsabilité du service public hospitalier relèvent aussi bien de son régime de responsabilité pour faute, que de celui de la responsabilité sans faute. Il a été question de démontrer qu'en matière de responsabilité sans faute, la mise en cause du service public hospitalier repose sur l'incertitude médicale et sur les exigences de santé publique et de sécurité sanitaire. Tandis qu'en matière de responsabilité pour faute, ce service public se particularise par une diversité de fautes imputables aux établissements publics de santé et à l'Etat, mais aussi par une inclination de ce régime de responsabilité au profit des victimes. Matérialisée par la mise en œuvre d'une pluralité de présomptions et de constructions dérogatoires aux règles classiques de responsabilité administrative, cette inclination se justifie par le caractère profondément humain des dommages corporels subis par les victimes. Les spécificités liées à cette inclination sont l'œuvre de la jurisprudence et du législateur, qui, dans la mouvance d'encadrer et de définir les contours, réglemente de façon générale et impersonnelle les problèmes de droit soulevés à l'occasion des cas d'espèces et préalablement analysés par le juge.

CONCLUSION DU TITRE I :

L'essai de restructuration de l'encadrement de la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun nécessite que soient préalablement relevées les spécificités de cette responsabilité administrative particulière. Ces spécificités sont d'ordre organique et matériel, et traduisent un effort non négligeable d'harmonisation entre les particularités liées aux activités médicales et hospitalières et les règles applicables en matière de responsabilité administrative. Elles témoignent de la sensibilité des juges qui, face à la froideur du raisonnement juridique, font une application douce des règles de droit au regard des circonstances de l'espèce et n'hésitent pas à aller encore plus loin par la création et l'utilisation de notions dérogatoires aux règles classiques de responsabilité administrative.

La prise en compte des spécificités de la responsabilité du service public hospitalier est donc de nature à entraîner une modification du régime juridique de la réparation des préjudices subis par les usagers, notamment par la mise en place d'une méthode objective d'évaluation et de réparation intégrale.

TITRE 2 :

LES PERSPECTIVES D'UNE RÉPARATION SATISFAISANTE DES PRÉJUDICES CAUSÉS PAR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER AU CAMEROUN

Les perspectives d'une réparation satisfaisante, en droit camerounais, des préjudices causés par le service public hospitalier, constituent l'aboutissement de cette analyse juridique axée sur l'encadrement de la responsabilité de ce service au Cameroun. En effet, ces perspectives s'inspirent des avancées fort significatives du droit français de la réparation du dommage corporel en matière médicale et hospitalière, tout en tenant compte des spécificités liées au contexte camerounais. Ainsi, particulièrement marqué par une dense activité jurisprudentielle et doctrinale[1056], le droit français de la réparation du dommage corporel se caractérise par la poursuite de l'*« utopie constructive »*[1057] qu'est la réparation intégrale, dont les matérialisations principales résident dans la pluralité des postes de préjudices indemnisables et l'effort de concision dans leur évaluation. Aussi, des méthodes, barèmes et référentiels ont été développés par la doctrine et la jurisprudence, afin de fixer autant que faire se peut, ce droit de la réparation du dommage corporel ; dont le caractère substantiellement subjectif et propre à chaque circonstance fait émerger la plupart du temps une différence de traitement qui relève en fin de compte le pouvoir discrétionnaire du juge en la matière.

Ainsi, Face à l'hypothèse d'une impossible réparation en nature en matière de dommage corporel, notamment dans des situations extrêmes telles que la paralysie ou le décès de la victime à la suite d'une erreur médicale ou d'une négligence hospitalière ; la réparation par équivalence demeure la seule alternative possible. Elle a un rôle compensatoire et est destinée à apaiser le chagrin de la victime ou de ses ayants droits, tout en participant à l'amélioration de ses conditions de vie au regard de son nouvel état de santé. En effet sur l'impossibilité d'une réparation intégrale par un élément de même nature, le droit a mis en place un palliatif au moyen de l'indemnisation. Aussi est-il nécessaire que soit préconisé de façon équitable et proportionnelle au dommage causé, un système d'indemnisation qui, à défaut de rétablir la victime *« dans la situation où elle se serait trouvée, si l'acte dommageable n'avait pas eu*

[1056] REMY-CORLAY P., « De la réparation », in *Pour une réforme du droit de la responsabilité civile*, Paris, Dalloz, 2011, p. 191.
[1057] DINTILHAC J.-P., « La nomenclature et le recours des tiers payeurs », *Gaz. Pal.,* 11-13 févr. 2007, p.55.

lieu »[1058]*,* la console et compense sa douleur d'une certaine manière. Ce faisant, la satisfaction de l'usager-victime d'une activité dommageable du service public hospitalier viendrait à la fois d'une détermination exhaustive, sinon précise des préjudices réparables (chapitre 7), et surtout de leur indemnisation (chapitre 8).

[1058] Cass. 2e civ., 28 oct. 1954, n°1767, PII, n°328; JCP 1966.II.8765, note Savatier; RTD civ. 1955, 324 obs. Mazeaud.

CHAPITRE 7 :

LA DÉTERMINATION EXHAUSTIVE DES CHEFS DE PRÉJUDICES RÉPARABLES CAUSÉS PAR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

La satisfaction des victimes du service public hospitalier passe par la nécessité préalable de détermination des préjudices par eux subis dans le cadre de l'activité dudit service. De façon concrète à la suite d'un dommage corporel, il s'en suit une pluralité de conséquences dont la traduction juridique doit être déterminée, pour par la suite être appréciée et évaluée. Cette détermination consiste à une identification précise des chefs de préjudices découlant du dommage corporel subi par la victime (section 2), dans l'objectif ultime de les réparer intégralement (section 1).

SECTION 1 : LE PRINCIPE RÉGISSANT LA RÉPARATION DES PRÉJUDICES CAUSÉS PAR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER : LE PRINCIPE DE LA RÉPARATION INTÉGRALE

Principe directeur du droit à la réparation, la réparation intégrale se fonde et repose sur l'idée d'équité, en ce sens qu'elle postule de *« réparer le préjudice, tout le préjudice, mais rien que le préjudice »*[1059]. Ce principe donne tout son sens à la responsabilité civile et administrative, car il consiste à *« rétablir, aussi exactement que possible, l'équilibre détruit par le dommage, en remettant la victime, aux dépens du responsable, dans la situation où elle aurait été sans l'acte reproché à celui-ci »*[1060]. En effet, quelle que soit la modalité utilisée pour réparer, ce qui est recherché est fondamentalement l'équité ; celle-ci *« commande que la réparation soit juste et complète, ce qui doit se traduire par la recherche d'une réparation non seulement intégrale pour chacune des victimes mais aussi égale pour toutes celles qui se trouvent dans une situation identique »*[1061].

[1059] DURRY G, in « Le préjudice : questions choisies », RCA mai 1998, hors-série, p. 32 s. ; Rappr. ROUJOU DE BOUBÉE F), *Essai sur la notion de réparation*, préf. HÉBRAUD, 1974, LGDJ, p. 297.
[1060] R. SAVATIER, *Traité de la responsabilité civile en droit français civil, administratif, professionnel, procédural,* T. II, 2ème éd., Paris, LGDJ, 1951, n° 601, p. 177.
[1061] DINTHILAC J.-P., in préface *L'évaluation du préjudice corporel* de LE ROY M., LE ROY J. D., BIBAL F., *Lexis Nexis* éd 12/2011. p.11

Aussi, bien qu'ayant fait l'objet de plusieurs articles, principalement en droit privé, le principe de la réparation intégrale du dommage corporel trouve également un terrain fertile en droit public. Ainsi constitue-t-il l'idéal à atteindre, tant dans le processus de détermination des préjudices, que dans celui de leur évaluation. Toutefois, face aux dommages de nature corporelle, ce principe (I) présente certaines limites (II).

I- Le contenu du principe de la réparation intégrale

« Réparer tout le préjudice, mais rien que le préjudice », telle est l'essence même du principe de la réparation intégrale, qui se décline à la fois en une conception positive mais aussi négative. En effet, par *« réparer tout le préjudice »,* ce principe impose une appréhension précise et concise des faits dommageables, afin d'y ressortir les préjudices qui en découlent au moment de leur connaissance par le juge. Cette conception positive renvoie à une appréciation *in concreto* du dommage au jour du jugement (A).

À l'opposé, la réparation intégrale est porteuse de ses propres restrictions, traduites par l'expression *« mais rien que le préjudice ».* Elle implique une absence d'enrichissement ou d'appauvrissement de la victime du fait du préjudice réparé, en ce que le but recherché est de revenir au *statu quo ante* en recréant les circonstances de la situation antérieure au dommage. Ce faisant, ce principe exclut aussi bien la mitigation que le cumul des indemnités (B).

A- L'appréciation *in concreto* et au jour du jugement

L'appréciation *in concreto (1)* du fait dommageable imputable au service public hospitalier, ainsi que celle de l'évaluation du préjudice qui en découle sont établies au jour du jugement (2). Et ce dans le but de garantir la réparation intégrale du préjudice.

1- L'appréciation *in concreto*

L'appréciation *in concreto* induit par le principe de la réparation intégrale suppose que le dommage soit considéré et qualifié en fonction des éléments factuels de l'espèce. En effet, elle renvoie à *« tenir compte des seules circonstances de la cause pour apprécier la faute de l'auteur du dommage »*[1062]. En d'autres termes, elle consiste à évaluer l'écart de conduite sur l'unique base des possibilités et aptitudes, mais aussi des infirmités de la personne mise en cause au moment de la réalisation du dommage. Appliquée à la responsabilité du service public hospitalier, l'appréciation *in concreto* revient à analyser le comportement de l'agent public

[1062] BAMDE A., « De la distinction entre l'appréciation *in abstracto* et l'appréciation *in concreto »* in *Droit de la responsabilité, droits des obligations, responsabilité extracontractuelle,* posté le 19 oct. 2016.

hospitalier afin d'y relever un écart de conduite matérialisé soit par une erreur, ou par une négligence ; et ce compte tenu des circonstances dans lesquelles l'acte a été pratiqué, notamment soit en situation d'urgence ou non, soit alors en fonction du matériel à disposition. Il s'agit en réalité d'une appréciation subjective de la faute, en ce que la conduite de l'auteur du dommage est comparée à *« celle que l'on était légitimement en droit d'attendre de sa part, eu égard à ce dont il est usuellement capable »*[1063].

Aussi, cette appréciation concrète du fait dommageable relève du pouvoir discrétionnaire du juge, qui exerce *« son pouvoir souverain d'appréciation »*[1064], à la fois pour la rétention de l'existence ou non du dommage, et pour la détermination des différents préjudices qui en découlent. La Cour de cassation dispose à cet effet que *« le juge justifie l'existence du dommage par la seule évaluation qu'il en fait sans être tenu de préciser les éléments ayant servi à en déterminer le montant »*[1065]. De même, elle affirme que « *les juges du fond apprécient souverainement les divers chefs de préjudice qu'ils retiennent et les modalités propres à en assurer la réparation intégrale* »[1066]. La conséquence directe est que qu'une telle façon de procéder dispense la décision du juge de tout contrôle des juridictions supérieures, parce que dénuée de motivations. Le juge est alors uniquement tenu de ventiler les indemnités attribuées à chaque chef de préjudice, afin de permettre l'exercice du recours des tiers payeurs. Cette méthode d'appréciation est gage de justice[1067] en ce qu'elle intègre dans l'évaluation les conditions dans lesquelles se trouvaient le mis en cause, et permet ainsi au juge de *« définir une réparation adaptée, et non formatée »*[1068] du préjudice. Autrement dit, *« L'évaluation in concreto n'enferme pas le juge dans une solution théorique préétablie. L'indemnisation du dommage n'est pas évaluée par rapport à un barème général identique par tous mais au cas par cas »*[1069]. Cette individualisation de la réparation confère un caractère souple à la jurisprudence en matière de dommage corporel, contrairement à la rigueur des barèmes. Cette souplesse se justifie aussi par l'appréciation que le juge fait du préjudice au jour du jugement.

[1063] *Ibid.*
[1064] ANZIANI A. et BETEILLE L., « Rapport d'information », n°558, SENAT, session extraordinaire de 2008-2009, p.102.
[1065] Chambre criminelle de la Cour de cassation, 9 février 1982.
[1066] Première chambre civile de la Cour de cassation, 20 février 1996.
[1067] DEJEAN DE LA BATIE N., *Appréciation in abstracto et appréciation in concreto en droit civil français*, LGDJ, 1965, n°6.
[1068] ANZIANI A. et BETEILLE L., « Rapport d'information », n°558, SENAT, *op. cit.,* p.102.
[1069] CHALUS-PENOCHET O., « la réparation du dommage corporel en droit européen comparé », Faculté de médecine, Université Aix-Marseille, 2015, p.13.

2- L'appréciation du préjudice au jour du jugement

En matière de réparation du préjudice corporel causé par les activités du service public hospitalier, le juge retient une appréciation au jour du jugement afin de garantir l'intégralité de la réparation. Autrement dit, l'évaluation du préjudice doit être faite par le juge au moment où il rend sa décision[1070], afin de *« mesurer le préjudice avec un certain recul, de pouvoir éventuellement tenir compte des évolutions de la situation dommageable et de pallier les effets de la dévaluation monétaire »*[1071]. En effet, en optant pour ce moment de l'évaluation, le juge s'éloigne le plus possible de la réalisation du dommage, et permet ainsi sa consolidation dans la plupart des cas. Il lui est donc plus aisé de déterminer avec certitude la valeur du préjudice déjà survenu et effectivement ressenti par la victime, qui a éprouvé une perte ou un manque à gagner. De même le choix de ce moment permet éventuellement d'intégrer dans l'appréciation du préjudice, les changements liés à la situation familiale, professionnelle, et médicale de la victime, mais aussi ceux relatifs aux variations monétaires. Car au jour du jugement, *« le juge sait, à ce moment, si la victime a pu reprendre le travail, si elle est toujours en couple, si une crise économique est survenue, si sa situation médicale a changé »*[1072]. Ces deux dernières variations sont les plus prises en compte par le juge, en ce que la situation médicale est révélatrice ou non d'un préjudice permanent, et les variations monétaires affectent la valeur monétaire du préjudice au moment où il statue.

En outre, dans le but d'apprécier le préjudice avec plus de précision et de déterminer l'obligation mise à la charge du responsable, le juge doit confronter, au jour du jugement, la situation de la victime à la suite du dommage à celle qui aurait été la sienne sans celui-ci[1073]. Si cette comparaison met en exergue le préjudice passé, il convient aussi de relever qu'elle est également applicable en présence d'un préjudice futur. Dans un tel cas, le juge devra plutôt comparer la *« situation qui aurait été celle de la victime sans le fait dommageable (...) à celle qui sera la sienne postérieurement au jugement »*[1074]. Un tel procédé est tout à fait légitime et légal, car, tout comme le préjudice passé, le préjudice futur est réparable. Ainsi, défini comme

---

[1070] Cass. 2e Civ., 11 janvier 1979, Bull. 1979, n° 018, pourvoi n° 77-12.937 ; Cass. 2e Civ., 24 juin 1998, Bull. 1998, n°226, pourvoi n° 96-18.534 et Cass. 2e Civ. 11 octobre 2001, Bull. 2001, n° 154, pourvoi n° 99-16.760.

[1071] COLSON P., « Incertitudes et dommage corporel : les changements postérieurs au jugement », in *Revue générale des assurances et des responsabilités,* 2017, n°15358, p.2.

[1072] *Ibid.,* p.4

[1073] GUEGAN-LECUYER A., « Moment de l'évaluation judiciaire et variations du dommage – Rapport français », *Le dommage et sa réparation dans la responsabilité contractuelle et extracontractuelle – Etude de droit comparé,* Bruxelles, Larcier, 2015, p.313 ; I. Durant, « Le dommage réparable dans les deux ordres de responsabilité », in STIJNS S. et WERY P. (dir.), *Les rapports entre les responsabilités contractuelle et extracontractuelle,* Bruxelles, la Charte, 2010, p.58.

[1074] COLSON P., « Incertitudes et dommage corporel : les changements postérieurs au jugement », *op. cit.* p.4.

« la prolongation certaine et directe d'un état de chose actuel, et comme susceptible d'estimation immédiate »[1075], le préjudice futur est indemnisable toutes les fois qu'il fait l'objet d'une véritable appréciation et évaluation au moment du règlement[1076]. De ce fait, il revêt un caractère certain en ce qu'*« il existe potentiellement avec certitude au jour de son appréciation et (...) est appelé à se réaliser dans un avenir proche ou lointain »*[1077]. L'évaluation du préjudice au jour du jugement permet donc au juge de ratisser large en acquérant davantage de certitude ; toute chose qui rend davantage possible sa réparation intégrale[1078]. Cette dernière implique aussi une absence de mitigation et de cumul des indemnités, car elle ne consiste qu'à ne réparer que le préjudice.

B- La non-mitigation et le non-cumul d'indemnités

Le principe de la réparation intégrale se résume pleinement par l'expression *« réparer le préjudice, mais rien que le préjudice ».* Ce second volet est restrictif en ce qu'il fixe les limites de l'étendue d'une réparation au titre de ce principe, dans le but de garantir un statu quo ante. Aussi, la victime ne devrait faire l'objet ni d'un appauvrissement, ni d'un enrichissement, justifiant ainsi la consécration de la non-mitigation (1) et du non-cumul d'indemnités (2).

1- La non-mitigation du préjudice corporel causé par le service public hospitalier

Définie comme *« le devoir de minimiser son dommage dans l'intérêt du responsable »*[1079], la mitigation est une obligation qui tend à se généraliser dans le but d'une responsabilisation de la victime. Cette dernière étant par ce fait tenue d'une obligation de moyens en ce qui concerne le défaut d'aggravation du dommage subi. Si elle est la règle dans les pays anglo-saxons qui appliquent la *common law,* la mitigation n'est restreinte qu'à des domaines résiduels dans la majorité des pays relevant du système romano-germanique, et même proscrit en matière de réparation du dommage corporel.

[1075] Cass. 2e civ., 15 déc. 1971, n°70-12.603, publié au *Bulletin*.
[1076] MOR G., CLERC-RENAUD L., *Réparation du préjudice corporel : stratégie d'indemnisation et méthodes d'évaluation, op.cit.,* p.7.
[1077] *Ibidem.*
[1078] FAGNART J.-L., *La responsabilité civile – Chronique de jurisprudence 1985-1995,* Bruxelles, Larcier, 1997, p.90 ; MAYERIES D., « Comment évaluer le plus justement possible en droit commun la partie déjà subie du dommage permanent ? », in *Revue générale des assurances et des responsabilités,* 2008, n°14374 ; KOHL B., « Moment de l'évaluation et variations du dommage – Rapport belge », *Le dommage et sa réparation dans la responsabilité contractuelle et extracontractuelle – Etude de droit comparé,* Bruxelles, Larcier, 2015, p.361.
[1079] MOR G., CLERC-RENAUD L., *Réparation du préjudice corporel : stratégie d'indemnisation et méthodes d'évaluation, op.cit.,* p.19.

En effet, la Cour de cassation française refuse catégoriquement de mettre à la charge de la victime, une quelconque obligation de moyens dans le but d'atténuer son dommage. Elle déclare dans ce sens que *« l'auteur de l'accident doit réparer les conséquences dommageables ; que la victime n'est pas tenue de limiter son préjudice dans l'intérêt du responsable »*[1080]. Plus concrètement, elle affirme que *« le refus de se soumettre aux traitements préconisés, dès lors qu'il n'avait pas l'obligation de les suivre, ne pouvait entraîner ni la perte ou la diminution de son droit à indemnisation ni la prise en compte d'une aggravation susceptible de découler d'un tel choix »*[1081]. Le responsable du dommage ne saurait de ce fait s'appuyer sur la faute de la victime pour se décharger du devoir de réparer les conséquences liées à l'aggravation du préjudice qu'il a causé. Autrement dit, le refus de soins par la victime ne saurait exonérer le responsable du dommage de son obligation de réparer le préjudice causé. Une telle position se fonde non seulement sur le droit au consentement préalable à toute pratique médicale, mais aussi et surtout sur la protection de l'intégrité physique traductrice du droit suprême à la dignité humaine.

De même, l'on ne saurait imposer à un patient des soins auxquels il n'a pas consenti ; et ce même lorsque ceux-ci sont réalisés dans son intérêt, sont non invasifs, et ne présentent pas de risque notoire. Tel est en substance ce que traduit la motivation du juge lorsqu'il déclare, à l'occasion d'une affaire concernant le refus par le patient d'un traitement antibiotique, que

> « *Attendu que le refus d'une personne, victime d'une infection nosocomiale dont un établissement de santé a été reconnu responsable, de se soumettre à des traitements médicaux, qui ne peuvent être pratiqués sans son consentement, ne peut entraîner la perte ou la diminution de son droit à indemnisation de l'intégralité des préjudices résultant de l'infection »*[1082].

Il s'agit là de la consécration de l'interdiction d'un appauvrissement de la victime sous quelle que raison que ce soit. Le principe de réparation intégrale impliquant de la sorte de rétablir la victime à la situation antérieure au dommage, même face à son refus de participer à l'amélioration de son état de santé, ou ne serait-ce que de limiter l'aggravation de son préjudice. L'objectif de ce principe devant être poursuivi même lorsqu'il est établi que les dommages et intérêts alloués à la victime en guise de réparation sont utilisés dans un but autre que celui d'améliorer son état de santé[1083]. La non-mitigation emportant ainsi le principe de la libre

[1080] Cass. 2e civ., 19 juin 2003, *Mme Dibaoui c/ Flamand a.,* n°01-13.289, P II, n°203.
[1081] Cass. 1ère civ., 3 mai 2006, n°05-10.411, P I, n°214 ; *RDSS* 2006.745, note HENNION-JACQUET ; *RTD civ.* 2006.562, obs. JOURDAIN P..
[1082] Cass. 2e civ., 15 janv. 2015, n°13-21180.
[1083] CHALUS-PENOCHET O., « la réparation du dommage corporel en droit européen comparé », *op. cit.,* p.10.

disposition des indemnités versées dans le cadre de la réparation intégrale, car cette dernière *« n'implique pas de contrôle sur l'utilisation des fonds alloués à la victime qui conserve leur libre utilisation »*[1084]. Elle exclut par ailleurs tout enrichissement de la victime au moyen de cumuls d'indemnités.

2- Le non-cumul des indemnités

« Les dommages-intérêts alloués à une victime doivent réparer le préjudice subi sans qu'il en résulte pour elle ni perte ni profit »[1085]. C'est ainsi que la jurisprudence résume le principe de réparation intégrale, qui ne consiste ni plus ni moins qu'à rétablir la situation antérieure au dommage. Ainsi, la réparation du préjudice subi ne saurait être l'objet d'enrichissement de la victime, car *« le responsable ne doit voir mis à sa charge plus que ce qu'impose la réparation du dommage causé par son fait »*[1086]. Il ne saurait donc résulter du seul fait de cette réparation, un quelconque cumul d'indemnités ; découlant soit de la réparation d'un même préjudice plusieurs fois, soit alors de l'attribution à la victime des dommages et intérêts punitifs. Ces derniers indemnisant *« le demandeur du préjudice supplémentaire qu'il subit du fait de la souffrance morale liée au comportement malveillant, insultant et abusif du défendeur »*[1087].

Aussi, pour pallier ces éventuelles dérives pouvant émaner de la réparation du préjudice, la jurisprudence a non seulement évolué vers une tendance référentielle en matière de détermination des postes de préjudice, sur la base de la nomenclature Dinthilac ; mais elle a aussi et surtout relevé la fonction réparatrice et compensatoire des responsabilités civile et administrative, qui ne sauraient de ce fait avoir pour finalité de sanctionner l'auteur du dommage. Cela étant,

> *« les dommages-intérêts doivent être à la mesure des préjudices réellement subis, sans surajouter pour punir le responsable fautif »*[1088]. Ce faisant, le juge *« ne peut se prononcer qu'en considération de la seule valeur du dommage, sans que la nature de la faute puisse avoir une quelconque influence sur le montant de l'indemnité due à la victime »*[1089].

[1084] Cass. 2e civ., 7 juill. 2011, n° 10-20373, préc. – Cass. 2e civ. 8 juill. 2004, n° 02-20199 : Bull. civ. II, n° 391.
[1085] Cass. 3e civ., 12 janv. 2010, n°08-19.224.
[1086] MOR G., CLERC-RENAUD L., *Réparation du préjudice corporel : stratégie d'indemnisation et méthodes d'évaluation, op.cit.,* p.23.
[1087] CHALUS-PENOCHET O., « la réparation du dommage corporel en droit européen comparé », *op. cit.,* p.16.
[1088] LAMBERT-FAIVRE Y.et PORCHY-SIMON S., *Droit du dommage corporel, système d'indemnisation,* 8e éd., « Précis Dalloz », 2016, n°35.
[1089] ANZIANI A. et BETEILLE L., « Rapport d'information », n°558, SENAT, *op. cit.,* p.79.

Autrement dit, la gravité du comportement de l'auteur ne devrait avoir aucun impact sur la somme allouée en guise de réparation du dommage. Car en matière de réparation intégrale, « *l'éthique de la responsabilité impose la recherche d'une totale équité par laquelle la victime est totalement indemnisée des dommages causés par le responsable, sans pour autant effectuer un enrichissement. (...) Le principe indemnitaire exige donc que l'indemnisation ne soit pas supérieure aux préjudices subis »*[1090]. C'est ainsi qu'en application à ce principe indemnitaire, il est prescrit une déduction des provisions ; qui s'imputent sur le montant de l'indemnité définitive arrêtée par le juge, afin de parvenir à l'idéal de réparation intégrale d'un dommage causé qui *« n'est réalisée que par le remboursement des frais de remise en état ou par le paiement d'une somme d'argent représentant la valeur de son remplacement »*[1091].

En outre, le non-cumul des indemnités, qui implique l'exclusion des dommages et intérêts punitifs, se justifie aussi par la spécificité des responsabilités civile et administrative. Celles-ci se distinguent fondamentalement de la responsabilité pénale, qui elle revêt un caractère *intuitu-personae.* En effet, en matière pénale, l'auteur du dommage est le responsable du préjudice qui en découle ; et c'est sur son patrimoine que sont débités les dommages et intérêts réparateurs afin d'assoir le côté punitif, sanctionnateur, et même revanchard. Or tel n'est toujours pas le cas en matière de responsabilités civile et administrative, qui prévoient la notion de tiers-payeurs au travers de l'intervention des assureurs ou des fonds d'indemnisation. La charge de la réparation ne pesant donc pas directement sur les auteurs des fautes, qui sont substitués dans leur obligation par des tiers-payeurs comme c'est le cas en matière de responsabilité du service public hospitalier. Le principe de réparation intégrale qui, bien que demeurant à cet effet le gage d'équivalence entre le préjudice et son indemnisation, présente tout de même des limites une fois confronté aux particularités des préjudices issus des dommages corporels.

II- La portée limitée du principe de réparation intégrale appliqué aux préjudices corporels causés par le service public hospitalier

> *« Pour un certain nombre de préjudices, l'application du principe de réparation intégrale relève de l'utopie constructive car ils ne sont pas, par nature, réparables intégralement et ils ne peuvent faire l'objet de compensations. Aussi, pour l'indemnisation de ce préjudice, tout en tenant compte de la grande variété des situations, conviendrait-il d'adopter une méthode permettant d'éviter les différences*

[1090] LAMBERT-FAIVRE Y., « l'éthique de la responsabilité », in *Revue trimestrielle de droit civil,* 1998, p.1.
[1091] Cass. 2e civ., 13 janvier. 1998. n°86-16.046, *RGAT 1989*, p. 345, note CHAPUISAT F.

souvent constatées et justement dénoncées lorsqu'elles tiennent non pas à la diversité objective des situations mais à la sensibilité et au degré de compassion du magistrat qui statue »[1092].

C'est par ces mots que Geneviève Viney présentait déjà en 1982, les limites du principe de la réparation intégrale confronté aux préjudices issus des dommages corporels ; tout en prescrivant le moyen d'y remédier, qui semble avoir été adoubé au regard des tendances doctrinale et jurisprudentielle. Aussi, à l'épreuve des spécificités du dommage corporel, l'appréciation *in concreto* (B) et au jour du jugement (A), caractéristiques de la réparation intégrale, font face à une fragilisation certaine.

A- La fragilité de l'appréciation au jour du jugement

Le but ultime de l'appréciation par le juge du préjudice au jour du jugement est de garantir *« une juste et complète indemnisation du préjudice subi par la victime puisque le magistrat évalue celui-ci au moment le plus proche de la réparation effective »*[1093]. Toutefois, face à une catégorie de dommages et surtout au caractère évolutif des préjudices qui en découlent, l'objectif poursuivi par cette appréciation ne saurait tout de même être atteint. Car, *« les faits dont le juge apprécie les conséquences dommageables actuelles peuvent ne pas avoir épuisé leur puissance nuisible »*[1094] ou alors sont encore susceptibles de s'atténuer au regard de divers facteurs hétérogènes. C'est ainsi que pour le cas particulier des dommages corporels issus de l'activité du service public hospitalier, l'aggravation (1) ou l'amélioration (2) du préjudice sont de nature à fausser l'intégralité de la réparation.

1- L'aggravation du préjudice

L'aggravation désigne *« une dégradation de la situation antérieure en raison d'éléments nouveaux »* causant de ce fait *« un passage progressif ou brutal d'un degré de gravité à un degré de gravité plus grand, plus pesant »*[1095]. Elle renvoie ainsi à une évolution positive du dommage corporel, et donc du préjudice y afférent ; nécessitant de la sorte des charges supplémentaires pour la victime, qui n'auraient pas été prises en compte au moment où le juge statuait. Aussi, l'aggravation d'un préjudice est constituée non seulement par

[1092] VINEY G., *La responsabilité : conditions*, L.G.D.J., 1982, p.86.
[1093] COLSON P., « Incertitudes et dommage corporel : les changements postérieurs au jugement », *op. cit.* p.2 ; DALCQ R. P., « Traité de la responsabilité civile », vol. II, « Le lien de causalité, le dommage et sa réparation », in *Les Novelles,* Bruxelles, Larcier, 1962, p.718.
[1094] SAVATIER R., *Traité de la responsabilité civile en droit français civil, administratif, professionnel, procédural*, T. II, 2ème éd., Paris : LGDJ, 1951, n° 625, p. 200.
[1095] NICOURT B., « La consolidation, l'aggravation », in *Revue Med. et Dr.,* 1995, n°12, p.7.

l'apparition d'un nouveau préjudice[1096], mais également dans le cas où il est établi qu'un dommage déjà existant a pris de l'ampleur[1097]. Cette double conception est confirmée par la Cour de cassation lorsqu'elle déclare que

> *« attendu que le dommage est définitivement fixé à la date où le juge rend sa décision ; qu'une nouvelle demande d'indemnisation, au titre du même fait, ne peut être formée postérieurement qu'en cas d'aggravation de l'état de la victime ou lorsqu'elle est fondée sur un élément de préjudice qui ne s'est révélé qu'après le jugement de la première demande »*[1098].

De plus, il ressort de cette motivation du juge que l'aggravation est le seul cas d'évolution du dommage susceptible de déboucher à une nouvelle évaluation du préjudice, sans porter atteinte au principe de l'autorité de la chose jugée. Pour ce faire, *« un préjudice nouveau doit être démontré pour que le principe de l'autorité de la chose jugée ne puisse pas faire échec à l'indemnisation de ce dommage aggravé »*[1099]. L'on dira alors dans une telle hypothèse qu'il n'y a pas identité d'objets. La Cour va même plus loin, en précisant qu'il ne saurait y avoir autorité de la chose jugée même lorsque l'aggravation est antérieure au jour du jugement ; elle déclare à cet effet que *« l'autorité de la chose jugée ne peut être opposée à une action ayant un objet différent de celle ayant donné lieu au jugement de novembre 2007, peu important que l'aggravation de l'état de santé de la victime soit antérieure à ce jugement »*[1100].

En outre, matière médicale et hospitalière, l'aggravation est *« une modification imprévisible de l'état séquellaire »* de la victime, qui entraîne *« une augmentation des chefs de préjudices indemnisables »*[1101]. Ce faisant, elle est susceptible de résulter soit de la détérioration de l'état de santé de la victime, soit alors de celle de ses conditions de vie. S'agissant de la détérioration de l'état de santé de la victime, celle-ci peut être physique ou psychique, et touche directement à l'être même de la victime. Tandis qu'en ce qui concerne le changement de ses conditions de vie, encore appelée aggravation situationnelle, il trouve sa source dans *« l'environnement de la victime »*[1102] dont la modification peut entraîner des dépenses

---

[1096] TAPINOS D., « Les aggravations annoncées », in *Gaz. Pal.,* 2013, n°47, p.20.
[1097] VINEY G., JOURDAIN P., et CARVAL S., *Traité de droit civil : les effets de la responsabilité civile,* 4e éd., Paris, L.G.D.J, 2017, n°151, p.211 ; LE TOURNEAU Ph., *Droits de la responsabilité et des contrats,* 11e éd., Paris, Dalloz, 2017, n°2324.71, p.1108 ; GOUT O., « Le futur du dommage : aggravation et amélioration », in *Gaz. Pal.,* 2011, n°99, p.21 ; BENYOUNES B., « L'aggravation : une suite possible après la consolidation », in *Gaz. Pal.,* 2013, n°47, P.11.
[1098] Cass. 2e civ., 15 oct. 1975, n°74-12.117, *Bull. Civ. II,* n°261, p.209.
[1099] CHALUS-PENOCHET O., « la réparation du dommage corporel en droit européen comparé », *op. cit.,* p.12.
[1100] Cass. 2e civ., 21 nov. 2013, no 12-19000.
[1101] CABANEL M., *La rechute et les aggravations : différence d'appréciation médicale et juridique,* thèse de droit, Université de Toulouse, 1994, p.63.
[1102] MURE A., *L'évolution du préjudice de la victime en droit de la responsabilité civile,* thèse de droit, université de Grenoble-Alpes, 2019, p.88.

nouvelles, et donc un chef de préjudice nouveau. Autrement dit, *« l'évolution de l'environnement d'une personne en situation de handicap qui, sans cette situation subie, aurait pu faire face à ces évolutions sans difficulté particulière, était constitutive d'aggravation »*[1103]. Cette aggravation situationnelle se justifie donc par le fait que *« les conditions de vie de la victime après la survenance du dommage font partie intégrante de ses conséquences, et que ne pas en tenir suffisamment compte reviendrait à ne pas indemniser intégralement la victime de la réalité du préjudice qu'elle a subi »*[1104]. Cela étant, cette notion traduit la réalité des situations liées au handicap causé par un dommage corporel, notamment dans la relation que la personne en situation de handicap entretient avec son environnement, dont l'évolution constitue des charges objets de nouveaux préjudices à indemniser.

Bien que faisant l'objet d'une intervention plurielle du juge à l'occasion des diverses affaires, l'aggravation n'est qu'une des modalités d'évolution du préjudice ; l'autre étant l'amélioration du préjudice.

2- L'amélioration de l'état de santé de la victime par la réduction du préjudice

L'amélioration résulte d'une atténuation du préjudice avec le temps, survenue après la consolidation du dommage. À la différence de l'aggravation du préjudice qui est susceptible de déboucher à une évaluation du préjudice, l'amélioration quant à elle *« n'autorise pas une révision de l'indemnisation »*[1105]. À cet effet, la Cour de cassation proscrit depuis le 30 décembre 1946[1106], la possibilité de revoir l'indemnisation du préjudice à la baisse du fait de sa diminution avec le temps. Elle a par la suite confirmé sa position en affirmant en 1972 qu'

> *« attendu que l'arrêt énonce que l'intervention chirurgicale n'était pas celle antérieurement prévue, mais qu'elle avait eu pour effet, grâce au progrès de la technique, de procurer à la victime l'amélioration d'un état considéré comme définitif en 1959 ; qu'elle n'a pas été effectuée en raison d'une aggravation de l'état d'x... et qu'elle n'a, par conséquent, pas eu pour effet d'entrainer un nouveau préjudice indemnisable ; qu'en l'état de ces énonciations d'où il résulte qu'il n'y avait pas préjudice nouveau, en raison d'une aggravation de l'état de santé d'x..., mais qu'il y avait, au contraire, amélioration de cet état, la cour d'appel a, en condamnant y... à rembourser le préfet d'Ille-Et-Villaine, violé les textes susvisés ; par ces motifs, et sans qu'il y ait lieu de statuer sur la troisième branche du moyen : casse et annule dans la mesure du moyen admis l'arrêt rendu le 29 avril 1970 entre les parties, par la cour d'appel de rennes »*[1107].

[1103] GUILLERMOU E., « L'aggravation sociologique », in *Gaz. Pal.,* 2013, n°47, p.14.
[1104] *Ibid.,* p.16 ; MURE A., *L'évolution du préjudice de la victime en droit de la responsabilité civile, op. cit.,* p.88.
[1105] GOUT O., « Le futur du dommage : aggravation et amélioration », in *Gaz. Pal.,* 2011, n°99, p.25.
[1106] Req., 30 déc. 1946 : JCP 1947, II, 3500 : D.1947, 178 : RGAT, 1948, p.181, note A. Besson : *Gaz. Pal.,* 1947, p.183.
[1107] Cass. 2e civ., 12 oct. 1972, n°70-13.459 publié au bulletin.

En effet, la jurisprudence se fonde sur le principe de l'autorité de la chose jugée pour refuser de réviser l'indemnité à la baisse en cas d'amélioration de l'état de santé de la victime. Ce refus se justifie par la non-apparition de nouveau préjudice comme dans l'hypothèse d'aggravation ; toute chose qui aboutirait à une identité d'objet qui, associée à une identité de cause et de parties, sont constitutives de l'autorité de la chose jugée. Ainsi, l'évolution négative du préjudice, synonyme de sa diminution ou de sa réduction après l'évaluation faite par le juge au jour du jugement, est de nature à porter atteinte au principe de réparation intégrale en ce qu'elle induit un enrichissement de la victime. Cette dernière obtenant une indemnisation censée réparer un préjudice dès lors inexistant, se retrouve enrichie par l'indemnité allouée. Si cette solution est confirmée lorsque l'indemnisation est versée sous forme de capital, cela n'est toujours pas le cas lorsqu'elle est octroyée sous forme de rente.

S'agissant de l'indemnisation sous forme de capital, la victime reçoit en un seul versement à la suite d'une transaction ou d'une décision de justice, la somme correspondante à l'évaluation de son préjudice au moment où le juge statue. De ce fait, l'on ne saurait lui demander de restituer une partie de ce montant à cause de la réduction de l'ampleur dudit préjudice, et donc de l'amélioration de son état de santé. Par contre, en ce qui concerne l'indemnisation sous forme de rente, elle est payable par échéance et est versée jusqu'au jour du décès de la victime. À ce titre, il serait loisible que le montant de l'échéance varie en fonction de l'ampleur du préjudice ; qu'il soit revu à la baisse en cas de diminution du préjudice, et même suspendu en cas de rétablissement définitif de la victime, et donc de cessation des préjudices[1108]. Qu'il s'agisse d'une évolution du préjudice dans le sens de son aggravation ou de sa réduction après indemnisation par le juge, le principe de la réparation intégrale se trouve biaisé par l'instabilité causée par la variation, mais surtout par l'enrichissement qu'il est susceptible d'occasionner en cas d'amélioration de l'état de santé de la victime. De même une fois confronté à la pratique en droit du dommage corporel, ce principe fait également l'objet d'une fragilisation au travers de son appréciation *in concreto.*

[1108] GOUT O., « Le futur du dommage : aggravation et amélioration », *op. cit.,* p.26.

B- La difficulté de l'appréciation *in concreto*

L'appréciation *in concreto* des préjudices issus du dommage corporel induit leur évaluation personnalisée, subjective, et donc propre à chaque circonstance et au vécu de chaque victime. Si cette évaluation ne présente aucun souci pour ce qui est des préjudices patrimoniaux, en ce sens que ceux-ci sont aisément prouvés au moyen des factures et autres preuves matérielles de dépenses, tel n'est pas le cas en matière de préjudices extrapatrimoniaux. En effet, l'application du principe de la réparation intégrale revêt un aspect compensatoire pour les préjudices patrimoniaux, et ne suscite de la sorte aucune contestation car l'argent est *« apte à « compenser » toutes les pertes subies et les gains manqués par une évaluation monétaire et équitable »*[1109]. Tandis qu'appliqué aux préjudices extrapatrimoniaux ou non économiques, ce principe se présente sous forme d'une arlésienne, tant sa réalisation pratique semble invraisemblable. Aussi, est-il facile *« d'ironiser sur la « réparation intégrale » de l'amputé, du paraplégique ou du traumatisé crânien car il apparaît impossible de « réparer » l'irréparable »*[1110]. Car, *« s'il semble naturel de remplacer les revenus qu'une victime ne peut plus percevoir par une somme d'argent au terme d'un processus calculatoire, il est bien plus délicat de savoir comment mesurer l'atteinte morale ou sentimentale »*[1111]. Cette dernière forme de préjudice échappe à toute mercuriale[1112], et est de ce fait l'objet d'une difficile évaluation (1), conduisant ainsi les pratiques jurisprudentielle et doctrinale à recourir à appréciation *in abstracto* du préjudice (2).

1- La difficile évaluation du préjudice extrapatrimonial

Les préjudices extrapatrimoniaux issus du dommage corporel présentent un fort caractère personnel en ce sens qu'ils touchent intrinsèquement la victime dans son être, sa personne. Ils sont en effet dérivés de toute forme de violation au droit humain premier qu'est le droit à la dignité humaine, et sur lequel se fonde l'ensemble des droits de l'Homme. Aussi, cette catégorie de préjudices se justifie par *« l'exigence du respect absolu de la personne dont l'extrapatrimonialité traduit l'irréductibilité aux choses et autres espèces du vivant »*[1113].

[1109] LAMBERT-FAIVRE Y., « L'indemnisation des victimes non économiques », in *Les cahiers de droit,* vol. 39, nos 2-3, juin-septembre 1998, pp.540.
[1110] *Ibidem.*
[1111] QUEZEL-AMBRUNAZ C., « Les postes extrapatrimoniaux dans les référentiels d'indemnisation face à l'inflation », in *Gazette du Palais,* mardi 17 octobre 2023, n°33, p.9.
[1112] LAMBERT-FAIVRE Y., « L'indemnisation des victimes non économiques », *op. cit.,* p.540.
[1113] *Ibid.,* p.544.

Ainsi, le préjudice extrapatrimonial se particularise par les caractères strictement subjectif et abstrait, tant en ce qui concerne son évaluation que son indemnisation. En effet, ce préjudice touche aux sentiments dont les répercussions sont distinctes d'une victime à l'autre au regard du terrain psychologique propre à chaque personne[1114] ; toute chose qui occasionnerait une divergence d'évaluation du préjudice subi et donc d'indemnisation pour une même catégorie de victime. Autrement dit, pour deux personnes victimes de circonstances médicales similaires, ayant le même âge, et atteintes du même taux d'incapacité ; l'évaluation d'un même poste de préjudice extrapatrimonial sera différente en fonction de la sensibilité et du ressenti de chaque juge. Car, dans une telle hypothèse, cette évaluation *in concreto* serait basée sur *« la croyance du juge, croyance selon laquelle la somme qu'il accorde répare intégralement le préjudice »*[1115]. Cette croyance est la matérialisation d'une subjectivité avérée et même d'un certain arbitraire[1116], créant de la sorte une incertitude du fait de l'imprévisibilité du montant des dommages-intérêts alloués. L'objectif recherché par cette allocation étant la satisfaction de la victime, bien plus qu'une quelconque réparation intégrale ; en ce sens que

> *« les dommages et intérêts versés à la victime d'un dommage extrapatrimonial n'ont pas pour objet une remise en l'état impossible, ni même une compensation impensable ; ils poursuivent un but bien différent : offrir à la victime un moyen d'atténuer la peine »*[1117].

En d'autres termes, la réparation des préjudices extrapatrimoniaux permet de

> *« fournir une satisfaction à la victime elle-même, et (…) tout droit donné à un tiers ou à un héritier d'exercer une action en réparation d'un préjudice d'ordre extrapatrimonial leur permet de monnayer, de manière qui peut être contestée, en dommages-intérêts les souffrances physiques ou morales de leur débiteur ou de leur auteur »*[1118].

En outre, l'indispensable personnalisation de l'indemnisation du préjudice extrapatrimonial exigée par l'évaluation *in concreto,* poserait un réel problème d'équité quant au montant accordé en guise d'indemnisation d'une juridiction à l'autre pour deux victimes se trouvant dans une situation similaire. A la différence du préjudice patrimonial ou économique dont l'évaluation repose sur des preuves objectives et identifiables, la subjectivité du préjudice

---

[1114] PORCHY-SIMON S., « L'utilisation des barèmes en droit du dommage corporel au regard des principes fondamentaux du droit de la responsabilité civile », in *Le Droit mis en barèmes ?,* Thèmes et commentaires, Dalloz, 2014, p.202.
[1115] GROUTEL H., « Réparation intégrale et barémisation : l'éternelle dispute », *RCA* 2006, Répère 11.
[1116] BOUVET S., « L'équité dans la réparation du préjudice : de quelle équité me parlez-vous ? », *RCA* 2007, Chron. n°10.
[1117] EWALD F., GARAPON A., MARTIN G. J., MUIR WATT H., MATET P., MOFESSIS N., NUSSEMBAUM M., *Les limites de la réparation du préjudice,* Thèmes et commentaires, Dalloz, 2009, p.413.
[1118] LAMBERT-FAIVRE Y. et PORCHY-SIMON S., *Droit du dommage corporel- Systèmes d'indemnisation,* Dalloz, 8ème édition, nov. 2015, p. 315.

extrapatrimonial semble la rendre incompatible avec toute évaluation *in concreto* du fait de l'iniquité qu'elle crée entre les victimes de même catégorie. Face à la nécessité de rendre l'indemnisation équitable, une grande partie de la doctrine et des praticiens du droit a opté pour des référentiels ou des barèmes ; et ce sur le fondement de l'idée selon laquelle *« la mise en place de méthodes identiques pour l'évaluation de préjudices, notamment extrapatrimoniaux, permettraient d'assurer l'équité tout en étant « garantes d'une réparation intégrale et individualisée »*[1119].

2- La nécessité d'une appréciation *in abstracto* du préjudice extrapatrimonial

Face au traitement inéquitable par les juridictions des victimes du préjudice extrapatrimonial au travers d'allocation des montants d'indemnisation différents pour des patients présentant les mêmes caractéristiques et ayant souffert d'un dommage similaire, s'est progressivement développée la nécessité d'une évaluation du préjudice par référence à un modèle préétabli. Cette évaluation qualifiée *in abstracto* consiste à comparer le comportement de l'agent fautif à un modèle préétabli invariable d'un cas d'espèce à l'autre. Cette méthode d'appréciation du dommage préconise l'existence d'un référentiel ou de barèmes auxquels est confronté l'action ou l'abstention fautive du mis en cause. Il s'agit d'une appréciation objective du fait dommageable, qui répond à une exigence de sécurité, au regard de la norme et de la moyenne. Elle ne saurait de ce fait considérer les éléments subjectifs à l'instar des aptitudes de l'auteur du dommage ou encore de ses tentatives ratées, mais aura vocation à allouer automatiquement un montant d'indemnisation donné à la réparation d'un poste de préjudice extrapatrimonial précis.

En effet, l'option officieuse d'une appréciation *in abstracto* du préjudice se justifie aussi bien par l'impossibilité de *« calculer un poste de préjudice extrapatrimonial à partir des faits de l'espèce »,* mais également par le caractère inacceptable de *« laisser prospérer entre les différentes juridictions des divergences immenses d'indemnisation »*[1120]. Ainsi des référentiels ont été créés et sont très souvent utilisés pour rétablir l'équité et permettre que deux victimes dans une situation semblable puissent recevoir la même compensation. C'est par exemple le cas

[1119] ROSSET-MAZARIN A., « Préjudices corporels et référentiels d'indemnisation », mémoire de recherche en droit, université Grenoble Alpes, 2017, p.76 ; A. Boyer, « Référentiel d'indemnisation des mines anti-personnel : discours sur la méthode », *Gaz. Pal.,* 10 Août 2010, p.5.
[1120] QUEZEL-AMBRUNAZ C., « Les postes extrapatrimoniaux dans les référentiels d'indemnisation face à l'inflation », *op. cit.,* p.10.

du référentiel indicatif d'indemnisation[1121] de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), pour les accidents dus au Virus de l'Hépatite C et les accidents médicaux ; ou encore le Guide de l'indemnisation des victimes d'actes du terrorisme[1122] mis en place par le Fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme (FGTI). Ces référentiels constituent une option officieuse car, bien que très répandue et appliquée par les praticiens du droit du dommage corporel que sont les juges et les organismes payeurs, ils ne revêtent qu'un caractère indicatif et ne saurait donc être imposés ; et ce en vertu du principe de libre appréciation du préjudice par le juge. Néanmoins, ils sont d'une importance majeure car, *« ils modèlent non seulement la décision du juge mais encore, dans une certaine mesure, les demandes et les offres »*[1123], et par voie de conséquence les montants de l'indemnisation alloués ; tout en permettant de déterminer avec plus de précision les méthodes d'évaluation. Cette opération d'appréciation du préjudice nécessite préalablement que celui-ci soit identifié avec précision.

SECTION 2 : L'IDENTIFICATION DES POSTES DE PRÉJUDICES INDEMNISABLES

La responsabilité du service public hospitalier est engagée en cas de dommages causés aux patients ; en l'occurrence lors de l'exercice par les professionnels-agents publics de l'activité médicale ou encore en cas de faute dans son organisation et son fonctionnement. De tels dommages ont la particularité de porter directement atteinte à l'intégrité physique ou morale de la victime, toute chose qui explique que les préjudices qui en sont la traduction juridique soient qualifiés de corporels. Aussi, sur le fondement de la double atteinte auquel le patient est exposé, les préjudices susceptibles d'en découler revêtent un aspect dual, notamment économique ou patrimonial, et non économique ou extrapatrimonial. Cette division binaire est celle retenue par le groupe de travail dirigé par Jean-Pierre Dintilhac, à qui a été attribuée la charge de l'élaboration d'une nomenclature de préjudices corporels afin de faciliter leur évaluation et leur indemnisation. Au regard de ladite nomenclature, le préjudice patrimonial constitue l'ensemble des conséquences d'ordre financier causé par le dommage corporel ; à ce titre, il représente *« les pertes subies et les gains manqués de la victime dans son patrimoine »*[1124]. Tandis que le préjudice extrapatrimonial affecte *« l'être même de la personne-*

[1121] ONIAM, Référentiel indicatif d'indemnisation : https://lext.so/hFP0Do.
[1122] FGTI, Guide de l'indemnisation des victimes d'actes de terrorisme : https:// lext.so/TKURp9.
[1123] *Ibidem. ;* QUEZEL-AMBRUNAZ C., *Demandes, offres, décisions en matière de dommage corporel : étude statistique*, 2021, Université Savoie Mont Blanc.
[1124] LAMBERT-FAIVRE Y., « L'indemnisation des victimes non économiques », *op. cit.,* p.544.

victime »[1125], en ce qu'il renvoie à son état psychologique et à la douleur endurée. C'est ainsi que, loin d'effectuer un copié-collé du rapport de 2005, l'identification des postes de préjudice se fera sur la base d'une synthèse de la nomenclature Dintilhac et du référentiel Mornet actualisé, qui prend en compte la jurisprudence et le Référentiel indicatif de l'indemnisation des préjudices corporels des cours d'appel.

De plus, il convient de relever que la détermination des préjudices patrimoniaux et extrapatrimoniaux accorde une place primordiale au facteur temps, dont l'effet sur le dommage corporel permet d'attribuer au préjudice les caractères temporaire ou permanent. En effet, la réparation du dommage corporel est intrinsèquement liée au temps, en l'occurrence le temps de la consolidation dudit dommage qui représente celui de la *« stabilisation des blessures constatées médicalement »*[1126]. De ce fait, la date de consolidation désigne *« le moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent, tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente réalisant un préjudice définitif »*[1127]. Cette date *« marque la frontière entre les préjudices à caractère temporaire et ceux à caractère définitif »*[1128], qui constituent une sous-classification à laquelle obéit les préjudices patrimoniaux (I) et extrapatrimoniaux (II). Ces derniers regroupent l'ensemble des préjudices susceptibles de découler d'un dommage du service public hospitalier, et méritent à cet effet une présentation détaillée eu égard à l'importance qu'ils revêtent dans la réalisation de l'idéal de réparation intégrale.

De même, l'intérêt d'une présentation exhaustive des préjudices susceptibles de réparation dans le cadre de la responsabilité du service public hospitalier réside dans la nécessité de niveler la pratique du droit de la réparation des préjudices corporels en droit camerounais. Cette dernière, en se restreignant à la classification binaire de préjudice matériel et préjudice moral, ne saurait suffisamment identifier les conséquences qui découlent du fait dommageable subi par une victime d'activité du service public hospitalier.

[1125] *Ibidem.*

[1126] Groupe de Travail dirigé par DINTILHAC J.-P., *Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels*, juillet 2005, p.29.

[1127] LAMBERT-FAIVRE Y., *Droit du dommage corporel, Systèmes d'indemnisation,* 4ème éd., Dalloz, 2000, n°57, p. 128.

[1128] Groupe de Travail dirigé par DINTILHAC J.-P., *Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels*, *op. cit.,* p.29.

I- Les préjudices patrimoniaux

Cette catégorie désigne un ensemble de préjudices qui présentent un caractère patrimonial ou pécuniaire, en ce qu'ils correspondent *« tantôt à des pertes subies par la victime, tantôt à des gains manqués par celle-ci »*[1129]. Et selon qu'ils sont retenus avant ou après la consolidation du dommage, on parle respectivement de préjudices patrimoniaux temporaires (A) et de préjudices patrimoniaux permanents (B).

A- Les préjudices patrimoniaux temporaires

Qualifiés d'actuels, les préjudices patrimoniaux temporaires sont ceux qui affectent la victime avant la consolidation du dommage. De ce fait, ils postulent que la victime soit en vie et subit directement les dépenses et les pertes occasionnées par le dommage. En d'autres termes, le caractère temporaire des préjudices exclue l'hypothèse d'une indemnisation des victimes indirectes, qui elles ne justifient véritablement d'une réparation en cas de décès ou de handicap définitif de la victime directe ; toute chose qui ne surviendrait qu'après la consolidation du dommage. Aussi distingue-t-on comme préjudices patrimoniaux temporaires, les dépenses de santé actuelles et les frais divers (1), ainsi que les préjudices professionnels temporaires (2).

1- Les dépenses de santé actuelles et les frais divers

Ces préjudices renvoient aux pertes financières occasionnées par la survenance du préjudice et mises à la charge de la victime ou d'un tier payeur. En effet, s'agissant des dépenses de santé actuelles, elles sont

> *« toutes réalisées durant la phase temporaire de l'évolution de la pathologie traumatique, c'est-à-dire qu'elles ne pourront être évaluées qu'au jour de la consolidation ou de la guérison de la victime directe »*[1130]. Aussi ont-elles vocation à indemniser cette dernière de *« l'ensemble des frais hospitaliers, médicaux, paramédicaux et pharmaceutiques (infirmiers, kinésithérapie, orthoptie, orthophonie, etc) »*[1131].

Autrement dit, ces dépenses correspondent aux frais médicaux et paramédicaux engagés à partir de la date arrêtée du début de la pathologie traumatique, jusqu'à la date de sa consolidation ; et ce sans distinction du fait qu'elles aient été prises en charge par les tiers payeurs ou directement par la victime. Néanmoins, en application du principe de la réparation

[1129] *Ibid.,* p.30.
[1130] *Ibid.,* p.31.
[1131] *Ibidem.*

intégrale, ces dépenses de santé actuelles sont évaluées au jour du jugement, tel qu'il ressort de la motivation du juge en vertu de laquelle

> *« Vu le principe d'une réparation intégrale sans perte ni profit pour la victime : 11. En application de ce principe, il incombe au juge d'évaluer le préjudice à la date à laquelle il rend sa décision. 12. Pour évaluer le montant des dépenses de santé actuelles, après avoir constaté que l'incontinence de l'enfant nécessitait l'achat de couches de l'âge de 2 ans à l'âge de 18 ans correspondant à la consolidation, l'arrêt se fonde sur le montant des factures produites pour les dépenses exposées en 2011 et applique une minoration de 8 % pour tenir compte de l'augmentation des prix qui serait intervenue entre 1999 et 2011 et se serait poursuivie jusqu'en 2015. 13. En statuant ainsi, la cour d'appel, qui s'est placée à la date à laquelle les dépenses de santé ont été exposées pour évaluer ce préjudice, a violé le principe susvisé. »*[1132].

Par ailleurs, en ce qui concerne les frais divers, ils renvoient à *« tous les frais susceptibles d'être exposés par la victime directe avant la date de consolidation de ses blessures. Ce poste de préjudice est donc par nature temporaire »*[1133] et traduit la diversité des dépenses à laquelle la victime est contrainte à raison du dommage qu'elle subit. Il s'agit notamment des frais liés à l'hospitalisation ; aux déplacements pour les consultations et les soins ; au transport et hébergement des proches car leur présence participe à redonner du moral au patient, qui a un effet positif sur son état de santé ; à l'adaptation temporaire pour le logement et le véhicule ; à l'assistance d'un médecin conseil à l'expertise médicale amiable ou judiciaire[1134] ; ainsi que ceux liés à la réduction d'autonomie impliquant l'assistance d'une tierce personne temporaire. Ce dernier point a fait l'objet de précisions au fil des cas par la jurisprudence, qui a de façon primordiale affirmé que *« le poste de préjudice lié à l'assistance par une tierce personne ne se limite pas aux seuls besoins vitaux de la victime, mais indemnise sa perte d'autonomie la mettant dans l'obligation de recourir à un tiers pour l'assister dans l'ensemble des actes de la vie quotidienne »*[1135]. De même, l'évaluation de l'assistance d'une tierce personne *« doit se faire au regard de l'expertise médicale et de la justification des besoins et non au regard de la justification de la dépense, afin d'indemniser la solidarité familiale »*[1136]. Cette position du juge a permis l'indemnisation, et surtout la non-réduction du montant de l'indemnité de l'aide procurée par un proche ou membre de famille à la victime du fait de son

---

[1132] Cour de cassation, 1ère ch. civ., 23 septembre 2020, n°19-18.582.
[1133] Groupe de Travail dirigé par DINTILHAC J.-P., *Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels*, *op. cit.,* p.31.
[1134]Cour de cassation, 2e ch. civ., 12 septembre 2013, n°12-20.750. La cour va plus loin en précisant que les frais d'assistance par un médecin conseil doivent intégralement être remboursés à la victime lorsque ceux-ci sont justifiés (Civ. 1, 22 mai 2019, n° 18-14.063).
[1135] Cour de cassation, 2e ch. civ., 10 novembre 2021, n°19-10.058.
[1136] MORNET B., *L'indemnisation des préjudices en cas de blessures ou de décès,* septembre 2022, p.46.

nouvel état. Il déclare à cet effet qu'*« Attendu, d'une part, que le montant de l'indemnité allouée au titre de l'assistance d'une tierce personne ne saurait être réduit en cas d'assistance d'un membre de la famille ni subordonné à la production de justificatifs des dépenses effectives »*[1137].

En tout état de cause, l'engagement de la responsabilité du service public hospitalier est susceptible de conduire le juge à imputer ces préjudices à la personne morale de droit public. Il en est de même pour les préjudices professionnels temporaires ?

2- Les préjudices professionnels temporaires

Ces préjudices renvoient non seulement aux pertes de gains professionnels actuels, mais également au retard occasionné pendant la période d'études.

En effet, concernant les pertes de gains professionnels actuels, elles sont constituées par les *« pertes actuelles de revenus éprouvées par cette victime du fait de son dommage. Il s'agit là de compenser une invalidité temporaire spécifique qui concerne uniquement les répercussions du dommage sur la sphère professionnelle de la victime jusqu'à sa consolidation »*[1138]. Il sera donc question de déterminer préalablement la période d'inactivité de la victime, avant consolidation du dommage, afin d'apprécier son imputabilité ou non au dommage. Il convient de relever que le préjudice doit être indemnisé jusqu'à la date de la consolidation, et non jusqu'à la fin l'arrêt de travail ; tel qu'il ressort de la motivation de la cour de cassation en vertu de laquelle

> « *Vu l'article 4 du code de procédure civile ; Attendu que, pour limiter à une certaine somme la perte de gains professionnels actuels de M. X..., l'arrêt se borne à lui accorder une indemnisation pour la période du 7 février 2005 au 28 février 2006, date de la fin de l'arrêt de travail, à l'exclusion de la période du 1er mars 2006 au 2 octobre 2006, date de la consolidation, en estimant qu'il n'existait pas de contre-indication à la reprise d'une activité professionnelle ; Qu'en statuant ainsi, alors que, dans leurs conclusions d'appel respectives, M. X... et son assureur, d'une part, la société Mutuelle de Poitiers assurances, d'autre part, s'accordaient, pour indemniser cette perte de gains professionnels, sur la période de référence à prendre en compte du 7 février 2005 au 2 octobre 2006, la cour d'appel a modifié les termes du litige et a violé le texte susvisé ; »*[1139].

[1137] Cour de cassation, 2e ch. civ., 7 mai 2014, n°13-16.204 ; Cour de cassation, 2e ch. civ., 17 décembre 2020, n°19-15.969.
[1138] Groupe de Travail dirigé par DINTILHAC J.-P., *Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels*, *op. cit.,* p.32.
[1139] Cour de cassation, 2e ch. civ., 8 mars 2018, n°17-10.151.

De ce fait, l'évaluation du montant de l'indemnisation devra se faire *in concreto « au regard de la preuve d'une perte de revenus établie par la victime »*[1140]. Ainsi, si cette dernière est salariée, le montant de l'indemnité correspond à au montant des salaires brut pendant la période d'inactivité et justifiés par les bulletins de salaires[1141] ; si elle exerce une profession libérale,

> *« l'évaluation est faite à partir des revenus déclarés à l'administration fiscale pour le calcul de l'impôt sur le revenu, ou tout ensemble de documents permettant, par leur cohérence et leurs recoupements, d'apprécier les revenus professionnels antérieurs et leur diminution pendant la période d'incapacité temporaire »*[1142] *;*

si elle est au chômage, la cour de cassation a arrêté *« qu'il convient de prendre en compte les allocations de chômage que la victime aurait dû normalement percevoir pour calculer la perte de gains professionnels actuels »*[1143]. Cette hypothèse de l'indemnisation de la victime au chômage ne serait s'appliquer dans le contexte camerounais, car celui-ci ne prévoit pas des allocations de chômage. De même, en application du principe de la réparation intégrale et sur demande expresse de la victime, le montant de l'indemnisation peut être actualisé au jour de la décision *« en considération de l'évolution monétaire et du coût de la vie mais également, plus pertinemment encore, en fonction des progressions de salaire et/ou promotions auxquelles la victime aurait légitimement pu prétendre au vu de son parcours professionnel si elle n'avait eu à sabir l'acte dommageable »*[1144].

En outre, pour ce qui est du retard occasionné pendant la période d'études, il renvoie au préjudice scolaire, universitaire ou de formation. Si la nomenclature Dintilhac attribue un caractère permanent à ce préjudice, *« il est cependant, dans la plupart des cas, temporaire parce qu'il se situe avant la consolidation »*[1145] en ce sens que la victime est contrainte de suspendre ses études dès la survenance du dommage et surtout pas à partir de sa consolidation. *« Ce poste intègre, en outre, non seulement le retard scolaire ou de formation subi, mais aussi une possible modification d'orientation, voire une renonciation à toute formation qui obère ainsi gravement l'intégration de cette victime dans le monde du travail »*[1146]. Toutefois, il ne saurait être intégré

[1140] Groupe de Travail dirigé par DINTILHAC J.-P., *Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels*, *op. cit.,* p.32.
[1141] Civ. 2, 19 juin 1996, Bull. civ. II, n° 159.
[1142] MORNET B., *L'indemnisation des préjudices en cas de blessures ou de décès, op. cit.,* p.44.
[1143] *Ibidem. ;* Civ. 2, 23 octobre 2014, n° 13-23.481.
[1144] MOR G. & CLERC-RENAUD L., *Réparation du préjudice corporel : stratégies d'indemnisation, méthodes d'évaluation, op. cit.,* p.443.
[1145] MORNET B., *L'indemnisation des préjudices en cas de blessures ou de décès, op. cit.,* p.45.
[1146] Groupe de Travail dirigé par DINTILHAC J.-P., *Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels*, *op. cit.,* p.36.

d'office dans le préjudice de perte de gains professionnels futurs, au sens de la décision de la Cour de cassation qui a censuré celle d'une cour d'appel sur la base de la motivation selon laquelle

> *« Attendu que, pour fixer à une certaine somme le préjudice corporel de Mme J... B... , l'arrêt énonce que son préjudice scolaire, universitaire ou de formation a déjà été pris en compte au titre de la perte de gains professionnels futurs laquelle a été indemnisée par l'allocation de la somme totale de 249 561,31 euros ; Qu'en statuant ainsi, alors qu'il résultait de ses propres calculs que cette somme ne réparait que la perte de gains professionnels futurs, la cour d'appel, qui n'a pas indemnisé à ce titre le préjudice scolaire, universitaire ou de formation subi par la victime, a violé le texte et le principe susvisés ; »*[1147].

La perte de gains professionnels futurs s'inscrivant dans la catégorie des préjudices patrimoniaux permanents, parce que s'évaluant à compter de la consolidation du dommage.

B- Les préjudices patrimoniaux permanents

Cette catégorie renferme les préjudices qui s'étendent dans le temps et affectent la victime après la consolidation du dommage. Elle met en exergue la question de réparation du préjudice futur, pris comme *« la prolongation certaine et directe d'un état de chose actuel, et comme susceptible d'estimation immédiate »*[1148], dont l'indemnisation ne se justifie que par son caractère certain. De ce fait, à la différence des préjudices temporaires qui se sont généralement déjà réalisés au jour de la décision du juge, les préjudices permanents quant à eux ne le sont pas encore. Ils restent à déterminer et à prouver par la victime au moyen d'éléments de preuve tels que les devis ; mais aussi et surtout sur la base du rapport d'expert permettant *« de décrire les séquelles imputables au traumatisme dont la victime demeure atteinte après consolidation »*[1149]. Cette hypothèse postule une consolidation du dommage faisant état de la survie de la victime directe (1) ; car l'après consolidation peut également déboucher au décès de celle-ci, faisant de ses proches, des victimes (2).

1- Les préjudices patrimoniaux permanents de la victime directe

Les préjudices patrimoniaux permanents qui affectent la victime directe sont entre autres les dépenses de santé futures, les frais de logement et de véhicule adaptés, l'assistance permanente d'une tierce personne, les pertes de gains professionnels futurs, et l'incidence professionnelle. Ils postulent que celle-ci ait été drastiquement diminuée par la survenance du

[1147] Civ. 2, 8 mars 2018, n° 17-10.142.
[1148] Cour de cassation, 2e chambre civile, 15 décembre 1971, n°70-12.603.
[1149] MOR G. & CLERC-RENAUD L., *Réparation du préjudice corporel : stratégies d'indemnisation, méthodes d'évaluation, op. cit.,* p.445.

dommage, et ce même après sa consolidation ; et qu'il en ait résulté un handicap permanent qui nécessite un aménagement adapté et la prise de mesures adéquates au quotidien.

En effet concernant tout d'abord les dépenses de santé futures, elles renvoient aux

> *« frais hospitaliers, médicaux, paramédicaux, pharmaceutiques et assimilés, même occasionnels mais médicalement prévisibles, rendus nécessaires par l'état pathologique de la victime après la consolidation. (…) les frais liés soit à l'installation de prothèses pour les membres, les dents, les oreilles ou les yeux, soit à la pose d'appareillages spécifiques qui sont nécessaires afin de suppléer le handicap physiologique permanent qui demeure après la consolidation »*[1150].

Les caractères prévisible et répétitif de ces dépenses les rendent certaines, bien que futures, et donc indemnisables. Aussi, en cas de répétition périodique de certains frais, il conviendra de distinguer entre les dépenses déjà pris en compte par la décision et celles à venir après la décision, ainsi le juge devra les déterminer sur la base d'avis d'experts et les capitaliser.

Ensuite pour ce qui sont des frais de logement et de véhicule adaptés et des frais relatifs à l'assistance d'une tierce personne, ils peuvent être regroupés dans la sous-catégorie des dépenses consécutives à la réduction d'autonomie que subit la victime. Ces dépenses correspondent aux frais que la victime est contrainte d'engager à la suite du dommage pour adapter son domicile, son véhicule et son quotidien à son handicap. Tout d'abord, s'agissant de son domicile*, « ce poste de préjudice inclut non seulement l'aménagement du domicile préexistant, mais éventuellement celui découlant de l'acquisition d'un domicile mieux adapté prenant en compte le surcoût financier engendré par cette acquisition »*[1151]. Ce surcoût financier peut de ce fait renvoyer aux frais de *« déménagement et d'emménagement, ainsi que ceux liés à un surcoût de loyer pour un logement plus grand découlant des difficultés de mobilité de la victime devenue handicapée* »[1152]. Concernant les frais de véhicules adaptés, ils renvoient aux « *dépenses nécessaires pour procéder à l'adaptation d'un ou de plusieurs véhicules aux besoins de la victime atteinte d'un handicap permanent. Il convient d'inclure dans ce poste de préjudice le ou les surcoût(s) lié(s) au renouvellement du véhicule et à son entretien »*[1153]. L'assistance permanente d'une tierce personne quant à elle implique des dépenses *« pour aider la victime handicapée à effectuer les démarches et plus généralement les actes de la vie quotidienne. Elles visent à indemniser le coût pour la victime de la présence nécessaire, de*

[1150] Groupe de Travail dirigé par DINTILHAC J.-P., *Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels*, *op. cit.,* p.33.
[1151] *Ibidem.*
[1152] *Ibidem.*
[1153] *Ibidem.*

manière définitive, d'une tierce personne à ses côtés pour l'assister dans les actes de la vie quotidienne, préserver sa sécurité, contribuer à restaurer sa dignité et suppléer sa perte d'autonomie »[1154].

Enfin relativement aux préjudices professionnels permanents, ils comprennent la perte de gains professionnels futurs et l'incidence professionnelle. Le premier préjudice professionnel résulte du changement ou de la perte d'emploi, imputable au dommage. Il vise à *« indemniser la victime de la perte ou de la diminution de ses revenus consécutive à l'incapacité permanente à laquelle elle est désormais confrontée dans la sphère professionnelle à la suite du dommage »*[1155]. Il est de ce fait évalué *« à partir des revenus antérieurs afin de déterminer la perte annuelle, le revenu de référence étant toujours le revenu net annuel imposable avant l'accident »*[1156] *;* tout en distinguant deux périodes, notamment la période allant de la consolidation du dommage à la décision, et celle s'ouvrant à après la décision de justice. La première période correspondant aux arrérages échus qui seront payés sous forme de capitale, et la seconde période renvoyant aux arrérages à échoir qui sont déterminer en fonction de l'âge de la victime au jour de la décision et payable sous forme de rente ou de capitale selon les tables de capitalisation de rentes viagères. Le préjudice de l'incidence professionnelle quant à lui a pour objet

> *« d'indemniser non la perte de revenus liée à l'invalidité permanente de la victime, mais les incidences périphériques du dommage touchant à la sphère professionnelle comme le préjudice subi par la victime en raison de sa dévalorisation sur le marché du travail, de sa perte d'une chance professionnelle, ou de l'augmentation de la pénibilité de l'emploi qu'elle occupe imputable au dommage ou encore du préjudice subi qui a trait à sa nécessité de devoir abandonner la profession qu'elle exerçait avant le dommage au profit d'une autre qu'elle a dû choisir en raison de la survenance de son handicap »*[1157].

Est également incluse dans le préjudice de l'incidence professionnelle, la perte de chance d'obtenir un emploi ou une promotion professionnelle, tel qu'il ressort de la motivation du juge en vertu de laquelle

> *« Alors que le préjudice consistant en la disparition de la probabilité d'un événement favorable s'analyse en une perte de chance dont la réparation correspond à une fraction du bénéfice que la victime aurait retiré de la survenance de l'événement dont la réalisation a été empêchée ; que la cour d'appel relève que l'aggravation de l'état de la victime, Monsieur X..., en lien avec*

[1154] *Ibid.,* p.34.
[1155] *Ibid.,* p.34.
[1156] MORNET B., *L'indemnisation des préjudices en cas de blessures ou de décès, op. cit.,* p.50.
[1157] Groupe de Travail dirigé par DINTILHAC J.-P., *Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels*, *op. cit.,* p.36.

l'accident n'était pas à l'origine de la perte de son emploi mais que cette aggravation l'avait privée de la possibilité d'en retrouver un, qu'il en résultait que le préjudice subi du fait de l'aggravation s'analysait en une perte de chance de retrouver un emploi, qu'en accordant néanmoins à Monsieur X... une indemnité égale au salaire mensuel dont il disposait avant son licenciement économique, sans évaluer la chance qu'il aurait eu de retrouver un emploi équivalent si son état ne s'était pas aggravé, la cour d'appel a violé l'article 1382 du code civil »[1158].

2- Les préjudices patrimoniaux permanents des victimes indirectes

Les préjudices patrimoniaux des victimes indirectes ne peuvent présenter qu'un caractère permanent, en ce sens qu'ils ne peuvent être évalués qu'après la consolidation du dommage. Ainsi peuvent-ils différer selon les cas de survie ou de décès de la victime directe, notamment en ce qui concerne le préjudice occasionné par les frais d'obsèques, qui ne peuvent affecter la victime indirecte qu'en cas de décès de la victime directe. *« Ce poste de préjudice concerne les frais d'obsèques et de sépulture que vont devoir assumer les proches de la victime directe à la suite de son décès consécutif à la survenance du dommage. Ces frais font l'objet d'une évaluation concrète fondée sur une facture établie en bonne et due forme »*[1159].

En outre, les préjudices patrimoniaux des victimes indirectes sont relatifs aux pertes de revenus et aux frais divers, qui varient en cas de survie ou de décès de la victime directe. En effet, s'agissant des pertes de revenus, ce poste de préjudice comprend globalement *« les revenus perdus par les proches du vivant du la victime directe lorsqu'ils ont dû cesser totalement ou partiellement leurs activités pour servir de tierces personnes et après le décès les pertes de revenus du foyer »*[1160]. Il renvoie précisément en cas de décès de la victime directe, aux pertes et diminutions de revenus exclusivement liées audit décès, en l'occurrence les revenus que rapportait la victime directe pour le foyer, mais aussi *« la perte ou la diminution de revenus subie par les proches de la victime directe, lorsqu'ils sont obligés d'assurer jusqu'au décès de celle-ci une présence constante et d'abandonner temporairement leur emploi »*[1161]. En cas de survie de la victime directe, les pertes de revenus sont relatives à la perte ou diminution engendrée par le handicap de la victime directe pour son conjoint et ses enfants. De même, elles incluent également *« la perte ou diminution de revenue subie par les proches*

[1158] Civ. 2, 24 mai 2012, n° 11-14.576.
[1159] Groupe de Travail dirigé par DINTILHAC J.-P., *Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels*, *op. cit.,* p.42.
[1160] MOR G. & CLERC-RENAUD L., *Réparation du préjudice corporel : stratégies d'indemnisation, méthodes d'évaluation, op. cit.,* p.544.
[1161] Groupe de Travail dirigé par DINTILHAC J.-P., *Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels*, *op. cit.,* p.43.

de la victime directe lorsqu'ils sont obligés pour assurer une présence constante auprès de la victime handicapée d'abandonner temporairement, voire définitivement leur emploi »[1162].

En ce qui concerne les frais divers, en cas de décès de la victime directe, ce poste de préjudice vise à *« indemniser les proches de la victime directe des frais divers que ceux-ci ont pu engager à l'occasion de son décès ; ce sont principalement des frais de transports, d'hébergement et de restauration »*[1163]. Tandis qu'en cas de survie de la victime directe, les frais divers correspondent certes aux frais de transports, hébergement et de restauration, mais qui ont été engagés pendant ou après la maladie traumatique de la victime survivante atteinte d'un handicap. Qu'ils affectent directement ou indirectement les victimes, les dommages causés par le service public hospitalier causent également des préjudices non économiques ou extrapatrimoniaux.

II- Les préjudices extrapatrimoniaux

Ces préjudices sont ceux qui touchent la victime dans son être et non dans ses avoirs, en ce sens qu'ils *« affectent l'être même de la personne-victime »*[1164] en créant notamment des troubles dans ses conditions d'existence. Tout comme les préjudices patrimoniaux, la réparation des préjudice extrapatrimoniaux commandent leur double détermination, notamment avant et après la consolidation du dommage. Avant la consolidation, ces préjudices sont qualifiés de temporaires (A), et ne concernent en réalité que la victime directe ou immédiate, renvoyant ainsi à l'individu ayant personnellement souffert du dommage. Après la consolidation, ils sont qualifiés de permanents et affligent aussi bien la victime directe que ses proches. Aussi, les préjudices extrapatrimoniaux sont susceptibles d'être constitués en dehors de toute consolidation du dommage (B).

A- Les préjudices extrapatrimoniaux temporaires

Avant la consolidation du dommage, la victime directe est susceptible de subir divers préjudices extrapatrimoniaux ; en l'occurrence le déficit fonctionnel temporaire (1), les souffrances endurées et le préjudice esthétique temporaire (2).

[1162] *Ibid.,* p.44.
[1163] *Ibid.,* p.43.
[1164] LAMBERT-FAIVRE Y., « L'indemnisation des victimes non économiques », *op. cit.,* p.544.

1- Le déficit fonctionnel temporaire

> « *Ce poste de préjudice cherche à indemniser l'invalidité subie par la victime dans sa sphère personnelle pendant la maladie traumatique, c'est à dire jusqu'à sa consolidation »*[1165]. Cette invalidité traduit *« l'incapacité fonctionnelle totale ou partielle que va subir la victime jusqu'à sa consolidation. Elle correspond aux périodes d'hospitalisation de la victime, mais aussi à la "perte de qualité de vie et à celle des joies usuelles de la vie courante" que rencontre la victime pendant la maladie traumatique (séparation de la victime de son environnement familial et amical durant les hospitalisations, privation temporaire des activités privées ou des agréments auxquels se livre habituellement ou spécifiquement la victime, préjudice sexuel pendant la maladie traumatique, etc.) »*[1166].

En d'autres termes, c'est l'aspect non économique de l'incapacité temporaire qui est indemnisé dans ce poste de préjudice ; et cela correspond *« au préjudice résultant de la gêne dans les actes de la vie courante »*[1167]. Cette gêne peut être totale, lorsque la victime st dans l'impossibilité totale de réaliser ses activités personnelles ou très restreinte dans les activités essentielles de la vie pendant une période donnée ; elle peut aussi être partielle, notamment pendant la période au cours de laquelle la victime a repris tout ou partie de ses activités personnelles, ludiques ou sportives[1168].

En outre, il convient de relever que le contenu du déficit fonctionnel temporaire est distinct de celui du déficit fonctionnel permanent[1169] en ce qui concerne le préjudice d'agrément temporaire et le préjudice sexuel. Ce dernier est inclus dans le premier, tandis qu'il est *« autonome par rapport au déficit fonctionnel permanent »*[1170]. Autrement dit, avant la consolidation du dommage, le préjudice sexuel est inclus dans le déficit fonctionnel temporaire, pourtant il constitue et est indemnisé au titre d'un préjudice autonome après la consolidation du dommage. Le préjudice d'agrément temporaire quant à lui est également inclus dans le déficit fonctionnel temporaire, tel que l'affirme explicitement la Cour de cassation dans sa motivation lorsqu'elle déclare *« Mais attendu que pour rejeter la demande de la victime au titre du préjudice d'agrément temporaire, l'arrêt retient que ce préjudice est inclus dans le déficit*

[1165] Groupe de Travail dirigé par DINTILHAC J.-P., *Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels*, *op. cit.,* p.37.
[1166] *Ibid.,* p.38 ; Civ. 2e, 28 mai 2009, n° 08-16.829, Dalloz actualité, 8 juin 2009, obs. GALLMEISTER I. ; D. 2009. 2010. 49, obs. BRUN P. et GOUT O. ; RTD civ. 2009. 534, obs. JOURDAIN P.
[1167] MORNET B., *L'indemnisation des préjudices en cas de blessures ou de décès, op. cit.,* p.65.
[1168] MERLIN O., ROSSANT J., « Le déficit fonctionnel temporaire », in *Journal du droit de la santé et de l'Assurance – Maladie (JDSAM),* 2020/2, n°26, p.24.
[1169] GUEGAN-LECUYER A., « La distinction des préjudices temporaires et permanents : l'exemple du déficit fonctionnel », *Gaz. Pal*. 2014, n° 361, p. 28.
[1170] Civ. 2e, 11 déc. 2014, n°13-28.774, Dalloz actualité, 06 janvier 2015, obs. CAYOL A., « Rappel du contenu du déficit fonctionnel temporaire » ; D. 2015. 469, note GUEGAN-LECUYER A..

fonctionnel temporaire ; »[1171]*. « En revanche, les souffrances endurées au cours de la maladie et le préjudice esthétique temporaire doivent être indemnisés de manière distincte »*[1172].

2- Les souffrances endurées et le préjudice esthétique temporaire

Les souffrances endurées et le préjudice esthétique temporaire constituent aux côtés du déficit fonctionnel temporaire, les postes de préjudices indemnisables dans le cadre des préjudices extrapatrimoniaux temporaires.

En effet, s'agissant des souffrances endurées, elles renvoient à *« toutes les souffrances physiques et psychiques, ainsi que des troubles associés, que doit endurer la victime durant la maladie traumatique, c'est à dire du jour de l'accident à celui de sa consolidation »*[1173]. Elles ne constituent un préjudice autonome qu'avant la consolidation du dommage, car après celle-ci, elles sont incluses dans le déficit fonctionnel permanent et indemnisées à ce titre. Ainsi, la preuve de ce préjudice n'étant pas évidente, le juge recherche dans l'expertise des éléments relatifs à l'âge de la victime, aux hospitalisations, aux interventions chirurgicales et aux circonstances du dommage[1174]. Autrefois difficilement indemnisables parce que suspendues à la condition tenant au caractère exceptionnel de la durée et de l'intensité[1175], les souffrances endurées sont aujourd'hui aisément indemnisées conformément au barème d'évaluation de 1 à 7 utilisé par les experts qui permet de les réparer même en cas de décès de la victime. Le cas échéant, l'indemnisation sera versée à ses héritiers à la suite d'une action en réparation initiée soit par la victime avant sa mort[1176], soit directement par ses ayants droit[1177] ; et ce contrairement à la jurisprudence d'antan qui considérait ce préjudice comme trop intime à la victime pour pouvoir être réclamé par ses héritiers[1178]. Par ailleurs, bien que relevant d'une

---

[1171] Civ. 2e, 5 mars 2015, n°14-10.758.
[1172] Civ. 2e, 11 déc. 2014, n°13-28.774, Dalloz actualité, 06 janvier 2015, obs. CAYOL A., « Rappel du contenu du déficit fonctionnel temporaire »
[1173] Groupe de Travail dirigé par DINTILHAC J.-P, *Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels*, *op. cit.,* p.38.
[1174] Benoît MORNET, *L'indemnisation des préjudices en cas de blessures ou de décès, op. cit.,* p.65.
[1175] CE 24 avr. 1942, *Morell*, Lebon 136. – 21 janv. 1955, *Billiet*, Lebon 43. – 12 oct. 1956, *Épx Fabre*, Lebon 368.
[1176] CE, sect., 8 nov. 1968, *Cne de Mounes-Prohencoux*, Lebon 563. – CE 2 déc. 1977, *Mme Rossier*, Lebon 485 – 2 juill. 1971, SNCF c/ Épx Le Piver et autres, Lebon 504 ; Dr. soc. 1972. 50, note MODERNE.
[1177] CE, sect., 29 mars 2000, *Assistance publique-Hôpitaux de Paris c/ Cts Jacquié*, *req.* no 195662 , Lebon 147, concl. CHAUVAUX ; RFDA 2000. 850, concl. ; D. 2000. 563, note BOURREL ; LPA 22 sept. 2000, p. 13, note FOULETIER. Car le Conseil d'État qui, rappelant que « le droit à réparation d'un dommage, quelle que soit sa nature, s'ouvre à la date à laquelle se produit le fait qui en est directement la cause », a jugé que si la victime décède avant d'avoir elle-même introduit une action en réparation, son droit entré dans son patrimoine avant son décès est transmis à ses héritiers, pour l'ensemble des préjudices subis.
[1178] CE 10 août 1945, *Laborie*, Lebon 179. – 14 oct. 1959, *Secr. d'État aux PTT*, Lebon T. 1104. – CE, sect., 29 janv. 1971, *Assoc. Jeunesse et Reconstruction*, Lebon 81 ; AJDA 1971. 279, chron. LABETOULLE et CABANES. – CE 1er juin 1973, Mme et *Mlle Goujon*, Lebon T. 1112.

souffrance morale et donc psychique, l'angoisse d'une mort imminente a récemment été érigée en un préjudice autonome par la Cour de cassation, qui a jugé que c'est *« sans indemniser deux fois le même préjudice que la cour d'appel, tenue d'assurer la réparation intégrale du dommage sans perte ni profit pour la victime, a réparé, d'une part, les souffrances endurées du fait des blessures, d'autre part, de façon autonome, l'angoisse d'une mort imminente »*[1179].

Pour ce qui est du préjudice esthétique temporaire, il correspond aux *« atteintes physiques, voire une altération de son apparence physique, certes temporaire, mais aux conséquences personnelles très préjudiciables, liée à la nécessité de se présenter dans un état physique altéré au regard des tiers »*[1180]. Ainsi, tout constat de l'altération de l'apparence physique de la victime avant la consolidation du dommage se doit d'être réparée par les juges en tant que préjudice distinct, et ce même lorsque l'expert n'a retenu dans son rapport que l'existence d'un préjudice définitif. Tel est ce qui ressort de la motivation du juge de la Cour de cassation dans laquelle il déclare que

> *« Attendu que pour débouter M. G... R..., représenté par ses tuteurs, M. et Mme R..., de sa demande d'indemnisation au titre du préjudice esthétique temporaire, l'arrêt retient que le préjudice définitif décrit par l'expert se confond intégralement avec le préjudice esthétique temporaire et qu'il n'y a pas lieu dès lors de prévoir une indemnisation distincte pour la période antérieure à la consolidation ; Qu'en statuant ainsi, alors que le préjudice esthétique temporaire est un préjudice distinct du préjudice esthétique permanent, et qu'il ressortait de ses propres constatations l'existence d'une altération de l'apparence de la victime avant la date de la consolidation de son état de santé, la cour d'appel a violé le texte et le principe susvisés ; »*[1181].

Quoiqu'il en soit, la consolidation demeure la marque de distinction entre les préjudices temporaires et permanents. Néanmoins, en matière de préjudices extrapatrimoniaux, les préjudices permanents ne sont pas les seuls qui s'apprécient après la consolidation du dommage ; car la victime est également susceptible de subir les préjudices extrapatrimoniaux évolutifs.

[1179] Ch. Mixte, 25 mars 2022, pourvoi n° 20-15.624.
[1180] Groupe de Travail dirigé par DINTILHAC J.-P., *Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels*, *op. cit.,* p.38.
[1181] Civ. 2, 7 mars 2019, n° 17-25.855.

B- Les préjudices extrapatrimoniaux permanents et les préjudices « hors consolidation »

Ces préjudices s'apprécient différemment selon qu'ils sont soumis à la consolidation du dommage ou non. En effet, les préjudices extrapatrimoniaux permanents (1) sont ceux qui qui sont constatés après la consolidation de l'état de santé de la victime, qui soit décède, soit survie avec des séquelles. Tandis que les préjudices extrapatrimoniaux évolutifs et d'impréparation sont considérés comme hors consolidation (2), car la victime souffre d'une pathologie incurable dont les effets néfastes sont susceptibles d'évoluer créant ainsi des postes de préjudices distincts.

1- Les préjudices extrapatrimoniaux permanents

Ces préjudices sont classés selon qu'ils affectent la victime directe ou les victimes indirectes.

En effet, s'agissant de la victime directe, celle-ci est susceptible de subir le déficit fonctionnel permanent, le préjudice d'agrément, le préjudice esthétique permanent, le préjudice sexuel, et le préjudice d'établissement. Pour ce qui est du déficit fonctionnel permanent, il correspond à

> *« la réduction définitive du potentiel physique, psycho-sensoriel, ou intellectuel résultant de l'atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique médicalement constatable donc appréciable par un examen clinique approprié complété par l'étude des examens complémentaires produits, à laquelle s'ajoutent les phénomènes douloureux et les répercussions psychologiques, normalement liées à l'atteinte séquellaire décrite ainsi que les conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours »*[1182].

De ce fait, ce poste de préjudice englobe les souffrances endurées par la victime après la consolidation du dommage ; celles-ci constituant pourtant un poste de préjudice autonome avant la consolidation.

En ce qui concerne le préjudice d'agrément, il renvoie exclusivement *« à l'impossibilité pour la victime de pratiquer régulièrement une activité spécifique sportive ou de loisirs »*[1183] ; ainsi qu'à *« la limitation de la pratique antérieure »*[1184]. Autrement dit, ce préjudice n'est

[1182] Groupe de Travail dirigé par DINTILHAC J.-P., *Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels*, *op. cit.,* p. 39. Cette définition du déficit fonctionnel permanent contenue dans la nomenclature Dintilhac, est tirée des travaux de Trèves de juin 2000 de la Commission européenne.
[1183] Civ. 2e, 28 mai 2009, n° 08-16.829, Dalloz actualité, 8 juin 2009, obs. GALLMEISTER I. ; D. 2010. 49, obs. BRUN P.et GOUT O. ; RTD civ. 2009. 534, obs. JOURDAIN P. ; Civ. 1, 8 février 2017, n° 15- 21.528.
[1184] Civ. 2, 29 mars 2018, n° 17-14.499.

restreint qu'aux *« activités sportives, ludiques ou culturelles devenues impossibles ou limitées en raison des séquelles de l'accident. Il appartient à la victime de justifier de la pratique de ces activités et de l'évoquer auprès du médecin expert afin que celui-ci puisse confirmer qu'elle ne peut plus pratiquer ces activités »*[1185]. Constituant logiquement une réduction du potentiel physique, ce préjudice se distingue tout de même du déficit fonctionnel permanent et est à ce titre indemnisé de façon autonome.

Relativement au préjudice esthétique permanent, il cherche *« à réparer les atteintes physiques et plus généralement les éléments de nature à altérer l'apparence physique de la victime notamment comme le fait de devoir se présenter avec une cicatrice permanente sur le visage. Ce préjudice a un caractère strictement personnel et il est en principe évalué par les experts selon une échelle de 1 à 7 (de très léger à très important) »*[1186]. Cette échelle d'évaluation permet notamment une appréciation objective de ce préjudice si subjectif, et rend à cet effet possible l'indemnisation d'une victime en état de coma végétatif[1187].

Le préjudice sexuel quant à lui est indemnisé de façon autonome après la consolidation du dommage, car avant celle-ci, il est inclus dans le déficit fonctionnel temporaire[1188]. Il comprend

> *« tous les préjudices touchant à la sphère sexuelle, à savoir : le préjudice morphologique lié à l'atteinte aux organes sexuels primaires et secondaires résultant du dommage subi, le préjudice lié à l'acte sexuel lui-même, qui repose sur la perte de plaisir lié à l'accomplissement de l'acte sexuel, qu'il s'agisse de la perte de l'envie ou de la libido, de la perte de la capacité physique de réaliser l'acte ou de la perte de capacité d'accéder au plaisir, le préjudice lié à une impossibilité ou une difficulté à procréer »*[1189].

L'appréciation ce préjudice doit être faite *in concreto* en fonction des paramètres de la victime, notamment son âge et sa situation familiale. Il s'accompagne régulièrement de l'indemnisation du conjoint de la victime au titre du préjudice moral.

Concernant le préjudice d'établissement, il vise à indemniser *« la perte d'espoir, de chance ou de toute possibilité de réaliser un projet de vie familiale "normale" en raison de la gravité du handicap permanent, dont reste atteint la victime après sa consolidation : il s'agit*

[1185] MORNET B., *L'indemnisation des préjudices en cas de blessures ou de décès, op. cit.,* p.71.
[1186] Groupe de Travail dirigé par DINTILHAC J.-P., *Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels*, *op. cit.,* p. 40.
[1187] Civ. 2, 22 février 1995, *Bull*. civ. II, n° 61.
[1188] Civ. 2e, 11 déc. 2014, n°13-28.774, Dalloz actualité, 06 janvier 2015, obs. CAYOL A., « Rappel du contenu du déficit fonctionnel temporaire ».
[1189] Civ. 2e, 17 juin 2010, n° 09-15.842, D. 2010. 1625 ; *ibid*. 2011. 35, obs. BRUN P. et GOUT O. ; RTD civ. 2010. 562, obs. JOURDAIN P.

de la perte d'une chance de se marier, de fonder une famille, d'élever des enfants et plus généralement des bouleversements dans les projets de vie de la victime qui l'obligent à effectuer certaines renonciations sur le plan familial »[1190]. Ce préjudice ne saurait être confondu avec les préjudices sexuel et d'agrément[1191], encore moins avec le déficit fonctionnel permanent. Tous ces préjudices sont personnellement subis par la victime directe, qui ne peut transférer leur réparation qu'à ses ayants droit par voie successorale. Toutefois, il existe également des préjudices susceptibles d'affecter ses proches, qualifiés de victimes indirectes.

La consolidation du dommage subi par la victime directe cause à l'endroit de ses proches les préjudices d'affection et éventuellement d'accompagnement. En effet, le préjudice d'affection touche les victimes indirectes aussi bien en cas de survie handicapée que de décès de la victime directe. Il répare ainsi le *« préjudice moral subi par certains proches à la vue de la douleur de la déchéance et de la souffrance de la victime directe »*[1192], mais également leur préjudice d'affection à la suite du décès de celle-ci. Aussi, ce préjudice comprend le retentissement pathologique avéré que la perception du handicap de la victime directe[1193] ou son décès a pu entraîner chez certains de ses proches. Ces derniers sont non seulement constitués des membres de famille, mais aussi *« des personnes dépourvues de lien de parenté, dès lors qu'elles établissent par tout moyen avoir entretenu un lien affectif réel avec le défunt »*[1194].

Le préjudice d'accompagnement de fin de vie quant à lui, affecte logiquement les victimes indirectes en cas de décès de la victime directe. Il vise à *« indemniser le préjudice moral subi par les proches de la victime pendant la maladie traumatique jusqu'à son décès. On indemnisera notamment le préjudice résultant des troubles dans les conditions d'existence pour les proches qui partageaient habituellement une communauté de vie affective et effective avec le défunt, pendant cette période entre le dommage et le décès »*[1195]. Le partage de la communauté de vie constituant ici une condition indispensable à l'indemnisation de ce préjudice ; tel que l'affirme la Cour de cassation lorsqu'elle motive s'agissant du préjudice spécifique d'accompagnement de fin de vie que *« en se déterminant ainsi, sans constater*

[1190] Groupe de Travail dirigé par DINTILHAC J.-P., *Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels*, *op. cit.,* p. 40.
[1191] Civ. 2, 12 mai 2011, n° 10- 17.148.
[1192] Groupe de Travail dirigé par DINTILHAC J.-P., *Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels*, *op. cit.,* p. 45.
[1193] Civ. 1, 11 janvier 2017, n° 15-16.282.
[1194] Groupe de Travail dirigé par DINTILHAC J.-P., *Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels*, *op. cit.,* p. 44.
[1195] MORNET B., *L'indemnisation des préjudices en cas de blessures ou de décès, op. cit.,* p.91.

l'existence d'une communauté de vie effective entre la victime, d'une part, son beau-frère et ses nièces, d'autre part, la cour d'appel n'a pas donné de base légale à sa décision au regard des texte et principe susvisés ; »[1196]. Cette communauté de vie permet ainsi d'attester de l'existence réelle d'une proximité affective.

2- Les préjudices extrapatrimoniaux « hors consolidation »

Ces préjudices sont constitués en matière médicale des préjudices extrapatrimoniaux évolutifs et du préjudice d'impréparation, et existent en dehors de toute consolidation, en ce qu'ils se présentent pendant et après la maladie.

En effet, en ce qui concerne les préjudices extrapatrimoniaux évolutifs, ils sont causés par les pathologies évolutives dont souffre la victime ; et renvoient de ce fait au *« préjudice résultant pour une victime de la connaissance de sa contamination par un agent exogène, quelle que soit sa nature (biologique, physique ou chimique), qui comporte le risque d'apparition à plus ou moins brève échéance, d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital »*[1197]. Ces pathologies évolutives renvoient aux maladies incurables *« susceptibles d'évoluer et dont le risque d'évolution constitue en lui-même un chef de préjudice distinct qui doit être indemnisé en tant que tel. (…) Tel est le cas du préjudice lié à la contamination d'une personne par le virus de l'hépatite C, celui du V.I.H., la maladie de Creutzfeldt-Jakob ou l'amiante, etc. »*[1198]. Ce préjudice est considéré comme global, en ce qu'il inclut la quasi-totalité des préjudices personnels, à l'exception du déficit fonctionnel permanent ; tel qu'il ressort de la motivation du juge en vertu de laquelle

> *« Le préjudice spécifique de contamination comprend l'ensemble des préjudices de caractère personnel tant physiques que psychiques résultant du seul fait de la contamination et inclut, outre les perturbations et craintes éprouvées, toujours latentes, concernant l'espérance de vie et la crainte des souffrances, les perturbations de la vie sociale, familiale et sexuelle et les préjudices esthétiques et d'agrément générés par les traitements et soins subis, ainsi que le seul risque de la survenue d'affections opportunistes consécutives à la contamination. Il n'inclut ni le déficit fonctionnel, ni les autres préjudices à caractère personnel liés à la survenue de ces affections. Il résulte de l'article L. 3122-1 du code de la santé publique et du principe d'une réparation intégrale sans perte ni profit pour la victime que l'absence de consolidation de la victime contaminée par le VIH ne fait pas obstacle à*

[1196] Civ. 2, 21 novembre 2013, n° 12-28.168.
[1197] LAMBERT-FAIVRE Y. citée par MAZARS J., *Evaluer et réparer*, Les Annonces de la Seine, 23 juin 2005, n°43, p. 4.
[1198] Groupe de Travail dirigé par J DINTILHAC J.-P., *Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels*, *op. cit.,* p. 41.

l'indemnisation du déficit fonctionnel qui est éprouvé à la suite de cette contamination et de ses conséquences »[1199].

De même, pour être réparé, le préjudice spécifique de contamination doit revêtir un caractère exceptionnel découlant de la prise de conscience des effets spécifiques de la contamination par la victime. Cette prise de conscience en est la condition d'indemnisation au sens de la motivation de la cour de cassation selon laquelle *« Que de ces constatations et énonciations, la cour d'appel, a exactement déduit que R... Y..., tenue dans l'ignorance de sa contamination par le VIH et par le virus de l'hépatite C, n'avait pu subir de préjudice spécifique de contamination ; D'où il suit que le moyen n'est pas fondé ; »*[1200]. Aussi, la guérison après traitement, ne fait pas obstacle à a réparation de ce préjudice[1201].

Relativement au préjudice d'impréparation, il découle du manquement du médecin à son obligation d'informer le patient préalablement à tout acte médical ; causant de ce fait un défaut de préparation de celui-ci à la réalisation de tout éventuel risque. Ainsi

« indépendamment des cas dans lesquels le défaut d'information sur les risques inhérents à un acte individuel de prévention, de diagnostic ou de soins a fait perdre au patient une chance d'éviter le dommage résultant de la réalisation de l'un de ces risques, en refusant qu'il soit pratiqué, le non-respect, par un professionnel de santé, de son devoir d'information cause à celui auquel l'information était due, lorsque ce risque se réalise, un préjudice moral résultant d'un défaut de préparation aux conséquences d'un tel risque, qui, dès lors qu'il est invoqué, doit être réparé, de sorte que ces préjudices distincts peuvent être, l'un et l'autre, indemnisés »[1202].

[1199] Civ. 1, 16 mars 2022, pourvoi n° 20-12.020.
[1200] Civ. 2, 22 novembre 2022, pourvoi n° 11-21.031, publié au *bulletin*.
[1201] Civ. 2, 4 juillet 2013, n°12-23.915.
[1202] MORNET B., *L'indemnisation des préjudices en cas de blessures ou de décès, op. cit.,* p.76 ; Civ. 1, 23 janvier 2014, n° 12-22.123 ; Civ. 1 25 janvier 2017, n° 15-27.898.

CONCLUSION CHAPITRE VII

La détermination précise des préjudices causés par le service public hospitalier, est un préalable à leur évaluation et à leur indemnisation. Elle est guidée par l'idéologie de réparation intégrale qui, dans la logique de replacer la victime dans l'état dans lequel elle se trouvait avant la survenue du dommage, exige qu'une identification exhaustive des préjudices subséquents au dommage corporel. Aussi, a-t-il été justifié de présenter le principe de réparation intégrale dont l'application audit dommage corporel révèle certaines limites à l'instar de la fragilisation de l'appréciation concrète du dommage au jour du prononcé de la décision de justice. Ce principe conduit donc à la catégorisation majeure des préjudices indemnisables en préjudices patrimoniaux et extrapatrimoniaux, donc la sous-division en temporaires et permanents, est tributaire de la date de consolidation du dommage.

CHAPITRE 8 :

LA PERSPECTIVE D'UNE RÉPARATION SATISFAISANTE DES PRÉJUDICES CAUSÉS PAR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER AU CAMEROUN

La mise en cause satisfaisante de la responsabilité du service public hospitalier s'apprécie par la réparation des dommages corporels causés au travers de l'indemnisation. Cette dernière est une compensation financière accordée à la victime dans l'idéal de la replacer dans la situation dans laquelle elle aurait été si le dommage ne s'était pas produit. Ainsi, cette indemnisation nécessite que soit préalablement défini un cadre d'évaluation minutieuse des préjudices subis (section 1), et que celui-ci soit mis en œuvre au cours de procédures offrant une égalité de force aux parties au litige (section 2).

SECTION 1 : LA DÉFINITION D'UN CADRE D'ÉVALUATION PRÉALABLE DES PRÉJUDICES CORPORELS INDEMNISABLES

L'évaluation consiste à déterminer la valeur d'un chose, d'un objet. Relativement aux préjudices corporels, leur réparation oblige une détermination de la valeur des postes de préjudices retenus et préalablement identifiés. Ainsi, eu égard à la complexité de l'activité médicale, les praticiens du droit ne sauraient procéder à ladite évaluation de leur propre chef ; ils ont impérativement besoin du concours d'un praticien de la médecine qui, tiers au litige, devra établir par le biais de son expertise, la causalité matérielle entre le fait dommageable et le dommage subi par la victime. Autrement dit, « *Si la responsabilité médicale est en effet une matière complexe, c'est en raison de la nécessité d'articuler la causalité matérielle, qui s'extrait de l'expertise, et la causalité juridique qui, tout en s'appuyant sur cette dernière, s'en détache pour construire un raisonnement proprement juridique qui conduira à la décision du juge »*[1203]. L'expertise médicale est donc d'un apport incontournable à la mise en cause de la responsabilité du service public hospitalier, et surtout à la réparation des préjudices par lui causés. Et ce d'autant plus que *« le rôle du médecin expert n'est pas de soigner un patient, mais de faire des constatations médicales en vue de l'établissement d'un lien de causalité entre une*

[1203] MARTIN D., « L'expertise en responsabilité médicale : de critiques en réforme », in *Les Tribunes de la santé,* n°27, 2010, p. 104.

cause génératrice de dommage et les conséquences corporelles de ce dommage »[1204]. L'expertise médicale constitue de ce fait la méthode d'évaluation (I) la plus efficace en matière de réparation du dommage corporel, en ce qu'elle garantit l'appréciation *in concreto* du préjudice subi. Toutefois, dans un souci d'équité et d'homogénéité de l'évaluation des mêmes préjudices causés à des victimes se trouvant dans des circonstances similaires par différentes juridictions, il est nécessaire que cette expertise médicale repose sur des outils communs, en l'occurrence des référentiels d'évaluation indicatifs et des tables de capitalisation adaptées (II).

I- La méthode d'évaluation du préjudice corporel indemnisable : l'expertise médicale

L'expertise est une mesure d'instruction initiée par une partie ou par le juge, qui consiste « *à recueillir l'avis d'un spécialiste, l'expert, pour l'éclairer sur une question de fait qui requiert les lumières d'un professionnel »*[1205]. En matière de responsabilité médicale en général et de responsabilité du service public hospitalier en particulier, l'expertise médicale est perçue comme la clé de voûte qui permet au juge de décoder les circonstances complexes et techniques de la survenance du dommage corporel subi par la victime. Elle constitue *« une procédure de recherche d'une réalité médicale en vue de déterminer une obligation juridique d'indemnisation »*[1206]. Ainsi, au regard de son rôle prépondérant dans le processus de réparation du préjudice corporel et de la particularité de son domaine d'exercice, le déroulement de l'expertise médicale (B) est soumis à des principes directeurs (A) qui lui confèrent toute sa force probante.

A- Les principes directeurs régissant la procédure d'expertise médicale

Parce qu'elle constitue la preuve fondamentale sur laquelle repose la décision du juge en matière de responsabilité médicale en général et de responsabilité du service public hospitalier en particulier, la procédure d'expertise médicale est soumise au principe du contradictoire (1), mais aussi au respect du secret médical (2).

[1204] MANAOUIL C., « Expertises en responsabilité médicale : comparaison entre les dispositifs judicaire et amiable », in *Médecine & Droit,* 2013, p.74.
[1205] GRARE O., « Présentation générale du droit positif : les expertises en responsabilité médicale », in *Médecine & Droit*, 2013, p. 65.
[1206] *Ibidem.*

1- La soumission de l'expertise médicale au principe du contradictoire

En vue d'acquérir force probante et de constituer l'élément incontournable sur lequel repose la décision du juge, l'expertise médicale se doit de respecter le principe du contradictoire. En effet, ce principe concerne aussi bien le déroulement de l'expertise, que la discussion de ses résultats[1207]. Ainsi, les opérations et réunions d'expertise doivent inclure toutes les parties au litige ; de sorte que l'expert est tenu d'aviser ces dernières et leurs conseils, tout en leur permettant de faire valoir leurs observations[1208] à temps utiles.

Ce faisant, le non-respect de ce principe par l'expert, expose les résultats de ladite expertise soit à la sanction de nullité sur certaines conditions, soit à celle d'inopposabilité. Le rapport d'expertise qui fait état des résultats, n'encourt nullité pour non-respect du principe du contradictoire, que si la partie qui demande ladite nullité pour défaut de sa convocation aux opérations d'expertise, n'a pas postérieurement participé aux débats contradictoires. En d'autres termes, la nullité du rapport d'expertise irrégulière pour cause de défaut d'appel ou de représentation d'une partie aux opérations, est couverte *« si celui qui l'invoque a postérieurement à l'acte critiqué fait valoir des défenses au fond »*[1209]. Cette nullité peut être totale ou partielle en fonction de l'appréciation du juge. Elle est partielle lorsqu'il *« n'existe aucune interdépendance entre les éléments du rapport d'expertise non annulables et ceux affectés par l'irrégularité »*[1210]. A contrario, en cas de corrélation *« entre les différents éléments du rapport ou chefs de mission, l'expertise doit faire l'objet d'une annulation totale »*[1211]. De même, un rapport d'expertise médicale est *« inopposable à une partie qui n'a été ni appelée ni représentée aux opérations d'expertise et qui invoque cette inopposabilité, et viole le principe de la contradiction l'arrêt qui fonde sa décision uniquement sur une expertise à laquelle l'une des parties n'avait été ni appelée ni représentée et qui avait expressément soutenu qu'elle lui était inopposable »*[1212]. Néanmoins, le juge dispose des pouvoirs…

Par ailleurs, le respect du principe du contradictoire passe par les caractères que doit revêtir l'expert, et qui constituent des préalables pour la garantir d'une expertise équitable. Il

[1207] Civ. 1re, 24 juin 2004, pourvoi no 02-16.401.
[1208] Civ 2e, 24 juin 2004, pourvoi n° 02-16.401.
[1209] OSMAN K., « La jurisprudence récente en matière d'expertise judiciaire », in *Revue juridique de l'Ouest*, 2016-2. p. 29.
[1210] *Ibid.,* p.32.
[1211] *Ibidem.*
[1212] *Ibid.,* p.30.

s'agit notamment de la compétence, de l'impartialité et de l'indépendance[1213]. Relativement à la compétence, l'expert doit « *dans sa démonstration comme dans sa conclusion, faire émerger la vérité scientifique sur le dossier »*[1214] *;* et ce d'autant plus que la complexité de la pratique médicale le rend incontournable pour le juge qui a besoin d'être éclairé sur la mise en œuvre de l'état de la science. Pour ce qui est de l'impartialité, ce caractère est impératif et gage d'une expertise contradictoire régulière ; en ce qu'il repose sur l'expert la lourde charge de traduire par le biais d'une seule histoire, les prétentions et arguments de toutes les parties. De ce fait, il est indispensable pour l'expert, après avoir écouté toutes les parties, de *« soumettre son opinion au débat, au cours de l'accedit, et qu'un rapport intermédiaire, permettant aux parties d'émettre des dires, soit systématiquement proposé »*[1215]. En ce qui concerne l'indépendance, elle postule que l'expert soit financièrement, mais aussi et surtout corporativement autonome. Sa rémunération ne doit en aucun cas directement dépendre d'une des parties au litige, mais uniquement du juge qui le saisit, lui attribue une mission, et fixe le montant de ses prestations. De même, l'expert est désigné sur la base d'éléments subjectifs tels que sa personnalité, ou encore sa proximité sur tous les plans avec le professionnel ou l'établissement de santé mis en cause. Il est en outre soumis à l'exigence de discrétion et du respect de l'intimité de la victime par le biais du secret médical, et ce en dépit du principe du contradictoire.

2- La soumission de l'expertise au secret médical

L'expertise en responsabilité médicale en général et en responsabilité du service public hospitalier en particulier est automatiquement soumise au respect du secret médical, au regard de ce qu'elle est réalisée par un expert-médecin ; et ce en vertu du serment d'Hippocrate[1216], mais aussi au regard des caractères général et absolu dudit secret. Ces caractères découlent de l'affirmation du juge de cassation selon laquelle *« l'obligation du secret professionnel s'impose aux médecins comme un devoir de leur état. Elle est générale et absolue, il n'appartient à personne de les en affranchir »*[1217].

Ainsi, le respect du secret médical s'observe tout au long du déroulement de l'expertise médicale, notamment lors de la phase des opérations et réunions d'expertise, et lors de la

[1213] HUREAU J. (dir.), *L'expertise médicale en responsabilité médicale et en réparation du préjudice corporel*, 3e éd., Masson, 2010.
[1214] MARTIN D., « L'expertise en responsabilité médicale : de critiques en réforme », *op. cit.,* p.106.
[1215] *Ibid.,* p.108.
[1216] « Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés ».
[1217] Cass., crim., 8 mai 1947, D 1948-109 (Degraene).

rédaction du rapport ; et ce en dépit du principe du contradictoire. En effet, s'agissant de la phase d'opérations et réunions d'expertise, bien que le principe du contradictoire oblige que les toutes pièces du dossier d'expertise soient communiquées à toutes les parties au litige, cette obligation de communication est tout de même atténuée par l'exigence du respect du secret médical. C'est ce qui ressort de la motivation du juge de cassation lorsqu'il déclare que

> *« si le juge a le pouvoir d'ordonner à un tiers de communiquer à l'expert les documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission, il ne peut en l'absence de disposition législative spécifique, contraindre un établissement de santé à lui transmettre des informations couvertes par le secret médical sans l'accord de la personne concernée ou ses ayants droits, le secret médical constituant un empêchement légitime que l'établissement ou le professionnel de santé a la faculté d'invoquer »*[1218].

De même, en cas d'opposition du patient[1219] ou de ses ayants droit, le médecin ne peut être contraint de communiquer à l'expert les informations relevant du secret médical. Le cas échéant, celui-ci mentionnera très clairement le refus de communication dans son rapport, et le juge pourra l'interpréter comme une preuve de mauvaise foi, à la grande défaveur du patient qui est en même temps la partie demanderesse ou requérante. Aussi à la phase de l'examen en réunion du dossier médical, le secret médical est également respecté en ce que seuls l'expert-médecin et les médecins-conseils y participent. Tous étant médecins, ils sont donc tous soumis au secret médical par le serment d'Hippocrate.

En outre, en ce qui concerne la phase des résultats de l'expertise, le secret médical est respecté aussi dans lors de la rédaction par l'expert du pré-rapport, que lors de la rédaction de son rapport. À l'issu des examens médicaux par l'expert-médecin en présence des médecins conseils, celui-ci rédige un pré-rapport qu'il transmet aux parties et aux avocats pour que ceux-ci puissent y faire des observations. Par suite, il rédigera son rapport, qui ne devra porter que sur *« les éléments de réponse aux questions posées par la mission d'expertise. A contrario, en dehors de ces questions précisées par sa mission, l'expert doit garder le secret absolu ce qu'il a pu apprendre lors de sa mission »*[1220]. Qu'en est-il du déroulement de l'expertise proprement dit ?

[1218] Civ. 1ère, 7 décembre 2004, *Bull. civ*. I, n° 306, p. 256, pourvoi n° 02-12.539.
[1219] Civ.1re, 15 juin 2004, Bull. Civ. I, no 171, p. 142, pourvoi no 01-02.338.
[1220] GRARE O., « Présentation générale du droit positif : les expertises en responsabilité médicale », *op. cit.,* p.72.

B- Déroulement de l'expertise médicale

Pour acquérir une force probante au cours de la résolution d'un litige, l'expertise médicale nécessite d'être menée contradictoirement, tout en respectant le secret médical intrinsèquement lié à la pratique de la médecine, et ce même en tant qu'expert-médecin. Ainsi, qu'elle soit amiable c'est-à-dire initiée par les parties ou par tout organisme indépendant[1221], ou judiciaire c'est-à-dire initiée par le juge au travers de la désignation de l'expert ; l'expertise médicale se déroule suivant les phases des opérations d'expertise (1), qui débouchent par l**a suite sur des résultats (2).**

1- La phase des opérations d'expertise

La phase des opérations est cruciale dans le déroulement de l'expertise médicale, en ce qu'elle représente l'étape de la description des lésions, de l'évaluation médico-légale du dommage corporel, et du traitement des questions techniques qui échappent aussi bien à la compréhension du juge qu'à celle des parties. Ainsi, aux cours des opérations organisées par le médecin-expert en présence des parties ou de leurs représentants, sont débattus les éléments permettant à l'expert de répondre aux interrogations suscitées dans le cadre de la mission à lui confiée. Pour ce faire, il est indispensable que soit préalablement constitué le dossier d'expertise par la communication des pièces par toutes les parties. La victime, qui est très souvent la partie demanderesse a tout intérêt à se présenter devant l'expert avec son dossier médical, dossier auquel elle a prioritairement accès en droit français en vertu des dispositions de l'article L.1111-7 du code de la santé publique[1222]. Aussi à titre préliminaire, le médecin-expert rappelle aux parties l'objet de sa mission et leur explique les opérations qu'il mettra en œuvre pour l'accomplir, tout en mentionnant les participants ainsi que les phases ouvertes à la présence des non-médecins. L'expertise médicale est généralement constituée de l'analyse médico-légale qui englobe l'examen de la vie de la victime antérieurement aux faits dommageables, et de l'examen médical des circonstances de la survenance du dommage et de ses conséquences ; mais aussi de l'évaluation médico-légale.

[1221] Les commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI), et l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

[1222] L'article L. 1111-7 garantit à toute personne l'accès à « l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé ».

S'agissant de l'analyse médico-légale, elle consiste, sur la base des documents médicaux fournis et des déclarations de la victime, à

> *décrire (...) les lésions initiales, les modalités du traitement, en précisant autant que possible les durées exactes d'hospitalisation et de rééducation et, pour chaque période d'hospitalisation ou de rééducation, la nature et le nom de l'établissement, le ou les services concernés et la nature des soins ; indiquer la nature de tous les soins et traitements prescrits imputables à l'accident et, si possible, la date de la fin de ceux-ci ; retranscrire dans son intégralité le certificat médical initial et, si nécessaire, reproduire totalement ou partiellement les différents documents médicaux permettant de connaître les lésions initiales et les principales étapes de l'évolution ; prendre connaissance et interpréter les examens complémentaires produits ; recueillir les doléances de la victime en l'interrogeant sur les conditions d'apparition, l'importance des douleurs et de la gêne fonctionnelle et leurs conséquences ; décrire un éventuel état antérieur en interrogeant la victime et en citant les seuls antécédents qui peuvent avoir une incidence sur les lésions ou leurs séquelles. Dans cette hypothèse : - au cas où il aurait entraîné un déficit fonctionnel antérieur, fixer la part imputable à l'état antérieur et la part imputable au fait dommageable ; - au cas où il n'y aurait pas de déficit fonctionnel antérieur, dire si le traumatisme a été la cause déclenchante du déficit fonctionnel actuel ou si celui-ci se serait de toute façon manifesté spontanément dans l'avenir ; procéder à un examen clinique détaillé (y compris taille et poids) en fonction des lésions initiales et des doléances exprimées par la victime, en assurant la protection de son intimité, et informer ensuite contradictoirement les parties et leurs conseils de façon circonstanciée de ses constatations et de leurs conséquences ; analyser dans une discussion précise et synthétique l'imputabilité entre l'accident, les lésions initiales et les séquelles invoquées en se prononçant sur : - la réalité des lésions initiales, - la réalité de l'état séquellaire en décrivant les actes, gestes et mouvements rendus difficiles ou impossibles en raison de l'accident, - l'imputabilité directe et certaine des séquelles aux lésions initiales, - et en précisant l'incidence éventuelle d'un état antérieur ;* [1223].

Dans l'opération relative à l'analyse médico-légale, il convient de relever qu'à la phase de l'examen médical de la victime, les personnes non-médecins, en l'occurrence les avocats et les assureurs, sont exclues dans le but de préserver l'intimité et la dignité de la personne examinée. À cet effet, le Conseil National de l'Ordre des Médecins l'a explicitement affirmé, en adressant un courrier au Fonds de Garantie des Victimes dans lequel il indique que *« La position exposée (...) selon laquelle la présence de l'avocat est légitime pendant l'accueil, l'exposé de l'anamnèse, le recueil des doléances et la discussion, et donc exclue pendant l'examen médical, est respectueuse de l'intimité et de la dignité de la personne examinée. L'examen clinique, somatique ou psychiatrique, revêt un caractère intime qui nécessite que*

[1223] MORNET B., *L'indemnisation des préjudices en cas de blessures ou de décès,* septembre 2023, p. 14.

s'instaure une relation de confiance entre le médecin missionné et la personne examinée »[1224]. La présence de l'avocat est tout de même nécessaire à l'étape de la discussion médico-légale postérieure aux premiers résultats de l'expert.

En ce qui concerne l'évaluation médico-légale, l'expert détermine poste par poste les préjudices subis par la victime, tout en fixant la date de la consolidation du dommage qui lui permet de distinguer les préjudices temporaires des préjudices permanents. En effet, le travail de l'expert consiste notamment à

> *« déterminer la durée du déficit fonctionnel temporaire, période pendant laquelle, pour des raisons médicales en relation certaine et directe avec l'accident, la victime a dû interrompre totalement ses activités scolaires ou professionnelles, ou ses activités habituelles ; si l'incapacité fonctionnelle n'a été que partielle, en préciser le taux ; préciser la durée des arrêts de travail au regard des organismes sociaux ; si cette durée est supérieure à l'incapacité temporaire retenue, dire si ces arrêts sont liés au fait dommageable ; décrire les souffrances physiques, psychiques ou morales endurées pendant la maladie traumatique (avant consolidation) du fait des blessures subies. Les évaluer selon l'échelle habituelle de sept degrés ; donner un avis sur l'existence, la nature et l'importance du préjudice esthétique temporaire (avant consolidation). Le décrire précisément et l'évaluer selon l'échelle habituelle de sept degrés ; décrire, en cas de difficultés éprouvées par la victime, les conditions de reprise de l'autonomie et, lorsque la nécessité d'une aide temporaire avant consolidation est alléguée, indiquer si l'assistance d'une tierce personne constante ou occasionnelle a été nécessaire, en décrivant avec précision les besoins (niveau de compétence technique, durée d'intervention quotidienne) ; fixer la date de consolidation, qui est le moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation. Si la date de consolidation ne peut pas être fixée, l'expert établira un pré-rapport décrivant l'état provisoire de la victime et indiquera dans quel délai celle-ci devra être réexaminée »*[1225].

Les postes de préjudices ci-dessus cités relèvent des préjudices temporaires susceptibles d'être évaluer par l'expert au cours de son opération. Ce sont ceux subis par la victime avant la consolidation de son dommage.

En outre, après la consolidation de ce dernier, le travail de l'expert consistera à

> *Chiffrer, par référence au « Barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun » le taux éventuel de déficit fonctionnel permanent (état antérieur inclus) imputable à l'accident, résultant de l'atteinte permanente d'une ou plusieurs fonctions persistant au moment de la consolidation, le taux de déficit fonctionnel devant prendre en compte, non seulement les atteintes aux fonctions physiologiques de la victime mais aussi les douleurs physiques et morales permanentes qu'elle*

[1224] Fonds de garantie des victimes, *Charte de l'expertise médicale des victimes d'actes de terrorisme,* janvier 2021, p.8.
[1225] Benoît Mornet, *L'indemnisation des préjudices en cas de blessures ou de décès,* septembre 2023, p. 15.

ressent, la perte de qualité de vie et les troubles dans les conditions d'existence qu'elle rencontre au quotidien après consolidation ; dans l'hypothèse d'un état antérieur, préciser en quoi l'accident a eu une incidence sur celui-ci et décrire les conséquences de cette situation ; donner un avis sur l'existence, la nature et l'importance du préjudice esthétique permanent ; le décrire précisément et l'évaluer selon l'échelle habituelle de sept degrés, indépendamment de l'éventuelle atteinte fonctionnelle prise en compte au titre du déficit ; si la victime allègue un préjudice d'agrément, à savoir l'impossibilité de se livrer à des activités spécifiques de sport et de loisir, ou une limitation de la pratique de ces activités, donner un avis médical sur cette impossibilité ou cette limitation et son caractère définitif, sans prendre position sur l'existence ou non d'un préjudice afférent à cette allégation ; dire s'il existe un préjudice sexuel ; le décrire en précisant s'il recouvre l'un ou plusieurs des trois aspects pouvant être altérés séparément ou cumulativement, partiellement ou totalement : la morphologie, l'acte sexuel (libido, impuissance ou frigidité) et la fertilité (fonction de reproduction) ; si la victime allègue une répercussion dans l'exercice de ses activités scolaires ou professionnelles, recueillir les doléances, les analyser, les confronter avec les séquelles retenues, en précisant les gestes professionnels rendus plus difficiles ou impossibles ; dire si un changement de poste ou d'emploi apparaît lié aux séquelles ; perte d'autonomie après consolidation : indiquer, le cas échéant : - si l'assistance d'une tierce personne constante ou occasionnelle est nécessaire, en décrivant avec précision les besoins (niveau de compétence technique, durée d'intervention quotidienne) ; - si des appareillages, des fournitures complémentaires et si des soins postérieurs à la consolidation sont à prévoir ; préciser la périodicité du renouvellement des appareils, des fournitures et des soins ; - donner le cas échéant un avis sur les aménagements du logement, du véhicule, et plus généralement sur l'aptitude de la victime à mener un projet de vie autonome ; établir un récapitulatif de l'évaluation de l'ensemble des postes énumérés dans la mission [1226]. Qu'en est-il des résultats de l'expertise médicale ?

2- La phase des résultats de l'expertise médicale

La phase des résultats de l'expertise médicale consiste à répondre de façon synthétisée aux interrogations et autres zones d'ombre soulevées par les circonstances de la survenance du dommage et explicitées dans la mission confiée à l'expert. Ces résultats sont consignés dans un document qui contient non pas les versions des deux parties au litige, mais la version unique relatée par l'expert après examen contradictoire des pièces et des dires des parties. Ainsi, à l'issue de l'analyse et de l'évaluation médico-légales, l'expert dresse soit un pré-rapport, soit un rapport.

Le pré-rapport désigne le *« document sur lequel les parties peuvent présenter des observations de nature à faire évoluer l'avis de l'expert »*[1227]. Il intervient généralement lorsque la date de la consolidation du dommage ne peut être fixée, et décrit à cet effet l'état provisoire

[1226] *Ibid.,* p.16.
[1227] MOR G. & CLERC-RENAUD L., *Réparation du préjudice corporel – Stratégies d'indemnisation – Méthodes d'évaluation, op. cit.,* p.324.

de la victime, tout en indiquant le délai dans lequel elle devra être réexaminée. Il s'agit donc du *« document qui achève partiellement l'expertise et qui permet aux parties de poursuivre la procédure (par exemple, pour prendre des mesures de sauvegarde dans un référé préventif, ou solliciter une provision) »*[1228]. Les observations des parties sur le pré-rapport sont présentées dans les délais impartis et fixés par l'expert ; en cas de non-respect de ces délais, elles sont purement et simplement irrecevables par celui-ci. Ces observations doivent être annexées par la suite au rapport, ainsi que les réponses à elles apportées par l'expert.

Le rapport d'expertise quant à lui renvoie au document dans lequel l'expert apporte un éclaircissement sur les questions de la mission à lui confiée. Il est constitué de sept parties que sont le préambule qui contient la mission d'expertise, la déclaration sur l'honneur des experts au sujet de leur impartialité, et éventuellement le barème qui a servi de référence[1229] ; la préparation à l'expertise qui informe sur la convocation régulière des parties et la date de la réunion d'expertise ; les pièces examinées ; le rappel des faits ; l'audition contradictoire qui indique les griefs, les doléances, les médecins-conseils ayant pris part à l'expertise ; l'examen clinique ; et les réponses aux questions posées par la mission d'expertise.

Cette dernière partie précise globalement les conditions dans lesquelles la communication des pièces par les parties s'est déroulée ; les antécédents médicaux et chirurgicaux du patient ; les conditions de prises en charge du patient et les circonstances dans lesquelles le dommages dont il est cherché réparation est intervenu ; l'état de santé actuel du patient ; le mécanisme pathologique constitutif du dommage ; en cas d'infection, cette partie renseigne notamment sur les circonstances dans lesquelles l'infection a participé à la survenue du dommage, dit si l'infection est directement associée à un acte de prévention de diagnostic ou de soins, identifie le ou les germes et leur fréquence, indique la porte d'entrée et la date probable de l'infection, dit dans quelle mesure l'état de santé antérieur du patient l'exposait particulièrement à la survenue de l'infection, renseigne sur l'existence éventuelle d'une cause extérieure à l'hospitalisation et aux soins, imprévisible dans sa survenue et irrésistible dans ses effets. La dernière partie du rapport informe également sur le comportement de l'équipe médicale ou de chaque professionnel de santé mis en cause, en disant si ce comportement a été conforme aux règles de l'art et aux données acquises de la science à l'époque du fait générateur,

[1228] *Ibidem.*

[1229] Le barème qui sert généralement de référence aux experts, notamment de la Commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes, et des infections nosocomiales, est le « barème dévaluation d'incapacité des victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales », indiqué par le décret n°2003-314 du 14 avril 2003 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes ou des infections nosocomiales.

et dans le cas contraire, précise si ce comportement est directement à l'origine du dommage subi par le patient ou s'il lui a fait perdre une chance d'éviter le dommage que l'expert évaluera en pourcentage, en communiquant les données statistiques et bibliographiques auxquelles il s'est référé ; informe si ce comportement est conforme aux obligations d'information et de recueil du consentement, et en cas d'absence d'information ou d'information incomplète du patient, l'expert précisera si le médecin ou l'équipe médicale est intervenu en situation d'urgence et/ou d'impossibilité d'informer, et évaluera la probabilité pour le patient, dûment informé, de se soustraire à l'acte dommageable. Aussi, la dernière partie du rapport relève les éventuels défauts d'organisation et les dysfonctionnements du service de l'établissement de santé mis en cause ; indique si le dommage subi par le patient a été occasionné par la survenue d'un évènement indésirable ou d'une complication imputable à un acte de prévention de diagnostic ou de soins en précisant la nature et le mécanisme, s'il résulte d'un échec de traitement entrepris, s'il a été occasionné par la survenue d'une affection iatrogène ; et renseigne si compte tenu de l'état de santé antérieur et du contexte médical, le patient était particulièrement exposé à l'évènement indésirable ou la complication et/ou à l'affection iatrogène survenu (e). Cette dernière partie indique enfin si la survenue du dommage est plurifactorielle, et le cas échant déterminer la part respectivement imputable à chacune des causes retenues ; décrit les troubles dans les conditions d'existence subis par le patient en précisant le caractère temporaire ou définitif ; fixe la date de la consolidation du dommage, et procède à l'évaluation du dommage corporel[1230] en prenant soin de distinguer clairement la part des préjudices qui revient à l'état antérieur et à l'évolution prévisible de la pathologie initiale de celle qui présente un lien de causalité direct avec l'accident médical, l'affection iatrogène ou l'infection nosocomiale. Pour évaluer les dommages, l'expert utilise des outils indicatifs pour un souci d'objectivation.

II- Les outils d'évaluation et d'indemnisation du dommage corporel

Dans un souci d'objectivation et surtout d'harmonisation du montant des indemnités allouées en réparation des préjudices corporels en général et ceux causés par le service public hospitalier en particulier au sein des juridictions, les théoriciens et les praticiens du droit ont progressivement mis en place des outils d'évaluation et d'indemnisation des préjudices subis par la victime. Bien que n'ayant qu'un caractère indicatif, ces outils se sont tout de même imposés dans la pratique de la réparation du dommage corporel ; car ils constituent des repères

[1230] Cette évaluation du dommage corporel est très généralement faite à la lumière de la nomenclature « DINTILHAC ».

pour les juges et les tiers payeurs lors de la détermination du montant de l'indemnisation. Les outils d'évaluation du dommage corporel (A) sont donc variablement utilisés pour réaliser autant que faire se peut l'idéal de réparation intégrale dans le processus d'évaluation. De même que les outils d'indemnisation (choix d'une rente ou d'un capital) (B), permettent de garantir selon le statut de la victime et le préjudice en cause, la réalité d'une réparation intégrale.

A- Les outils d'évaluation du dommage corporel

Les barèmes et référentiels indicatifs sont les outils d'évaluation du dommage corporel. Ils résultent d'une concertation quasi informelle entre praticiens et théoriciens pour la création et la mise en place de repères objectifs, au milieu du vaste champ de subjectivité que représente le droit de la réparation du préjudice corporel. En effet, l'individualisation prônée par le principe de réparation intégrale est vectrice d'une disparité, d'une iniquité et d'une inégalité de traitement des victimes de préjudice corporel, dès l'évaluation du montant de l'indemnisation. Car s'il est vrai que l'appréciation concrète du dommage nécessite la prise en compte d'éléments subjectifs, elle constitue toutefois un catalyseur d'inégalité de traitement des victimes. A l'exemple du ressenti d'un dommage par une victime A qui justifierait l'allocation d'un montant plus élevé en guise de réparation, par rapport à une victime B qui a subi le même dommage et dont le ressenti est atténué par le soutien psychologique de ses proches. Le contentieux de la réparation du préjudice corporel se présente sous une forme complexe en ce que les victimes sont à la fois partie et objet du litige. Ce faisant, le souci d'y introduire des repères a conduit à la création de barèmes médico-légaux (1), et des référentiels indicatifs d'indemnisation (2) dans le contexte français.

1- Les barèmes médico-légaux

Les barèmes médico-légaux ont pour objectif de *« favoriser une évaluation médico-légale uniforme du dommage corporel et de permettre au juriste, qu'il soit juge ou régleur, de traiter de façon égalitaire les victimes pour l'évaluation pécuniaire des préjudices qui en résultent »*[1231]. Ils sont le résultat des efforts combinés des médecins et des praticiens du droit, l'un dans sa mission d'évaluation médico-légale du préjudice subi par la victime, et l'autre dans sa mission d'évaluation indemnitaire du préjudice. A cet effet, *« l'expert pourra moduler sa proposition de taux d'incapacité en fonction de ses observations cliniques. Quant au juge, il lui*

[1231] Le concours médical, *Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun,* 2001, p.7.

sera loisible, dans la traduction monétaire qu'il en fera, de tenir compte de toutes les données subjectives dont il dispose pour apprécier les préjudices soufferts »[1232].

Néanmoins, ces barèmes sont davantage utiles aux médecins-experts qui, dans leur mission de détermination du taux d'incapacité dont a souffert la victime, fixent les postes de préjudices soufferts et évaluent l'atteinte. Ces barèmes traitent ainsi de chaque spécialité, à l'instar du barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun du concours médical 2001, qui examine les déficits et fixe les valeurs en neurologie, psychiatrie, ophtalmologie, stomatologie, oto-rhino-laryngologie, appareil locomoteur, appareil cardio-vasculaire, appareil respiratoire, hépato-gastro-entérologie, endocrinologie métabolisme, hématologie et maladies du sang, néphrologie urologie, procréation sexuelle, séquelles cutanées des brûlures graves et étendues. De même, il renseigne notamment sur les troubles et autres déficits, tout en précisant le taux maximal d'incapacité ou l'intervalle des taux en deçà et au-delà duquel l'atteinte en cause ne saurait être fixée.

En outre, convient-il de préciser que ces barèmes constituent des instruments de mesure de l'incapacité occasionnée par le dommage subi par la victime. Celle-ci peut alors être temporaire ou permanente, selon que le dommage ait été consolidé ou pas. Ainsi, en droit de la réparation du dommage corporel, l'incapacité permanente désigne

> *« la réduction du potentiel physique, psycho-sensoriel ou intellectuel résultant d'une atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique, médicalement constatable, donc appréciable par un examen clinique approprié, complété par l'étude des examens complémentaires produits, à laquelle s'ajoutent les phénomènes douloureux et les répercussions psychologiques normalement liés à l'atteinte séquellaire décrite, ainsi que les conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours »*[1233].

Une telle appréhension de l'incapacité permanente associe l'objectivité d'une appréciation concrète du dommage, à la subjectivité des répercussions que celui-ci peut avoir sur les victimes. Les barèmes médico-légaux sont en réalité une exclusivité des médecins, au regard des aspects techniques relatifs à la pratique médicale, qu'il est indispensable de maîtriser en profondeur pour savoir délier le bon du mauvais entre ce qui a été fait et ce qui aurait dû être fait par l'équipe médicale en cause. Ils sont de ce fait utilisés par les médecins-experts, pour

[1232] *Ibid,* p.11.
[1233] Le concours médical 2001, *Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun,* p.15. Cette définition est inspirée de celle proposée par le professeur Dérobert en 1963.

déterminer les déficits qui affectent les fonctions physique, psycho-sensorielle ou intellectuelle ; et évaluer leur taux en pourcentage. Et

> *« en cas de déficits multiples atteignant plusieurs fonctions ou plusieurs systèmes, (…) l'évaluation devra se faire globalement, et le taux retenu tiendra compte de deux paramètres : l'appréciation des capacités restantes ; la comparaison de l'importance de la réduction du potentiel physique, psycho-sensoriel ou intellectuel, avec celle représentée par les taux conventionnels maximaux du barème »*[1234].

En plus du barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun du concours médical 2001, qui est le plus utilisé par les experts en France, l'on distingue également le barème d'évaluation médico-légale de la Société de médecine légale, et le guide barème européen d'évaluation des atteintes à l'intégrité physique et psychique.

2- Les référentiels indicatifs

À la différence des barèmes médico-légaux qui sont la chasse-gardée des médecins, notamment des médecins-experts et des médecins-conseils, les référentiels indicatifs sont quant à eux l'outil de travail de prédilection des juristes et autres régleurs. Ils permettent la traduction indemnitaire plus ou moins harmonisée de l'évaluation médicale faite en amont par les experts. En d'autres termes, ils sont au service de la liquidation du préjudice, qui est l'étape qui précède le règlement de l'indemnité dans le processus de réparation du dommage corporel. Ainsi distingue-t-on deux principaux référentiels dans la pratique de la réparation du dommage corporel en France , notamment le référentiel indicatif d'indemnisation par l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) usité dans le cadre de la procédure de règlement amiable, et le référentiel d'indemnisation des préjudices des cours d'appel encore appelé le « référentiel Mornet », utilisé généralement dans le cadre de la procédure contentieuse.

Ces référentiels ont pour base commune l'adoption des postes de préjudices développés par la nomenclature « Dintilhac », en dépit de l'évaluation indemnitaire distincte qu'ils en font. De même, à la différence du référentiel Mornet qui traite tant de l'indemnisation des victimes directes qu'indirectes, le référentiel de l'ONIAM quant à lui n'évalue que les postes des préjudices de la victime directe ou de ses ayants droit en cas de décès. Il ne traite des victimes indirectes qu'en tant que garant et en cas de défaillance de l'assureur, contre qui il dispose d'une action récursoire pour recouvrer les sommes versées. De même une lecture comparative des deux référentiels amène à constater que le référentiel de l'ONIAM, qui indemnise au titre de la

[1234] *Ibidem.*

solidarité nationale, poursuit bien moins l'idéal d réparation intégrale que le référentiel Mornet. En effet, cette divergence se justifie par le fait que, contrairement aux structures en charge de l'indemnisation dans le cadre du référentiel Mornet, l'ONIAM n'est pas responsable des dommages pour lesquels il indemnise. Son action est exclusivement représentatrice du soutien collectif que la société apporte à la victime qui subit un dommage anormal et grave. De ce fait, le référentiel de l'ONIAM procède davantage à une réparation forfaitaire ou symbolique, qui est pourtant sanctionnée par le juge et donc proscrit par le référentiel Mornet[1235]. Aussi, aux termes de ce dernier, il est imposé *« au juge d'évaluer le préjudice dans les limites fixées par la demande de la victime et la proposition du responsable »*[1236] *;* et ce en vertu du principe général édicté par l'article 4 du Code de procédure civile français et en vertu duquel *« l'objet du litige est déterminé par les prétentions respectives des parties ».* Or, le référentiel de l'ONIAM prescrit une autre dynamique ; celle des Commissions de conciliation et d'indemnisation. Celles-ci sont liées par le rapport d'expertise médicale qui dresse un bilan médico-légal (BML), et non par les prétentions des parties. Aussi convient-il de retenir que les référentiels Mornet et de l'ONIAM traduisent les spécificités relatives aux procédures mises en œuvre dans le cadre de la voie de règlement amiable et de la voie de règlement contentieux du préjudice corporel.

Dans un souci de contextualisation de cette pratique au Cameroun, il serait bénéfique pour le droit de la réparation du dommage corporel, d'élaborer un référentiel indicatif d'indemnisation des préjudices corporels inspiré du référentiel Mornet et de la jurisprudence administrative en vigueur. Cette symbiose permettrait une indemnisation précise des postes de préjudices retenus, et donc une réparation intégrale effective du dommage subi. Car à la différence de la répartition binaire préjudice matériel – préjudice moral habituellement retenue par le juge camerounais, la classification préjudice patrimonial – préjudice extrapatrimonial avec leurs différentes variantes telles que ci-dessus relevées, offre une plus juste appréciation du dommage et une meilleure satisfaction de l'usager. Il conviendrait donc de modifier la méthode d'évaluation du préjudice corporel, en fixant tout d'abord une date de la consolidation du dommage corporel, afin de distinguer les préjudices temporaires des préjudices permanents dans chaque sous catégories. Par la suite, il serait adapté de mobiliser des données personnelle et financière à l'instar des revenus déclarées à l'administration fiscale, l'âge de la victime au jour de la décision, et son sexe. Enfin le juge s'inspirerait de la méthode de calcul préconisée

[1235] Crim., 6 décembre 1983, Bull. crim., n°329. MORNET B., *L'indemnisation des préjudices en cas de blessures ou de décès,* Septembre 2022, p.41.
[1236] *Ibidem.*

dans le référentiel Mornet pour évaluer les sommes à allouer en guise de réparation des différents postes de préjudices, tels qu'indiqués poste par poste dans ledit référentiel. La jurisprudence administrative en vigueur servirait de ce fait de point de départ pour l'établissement d'une base de données solide.

Ces éléments constituent globalement le travail préalable à l'indemnisation proprement dite.

B- Les outils d'indemnisation du dommage corporel

L'indemnisation est l'aboutissement du processus de réparation du préjudice corporel, et donc le point de chute de la mise en cause de la responsabilité du service public hospitalier. Elle est l'œuvre du juge qui, à l'issue de l'évaluation qu'il fait des préjudices retenus dans le cadre du dommage subi par la victime, détermine les modalités de paiement de façon discrétionnaire dans l'intérêt de la victime. Ces modalités, qualifiées ici d'outils d'indemnisation, sont la rente (1) et le capital (2), qui sont alternativement ou cumulativement utilisés dans le but ultime de garantir autant que faire se peut la réparation intégrale du dommage corporel.

1- L'indemnisation sous forme de rente

La rente est un mode d'indemnisation qui consiste à verser une somme d'argent déterminée à un particulier pendant une période précise dans un intervalle de temps spécifié, sur la base d'un contrat ou d'une décision de justice. Cette dernière en constitue la source dans le cadre de la responsabilité du service public hospitalier, car elle n'est appliquée que parce qu'elle est un choix du juge[1237]. Ainsi, l'indemnisation par rente tend à s'imposer en présence de certaines spécificités pour la garantie de l'idéal de réparation intégrale, avec l'idée selon laquelle le créancier de la rente doit pouvoir compenser les besoins indemnisés et les ressources perdues du fait du dommage. Aussi le choix du règlement sous forme de rente s'avère le meilleur lorsqu'il s'agit d'indemniser pour le futur, la perte de gains professionnels, la perte de revenus des proches ou l'assistance d'une tierce personne[1238]. De même, l'indemnisation par rente s'avère nécessaire lorsque la victime est jeune, en ce qu'elle permet de la mettre à l'abri d'éventuelle disparition ou dilapidation des capitaux. En effet, *« les juges administratifs*

[1237] CE, 4 décembre 2009, req. N°309521, *Consorts El Khebbaz, Lebon, AJDA* 2009. 2321.
[1238] Cette option est systématiquement préconisée dans le projet de réforme de la responsabilité civile du 13 mars 2017 en France, qui ne prévoit qu'une dérogation par le juge, au travers d'une décision motivée.

considèrent que l'allocation d'une rente permet de mieux adapter la réparation à la situation du mineur, notamment lorsqu'il existe une incertitude sur les conditions de sa prise en charge, au domicile des parents ou en institution »[1239].

Toutefois, la rente ne saurait être perçue comme adaptée au règlement des préjudices causés par les pathologies évolutives juste parce qu'elle est payée en plusieurs fois, car si elle est fonction de l'index qui lui est appliqué, la rente ne saurait être perçue comme modifiable en fonction de l'évolution du préjudice souffert. Elle est fixée avec précision par la décision du juge, et ne saurait prendre en considération le caractère évolutif de la maladie. Le Conseil d'Etat déclare à cet effet que

> *« Considérant qu'il résulte de tout ce qui précède qu'il y a lieu de condamner l'Etat à verser à Mme A. la somme de 45 000 euros ; que cette somme répare les conséquences de la pathologie dont elle a fait état jusqu'à la date de la présente décision ; qu'il appartient à cette dernière, dont l'état est évolutif, de demander le cas échéant la prise en charge des conséquences qui résulteraient dans le futur de l'aggravation de la pathologie dont elle est atteinte (…) »*[1240].

Par ailleurs, il convient de préciser que la rente peut servir de base dans la détermination du capital, en ce sens où *« même si l'indemnité est liquidée en capital, le calcul de celui-ci est déterminé à partir de la rente annuelle (montant des gains manqués, coût de l'aide humaine, prix du matériel) »*[1241]. Elle est alors conversible en capital, on parle dans ce cas de « capitalisation ». Cette opération s'avère nécessaire, voire indispensable pour la déduction des créances des tiers payeurs ; car pour permettre *« le recouvrement des prestations versées sous formes de rentes (…), il est nécessaire d'évaluer le capital représentatif de la rente »*[1242].

2- L'indemnisation sous forme de capital

À l'instar de la rente qui semble être adaptée au règlement des préjudices futurs, l'indemnisation sous forme de capital est systématique pour ce qui est des préjudices extrapatrimoniaux, car l'allocation d'une somme d'argent *« symbolise le besoin de la victime de voir concrètement représenter sa souffrance, la diminution de sa capacité physique, la modification de son aspect esthétique (…) »*[1243]. De même le règlement sous forme de capital

---

[1239] MOR G. & CLERC-RENAUD L., *Réparation du préjudice corporel – Stratégies d'indemnisation – Méthodes d'évaluation, op. cit.,* p.376.
[1240] CE 10 avril 2009, req. N°296630, *Mme Christiannr A…, RDSS* 2009. 565, note CRISTOl.
[1241] MOR G. & CLERC-RENAUD L., *Réparation du préjudice corporel – Stratégies d'indemnisation – Méthodes d'évaluation, op. cit.,* p.379.
[1242] *Ibid.,* p.378.
[1243] *Ibid.,* p.374.

semble être approprié pour les préjudices patrimoniaux temporaires, en ce qu'il s'agit pour la plupart *« des préjudices dont l'évaluation est arrêtée avant la liquidation »*[1244].

En outre, l'indemnisation sous forme de capital est le moyen de règlement de prédilection des juges au regard de la pratique. Ceux-ci le choisissent dans l'intérêt de la victime, car la réparation par capital est exonérée de toute imposition, elle offre à la victime un capital *« qu'elle peut librement investir ou placer pour en tirer les revenus qui lui sont nécessaires »*[1245]. Aussi, la préférence des praticiens pour la réparation sous forme de capital est tellement poussée que l'on procède de plus en plus à une conversion de rente en capital par le processus de la capitalisation, pour ce qui est notamment des préjudices futurs à indemniser. Cette capitalisation est faite en fonction de l'espérance de vie, de la durée de la rente selon qu'elle est viagère ou temporaire. À ce titre, des barèmes de capitalisation, encore appelés tables de capitalisation, ont été mis en place pour faciliter la conversion de la rente en capital ; ils *« permettent de représenter la valeur de l'euro de rente pendant une période donnée en fonction de l'âge du crédirentier »*[1246]. Les barèmes de capitalisation sont constitués en fonction de l'espérance de vie[1247] sur la base des statistiques nationales, mais en fonction du taux de placement d'argent fortement influencé par l'évolution du coût de la vie ou l'inflation. En France, il existe différents barèmes de capitalisation, à l'instar de la table du décret du 8 août 1986 ; de la table de capitalisation des organismes sociaux ; les tables de capitalisation des assureurs ; les barèmes de la *Gazette du Palais.* Ces derniers sont le plus souvent utilisés par les juges, qui font souverainement le choix[1248] entre les barèmes publiés à la *Gazette du Palais,* en l'occurrence entre le barème publié en 2017 fondé sur l'espérance de vie des statistiques de 2010-20212 et sur le taux d'intérêt de 0,50%, celui publié en 2020 fondé sur l'espérance de vie 2014-2016 et sur le taux d'intérêt de 0,30%, ou encore celui publié la même année et fondé sur le taux d'intérêt de 0%. Ainsi, *pour calculer le capital représentatif de la rente, il convient de calculer le montant annuel de la rente et de multiplier la rente ainsi déterminée par l'euro de rente en fonction de l'âge du crédirentier à la date de la liquidation et de la durée de la rente viagère ou temporaire »*[1249]. Ce calcul n'est fait qu'à compter de la décision de justice, car

[1244] *Ibidem.*
[1245] MORNET B., *L'indemnisation des préjudices en cas de blessures ou de décès,* septembre 2022, p. 48.
[1246] MOR G. & CLERC-RENAUD L., *Réparation du préjudice corporel – Stratégies d'indemnisation – Méthodes d'évaluation, op. cit.,* p.379.
[1247] L'espérance de vie est très souvent distincte en fonction du genre. Aussi, elle est plus longue chez les femmes.
[1248] Civ. 2e, 7 juin 20011, n°99617.645, P II, n°116 ; CE 4 déc. 2009, *req.* N°309521.
[1249] MOR G. & CLERC-RENAUD L., *Réparation du préjudice corporel – Stratégies d'indemnisation – Méthodes d'évaluation, op. cit.,* p.381.

antérieurement à cette décision, seuls les arrérages de la rente peuvent être calculés. Ces arrérages représentent les montants échus correspondant à la période allant de la consolidation jusqu'à la date de liquidation du préjudice.

A la lumière de la pratique en vigueur en France, il conviendrait d'élaborer, dans le cadre de la réparation par capitalisation des préjudices corporels, des barèmes ou tables de capitalisation applicables au Cameroun. Et ce sur la base des données statistiques relatives à l'espérance de vie chez les hommes et chez les femmes, mais aussi celles renseignant sur les le taux d'intérêt à appliquer compte tenu de l'inflation et du coût de la vie.

Ces outils d'évaluation et d'indemnisation constituent des éléments incontournables mis en œuvre dans la procédure de réparation des préjudices corporels causés par le service public hospitalier, afin de garantir autant que possible la réparation intégrale.

SECTION 2 : LA DÉFINITION D'UN CADRE PROCÉDURAL SPÉCIFIQUE À L'INDEMNISATION DES PRÉJUDICES CORPORELS CAUSÉS PAR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER EN DROIT CAMEROUNAIS

La satisfaction des usagers victimes du service public hospitalier passe *in fine* par la définition d'un cadre procédural spécifique à l'indemnisation des préjudices corporels par lui causés. Ce cadre est constitué d'une double voie de règlement desdits préjudices, en l'occurrence la voie de règlement amiable et la voie de règlement contentieuse, qui offrent aux victimes une plus large marge de manœuvre, mais aussi les moyens et outils nécessaires à la réparation des dommages par eux subis. Ainsi, que leur choix se porte sur le mode de règlement amiable ou contentieux, les caractères respectivement gratuit ou gracieux des procédures sont de nature à favoriser la saisine des instances de règlement pour des dommages médicaux et hospitaliers plutôt qu'à s'en remettre au sort comme c'est présentement le cas pour la grande majorité des victimes. Aussi, qu'elles soient d'origine administrative ou judiciaire, les procédures d'indemnisation amiable (I) ou contentieuse (II) constitueraient pour le Cameroun à l'instar de la France, un dispositif satisfaisant et adapté en réponse au caractère hautement sensible et douloureux des préjudices corporels liés à l'activité médicale et hospitalière.

I- La mise en place d'une procédure d'indemnisation amiable des préjudices corporels causés par le service public hospitalier au Cameroun

La procédure amiable d'indemnisation souhaitée en matière de réparation des préjudices corporels liés à l'activité médicale et hospitalière implique la création d'organes administratifs chargés de la conciliation et de l'indemnisation de ceux-ci. Ces organes ont pour mission générale de susciter autant que possible en les usagers-victimes, la matérialisation de leur désir de justice par le biais d'une voie de règlement alternative et gratuite. Aussi, l'idée de création de ces organes est davantage sous-tendue par la part d'aléa thérapeutique inhérente à l'activité médicale. En effet, la survenance des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales est généralement considérée comme hors-maîtrise et indépendante de la volonté des professionnels de santé. Ils constituent les causes d'engagement de la responsabilité sans faute des établissements publics de santé, et leur réparation nécessite d'être supportée par la collectivité du fait des circonstances dans lesquels ils se produisent. Ils sont constitués en substance d'une part non négligeable d'incertitude médicale, qui se justifie en grande partie par le risque indispensable à la recherche, et par ricochet à la découverte de nouvelles thérapeutiques fondamentalement profitables à ladite collectivité. Ce faisant, la mise en place d'une procédure amiable d'indemnisation des préjudices corporels de l'activité du service public hospitalier au Cameroun passe par la création des commissions régionales de conciliation (CRC) (A) et d'un organisme national d'indemnisation des préjudices corporels relevant de l'aléa thérapeutique (ONIPCAT) (B), dont les objectifs sont respectivement l'instruction et de l'indemnisation des préjudices relevant de l'aléa thérapeutique sous certaines conditions.

En outre, convient-il de relever que cette procédure amiable est purement facultative et n'obstrue à aucun moment la saisine du juge, qui peut être faite avant, pendant, ou après la saisine des commissions. Le cas échéant, le demandeur est contraint d'informer la commission de l'existence et l'état d'avancement d'une procédure parallèle devant le juge et vis-versa. Toutefois, en cas d'indemnisation des préjudices subis à l'issue du règlement amiable, la victime perd tout droit de se prévaloir à nouveau devant le juge pour le même dommage ; et ce sur le fondement du principe de réparation intégrale et donc de l'interdiction d'un enrichissement sans cause.

A- La création de commissions régionales de conciliation (CRC)

Les commissions régionales de conciliation souhaitées en perspective assureraient une mission de conciliation entre les usagers insatisfaits des soins dispensés et les professionnels de santé ou les établissements de santé ; en jouant notamment un rôle de médiateur entre ces derniers, en intervenant en cas de méconnaissance des droits des malades et des usagers du service public hospitalier, et en facilitant le règlement amiable des litiges relevant de l'aléa thérapeutique sous conditions de leur recevabilité. Ces commissions revêtiraient une nature administrative en ce qu'elles relèveraient du ministère de la santé publique qui y exerce un pouvoir de tutelle. Aussi, elles seraient liées sur les plans organique et fonctionnel aux délégations régionales dudit ministère, qui mettraient à leur disposition le personnel compétent, notamment en matière d'expertise dans chaque domaine médical, et ce avec la contribution participative de l'ordre des médecins du Cameroun. Ainsi, à l'instar des commissions de conciliation et d'indemnisation en France, les CRC au Cameroun seraient composées en plus d'un représentant du ministère de la santé publique, et du directeur de l'organe en charge de l'indemnisation, de

> *« trois représentants des usagers ; un praticien hospitalier ; un représentant des professionnels de santé exerçant à titre libéral ; un responsable d'établissement public de santé et deux responsables d'établissements de santé privés ;un représentant des entreprises pratiquant l'assurance ; et deux personnalités qualifiées dans le domaine de la réparation des préjudices corporels ».*

En outre, la recevabilité des actions des usagers dans le cadre de la procédure (2) amiable de conciliation mise en œuvre au sein de ces commissions, n'est possible que si ces actions s'inscrivent dans leur domaine de compétence (1).

1- La compétence des commissions régionales de conciliation (CRC)

La précision de la compétence des CRC est davantage matérielle, car sur le plan territorial, leur champ d'action se limite au ressort territorial de la région au sein de laquelle la commission est implantée. Tandis que sur le plan temporel, le législateur délimitera la date à partir de laquelle les litiges pourront faire l'objet d'un examen par les CRC, à l'instar du législateur français qui a précisé que le dispositif des commissions de conciliation et d'indemnisation s'applique

> *« aux accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales consécutifs à des activités de préventions, de diagnostics ou de soins réalisées à compter du 5 septembre 2001, même si ces accidents médicaux, affections iatrogènes*

et infections nosocomiales font l'objet d'une instance en cours, à moins qu'une décision de justice irrévocable n'ait été prononcée »[1250].

Ainsi, sur le plan matériel la compétence des CRC est restreinte à l'examen des dommages consécutifs aux accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales d'une particulière gravité. De ce fait, les CRC ont pour mission de faciliter le règlement amiable des litiges liés à ces dommages, mais également de *« tout autre litige entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé, services de santé ou organismes ou producteurs de produits de santé »*[1251]. Autrement dit, toute personne ayant subi un dommage lié à un acte de prévention de diagnostic ou de soins, ou les ayants droit de la personne décédée, peut saisir les CRC ; à la condition que ces actes médicaux aient une finalité préventive ou thérapeutique, et qu'ils aient occasionnés un dommage d'une particulière gravité. Ce dernier caractère est le critère sur lequel se fonde l'idée de réparation du dommage par la collectivité en cas d'aléa thérapeutique ; tel qu'il ressort du dispositif français qui fait de la gravité la condition la plus importante à l'indemnisation par la solidarité nationale, et ce en vertu de l'article L.1142-8 du code de la santé publique aux termes duquel *« lorsque les dommages subis présentent un caractère de gravité prévu au II de l'article 1142-1, la commission émet un avis sur les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages, ainsi que sur le régime d'indemnisation applicable (…) »*. La gravité du dommage est donc établie lorsque celui-ci est supérieur à l'un des seuils déterminés par la loi ; notamment

> *« le taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (AIPP) supérieur à 24%, l'arrêt temporaire des activités professionnelles (ATAP) pendant au moins 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois, les gênes temporaires consécutives d'un déficit fonctionnel temporaire (DFT) supérieur ou égal à un taux de 50% pendant au moins 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois »*[1252],

et à titre exceptionnel, l'inaptitude de la victime à exercer son activité professionnelle ou lorsque les conditions de son existence s'en trouvent gravement troublées. Ces conditions de recevabilité d'un litige devant les commissions de conciliation et d'indemnisation en France, peuvent aisément faire l'objet d'une transposition dans le contexte camerounais, marqué par la multiplication de cas gravissime de préjudices liés l'activité médicale, à l'exemple de la mort

---

[1250] Article 3 de la loi n°2002-1577 du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale.

[1251] Article L.1142-5 du code de la santé publique en France.

[1252] Service public, « Saisir la commission (CCI) en cas d'accident médical, infection nosocomiale… », https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F13318#:~:text=Un%20accident%20m%C3%A9dical%20est%20consid%C3%A9r%C3%A9,(AIPP)%20sup%C3%A9rieur%20%C3%A0%2024%20%25 31/12/2023 ; Article 1 du décret n°2003-314 du 4 avril 2003 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévu à l'article L.1142-1 du code de la santé publique.

d'un nouveau-né brûlé dans sa couveuse au sein d'un hôpital public[1253]. L'examen de tels cas par les commissions obéit toutefois à une procédure bien déterminée.

2- La procédure devant les commissions régionales de conciliation (CRC)

La saisine des CRC en règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes ou aux infections nosocomiales est ouverte à toute personne s'estimant victime d'un dommage imputable dans le cas d'espèce au service public hospitalier, ou les ayants droit d'une personne décédée à la suite d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins réalisés au sein d'un hôpital public. Cette saisine débouche à la lumière de la pratique en France, à un examen bipartite du litige, notamment sur la recevabilité et sur le fond ; afin d'aboutir à une décision appelée « avis ».

Sur la recevabilité, les CRC examinent l'affaire selon qu'il s'agisse d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale, ou de tout litige consécutif à un acte de prévention, de diagnostic ou de soins ; et selon le degré de gravité du dommage. En effet, si le dommage obéit au seuil de gravité requis en fonction de l'espèce soumis à examen, la commission saisie se déclare compétente. Elle statue sur la base de pièces produites par la victime, en l'occurrence un certificat médical traduisant un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (AIPP) supérieur à 24 %, une preuve d'arrêt temporaire des activités professionnelles (ATAP) pendant au moins 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois, une preuve des gênes temporaires consécutives d'un déficit fonctionnel temporaire supérieur ou égal à un taux de 50% pendant au moins 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois, ou encore une preuve d'inaptitude de la victime à exercer son activité professionnelle ou des éléments concordants aux troubles graves dans ses conditions d'existence. Dans le cas contraire, si le litige ne répond pas à la condition de gravité requise, la commission saisie se déclare incompétente et émet une décision d'irrecevabilité, qui est insusceptible de recours[1254]. A cet effet, la victime peut directement saisir le juge d'un recours en indemnisation ; elle est dispensée du recours gracieux préalable, et la condition de délai de saisine du juge ne lui est pas applicable car la saisine de la

[1253] Radio France Internationale (RFI), « Cameroun : enquête ouverte après la mort d'un nouveau-né brûlé dans sa couveuse », https://www.rfi.fr/fr/afrique/20230314-cameroun-enqu%C3%AAte-ouverte-apr%C3%A8s-la-mort-d-un-nouveau-n%C3%A9-brul%C3%A9-vif-dans-sa-couveuse 02/01/2024.

[1254] CE, avis, 10 oct. 2007, req. n°306590 A, *Sachot, AJDA* 2007. 2328, concl. Thiellay; *RFDA* 2008. 343, concl. ; *JCP* 2008. II. 10007, note APOLLIS et VIALLA ; *RDSS* 2008. 85, note CRISTOL ; GADS, 1ère éd. Dalloz, 2010, n°108.

commission a un effet suspensif[1255]. La décision de recevabilité par la commission ouvre ainsi l'examen au fond du litige.

Sur le fond, les CRC examinent l'affaire au moyen d'une expertise médicale contradictoire et obligatoire, contrairement au juge. Car elles ne statuent que sur la base du rapport d'expertise médicale ordonnée par elles. Les experts pouvant être choisis en contexte camerounais soit dans la liste des experts retenus par la cour d'appel de leur région de compétence, soit sur la liste mise à disposition par l'ordre des médecins, en fonction des domaines de spécialités. Ainsi, les parties peuvent présenter leurs observations dans un mémoire adressé à la commission et déposé à son secrétariat. Par la suite, un juriste permanent de la commission rédigera un rapport à présenter aux membres de la commission, en présence des parties[1256], tout en prenant en compte le rapport d'expertise médicale et les mémoires des parties. Ensuite la commission saisie convoquera une réunion à la laquelle elle invite les parties par lettre recommandée, et au cours de laquelle se tiendra respectivement la lecture du rapport par le juriste, l'audition des parties, et éventuellement la présentation des observations orales par celles-ci. À l'issue de l'analyse du rapport d'expertise, des pièces, et des observations écrites ou orales des parties, la commission rend un avis.

L'avis de la commission porte, à l'instar de la pratique en France, sur *« les circonstances, les causes, la nature de l'étendue des dommages, ainsi que le régime d'indemnisation applicable »*[1257]. Il doit être rendu dans le délai[1258] indiqué par le texte qui crée la commission et communiqué aux parties au litige, y compris à l'organisme en charge de l'indemnisation selon le régime de responsabilité retenu. Il ne peut faire l'objet de recours que devant le tribunal administratif statuant sur le fond, car toute décision d'irrecevabilité de la commission est insusceptible de recours. Autrement dit, la décision insatisfaisante de la commission sur le fond de l'affaire se substitue à la décision de l'administration saisie en un recours gracieux préalable, car elle ouvre directement droit à la saisine du juge. À contrario, le conseil d'Etat a décidé que sa décision d'irrecevabilité ne fait pas grief du fait du caractère facultatif de la saisine des commissions, et donc ne saurait être attaquée devant lui pour excès de pouvoir. Pour ce faire, il affirme que

---

[1255] Aux termes des dispositions de l'article L.1142-7 du code de la santé publique en France *« (…) La saisine de la commission suspend les délais de prescription et de recours contentieux jusqu'au terme de la procédure prévue par le présent chapitre. ».*

[1256] La présentation du rapport du juriste de la commission en présence des parties diffère de la pratique en France, qui elle le fait en leur absence.

[1257] Article L.1142-8 du code la santé publique.

[1258] Le délai indicatif dans lequel la commission doit rendre sa décision en France est de 6 mois à compter de la date de sa saisine.

« les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation, dont la saisine est dépourvue du caractère obligatoire, et dont les avis ne lient pas l'Oniam, sont des commissions administratives dont la mission est de faciliter, par des mesures préparatoires, un éventuel règlement amiable des litiges relatifs à des accidents médicaux, des affections iatrogènes ou des infections nosocomiales (…). La déclaration par laquelle une commission s'estime incompétente pour connaître de la demande ou estime celle-ci irrecevable, quand bien même elle fait obstacle à l'ouverture d'une procédure de règlement amiable, ne fait pas grief et n'est pas susceptible d'être contestée devant le juge de l'excès de pouvoir dès lors que la victime conserve la faculté de saisir, si elle s'y croit fondée, le juge compétent d'une action en indemnisation (…) »[1259].

Le règlement amiable des CRC trouve ainsi toute sa pertinence dans l'exécution des avis qu'elles rendent par un organisme chargé d'indemniser les victimes à qui elles attribuent gain de cause ; car leurs avis ne se restreint qu'à identifier les préjudices subis par la victime, ainsi que le régime d'indemnisation applicable et le débiteur.

B- La création d'un organisme national d'indemnisation des préjudices corporels relevant de l'aléa thérapeutique (ONIPCAT)

Dans le souci rendre efficace la réparation par voie de règlement amiable des préjudices corporels liés à l'activité médicale du service public hospitalier, il est préconisé la création d'un organisme en charge d'indemniser les victimes toutes les fois que l'avis des commissions régionales de conciliation (CRC) retiendra un régime d'indemnisation basé sur la responsabilité sans faute. Un tel procédé est inspiré du droit français, notamment de l'action de l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes, et des infections nosocomiales (ONIAM) ; avec pour nuance que l'ONIPCAT ne serait en charge que de l'indemnisation des dommages consécutifs au régime de responsabilité sans faute à l'exception de ceux liés aux obligations de sécurité de résultat du service public hospitalier (1). Toute chose qui diffère de la pratique française qui prévoit qu'en plus de réparer d'office les préjudices issus du régime de responsabilité sans faute, l'ONIAM peut également se substituer à l'assureur défaillant[1260] de l'établissement de santé ou du professionnel de santé en cause et indemniser la victime dans le cadre d'un régime de responsabilité pour faute ; il *« peut également être*

[1259] CE, avis, 10 oct. 2007, req. n°306590, *Lebon, RGDM 2008. 294,* note RACHET-DARFEUILLE.
[1260] Article L.1142-15 du code de la santé publique.

substitué en cas de non assurance ou si le plafond de garantie de l'assuré est épuisé »[1261]. Aussi, l'ONIPCAT exercerait des missions (2) essentiellement pécuniaires.

1- Le domaine de compétence de l'ONIPCAT

À la différence de la pratique en France qui prévoit l'intervention de l'ONIAM dans le cadre de l'indemnisation des préjudices issus de la responsabilité pour faute et de la responsabilité sans faute, l'ONIPCAT préconisé en droit camerounais serait uniquement chargé de l'indemnisation des préjudices consécutifs au régime de responsabilité sans faute. Ainsi, si les préjudices préalablement identifiés par les CRC relèvent de l'aléa thérapeutique, ou des exigences de santé publique, l'avis rendu est communiqué à l'ONIPCAT qui dispose d'un délai[1262] défini par la loi qui l'organise pour faire une offre à la victime.

En effet, en ce qui concerne l'aléa thérapeutique, l'ONIPCAT est compétent pour faire une offre en réparation des dommages liés aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes ou aux infections nosocomiales. Cette option d'appeler la collectivité publique en garantie se justifie par « *la réalisation, en dehors de toute faute, d'un risque accidentel inhérent à l'acte médical et qui ne pouvait être maîtrisé »*[1263]. Ce risque correspond à la part d'incertitude liée à toute activité médicale, et qui ne saurait être imputée en toute justice et équité à une seule personne, qu'elle soit physique ou morale. Aussi, puisque le risque est pris dans l'intérêt de la collectivité publique, notamment en vue de soigner le maximum de personnes possible au sein de la population de l'Etat, en vertu de la théorie du *risque-profit* il est loisible que les dommages inhérents à ce risque puissent être imputés à cette collectivité. Cette collectivisation de la réparation répond à la socialisation du risque qui se fonde sur l'idée selon laquelle *« il y a des risques dont il serait injuste de ne pas partager la charge »*[1264].

C'est par ailleurs cette socialisation du risque qui légitime et justifie l'office de l'ONIPCAT pour la réparation des dommages issus des exigences de santé publique. De ce fait, cet organisme est également compétent en matière de vaccinations obligatoires et recherche biomédicale, car toutes deux sont effectuées dans l'intérêt général, respectivement pour la

---

[1261] MOR G. & CLERC-RENAUD L., *Réparation du préjudice corporel : stratégies d'indemnisation – Méthodes d'évaluation, op. cit.,* p.176.

[1262] Aux termes de l'article L.1142-17 du code de la santé publique, lorsque la commission régionale estime que le dommage est indemnisable au titre de la solidarité nationale, *« l'office adresse à la victime ou à ses ayants droit, dans un délai de quatre mois suivant la réception de l'avis, une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis. (…) L'offre a un caractère provisionnel si l'office n'a pas été informé de la consolidation de l'état de la victime. L'offre définitive doit être faite dans un délai de deux mois à compter de la date à laquelle l'office a été informé de cette consolidation. ».*

[1263] Cour de cassation, 1ère Chambre civile, 8 nov. 2000, Bull. n°287.

[1264] Rapport du conseil d'Etat, Considérations générales : *Responsabilité et socialisation du risque, op. cit.,* p. 205.

protection de la santé publique et la découverte de nouvelles thérapeutiques. Il convient tout même de relever que sur le fondement de la prise en charge du préjudice par la collectivité publique, l'ONIPCAT n'évalue et n'indemnise que les préjudices subis par les victimes directes.

> En outre, à l'instar de la pratique en France, *« si l'office qui a transigé avec la victime estime que la responsabilité d'un professionnel, établissement, service, organisme ou producteur de produits de santé (...) est engagée, il dispose d'une action subrogatoire contre celui-ci. Cette action subrogatoire ne peut être exercée par l'office lorsque les dommages sont indemnisés au titre de l'article L. 1142-1-1, sauf en cas de faute établie de l'assuré à l'origine du dommage, notamment le manquement caractérisé aux obligations posées par la réglementation en matière de lutte contre les infections nosocomiales »*[1265].

Cette action subrogatoire existe dans le contexte juridique camerounais, notamment en matière de protection fonctionnelle des agents publics, et justifierait que l'ONIPCAT qui a indemnisé une victime pour le compte d'un établissement ou professionnel de santé responsable d'une faute à l'origine d'une infection nosocomiale, saisisse de nouveau le juge administratif par une action récursoire contre le fautif. Telle que conçue, cette structure officie à la suite de l'action des CRC, en exerçant les missions d'évaluation et d'indemnisation des préjudices précédemment retenus par celles-ci ; mais aussi à la suite d'une décision de justice dans laquelle le juge a fixé le montant de l'indemnisation à mettre à sa charge.

2- Missions d'évaluation et d'indemnisation de l'ONIPCAT

À l'instar de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), l'ONIPCAT serait précisément chargé des missions d'évaluation et d'indemnisation. En effet, dans sa mission d'évaluation, il estime le montant à allouer aux préjudices patrimoniaux et extrapatrimoniaux retenus dans l'avis de la commission et causés à la victime directe. Aussi pourrait-il établir, à la lumière de la pratique en France, un référentiel indicatif sur la base duquel il procèderait aux évaluations des préjudices retenus dans les avis des CRC. Ainsi, pour ce qui est des préjudices patrimoniaux, ils sont évalués selon les justificatifs présentés par la victime à l'instar des factures ou des devis, et sont distinctement classés selon que celle-ci en a souffert avant ou/et après la consolidation et toujours dans l'idéal d'une réparation intégrale.

Les préjudices extrapatrimoniaux quant à eux sont ceux dont l'évaluation nécessite davantage, dans un souci d'équité et d'égalité de traitement des victimes, la mise en place d'un

[1265] Article L.1142-17 du code de la santé publique.

référentiel indicatif. De ce fait, avant la consolidation du dommage, le déficit fonctionnel temporaire tout d'abord peut faire l'objet d'une évaluation selon qu'il soit total ou partiel et en fonction d'éléments subjectifs tels que l'âge de la victime ; les souffrances endurées ensuite s'évaluent selon une échelle de gravité exprimée en degré de 1 à 7, correspondant respectivement à l'intensité de la souffrance allant de « très légère » à « très importante » et renvoyant à des fourchettes de prix préalablement définis ; et le préjudice esthétique temporaire enfin est évalué selon la gravité de l'altération physique et sa durée. Après la consolidation du dommage, le déficit fonctionnel permanent (DFP) est évalué *« en référence à un barème médical basé sur les notions d'incapacité permanente partielle (IPP) ou d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (AIPP). Ces notions sont équivalentes : par exemple 50% d'AIPP ou 50% d'IPP évalués par l'expert s'entendent comme 50% de DFP »*[1266]. Sont donc pris en considération, le taux de DFP et l'âge de la victime afin de déterminer le montant de l'indemnisation à allouer. Pour ce qui est du préjudice d'agrément, il est *« calculé sur la base d'une proportion de 5 à 20% du montant attribué au titre du DFP, en fonction de la situation »*[1267]. Le préjudice esthétique permanent, tout comme celui des souffrances endurées, est évalué sur la base d'une échelle de gravité exprimée en degré allant de 1 à 7 et correspondant respectivement à une fourchette de prix bien définis. Les préjudices sexuel, d'établissement, et les préjudices permanents exceptionnels sont quant à eux indemnisés selon les cas d'espèce, rappelant ainsi l'appréciation *in concreto* du principe de la réparation intégrale. Pour les préjudices extrapatrimoniaux évolutifs *in fine,* le montant de l'indemnisation est évalué en fonction de l'âge de la victime et de la nature de la pathologie.

Par ailleurs, la mission d'indemnisation de l'ONIPCAT consisterait à faire une offre à la victime comprenant le montant de l'indemnité et représentant la réparation du préjudice préalablement déterminé dans l'avis de la commission et évalué par lui. Cette offre est faite dans un délai fixé par la loi portant organisation de l'organisme, aussi bien en cas de consolidation ou non du dommage et est qualifiée selon les cas, d'offre provisionnelle ou définitive[1268]. En cas de non satisfaction de la victime, celle-ci peut saisir le juge par le biais d'une procédure contentieuse.

[1266] Référentiel indicatif d'indemnisation par l'ONIAM, 2022, p.11.
[1267] *Ibid.,* p.14.
[1268] En droit français, aux termes de l'article L.1142-17 du code de la santé publique, *« l'office adresse à la victime ou à ses ayants droit, dans un délai de quatre mois suivant la réception de l'avis, une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis. (…) L'offre a un caractère provisionnel si l'office n'a pas été informé de la consolidation de l'état de la victime. L'offre définitive doit être faite dans un délai de deux mois à compter de la date à laquelle l'office a été informé de cette consolidation. ».*

II- La procédure contentieuse

La procédure contentieuse en matière de responsabilité du service public hospitalier est introduite devant le juge par le biais d'un recours de plein contentieux. Ainsi selon qu'il y ait faute ou pas, et son la nature de la faute, la responsabilité de ce service public peut être mise en cause à titre principal devant le juge administratif, et subsidiairement devant le juge judiciaire (A). Dans un cas comme dans l'autre, l'efficacité de l'office des juges (B) dans le sens de la satisfaction des usagers en droit camerounais, nécessite une évaluation indemnitaire *in concreto* du préjudice et la mise en place des mesures applicables d'exécution des décisions de justice prioritairement administrative.

A- L'office du juge en matière de responsabilité du service public hospitalier

Selon les cas, la responsabilité du service public hospitalier peut être engagée soit devant le juge administratif et ce à titre principal (1), soit devant le juge judiciaire (2) de façon résiduelle.

Toutefois, la configuration préconisée intégrant de la création des commissions régionales de conciliation (CRC) et de l'organisme national d'indemnisation des préjudices corporels liés à l'aléa thérapeutique (ONIPCAT), est de nature à apporter des innovations dans la procédure administrative contentieuse. Ces innovations ne touchent pas à la procédure devant le juge judiciaire du fait de l'effet combiné de la responsabilité dont il s'agit, et de l'aléa thérapeutique. En effet, il s'agit de la responsabilité du service public hospitalier, qui constitue en principe un domaine réservé au juge administratif, dont l'exception matérialisée par l'intrusion du juge judiciaire est la faute détachable du service. Or, en matière d'aléa thérapeutique, seul le régime de la responsabilité sans faute est applicable ; il ne saurait donc exister de faute de l'agent public détachable du service.

1- L'action devant le juge administratif dans la nouvelle configuration

Le service public hospitalier est mis en cause devant le juge administratif sur le fondement de la responsabilité pour faute et de la responsabilité sans faute.

En effet dans la nouvelle configuration préconisée, toute personne victime d'un dommage résultant des activités du service public hospitalier peut, à défaut de saisir les commissions pour examen dans le cadre de la voie facultative de règlement amiable devant les commissions régionales de conciliation, saisir le juge administratif dans le cadre du règlement

contentieux par le biais d'une procédure d'urgence ou au fond. Dans le cadre d'une procédure d'urgence, notamment en matière de référé, l'action du juge consiste généralement à ordonner une expertise judiciaire en vue d'établir l'existence ou non d'une faute et du lien de causalité, et de déterminer le ou les auteurs ainsi que le lien d'imputabilité. Tandis que dans le cadre d'une procédure au fond, le demandeur peut saisir le juge soit *« lorsque les critères de gravité fixant la compétence de la [CRC] ne sont pas réunis ; lorsqu'il conteste l'avis de la [CRC] ; lorsqu'il conteste la proposition d'indemnisation qui lui est faite ; simultanément avec la [CRC] : dans ce cas, il doit aviser le tribunal et la [CRC] de la procédure parallèle »*[1269]. Le juge peut également être saisi par l'ONIPCAT au moyen d'une action récursoire, lorsque celui-ci estime que l'hôpital public en cause a effectivement commis une faute. Ces hypothèses sus déclinées résument les cas de saisine du juge administratif dans le cadre du régime de responsabilité sans faute du service public hospitalier.

En outre, en ce qui concerne le régime de responsabilité pour faute, le juge administratif est compétent en cas de faute imputable à l'établissement public de santé ou à l'hôpital public, en l'occurrence la mauvaise organisation ou le fonctionnement défectueux de l'établissement, ou encore la faute non détachable du service d'un professionnel de santé ou personnel hospitalier. Dans ce dernier cas, la responsabilité de l'établissement public hospitalier est à l'égard des tiers, *« substituée de plein droit à celle de [ses] agents auteurs des dommages causés dans l'exercice même de leurs fonctions »*[1270].

Ainsi, sur le plan procédural en droit camerounais, le juge administratif n'est saisi qu'à la suite du rejet implicite ou explicite d'un recours gracieux préalable, et ce en vertu de l'article 17 de la loi n°2006/022 du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratif. Cet article dispose en effet que

> *« (1) Le recours devant le tribunal administratif n'est recevable qu'après rejet d'un recours gracieux adressé l'autorité auteur de l'acte attaqué ou à celle statutairement habilitée à représenter la collectivité publique ou l'établissement public en cause. (2) Constitue un rejet du recours gracieux, le silence gardé par l'autorité pendant un délai de trois mois sur une demande ou réclamation qui lui est adressée. Ce délai court à compter de la notification du recours gracieux. (3) Le recours gracieux doit, sous peine de forclusion, être formé : (…) b) en cas de demande -d'indemnisation, dans les six mois suivant la réalisation du dommage ou sa connaissance ; ».*

[1269] MOR G. & CLERC-RENAUD L., *Réparation du préjudice corporel : stratégies d'indemnisation – méthodes d'évaluation, op. cit.,* p.178.
[1270] Article 3 alinéa 1 de la loi n°2006/022 du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs.

Le recours gracieux constitue donc jusqu'ici le préalable indispensable à la recevabilité d'une requête en indemnisation du préjudice subi devant le juge administratif.

Néanmoins, dans la configuration préconisée qui intègre une voie de règlement amiable des préjudices découlant de l'activité médicale et hospitalière par le truchement des commissions régionales de conciliation (CRC) et de l'organisme national d'indemnisation des préjudices corporels liés à l'aléa thérapeutique (ONIPCAT), le caractère indispensable du recours gracieux est nuancé. La victime pourra de ce fait saisir directement le tribunal administratif à la suite d'un avis de rejet de la commission, ou d'une proposition d'indemnisation insatisfaisante de l'ONIPCAT. Cette saisine suspend par ailleurs les délais de recours contentieux, qui ne commencent à courir qu'au moment de la notification de l'avis de la commission à la victime, ou de l'offre insatisfaisante. Ce délai du recours contentieux est de soixante (60) jours en droit camerounais en vertu des dispositions de l'article 18 de la loi n°2006/022, aux termes desquelles *« (1) Sous peine de forclusion, les recours contre les décisions administratives, doivent être introduits dans un délai de soixante (60) jours (…). (2) Ce délai court du lendemain du jour de la notification à personne ou à domicile élu ».*

2- L'action devant le juge judiciaire

En matière de responsabilité du service public hospitalier, le juge judiciaire n'est compétent qu'à l'égard de l'agent public hospitalier qui a commis une faute détachable du service de par son caractère exceptionnel et sa gravité. Une telle faute est qualifiée de faute personnelle, et renvoie généralement à une faute pénale ou à un manquement aux obligations déontologiques. De ce fait, toute personne victime d'une faute détachable du service peut soit saisir le juge administratif, et dans ce cas mettre en cause la responsabilité du service public hospitalier, soit alors saisir le juge judiciaire et engager directement la responsabilité de l'agent public auteur du dommage par lui subi. Aussi, constituent des fautes personnelles, la dissimulation d'une faute commise dans un service mettant ainsi en danger la vie du patient[1271] ; le refus pour un médecin de se déplacer au regard de la gravité de l'état de santé du patient dont il est informé[1272] ; ou encore l'établissement d'un certificat médical de complaisance en omettant volontairement l'existence d'un obstacle médico-légal[1273].

[1271] CE 28 déc. 2001, req. n°213931, *Valette, AJDA* 2002. 359, concl. SCHWARTZ.
[1272] Crim. 2 avr. 1992, n°90-87.526, P n°140, *D.* 1992. 207.
[1273] CAA Lyon, 9 janv. 2014, req. n°13LY01135, *M. et Mme E.*

Toutefois, pour une partie non négligeable de la doctrine, et pour le juge judiciaire français, ne peut être considérée comme une faute personnelle détachable du service et ce quel que soit sa gravité, une faute commise *« par un agent public, dans l'exercice de ses fonctions et avec les moyens du service »*[1274]. À cet effet, convient-il de relever que le critère de gravité à lui tout seul ne suffit pas pour établir le caractère personnel de la faute ; encore faudrait que celle-ci soit dépourvue de tout lien avec le service.

B- La nécessaire efficacité de l'action du juge pour la satisfaction des usagers du service public hospitalier

La satisfaction des usagers du service public hospitalier camerounais passe assurément par une action efficace du juge du contentieux. Cette efficacité du juge est fonction d'une évaluation indemnitaire concrète du préjudice (1), mais aussi et surtout la prise de mesures applicables d'exécution des décisions de justice rendues, surtout en matière administrative (2).

1- L'évaluation indemnitaire concrète des préjudices par le juge

L'évaluation indemnitaire des préjudices est l'œuvre du juge. En effet, après examen du dommage par l'expert judiciaire, ce dernier détermine à l'issue de son expertise et dans son rapport les postes de préjudice soufferts par la victime, établit ou non l'existence d'une faute, établit le lien de causalité entre la faute et le dommage, et enfin détermine la responsabilité et son taux, et éventuellement le taux de la perte de chance.

À la suite de ce travail préalable de l'expert qui est chargé de l'évaluation médicale des préjudices, il revient au juge d'effectuer une évaluation indemnitaire desdits préjudices en déterminant le montant à allouer à la victime en guise de réparation. À cet effet, le juge se sert d'éléments concrets pour les différents types de préjudice qu'il retient après lecture et examen du rapport d'expertise. Pour les préjudices patrimoniaux, il fonde son évaluation indemnitaire sur des justificatifs à l'instar des factures restées à la charge de la victime[1275] et produites par elle pour ce qui est des préjudices patrimoniaux temporaires. En ce qui concerne les préjudices patrimoniaux permanents, le juge sert entre autres des taux horaires fixés pour le préjudice résultant de l'assistance d'une tierce personne par exemple, des devis, de l'évolution normalement prévisible de la carrière de la victime avant la survenance du dommage.

[1274] Crim. 30 nov. 2010, n°10-30.447, P n°191.
[1275] Il importe de préciser qu'il s'agit des factures restées à la charge de la victime, car elles distinguent des factures prises en charge par les tiers payants.

S’agissant des préjudices extrapatrimoniaux, le juge peut se fonder sur des référentiels ou sur la jurisprudence antérieure pour garantir l’égalité de traitement des victimes, au regard du caractère essentiellement subjectif et abstrait de cette catégorie de préjudice. De ce fait, à la lumière de la pratique en droit de la réparation du dommage corporel en France, pour ce qui est du préjudice extrapatrimonial temporaire tel que des souffrances endurées, une échelle de 1à 7 permet d’évaluer l’ampleur de la souffrance et renseigne sur la fourchette du montant de l’indemnité correspondant à chaque degré. Ces montants diffèrent selon qu’il s’agisse du référentiel Mornet issu des pratiques dans les cours d’appel, ou du référentiel ONIAM (office national d’indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales). Ainsi, par analogie à cette pratique et au regard du taux de responsabilité retenue par le rapport d’expertise, en attendant une éventuelle mise en place d’un référentiel unique d’évaluation des préjudices issus du dommage corporel, les juges camerounais peuvent se fonder à la fois sur la jurisprudence antérieure et sur les éléments concrets permettant de déterminer la réalité du préjudice et de garantir autant que faire se peut sa réparation intégrale. A titre d’illustration, l’évaluation d’un déficit fonctionnel temporaire (DFT) de 63% pendant 5 jours correspondrait au montant par jour (déterminé selon la jurisprudence antérieure) auquel on applique le nombre de jour et le pourcentage retenu par l’expert. DFT = montant par jour ✕5 jours ✕63%.

2- L’exécution des décisions de justice

L’exécution des décisions de justice par le juge, en l’occurrence administratif, constitue le maillon faible de la justice administrative telle qu’elle est appliquée en contexte camerounais. En effet, le juge administratif camerounais ne dispose pas d’un réel pouvoir d’exécution de ses décisions, car il ne saurait contraindre le principal mis en cause en contentieux administratif. Autrement dit, au Cameroun, est consacré le principe de l’interdiction pour le juge de donner des injonctions à l’administration, pris dans son ensemble. Ce principe paralyse et annihile l’efficacité de l’action du juge, et mérite de ce fait d’être abandonné afin de garantir la satisfaction des usagers du service public hospitalier.

Ainsi, à la lumière de la pratique en France, il importe de préconiser un renforcement des pouvoirs du juge administratif dans l’exécution de ses décisions. En effet, celui-ci dispose du pouvoir de donner des injonctions à l’administration, mais

aussi des astreintes en cas d'inexécution totale ou partielle, ou d'exécution tardive[1276]. Mieux encore, en matière de réparation du préjudice corporel qui implique nécessairement pour la personne morale de droit public le paiement d'une indemnité, le législateur a réduit le délai imparti à l'administration pour s'exécuter. C'est ainsi qu'aux termes de l'article L.911-1 du code de justice administrative en France,

> *« Lorsque sa décision implique nécessairement qu'une personne morale de droit public ou un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public prenne une mesure d'exécution dans un sens déterminé, la juridiction, saisie de conclusions en ce sens, prescrit, par la même décision, cette mesure assortie, le cas échéant, d'un délai d'exécution. La juridiction peut également prescrire d'office cette mesure ».* L'article 911-3 quand à lui prévoit que *« La juridiction peut assortir, dans la même décision, l'injonction prescrite en application des articles L. 911-1 et L. 911-2 d'une astreinte qu'elle prononce dans les conditions prévues au présent livre et dont elle fixe la date d'effet »* . L'article 911-4 quant à lui dispose que *« En cas d'inexécution d'un jugement ou d'un arrêt, la partie intéressée peut demander à la juridiction, une fois la décision rendue, d'en assurer l'exécution. Si le jugement ou l'arrêt dont l'exécution est demandée n'a pas défini les mesures d'exécution, la juridiction saisie procède à cette définition. Elle peut fixer un délai d'exécution et prononcer une astreinte ».*

De façon spécifique, les décisions de justice administrative liées à la réparation des préjudices causés par le service public hospitalier, impliquent généralement le paiement d'une somme d'argent. Aussi, en cas de condamnation les dispositions de la loi relative aux astreintes en matière administrative et à l'exécution des jugements par les personnes morales de droit public, s'appliquent dans le contexte français. Ces dispositions prévoient en substance que

> *« II. - Lorsqu'une décision juridictionnelle passée en force de chose jugée a condamné une collectivité locale ou un établissement public au paiement d'une somme d'argent dont le montant est fixé par la décision elle-même, cette somme doit être mandatée ou ordonnancée dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision de justice. À défaut de mandatement ou d'ordonnancement dans ce délai, le représentant de l'Etat dans le département ou l'autorité de tutelle procède au mandatement d'office.*
>
> *En cas d'insuffisance de crédits, le représentant de l'Etat dans le département ou l'autorité de tutelle adresse à la collectivité ou à l'établissement une mise en demeure de créer les ressources nécessaires ; si l'organe délibérant de la collectivité ou de l'établissement n'a pas dégagé ou créé ces ressources, le représentant de l'Etat dans le département ou l'autorité de tutelle y pourvoit et procède, s'il y a lieu, au mandatement d'office »*[1277].

[1276] Article L.911-7 du code de justice administrative.

[1277] Article 1 alinéa II de la loi n°80-539 du 16 juillet 1980 relative aux astreintes prononcées en matière administrative et à l'exécution des jugements par les personnes morales de droit public ; ou l'article L. 911-9 du code de justice administrative.

De telles dispositions peuvent faire l'objet d'une transposition en droit camerounais, et être incorporées dans les prérogatives des autorités administratives en matière d'exécution des décisions de justice. Car, pour une exécution harmonieuse des décisions de justice administrative, une action concertée du juge et des autorités administratives est indispensable. Celle-ci préconise d'une part un réel pouvoir de contrainte du juge administratif, matérialisé par la possible de donner des injonctions et des astreintes à l'administration ; et d'autre part un aménagement des prérogatives des autorités administratives dans le sens de la mise en disponibilité financière et de la bonne foi.

CONCLUSION DU CHAPITRE VIII :

La perspective d'une indemnisation satisfaisante des préjudices causés par le service public hospitalier exige la mise en place d'un cadre d'évaluation préalable et d'un cadre procédural adapté. Pour ce qui est du cadre d'évaluation, il est tributaire de la méthode et des outils employés à cet effet, sans lesquels les juges ne sauraient traduire le langage médical qui lie inextricablement l'acte au dommage. Aussi, qu'il s'agisse donc de l'expertise médicale ou des référentiels et tables de capitalisation, ces procédés permettent de déterminer la présence ou non d'une faute, de l'imputer à un auteur en particulier, de déterminer les préjudices subséquents, et de les convertir en valeur monétaire dans l'objectif de les réparer intégralement. Le cadre procédural quant à lui est révélateur du but ultime de témoigner autant que possible de la solidarité aux victimes de dommage corporel et faciliter son indemnisation, par l'aménagement d'une voie de règlement des litiges favorable, la création de certains organismes en charge de sa mise en œuvre, ainsi que la prise de mesures nécessaires à l'effectivité de l'exécution des décisions de justice par les personnes morales de droit public.

CONCLUSION DU TITRE II

Les perspectives d'une réparation satisfaisante des préjudices causés par l'activité dommageable du service public hospitalier, nécessite tout d'abord une détermination exhaustive des types de préjudices réparables régis par le principe de réparation intégrale. Aussi a-t-il été question de présenter l'application du principe de réparation intégrale aux dommages corporels, dont la particularité est de nature à limiter sa portée dans la pratique. Néanmoins, ce principe exige qu'une identification précise des préjudices découlant des dommages corporels soit effectuée. Ceux-ci obéissent à une classification binaire qui se décline en préjudices patrimoniaux et extrapatrimoniaux, tout en revêtant un caractère permanent ou temporaire selon qu'ils soient respectivement consolidés ou non.

Par la suite, l'objectif d'une réparation satisfaisante des préjudices subis par les victimes du service public hospitalier conduit nécessairement à la définition d'un cadre d'évaluation et d'un cadre procédural adaptés. Cette évaluation est fortement tributaire d'une expertise médicale, chargée d'établir le lien de causalité et le lien d'imputabilité, d'une part entre l'acte fautif et le préjudice, et d'autre part entre la faute et son auteur. De même, elle permet d'harmoniser le montant de l'indemnisation, en chiffrant les préjudices par le biais de référentiels majoritairement inspirés de la jurisprudence constante en matière administrative. La définition du cadre procédural adapté quant à elle a pour finalité de soutenir et d'assister les victimes graves d'aléa thérapeutique, par la mise en place d'un dispositif présenté sous forme de voie de règlement amiable, aux côtés de la traditionnelle voie de règlement contentieuse et de son versant du recours gracieux. Il a donc s'agit de proposer la création d'organismes en charge de recevoir et de solutionner les réclamations des victimes, afin de n'en retenir que les plus graves issues de l'aléa thérapeutique, et de leur proposer un accompagnement adapté à leur besoin ou à leurs nouvelles conditions de vie. De plus, la mise en place d'un cadre procédural adapté postule également l'instauration de mesures persuasives d'exécution des décisions de justice par les personnes morales de droit public.

CONCLUSION DE LA PARTIE II

La mise en cause satisfaisante de la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun nécessite une restructuration de son encadrement, aussi bien sur le plan substantiel que procédural. Sur le plan substantiel cette initiative postule la prise en compte des spécificités de ce service public dans le processus d'engagement de sa responsabilité. Ces spécificités sont d'une part d'ordre organique, en ce que seuls l'Etat et les établissements publics de santé peuvent être mis en cause ; et que les personnes susceptibles de les mettre en cause sont les victimes ou les personnes qui les subrogent dans leurs droits, à l'exception des personnels hospitaliers victimes des accidents de travail ou des maladies professionnelles. D'autre part, ces spécificités sont matérielles, car le régime juridique de cette responsabilité se présente sous l'aspect d'une responsabilité sans faute basée sur l'incertitude médicale, ainsi que sur les exigences de santé publique et de sécurité sanitaire ; et l'inclination d'une responsabilité pour faute au profit des victimes.

Ces spécificités justifient la mise en place d'un cadre d'évaluation des préjudices, et d'un cadre procédural adapté en vue de garantir une réparation satisfaisante pour les victimes. Cette évaluation obéit au principe de réparation intégrale des préjudices, qui est une fiction juridique consistant à replacer la victime dans l'état dans lequel elle se trouvait avant la survenue du dommage. À ce titre, ce principe exige que soit fait une détermination précise et exhaustive des préjudices corporels indemnisables. Ces derniers se particularisent par une diversité certaine du fait des aspects physique et moral que revêt toute personne humaine. Aussi, distingue-t-on les préjudices patrimoniaux des préjudices extrapatrimoniaux, qui peuvent revêtir des caractères temporaire et permanent selon qui sont consolidés ou pas au jour du prononcé de la décision par le juge. La mise en place et l'utilisation des référentiels et tables de capitalisation dans le cadre de l'évaluation de ces préjudices permettent une harmonisation des indemnités à allouer par les juridictions dans des cas similaires, surtout en ce qui concerne les préjudices extrapatrimoniaux qui sont fondamentalement subjectifs.

De même, les spécificités du service public hospitalier confèrent une coloration singulière à la procédure de réparation à appliquer dans le cadre de la responsabilité de ce service public. Car la grande sensibilité des dommages qu'il est susceptible de causer à ses victimes, appelle à une compassion et à une solidarité naturelle, surtout face aux limites de la science et donc à la survenance de circonstances difficilement explicables logées dans l'imprécis ensemble des aléas thérapeutiques. Aussi, un tel contexte justifie de la mise en place

d’une voie administrative de règlement amiable, confiée à des organismes institués et autonomes, en charge de la réparation des préjudices très graves relevant de l’aléa thérapeutique au nom de la communauté. Cette voie amiable n’enlève en rien l’importance de la voie contentieuse de règlement, qui relève de l’office du juge chargé de relever le lien de causalité, le lien d’imputabilité, d’évaluer les préjudices et de rendre les décisions pour ce qui est des accidents médicaux fautifs. Ces décisions sont *in fine* sujettes à des mesures persuasives, dans l’optique d’une exécution du plus grand nombre, voire de la totalité par les personnes morales de droit public.

CONCLUSION GÉNÉRALE

L'étude analytique de la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun à la lumière des avancées du droit français, est révélatrice de l'arlésienne qui est caractéristique de son régime juridique. Celui-ci demeure largement insaisissable par les victimes et une grande majorité de professionnels du droit, en raison de l'encadrement juridique trop général qui en est fait, et qui s'avère quelque fois incompatible avec les spécificités des matières médicale et hospitalière. La loi du 29 décembre 2006 qui définit ses contours en droit camerounais, a soumis la responsabilité du service public hospitalier aux règles de responsabilité administrative non contractuelle[1278], sans particularité aucune dont la plus perceptible réside dans la nécessaire pluralité des types de préjudices corporels qu'exige le principe de réparation intégrale.

Une telle généralisation renferme, certes, la réalité d'une reconnaissance à la fois théorique et pratique, mais aussi la présence de divers facteurs qui minent l'engagement de cette responsabilité. Ainsi, sur le plan théorique, l'aménagement de la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun consacre la double compétence des juges judiciaire et administratif selon la distinction faute de l'agent identifié et faute du service. Tandis que sur le plan pratique, sa mise en cause est marquée par la prégnance d'un régime de faute prouvée, traduisant le déséquilibre habituel entre l'usager et l'administration, dans un contexte de difficulté d'accès à son dossier médical par le patient. Pour ce qui est des facteurs qui font obstacles, ils peuvent être classés selon leur nature substantielle ou juridictionnelle.

Substantiellement, la mise en cause de cette responsabilité est à la fois confrontée aux pesanteurs d'ordre socio-culturel à l'instar de la méconnaissance des droits des patients, de la pauvreté, de l'accès limité aux formations sanitaires, de la précarité du plateau technique[1279], de l'imprécision de la médecine traditionnelle[1280] et de l'effet de la religiosité[1281] ; mais aussi

---

[1278] Article 3 de la loi n°2006/022 du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs *« (1). Les tribunaux de droit commun connaissent, conformément au droit privé, de toute autre action ou litige, même s'il met en cause les personnes morales énumérées à l'article 2, la responsabilité desdites personnes morales étant à l'égard des tiers, substituée de plein droit à celle de leurs agents auteurs des dommages causés dans l'exercice même de leurs fonctions. »*

[1279] Ministère de la santé publique, *Plan national de développement sanitaire,* p.48 : *« « 24,5% des formations sanitaires du niveau opérationnel ne disposaient pas de boite d'accouchement ; 39,5% n'avaient pas de système de stérilisation à la chaleur ; 67,5% ne disposaient pas de kits de césarienne et 11,6% n'avaient pas de microscopes fonctionnels ».*

[1280] La médecine traditionnelle se caractérise notamment par *« une démarche scientifique reproductible mais aussi, et de façon non négligeable, sur des théories, croyances et pratiques spirituelles variant et grandement influencées d'un pays à l'autre et d'une région à l'autre, par des facteurs comme la culture, l'histoire, les attitudes et la philosophie personnelles »* (Extrait du discours du représentant du ministre de la Santé Publique, *Bulletin de Médecine Traditionnelle,* MINSANTE, *op. cit.,* p.4.).

[1281] STENGER G., « Le fatalisme de Diderot », in *Mélanges Jacques le fataliste,* La collection du CTEL, Université Côte d'Azur, l'Harmattan, 2017, p.135 *:« dans la religion gréco-romaine, le Destin était une puissance anonyme et supra-humaine, au-dessus des dieux eux-mêmes ».*

aux limitations d'ordre juridique. Celles-ci sont relatives au défaut d'aménagement des droits à l'information préalable et au consentement médical, à la présence du paternalisme médical, et au défaut de communication du dossier médical au patient. Ces pesanteurs substantielles ont une conséquence directe sur la mise en cause juridictionnelle de cette responsabilité qui, en plus de l'ambiguïté dans la détermination du juge compétent et de la restriction des types de préjudices indemnisables, fait face à l'inexécution, à l'exécution partielle ou à l'exécution très tardive des décisions de justice par les personnes morales de droit public.

Au regard de cet état des lieux de la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun, il convient sans ménagement de conclure qu'un tel encadrement ne saurait déboucher sur une réparation intégrale des préjudices causés par les dommages corporels occasionnés par les activités médicale et hospitalière de ce service public. Toute chose qui explique l'intérêt de ce travail de recherche qui, en optant pour une étude analytique à la lumière des avancées du droit français, procède par la mise en exergue des spécificités du service public hospitalier pour proposer un encadrement adapté inspiré du droit de la réparation du dommage corporel en France. Le choix du droit français repose sur un fondement historique qui remonte à 1945, lorsque le Cameroun a majoritairement été placé par l'Organisation des Nations unies sous administration française, soit 8 régions sur les 10 qu'il compte. Dès son indépendance, l'option a notamment été pour « *le droit administratif, pris comme « modèle inspiré par la France et constituant une source de proximité entre les disciplines des deux Etats »*[1282].

Aussi a-t-il été justifié d'élaborer un essai de restructuration de l'encadrement de la responsabilité de ce service public au Cameroun, axé d'une part sur la nécessaire prise en compte des spécificités organiques et matérielles dudit service public, et d'autre part sur les perspectives d'une réparation satisfaisante des préjudices causés par la détermination exhaustive des types de préjudices réparables, et la mise en place d'un cadre d'évaluation et d'un cadre procédural adaptés au contexte camerounais.

Concrètement l'objectif de réparation intégrale des préjudices causés par le service public hospitalier au Cameroun, et donc celui de la satisfaction des usagers dudit service public, pourrait être atteint par la réalisation de deux perspectives majeures. Premièrement, la définition d'une méthode d'évaluation à double détente, constituée tout d'abord de l'établissement de la causalité matérielle au moyen d'une expertise médicale rigoureusement orientée vers la

[1282] FOUMENA G. T., « Le droit administratif camerounais « postcolonial » en rupture avec le modèle français inspirateur », *Les Annales de droit, n°14, 2020,* p.71.

détermination des préjudices corporels causés, et ensuite la mise en place d'un référentiel indicatif d'indemnisation qui prend en compte la réalité économique du Cameroun.

Deuxièmement, cet objectif de réparation intégrale des préjudices corporels pourrait être atteint au moyen d'une procédure spéciale de réparation des préjudices corporels causés par des actes de prévention, de diagnostic ou de soins au sein du service public hospitalier. Cette procédure prévoit d'une part, une voie de règlement amiable pour les préjudices relevant de l'aléa thérapeutique et diligentée par des commissions de régionales de conciliation (CRC) chargés de l'instruction du dossier et de l'organisation de l'expertise médicale, et l'organisme national d'indemnisation des préjudices corporels relevant de l'aléa thérapeutique (ONIPCAT) en charge de l'indemnisation des préjudices d'une particulière gravité qui relèvent de la responsabilité sans faute du service public hospitalier. D'un autre part, cette procédure présente un aspect contentieux qui obéit aux règles classiques de la procédure administrative contentieuse, avec la nuance de substituer l'impératif du recours gracieux préalable à la saisine du juge administratif par un avis de rejet de la commission, ou une proposition d'indemnisation insatisfaisante de l'ONIPCAT. Cet avis de rejet ou cette proposition insatisfaisante sont donc directement contestables devant le juge administratif.

La réalisation d'une telle restructuration invite à repenser le droit de la santé camerounais, et à poser les jalons d'une démocratie sanitaire effective, qui fait de l'usager le point de départ et la finalité de toute action médicale et hospitalière. Et ce d'autant plus que l'exercice d'un droit à la réparation suppose l'existence d'une faute, prise comme manquement à une obligation de faire ou de ne pas faire, préalablement définie et strictement aménagée par la réglementation en vigueur.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

➢ OUVRAGES GENERAUX :

- ANZILOTTI D., *Cours de droit international,* 1929.
- ARISTOTE, *Rhétorique,* L. I, Chap 23, XXV.
- AUBIN E., *La fonction publique,* 5é éd., Gualiano, 2012.
- BACACHE-GIBEILI M., *Les obligations La responsabilité civile extracontractuelle,* Traité de droit civil, Tome 5 - 4e éd., Economica, 2021.
- BELHRALI H., *Les coauteurs en droit administratif,* LGDJ, 2003.
- BENABENT A., *Droit des obligations,* LGDJ, 15ème éd., 2016.
- BENTHAM J., *Déontologie, ou science de la morale,* Bruxelles, J. P Méline, éd. 1834.
- BINYOUM J. ET NGWESE N-P, *Eléments de contentieux administratif camerounais,* L'Harmattan, 2010.
- BLUNDO G. & DE SARDAN J. P. O., *Etat de corruption en Afrique : une anthropologie comparative des relations entre fonctionnaires et usagers (Benin, Niger, Sénégal),* Coll. Hommes et Sociétés, Ed. Karthala, 2007.
- BOITTE P., *Ethique, Justice et Santé,* Artel-Fides, Catalyses, Montréal, 1995.
- BROUN G., *Le plateau technique médical à l'hôpital,* Coll. « Revue de l'institut de criminologie de Paris », Eska, Paris, résumé.
- CARBONNIER J., *Droit civil,* Presses Universitaires de France, « Quadrige manuels », 1ère éd., 2004, n°1129.
- CHAPUS R., *Droit administratif général,* Montchrestien, précis domat, 15eéd., 2001.
- CHAPUS R., *Droit du contentieux administratif,* Montchrestien, 10e éd., Paris, 2002.
- CHAPUS R., *Droit du contentieux administratif,* Montchrestien, précis domat, 13e éd., n°1279.
- CHEVALLIER J., *le service public,* Presses Universitaires de France, 2018.
- D'OSSOUKINE A., *l'éthique biomédicale,* 3e éd. Remaniée, 2019.
- DE LAUBADERE A. & VENEZIA J.-C., *Traité de Droit Administratif,* LGDJ, 6e édit., 1997.
- DEGOFFE M., *Droit administratif*, 4e éd., Ellipses, 2020.

- DEJEAN DE LA BATIE N., *Appréciation in abstracto et appréciation in concreto en droit civil français*, LGDJ, 1965, n°6.
- DUGUIT L., *Traité de droit administratif,* Tome 3, Paris, Ancienne Librairie Fontemoing et Cie, éditeurs, 1923.
- Encyclopédie Dalloz, Contentieux administratif II, « Preuve ».
- EWALD F., GARAPON A., MARTIN G. J., MUIR WATT H., MATET P., MOFESSIS N., NUSSEMBAUM M., *Les limites de la réparation du préjudice,* Thèmes et commentaires, Dalloz, 2009.
- FOX R. C., *L'incertitude médicale,* l'Harmattan, Paris, 1988.
- GARCIA A. & GOURDOU J., *Exécution des décisions de justice administrative,* Rép. Cont. Adm., Dalloz., n°1.
- GAUDEMET Y., *Droit administratif,* 24e éd., L.G.D.J., 2022.
- GUETTIER C., *La responsabilité administrative,* LGDJ, 1996.
- HAURIOU M., *La jurisprudence administrative de 1892 à 1929,* tome 1.
- HIPPOCRATE : La loi, I – IVe s. av. J.-C.
- JEZE G., *Les principes généraux du droit administratif,* tome 2, 3e éd., Dalloz, 2011.
- JEZE G., *Traité de droit administratif,* Tome 1.
- KANT E., *Fondement de la métaphysique des mœurs,* Trad. V. Delbos, livre de poche, 1993.
- KELSEN H., *Théorie pure du droit,* EISENMAN C.(trad.), paris LGDJ, « la pensée juridique », 1999.
- KEUTCHA TCHAPNGA C., *Les grandes décisions annotées de la jurisprudence administrative du Cameroun,* Paris, l'Harmattan, 1ère éd., 2017.
- LAFERRIERE E., *Traité de la juridiction administrative et des recours contentieux,* tome 1, LGDJ, 1887.
- LAMBERT-FAIVRE citée par MAZARS J., *Evaluer et réparer*, Les Annonces de la Seine, 23 juin 2005, n°43.
- LE TOURNEAU P. & AL. *Droit de la responsabilité et des contrats,* 9e éd., Paris, Dalloz, 2012.
- LE TOURNEAU P. (dir.), *droit de la responsabilité et des contrats,* 11e éd., Dalloz, Paris, 2018-2019, n°3213.
- LE TOURNEAU P., BLOCH C., GUETTIER C., GIUDICELLI A., JULIEN J., KRAJESKI D., POUMAREDE M., *Droit de la responsabilité et des contrats : Régime d'indemnisation,* 11e éd., Paris, Dalloz, 2017.

- LE TOURNEAU P., *Droit de la responsabilité des contrats et régimes d'indemnisation,* Dalloz, 11e éd., 2017.
- MARZANO M., *Je consens, donc je suis… Ethique de l'autonomie,* Presses Universitaires de France, 2006.
- Mélanges en l'honneur de CLEMENT J.-M., Enseignant, Hôpital, Médecine, *Bordeaux, LEH Edition,* 2014.
- MELLERAY F., *Droit de la fonction publique,* 5e éd., economica, 2020.
- MONTESQUIEU, *De l'esprit des lois,* livre XI, chapitre 6, 1748.
- NLEP R.-G., *L'administration publique camerounaise « contribution à l'étude des systèmes africains d'administration publique »,* Tome XLI, L.G.D.J., 1986.
- OBERDORFF H., *Droits de l'homme et libertés fondamentales,* août 2021, Lextenso 9782275098821.
- OWONA J., *Droit de la fonction publique camerounaise,* l'Harmattan, 2011.
- PACTEAU B., *Contentieux administratif,* Paris, P.U.F, 1985.
- PASCAL B., *Pensées,* Paris, Seuil, tome 2, 1904.
- PLANIOL M., *Traité élémentaire de droit civil*, 9e éd., t.2, LGDJ 1923, n°866.
- RASY D., *les frontières de la faute personnelle et de la faute de service en droit administratif français,* L.G.D.J., 1963.
- ROUAULT M.-C., *Droit administratif,* 16e ed., Coll. Mementos, Gualino, Ed. Lextenso, 2020.
- ROUJOU DE BOUBÉE F., *Essai sur la notion de réparation*, préf. HÉBRAUD, LGDJ, 1974.
- ROY C., *La Fleur du temps 1983-1987,* Gallimard, 1992.
- SABARD O., *La Cause étrangère dans les droits privé et public de la responsabilité extracontractuelle*, LGDJ, Fondation Varenne, Clermont-Ferrand, 2008.
- SAVATIER R., *Traité de la responsabilité civile en droit français civil, administratif, professionnel, procédural,* T. II, 2ème éd., Paris, LGDJ, 1951, n° 601.
- SEILLER B., *Droit administratif, t. 2 L'action administrative,* Coll. Champs-université, Ed. Flammarion, 2018.
- TABUTEAU D., *Démocratie sanitaire : les nouveaux défis de la politique de santé,* Odile Jacob.
- TROPER M., *Pour une théorie juridique de l'Etat,* Presses Universitaires de France, Paris, 1994.
- TRUCHET D., *Droit administratif,* coll. « Thémis droit », 8e éd., P.U.F, 2019.

- VELLEY S., *Droit administratif,* vuibert droit, Paris, 10 éd., 2013.
- VIALLA F., *Les grandes décisions du droit médical,* L.G.D.J., 2009.
- VINEY G., JOURDAIN P., & CARVAL S., *Traité de droit civil : les effets de la responsabilité civile,* 4e éd., Paris, L.G.D.J, 2017, n°151.
- VINEY G., JOURDAIN P., *Les conditions de la responsabilité,* LGDJ, 2e éd., 1998, n°342 à 347.
- VINEY G., *La responsabilité : conditions*, L.G.D.J., 1982.
- WEIL P., POUYAUD D., *droit administratif,* Presses Universitaires de France, Paris, 25e éd., 2017.

➢ **OUVRAGES SPECIAUX :**

- BERNARD M., *160 questions en responsabilité médicale, Aspects pratiques et fondamentaux,* 2e éd., Elsevier MASSON, 2010.
- BINET J.-R., *Droit médical,* Montchrestien, 2010.
- BIOY X., LAUDE A. & TABUTEAU D., *Droit de la santé,* PUF, 4ème éd., 2020, p.275.
- CAMGUILHEM B., *Recherche sur les fondements de la responsabilité sans faute en droit administratif,* in *Nouvelle bibliothèque de thèses,* Dalloz, 2014.
- CHAPUS R., *Responsabilité publique et responsabilité privée – Les influences réciproques des jurisprudences administrative et judiciaire,* LGDJ, 1957.
- CONTE P., MAISTRE DU CHAMBON, FOURNIER S., *La responsabilité civile délictuelle,* Presses Universitaires de Grenoble, 4e éd., 2015.
- DESCAMPS O., *Prendre la responsabilité au sérieux,* Presses Universitaires de France, 2015.
- FAGNART J.-L., *La responsabilité civile – Chronique de jurisprudence 1985-1995,* Bruxelles, Larcier, 1997.
- HUREAU J. (dir.), *L'expertise médicale en responsabilité médicale et en réparation du préjudice corporel*, 3e éd., Masson, 2010.
- HUSSON M. L., *Les transformations de la responsabilité. Etude sur la pensée juridique,* Bibliothèque de philosophie contemporaine, P.U.F, 1947.
- KOUCHNER C., *Les droits des malades,* Paris, Dalloz, 2012.
- LAMBERT-FAIVRE Y. et PORCHY SIMON S., *Droit du dommage corporel : système d'indemnisation,* Précis Dalloz, 6e éd., 2009.

- LAMBERT-FAIVRE Y. et PORCHY-SIMON S., *Droit du dommage corporel-Systèmes d'indemnisation,* Dalloz, 8ème édition, nov. 2015.
- LANTERO C., *Les droits des patients,* LGDJ, éd. Lextenso, Paris, 2018.
- LAUDE A., BIOY X., TABUTEAU D., *Droit de la santé,* PUF, 4e éd., 2020.
- LAUDE A., TABUTEAU D., *Les droits des malades,* Presses universitaires de France, coll. *Que sais-je ?* 2e éd., Paris, 2018.
- LE TOURNEAU P., « *La responsabilité civile »,* Presses Universitaires de France, 2003.
- MARION L., MAUGÜE C., *La responsabilité du service public hospitalier,* LGDJ, 2e tome, 2019.
- MOR G., CLERC-RENAUD L., *Réparation du préjudice corporel: stratégies d'indemnisation, méthodes d'évaluation,* 3ème éd., Delmas, 2020.
- MORNET B., *L'indemnisation des préjudices en cas de blessures ou de décès,* Septembre 2022.
- PENNEAU J., *La responsabilité du médecin,* Dalloz, 2e éd., Paris, 1996.
- PONCHON F., *Les droits des patients à l'hôpital,* Que sais-je, PUF, Paris, décembre 1999.
- SIMO KOUAM F. A., *Droit de la santé publique au Cameroun : structure et activités du système de santé,* West German University Press, Yaoundé, 2019.
- THOUROUDE J.-J., *Responsabilité hospitalière : l'hôpital public et le patient face aux dommages médicaux,* Berger-Levrault, Paris, 2021.

- **THESES ET MEMOIRES :**

- AHMAD ISSA, *La responsabilité médicale en droit public libanais et français,* Thèse, Université de Grenoble, 6 décembre 2012.
- AMBIALET J., *Responsabilité du fait d'autrui en droit médical,* Thèse de doctorat, université de Paris, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, Paris, 1964.
- ASSOUMOU R. S. M., *« La responsabilité pénale du médecin traitant dans le système pénal camerounais »,* In Mémoire, Université de Douala, 2016.
- CABANEL M., *La rechute et les aggravations : différence d'appréciation médicale et juridique,* thèse de droit, Université de Toulouse, 1994.

- CHALUS-PENOCHET O., « la réparation du dommage corporel en droit européen comparé », Faculté de médecine, Université Aix-Marseille, 2015.
- CHAPUS R., *Responsabilité publique et responsabilité privée, les influences réciproques des jurisprudences administrative et judiciaire*, Thèse pour le doctorat soutenue devant la faculté de droit de Paris le 2 juillet 1952, LGDJ, Paris 1953.
- CLERC-RENAUD L., *Du droit commun et des régimes spéciaux en droit extracontractuel,* Thèse Chambéry 2006, spéc. N°207.
- DEMERS D., « la médecine préventive : Fondement, principes, responsabilité médicale et solutions », Université de Sherbrooke, Faculté de droit, 1996.
- FERRIE S.-M., *Le droit à l'autodétermination de la personne humaine. Essai en faveur du renouvellement des pouvoirs de la personne sur son corps,* thèse soutenue à l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne le 27 novembre 2015.
- FLOUR M., *Rapport de commettant à préposé dans l'article 1384 du Code Civil,* Thèse, Caen, 1933.
- FOE NDI C., *La mise en œuvre du droit à la santé au Cameroun,* thèse de droit, Université d'Avignon, 2019.
- FORTAT N., *Autorité et responsabilité administrative,* Thèse de droit, Université François-Rabelais, 2018.
- GUEX R., *La relation de cause à effet dans les obligations extracontractuelles,* thèse de droit, Université e Lausanne, 1904.
- LAROCHE M.-L., *Le risque iatrogène chez la personne âgée : A propos des médicaments potentiellement inappropriés,* thèse de pharmaco-épidémiologie, université de Limoges, 2006.
- MANGEMATIN C., *La faute de fonction en droit privé,* Thèse de droit, université Monstesquieu-Bordeaux IV, 2012.
- MANSART B., *La responsabilité médicale en cas d'atteinte à la sécurité du patient,* thèse de l'université de Paris 1 Panthéon-Sorbonne, 1999.
- MARZOUG S., *L'obligation d'information médicale,* mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2000.
- MATTEOLI A., *Les conflits de compétence d'attribution en droit de la famille,* Droit, Université de Strasbourg, 2014.
- MURE A., *L'évolution du préjudice de la victime en droit de la responsabilité civile,* thèse de droit, Université de Grenoble-Alpes, 2019.

- NYANDA NKAMWA W., *La réparation du préjudice médical à l'aune des droits fondamentaux,* thèse de doctorat, Université de Yaoundé II-Soa.
- OKI J.-L., *L'imputation, mécanisme fondamental de la responsabilité des personnes publiques,* Thèse de droit, Université de Bordeaux, 2017.
- PIERRE Ph., « l'indemnisation du préjudice moral en droit français », synthèse, université de Rennes 1.
- POUILLAUDE H.-B., *« Le lien de causalité dans le droit de la responsabilité administrative »,* Thèse, Université Panthéon-Assas, 2011.
- QUEZEL-AMBRUNA C., *Essai sur la causalité en droit de la responsabilité civile,* Dalloz, « Nouvelle bibliothèque de thèses », 2010.
- QUEZEL-AMBRUNAZ C., *Demandes, offres, décisions en matière de dommage corporel : étude statistique*, 2021, Université Savoie Mont Blanc.
- SALLET F., *La perte de chance dans la jurisprudence administrative relative à la responsabilité de la puissance publique,* Travaux de recherche Panthéon-Assas, Paris II, 1994.
- SORDET J., *La carence de l'administration en droit administratif français,* Thèse, Orléans, 2019.

➢ **ARTICLES ET CONTRIBUTIONS :**

- ACHMET V., COMMEIRAS N., « Restrictions budgétaires et gestion de l'absentéisme des infirmiers par les cadres de santé du secteur hospitalier public : Quelles conséquences ? », *in Revue gestion* 2000, 2018/6Vol. 35.
- ACOSTA F., « L'expertise médicale en matière de faute professionnelle : propos du Dr Bernard Lambert », *Criminologie, 21(1),* 1988.
- AFOM F., « Les scandales Vanessa Tchatchou et Monique Koumateke. La constitution d'un espace public oppositionnel en ligne au Cameroun », *Réseaux,* vol.216, n°4, 2019.
- ALBERT N., « Obligation d'information médicale et responsabilité », *RFDA* 2003.
- ALONSO C., « Abandon de la distinction sur l'origine bactérienne par le Conseil d'Etat », in *La gazette de l'hôpital*, n°98, juin 2012.
- APOLLIS B., La nouvelle définition du service public hospitalier, *Cah. fonct. publ*. n° 369, 2016. 29.
- AREDOC, « faute, aléa thérapeutique, perte de chance : Etat des lieux 18 ans après la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 », octobre 2020.

- AREDOC, « Quelques aspects de la perte de chance en responsabilité médicale », mai 2012.
- ATIOFACK KENFACK A., « L'expertise judiciaire au Cameroun », *Conférence de stage des Avocats stagiaires,* Mars 2010.
- AUBY M., « La légitimité de l'intervention publique dans le domaine de la santé », *AJDA* 1995. 588 ; J.-B. Auby, « L'évolution du traitement des risques dans et par le droit public », *Revue européenne de droit public*, 2003.
- BABAKANE D. COULIBALEY, « le juge administratif, rempart de protection des citoyens contre l'administration en Afrique noire francophone ? », afrilex.u-bordeaux.fr.
- BACACHE M., « l'obligation d'information du médecin », In *Médecine et Droit,* Paris, 2005.
- BAILLON-WIRTZ N., « [Jurisprudence] La transmission à cause de mort du droit à la réparation du préjudice moral de la victime décédée », in *Lettre juridique,* n°257, 26 avril 2007. https://www.lexbase.fr/article-juridique/3209060-cite-dans-la-rubrique-bfamille-et-personnes-b-titre-nbsp-ila-transmission-a-cause-de-mort-du-droit-a
- BALAGUE C., « Technologies numériques, intelligence artificielle et responsabilité », 28èmes Rencontres, Santé Société Georges Canguilhem, *in Euro Cos Humanisme & Santé,* Strasbourg, octobre 2019.
- BAMDE A., « De la distinction entre l'appréciation *in abstracto* et l'appréciation *in concreto »* in *Droit de la responsabilité, droits des obligations, responsabilité extracontractuelle,* posté le 19 oct. 2016.
- BAMDE A., « la responsabilité des commettants du fait de leurs préposés »*, Droit de la responsabilité, Droit des obligations, Responsabilité extracontractuelle*, 08/11/2016.
- BATARD E., MONTASSIER E., ET POTEL G., « le risque iatrogénique lié au service des urgences » ; AFSSAPS, « Glossaire des vigilances », 2011 : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/669b2121e254e27ff9b48ba1cdabf78f.pdf
- BATEMAN S., « A propos de l'incertitude dans la pratique médicale », in *Sciences sociales et santé,* vol. 28, n°1, mars 2010.
- BATTESTI V., « Les relations au désert des religions monothéistes », hal-00568023, 1993.
- BAUM G., « L'avenir de la religion : entre Durkheim et Weber », *Nouvelles pratiques sociales,* vol.9, n°1, 1996.

- BELLIARD E., « Droit, risques et responsabilité », in *Quelles perspectives pour la recherche juridique ?,* 2007.
- BENYOUNES B., « L'aggravation : une suite possible après la consolidation », in *Gaz. Pal.,* 2013, n°47.
- BLOY G., « l'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles », in *sciences sociales et santé,* vol. 26, 2008/1.
- BOT O., « la responsabilité fautive de l'administration pour non-exécution d'une décision de justice », *AJDA*, 2022.
- BOUCAND M.-H., « l'incertitude en médecine », in *Medecine et philosophie,* 2020, hal-02490158.
- BOUCHER R, GREGOIRE D., DESLAURIERS J. & BEAUSOLEIL K. D., « Les présomptions de fait en responsabilité médicale », *Les cahiers de droit,* 17(2), 1976.
- BOURDON J., « La protection fonctionnelle de l'agent public », *AJFP* 1996, p.21
- BOUSSARD S., « Les vicissitudes du service public hospitalier », *RFDA* 2016. 565.
- BOUVET S., « L'équité dans la réparation du préjudice : de quelle équité me parlez-vous ? », *RCA* 2007, Chron. n°10.
- BROYELLE C., « le pouvoir d'injonction du juge administratif », *RFDA,* 2015, p.442.
- BRUN PH., « Personnes et préjudice », *Revue générale de droit,* Vol. 33, n°2, 2003.
- BYK C., « chapitre 8. Le régime « spécifique » de responsabilité du fait des produits sanguins », in *Journal international de Bioéthique et d'éthique des sciences,* 2017, vol.28, n°2.
- CARDINAL M, CHÜTZE T., BOUVET R, « L'anormalité du dommage né d'un accident médical non fautif », in *La Revue de médecine légale,* 2016, 7(2).
- CAYOL A., « Le développement de l'IA dans le domaine de la santé : une révolution pour le droit de la responsabilité civile ? », in *Droit, Santé et Société,* 2021, n°5, Vol.64.
- CEDRAS J., AGRAM S., BADRI B., BELLIER S., DANIEL V., HOUEDRY G., MEUNIER V., La responsabilité pénale du médecin. In: *Revue juridique de l'Ouest*, N° Spécial 1996. La santé.
- Centre de Recherche en Droits de l'Homme, Environnement et Sécurité Humaine A Posteriori, *« La protection des droits des malades au Cameroun »,* Bull. n°7, Mai 2018.
- CHALTIEL F., « Devoir d'information du patient et responsabilité hospitalière », *RDP,* 2002.
- CHAMBAUD L., « Accès aux soins : éléments de cadrage », *Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale /* « Regards », 2018/n°53.

- CHAMOT C., « La responsabilité de l'hôpital pour faute caractérisée dans un acte de diagnostic anténatal », in *Gazette du Palais*- édition généraliste, mercredi 25 et jeudi 26 mars 2015, n^{os} 84 à 85.
- CHARAF-ELDINE A., « la théorie de la perte de chance sanitaire devant la cour de cassation et le conseil d'Etat », *RTD sanit. Et soc.,* 1983.
- CHECK IBRAHIM DEGUIA, « Réflexion sur le pouvoir d'injonction dans le contentieux administratif au Cameroun », *International Multilingual Journal of Science and Technology (IMJST),* Vol.6 Issue 2, Febuary 2021.
- CHEVALLIER J., « l'interdiction pour le juge administratif de faire acte d'administrateur », *AJDA,* 1972.
- CHEVALLIER J., « la place de l'établissement public en droit administratif français ».
- CHEVILLARD G., LUCAS-GABRIELLI V. et MOUSQUES J., « « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches », *L'Espaces géographique,* vol.47, 2018.
- CLEMENT C., « L'autonomie des établissements publics de santé », *in La Gazette de l'hôpital,* le journal de l'administration hospitalière, n°120-février 2016.
- COLSON P., « Incertitudes et dommage corporel : les changements postérieurs au jugement », in *Revue générale des assurances et des responsabilités,* 2017, n°15358.
- COURSIER P., « Bilan et perspectives du droit de la responsabilité médicale en matière civile et administrative », in *Revue médicale de l'assurance maladie* n°3, juillet – septembre 2000.
- CRISTOL D., « l'impossible assimilation de la faute médicale à d'autres fautes », in *Gazette du palais,* n°16 du 16 janv. 2020.
- CRISTOL D., « Les habits neufs du service public hospitalier », *RDSS* 2016. 643.
- DALCQ R. P., « Traité de la responsabilité civile », vol. II, « Le lien de causalité, le dommage et sa réparation », in *Les Novelles,* Bruxelles, Larcier, 1962.
- DA SILVA V., « L'abus de fonctions du préposé : critères cumulatifs ou faisceau d'indices ? », *Petites affiches – n°56*.
- DAVER C., « L'appréhension jurisprudentielle du risque nosocomiale dans les établissements de santé privés à but lucratif : l'évolution vers l'obligation de sécurité-résultat », in *Petites affiches* – n°198, 1999.
- DEBARE J.-M., « Sémantique des « données acquises de la science » comparée aux « connaissances médicales avérées ». Pour une obligation du médecin à respecter les « connaissances médicales avérées ou acquises » », in *Medecine & Droit,* 2012 (2012).

- DEGUERGUE M., « Regard sur les transformations de la responsabilité administrative » *In Revue française d'administration publique*, n°147, 2013.
- DEGUERGUE M., « La responsabilité du fait des activités de police » in Ch. Vautrot-Schwarz, dir., *La police administrative*, PUF, Thémis, 2014, spéc.
- DEGUERGUE M., « Responsabilité sanitaire et responsabilité environnementale », RDSS, 2019.
- DELASSUS E., « Comment finalement concilier deux conceptions éthiques antagonistes, d'un côté la position paternaliste qui serait encline à faire le bien du malade malgré lui et de l'autre une attitude plus respectueuse de l'autonomie de ce dernier ? », ManagerSante.com, n°40, décembre 2020, 03/08/2022.
- DESAULNAY O., « Juger l'implication étatique dans les scandales sanitaires », in *Revue juridique de l'océan indien,* 2018, n°25.
- DINTHILAC J.-P., in préface *L'évaluation du préjudice corporel* de LE ROY M., LE ROY J. D., BIBAL F., Lexis Nexis éd 12/2011.
- DINTILHAC J.-P., « La nomenclature et le recours des tiers payeurs », *Gaz. Pal.,* 11-13 févr. 2007.
- DOMIN J.-P., « De la démocratie sociale à la démocratie sanitaire : une évolution paradigmatique ? », In : *Les tribunes de la santé,* 2014/5 (n°HS3).
- DOMINIQUE C., « l'acte de soin », in *Revue juridique de l'ouest,* 1999-1. *La responsabilité médicale : vers une dérive à l'américiaine.*
- DONIER V., « La protection de la victime d'un dommage dû à l'utilisation de produits de santé défectueux », *AJDA* 2005.
- DREYFUS D., LEMAIRE F., OUTIN H., Les journées d'éthique médicale Maurice Rapin, *« La judiciarisation de la médecine »* - Ed. Médecine-Sciences Flammarion, 2004.
- DUGUE M., « Précision des conditions d'application de la présomption de faute du chirurgien », in *Gazette du palais,* n°32 du 22 sept. 2020.
- DURANT E., « Providence du salut selon Thomas d'Aquin : un bénéfice théologique de la métaphysique des singuliers », *in Revue des sciences philosophiques et théologiques,* 2012/3 tome 96.
- DURANT I., « Le dommage réparable dans les deux ordres de responsabilité », in STIJNS S. et WERY P. (dir.), *Les rapports entre les responsabilités contractuelle et extracontractuelle,* Bruxelles, la Charte, 2010.
- DURRY G., in « Le préjudice : questions choisies », RCA mai 1998, hors-série.

- DUVAL-ARNOULD D., « Le médecin confronté au juge civil », Revue LAENNEC n°1/2011, Droit et Santé.
- DUVAL-ARNOULD D., « Quelles responsabilités pour les professionnels et les établissements de santé en cas de défectuosité d'un produit de santé ? », *JCP G* 2013, n°44-45, étude 1151, n°18.
- EDIMO F., « Regard sceptique sur le droit à la santé au Cameroun » In *Juridical Tribune,* vol.3, Issue.2, 2013.
- EL-AYOUBI A., « Les critères de l'abus de fonctions du préposé en droit français », *Revue Juridique de l'USEK, N°6* (1998).
- ELONG NGONO S., « Droit de la santé : les bases déontologiques des droits des malades au Cameroun », *in le journal le droit,* www.journal-ledroit.net, 19/08/2022.
- ELONG NGONO S., « les bases déontologiques des droits des malades au Cameroun », www.journal-ledroit.net 06/03/2024.
- ESPESSON-VERGEAT B, « L'impact du numérique dans le droit de la santé », in *Journal de Gestion et d'économie de la santé,* 2022, vol. 40, n°2-3.
- EVEILLARD G., « Nouveautés sur le(s) juge(s) compétent(s) en cas de faute personnelle », *DA,* octobre 2014, comm.60.
- FAVOREU L., « Rapport français », *in* Travaux de l'Association Henri Capitant, *L'effectivité des décisions de justice (journées françaises),* Tome XXXVI, Economica, Paris, 1985.
- FOKA TAFFO F., « Les droits des malades au Cameroun : un doux rêve », Éditorial Bulletin d'information du Centre de recherche A Priori (CRAP) N° 7 – Mai 2018.
- FORRAY V., « Peut-être. Incertitude du risque et dialectique de la responsabilité », In : *Revue de droit de McGill,* (2014) 59 :4 McGill LJ.
- FOUMENAG. Th., « le droit administratif camerounais « postcolonial » en rupture avec le modèle français inspirateur », *Les Annales de droit* [en ligne], 14/2020, p.9, mis en ligne le 01 juin 2021, https//journals.openedition.org/add/1833.
- FRAYSSINET M.-H., « La faute dans l'organisation et le fonctionnement du service à l'épreuve de la télésanté », in *La Gazette de l'hôpital,* décembre 2012, n°101.
- GALLARD P.-Y., « Aspects juridiques de la décision médicale », *centre Laennec,* 2014/4, Tome 62.
- GILBERT V., « LE CONCEPT DE TRADITION SELON RICOEUR : perspectives herméneutiques et pragmatiques », *Revue d'histoire et de philosophie religieuses,* Tome 86 n°1, 2006.

- GJIDARA M., « Les causes d'inexécution des décisions du juge administratif et leurs remèdes », Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, god. 52, 1/2015., p.70. (str. 69.-109.
- GOUT O., « Le futur du dommage : aggravation et amélioration », in *Gaz. Pal.,* 2011, n°99.
- GRABIAS F., « L'exécution des décisions de justice face à l'ordre public », in *« Civitas Europa »,* IRENEE, université de Lorraine, 2017/2 N°39.
- GRARE O., « Présentation générale du droit positif : les expertises en responsabilité médicale », in *Médecine & Droit*, 2013.
- GRENIERC., LE GULUDEC D., DE MONTALEMBERT P., MOUNIC V., « Haute Autorité de Santé et normalisation de la médecine », in *Les Tribunes de la santé,* 2020/2 (n°64).
- GRIMAUD O., « Introduction à la santé publique », *EHESP*.
- GROUTEL H., « Réparation intégrale et barémisation : l'éternelle dispute », *RCA* 2006, Répère 11.
- GRUENAIS M.-E., « La professionnalisation des « néo-tradipraticiens » d'Afrique centrale », *Santé Publique et Sciences Sociales,* n°8&9, 2002.
- GRÜNDER T., « section 1. Le droit à la protection de la santé », *La Revue des droits de l'Homme* [en ligne], 1/2012, mise en ligne le 30 juin 2012, consulté le 23 juin 2023. URL : http://journals.openedition.org/revdh/135.
- GUEGAN-LECUYER A., « Moment de l'évaluation judiciaire et variations du dommage – Rapport français », *Le dommage et sa réparation dans la responsabilité contractuelle et extracontractuelle – Etude de droit comparé,* Bruxelles, Larcier, 2015.
- GUEGAN-LECUYER A., « La distinction des préjudices temporaires et permanents : l'exemple du déficit fonctionnel », *Gaz. Pal.* 2014, n° 361.
- GUETTIER C., « perte de chance de survie ou de guérison », in *Revue juridique de l'Ouest,* 2007, 4.
- GUIARD O., « L'injonction : un pouvoir de contrainte efficace », in *the Legal Agenda,* juin 2020.
- GUILLERMOU E., « L'aggravation sociologique », in *Gaz. Pal.,* 2013, n°47.
- HELMLINGER L., MARTIN D., « La judiciairisation de la médecine, mythe et réalité », in *Les Tribunes de la Santé,* n°2004/4, n°5.
- HUMBERT P., « La responsabilité médicale et le respect du devoir d'humanisme médical », *in Village de la Justice*, 07/07/2020.

- JAUNAIT A., « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin – patient », CAIRN.INFO 2003/3 no 11.
- JEZE G., « Les libertés individuelles », Annuaire Institut International de droit public, PUF, 1929.
- KAMTO M., « La fonction administrative contentieuse de la Cour Suprême du Cameroun », CONAC G. & DE GAUDUSSON J. D. B. (dir.), *Les Cours Suprêmes en Afrique,* Paris, Economica, 1988, Tome III.
- KENMOGNE SIMO TH., « Evolution de la médecine traditionnelle en Afrique et au Cameroun », *Bulletin de Médecine Traditionnelle,* MINSANTE, n°001, 2020.
- KHALAK O., « La jurisprudence récente en matière d'expertise judiciaire », in *Revue juridique de l'Ouest*, 2016-2.
- KHOURY L, « le juge canadien, anglais et australien devant l'incertitude causale en matière de responsabilité médicale », in *Revue de droit de McGill,* 2014(59).
- KOHL B., « Moment de l'évaluation et variations du dommage – Rapport belge », *Le dommage et sa réparation dans la responsabilité contractuelle et extracontractuelle – Etude de droit comparé,* Bruxelles, Larcier, 2015.
- KUIPOU R., « Le culte des crânes chez les Bamiléké de l'ouest du Cameroun », *Communications,* 97, 2015.
- LABETOULLE M., « La iatrogène : quelle ampleur, pourquoi et comment la réduire ? », in *Journal français d'ophtalmologie,* janvier 2009, vol.32, n°1.
- LAMBERT-FAIVRE Y., « l'abus de fonction à propos de l'arrêt de l'Assemblée Plénière du 15 novembre 1985 », D. 1986.
- LAMBERT-FAIVRE Y., « l'éthique de la responsabilité », in *Revue trimestrielle de droit civil,* 1998.
- LAMBERT-FAIVRE Y., « L'indemnisation des accidents médicaux », D. 2002, p.1367 ; P. SARGOS, JCP, G 2002, n°25, Act.
- LAMBERT-FAIVRE Y., « L'indemnisation des victimes de préjudices non économiques », *Les cahiers de droit,* Vol. 39, n°2-3, 1998.
- LANTERO C, « Le recours banalisé aux présomptions dans le contentieux de la responsabilité », Dossier : les imperfections du droit de la responsabilité administrative, Actes de colloque de Clermont-Ferrand du 29 juin 2018, JACQUEMET-GAUCHE A. (dir.), *AJDA* Actualité juridique de droit administratif, Dalloz, 2018, n°36.
- LANTERO C., « Etude : La responsabilité civile pour faute des établissements de santé publics », *Droit médical*, Lexbase (N° Lexbase : E52473RR).

- LANTERO C., « Le préjudice causé par la mort d'un proche », *RFDA Revue française de droit administratif*, Dalloz, 2019, n°6.
- LANTERO C., « Quelles responsabilités publiques liées à la crise sanitaire ? », RGDM Revue générale de droit médical, LEH Edition, 2020, n°76.
- LASSEUR M., « Cameroun : les nouveaux territoires de Dieu », *Revue Afrique Contemporaine,* 2005/3n°215.
- LAUDE A., « La judiciarisation de la santé », in *Questions de santé publique,* n°20, Mars 2013.
- LAUDE A., « les médecins et les malades face au droit », *Revue française d'administration publique,* Vol.n°113, n°1, 2005.
- LE CALONNEC J., « le progrès technique et la distinction des obligations de résultat et des obligations de moyens », in *Revue judiciaire de l'ouest,* 1986-2, p.188.
- LEFEUVRE H., « Les connaissances des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine sur les mécanismes de réparation et d'indemnisation d'une victime d'un dommage lié aux soins », Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. ffdumas-02555720f.
- LEFEUVRE-DARNAJOU K., « Le lien de causalité ou la résurgence d'une certaine rationalité au sein de la responsabilité », in *Revue juridique de l'Ouest,* 2003, n°4, p.401.
- LE TOURNEAU P., « Responsabilité : généralités », Dalloz, Répertoire de droit civil, 2009.
- LINGIBE P., « infections nosocomiales : Quid des droits des victimes infectées ? », *In* Village de la Justice, 22/06/2020.
- LOCHAK D., « Réflexion sur les fonctions sociales de la responsabilité administrative », *Les mutations du droit administratif,* mai 1993.
- MANAOUIL C. & CALLIES I., « Les différentes voies de recours après un accident vaccinal : étude juridique de la vaccination contre l'hépatite B », Chronique de droit médical n°III, LPA 23 fév. 2006, n°PA200603901.
- MANAOUIL C., « Expertises en responsabilité médicale : comparaison entre les dispositifs judicaire et amiable », in *Médecine & Droit,* 2013.
- MARGERIN V., « Vaccination obligatoire et vaccination volontaire : une distinction inacceptable des victimes d'une SEP suite au vaccin contre le VIB » in *Revue juridique de l'océan indien*, n° 25, 2018.
- MARTIN D., « L'expertise en responsabilité médicale : de critiques en réforme », in *Les Tribunes de la santé,* n°27, 2010.

- MAURY F., « le droit à l'information du patient, un droit fondamental de l'homme aux effets limités », Actu Juridique/ Droit civil, 23/08/2022.
- MAYERIES D., « Comment évaluer le plus justement possible en droit commun la partie déjà subie du dommage permanent ? », in *Revue générale des assurances et des responsabilités,* 2008, n°14374.
- MEMETEAU G., « perte de chances et responsabilité médicale », Gaz. Pal. 1997, 2 doctr.
- MERLIN O., ROSSANT J., « Le déficit fonctionnel temporaire », in *Journal du droit de la santé et de l'Assurance – Maladie (JDSAM),* 2020/2, n°26.
- MINDU P., « Les difficultés d'exécution des décisions des tribunaux administratifs », in *Revue juridique de l'ouest,* 1993-2.
- MONGOIN D., « Les spécificités de l'indemnisation des préjudices liés à la Covid-19 en droit administratif », *Les cahiers Louis Josserand,* juillet 2023.
- N'DA A. C., « La protection du droit au consentement du malade : état des lieux, enjeux et perspectives pour le droit médical camerounais », Bulletin d'information du Centre de recherche A Priori (CRAP) N° 7, Mai 2018.
- NEMEDEU R., « Le Covid-19 et le droit », chron, LE NEMRO, Janvier/Mars 2020.
- NGA NKOUMA TSANGA, R. C., « Effets de la corruption en milieu hospitalier camerounais sur la performance hospitalière », *Revue « Repères et Perspectives Economiques »,* Vol.4 n°2/2e semestre 2020, mis en ligne le 01 Juillet 2020.
- NICOURT B., « La consolidation, l'aggravation », in *Revue Med. et Dr.,* 1995, n°12.
- NOUNAMO KEMOGNE D. et al., Covid-19 et droit au Cameroun, Regards pluriels, Collection Savoirs, éd. LUPEPPO, 2021.
- NTAP E. J., « Vaccination obligatoire des fonctionnaires : levée des boucliers au Cameroun », voaafrique.com, 05/03/2023.
- OBERDORFF H., « La dignité de la personne humaine, fondement des droits de l'homme », in *Droits de l'homme et libertés fondamentales,* Lextenso, Août 2021, 9782275098821.
- PARICARD S., « le consentement à l'acte médical », in *Elsevier Masson SAS,* 2023.
- PARINET-HODIMET P., « L'injonction dans la responsabilité administrative – injonction et réparation », in *RDFA,* 2020.
- PERRIN A., « Injonction (L') en droit public français », EPA-Editions Panthéon Assas, 2009, p.1. Antoine Siffert, « La prothèse défectueuse et imbrication vertueuse des responsabilités », in *Revue juridique de l'Ouest,* 2016-3.

- PICARD E., « l'influence du droit communautaire sur la notion d'ordre public », *AJDA,* 1966.
- PORCHY-SIMON, « L'utilisation des barèmes en droit du dommage corporel au regard des principes fondamentaux du droit de la responsabilité civile », in *Le Droit mis en barèmes ?,* Thèmes et commentaires, Dalloz, 2014.
- PORTES L., « Du consentement du malade à l'acte médical », communication à l'Académie des sciences morales et politiques, 30 janvier 1950, repris dans *le recueil À la recherche d'une éthique médicale*, Paris, Masson/PUF, 1954.
- POUILLAUDE H.-B., « Eléments sur la responsabilité juridique de l'Etat en cas de crise sanitaire », in *Ethique Santé,* décembre 2021, 18(4).
- PROUST B., « Anormalité du dommage et infections nosocomiales », in *Revue juridique de l'Ouest,* 2007-4.
- QUEZEL-AMBRUNAZ C., « Les postes extrapatrimoniaux dans les référentiels d'indemnisation face à l'inflation », in *Gazette du Palais,* mardi 17 octobre 2023, n°33.
- RENAUDIE O., « la dimension idéologique du service public hospitalier », in *RDSS,* n°4, Juillet-Août 2017.
- RENAUDIE O., « La police sanitaire : un outil au service de la lutte contre le Coronavirus », in *Civitas Europa,* ed. IRENEE/ Université de Lorraine, 2020/2 (n°45).
- REMY-CORLAY P., « De la réparation », in *Pour une réforme du droit de la responsabilité civile*, Paris, Dalloz, 2011.
- RINGELHEIM J., « Droit, contexte et changement social », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques,* 2013/1 volume 70.
- RODAT O., CLEMENT R., BRESSON C., « De l'anormalité du dommage et de l'état antérieur », in *Revue juridique de l'ouest,* 2007-4.
- ROQUES F., « l'action récursoire dans le droit administratif de la responsabilité », *AJDA,*1991.
- ROSSET-MAZARIN A., « Préjudices corporels et référentiels d'indemnisation », mémoire de recherche en droit, université Grenoble Alpes, 2017, p.76 ; A. Boyer, « Référentiel d'indemnisation des mines anti-personnel : discours sur la méthode », *Gaz. Pal.,* 10 Août 2010.
- ROUAULT M.-C., « Le collaborateur occasionnel et la protection fonctionnelle », actu-juridique.fr, 04/04/2017.
- ROUSSET G. Judiciarisation et juridicisation de la santé : entre mythe et réalité. Carnets de Bord 2009 ; n°16.

- SARGOS P., « Les sept piliers de la sagesse du droit », JCP G 2015, étude 34, p.51.
- SENERS F. & ROUSSEL F., « l'imputabilité du préjudice », *In Répertoire de la responsabilité de la puissance publique,* Dalloz, 2017.
- SOIRON FALLUTM., « Les églises de réveil en Afrique centrale et leurs impacts sur l'équilibre et la stabilité des Etats : les cas du Cameroun, du Gabon et de la République du Congo », *Ministère de la Défense-Délégation aux affaires stratégiques,* 2012.
- STENGER G., « Le fatalisme de Diderot », in *Mélanges Jacques le fataliste,* La collection du CTEL, Université Côte d'Azur, l'Harmattan, 2017.
- TAPINOS D., « Les aggravations annoncées », in *Gaz. Pal.,* 2013, n°47.
- TEFOUET SOKENG P. A., « Le juge et les erreurs médicales au Cameroun », in *International Multilingual Journal of science and technology,* vol. 6 Issue 10, octobre 2021.
- TIFINE P., « Droit administratif français- sixième partie- chapitre 3 : Conditions d'engagement de la responsabilité », *Revue générale du droit on line,* 2013, numéro 4760.
- TREMEUR M., « La responsabilité des services publics hospitaliers évolution/perspectives », *In petites affiches n°83*, 12/07/1995.
- TRUCHET D., « la décision médicale et le droit », *AJDA,* 1995.
- TUNC A., « Force majeure et absence de faute en matière délictuelle », *RTD* civ. 1946.
- TURPIN D., « La responsabilité sanitaire et sociale : évolutions et tendances », *RDSS,* 2015.
- VAYRE P., PLANQUELLE D., FABRE H., « Le lien de causalité en matière de responsabilité médicale », *Médecine & Droit* 2005 78-84.
- VERON P., « Les données acquises de la science et leur application dans le temps par le juge dans le contentieux de la responsabilité médicale », in *Revue de droit public,* n°2, 2023.
- VILLENEUVE P., « Quelques précisions sur la notion de faute en matière médicale », in *Petites affiches*-n°133, 2000.
- VIOUJAS V., « La résurrection du service public hospitalier », *AJDA* 2016. 1272.
- VIOUJAS V., « Les obligations du service public hospitalier : quelles spécificités ? », in *RDSS,* n°4, Juillet-Août 2017.
- VITALE L., « L'anormalité du dommage », Santé/Droit médical, *Gazette du Palais,* mardi 14 mars 2022-n°20.

- WATRIN G., « l'autorité de la chose jugée en droit administratif français », *in Répertoire de droit administratif*, Dalloz, 1958.
- ZOGO NKADA S. P., « Réflexions sur les fondements normatifs du droit de la santé dans l'ordre juridique camerounais », in https://dergipark.org.tr.

➢ **RAPPORTS ET COMMUNICATIONS :**

- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) – Bureau Régional de L'Europe Copenhague, « La pauvreté et la santé – Données disponible et action menée dans la Région Européenne de l'OMS », *Comité Régional de l'Europe*, 2001.

✓ **Au Cameroun :**

- André Mama Fouda, ancien ministre de la santé du Cameroun, « Formations sanitaires, les directives sur l'accueil des patients », 22 avril 2016, *www.minsante.cm,* 16/10/2022.
- André MAMA FOUDA, ministre de la Santé Publique, « formations sanitaires, les directives sur l'accueil des patients », *In* www.minsante.cm, 22/04/2016.
- Banque Mondiale, « Cameroun – Vue d'ensemble », banquemondiale.org, 02/06/2022.
- Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE), avis 129 du 25 sept. 2018.
- Comité régional pour l'Afrique/OMS, « Promouvoir le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé : stratégie de la région africaine », 50ème session, Ouagadougou, 20002.
- Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), Livre blanc préc., recommandation n° 4.
- Extrait du discours du représentant du Ministre de la Santé Publique camerounais, prononcé au Parlement lors du « forum d'informations et d'échanges sur la Médecine Traditionnelle au Cameroun » le 25 Juin 2020, *In « Bulletin de Médecine Traditionnelle »* n°1, 2020.
- Extrait du discours du représentant du ministre de la Santé Publique, *Bulletin de Médecine Traditionnelle,* MINSANTE, n°001, 2020.
- https://www.minfopra.gov.cm/index.php/fr/code-du-travail.
- Manaouda Malachie, actuel Ministre de la Santé Publique au Cameroun, « Agenda de transformation du système de santé Camerounais : le temps d'agir », 2020.

- Ministère de la Santé Publique du Cameroun, *Mise en œuvre du projet de la REFORME HOSPITALIERE,* 2016.
- Ministère de la Santé Publique, « Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2015 ». https://www.UHC2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Page/Cameroon/Cameroon_National_Health_Plan_2011_2015_French.pdf
- Projet de loi relatif à la bioéthique, art. 11
- Radio France Internationale (RFI), « Cameroun : enquête ouverte après la mort d'un nouveau-né brûlé dans sa couveuse », https://www.rfi.fr/fr/afrique/20230314-cameroun-enqu%C3%AAte-ouverte-apr%C3%A8s-la-mort-d-un-nouveau-n%C3%A9-brul%C3%A9-vif-dans-sa-couveuse
- www.prc.cm/fr/le-cameroun/presentation, 08/06/2022

✓ **En France :**

- « Qu'est-ce qu'une agence régionale de la santé ? », https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante , 12/02/2024.
- Académie Nationale de Médecine, « La relation médecin – malade », rapport adopté le 22 juin 2021 par 105 voix pour, 5 voix contre et 9 abstentions.
- Agence Régionale de Santé, Île-de-France, *Schéma de promotion de la démocratie en santé,* 2013-2017.
- ARS, « Le service public hospitalier », https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_38.pdf , p.2, 12/03/2024.
- Benoît Mornet, *L'indemnisation des préjudices en cas de blessures ou de décès,* septembre 2022.
- Commission de terminologie et de néologie pour le domaine de la santé, au cours de la séance du 14 juin 2001.
- Conseil d'Etat, « Les établissements publics », Etude adoptée par l'Assemblée Générale plénière le 15 octobre 2009.
- Conseil d'État, *Responsabilité et socialisation du risque* - Rapport public 2005, 399 p
- FGTI, Guide de l'indemnisation des victimes d'actes de terrorisme : https:// lext.so/TKURp9.
- Fonds de garantie des victimes, *Charte de l'expertise médicale des victimes d'actes de terrorisme,* janvier 2021.

- Groupe de Travail dirigé par J.-P. Dintilhac, *Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels*, juillet 2005.
- Haute Autorité de Santé « Les nouvelles réformes de coopération entre professionnels de santés, les aspects juridiques », Octobre 2007.
- Jean Marc Suavé, vice-président du Conseil d'Etat, « Les critères de la qualité de la justice », Discours prononcé à l'occasion de la célébration des vingt ans du Tribunal de première instance des communautés européennes, Luxembourg, 25 sept.2009.
- Jean-François Mattei, ancien ministre de la santé en France et président de l'Académie Nationale de Médecine (2020), lors d'une conférence prononcée devant l'Académie des Sciences morales et politiques (Institut de France) le 5 décembre 2020 intitulée le « pouvoir médical ».
- Le concours médical, *Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun,* 2001.
- Ministère de la santé et des solidarités. Infections Nosocomiales : le dossier, janvier 2007. Rapport.
- MM. Alain Anziani et Laurent Béteille, « Rapport d'information », n°558, SENAT, session extraordinaire de 2008-2009.
- ONIAM, Référentiel indicatif d'indemnisation : https://lext.so/hFP0Do.
- Rapport d'information J.– L. Touraine sur la révision de la loi relative à la bioéthique, 15 janv. 2019, proposition n° 43.
- Rapport public du Conseil d'Etat, 2005, considérations générales : *Responsabilité et socialisation du risque* (EDCE n°56), 2005.
- Recommandation sur l'IA adoptée par le Conseil de l'OCDE le 22 mai 2019.
- Référentiel indicatif d'indemnisation par l'ONIAM, 2022.
- Service public, « Saisir la commission (CCI) en cas d'accident médical, infection nosocomiale… », https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F13318#:~:text=Un%20accident%20m%C3%A9dical%20est%20consid%C3%A9r%C3%A9,(AIPP)%20sup%C3%A9rieur%20%C3%A0%2024%20%25
- Stratégies spatiales, « Analyse géographique de la couverture sanitaire au Cameroun : répartition des formations sanitaires et de la charge du personnel de santé », n°002, Mars-Avril 2019.

- **DICTIONNAIRES ET OUVRAGES METHODOLOGIQUES :**

- Cicéron, *Les Topiques : www.mediterranees.net/art_antique/ciceron/topiques.html,* 28/03/2022
- CORNU G., Association Henri CAPITANT, *Vocabulaire juridique*, 10ème éd., Paris, PUF, coll. Quadrige – Dicos Poche, 2014.
- Dictionnaire *Larousse 2009.*
- Emmanuel Pisier et Olivier Duhamel (*dir*), *Locutions latines juridiques,* Dalloz, 2007.
- Gérard Cornu, *Vocabulaire juridique de l'Association Capitant,* 8e éd., PUF, Coll. « Quadrige ».
- GUILLIEN R. et VINCENT J., *Lexique de termes juridiques,* Paris, Dalloz, 1988.
- Guinchard (S) et Debard (T), *Lexique des termes juridiques 2019-2020,* Dalloz.
- hierry Rambaud, *Introduction au droit comparé, Les grandes traditions juridiques dans le monde,* Paris, Presses Universitaires de France, 2017.
- M. GRAWITZ, *Méthodes des sciences sociales,* Paris, Dalloz, 2000.
- M. Grawitz, *Méthodes des sciences sociales,* Paris, Dalloz, 2001.
- MACE cité par DEPELTEAU, *la démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats,* Québec, Agymynarquis, 2000.
- Madeleine Grawitz, *Méthodes des sciences sociales,* Dalloz, Paris, 1998.
- Michel Cosnars, « immunités », dans Denis Alland et Stéphane Rials, *Dictionnaire de la culture juridique,* Paris, Lamy-PUF, « Quadrige », 2003.
- Ph. Thery, « Exécution », *Dic. Culture juridique*, Puf, coll. Quadrige, 2003.
- R. QUIVY et L. COMPENHAUDT, cité par F. DEPELTEAU, *La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats,* Québec, Agymynarquis, 2000.
- Véronique Champeil-Desplats, *Méthodologies du droit et des sciences du droit,* Paris, Dalloz, 2014.
- Véronique Champeil-Desplats, *Méthodologies du droit et des sciences du droit,* Paris, Dalloz, 2014.

- **JURISPRUDENCES :**

- **Jurisprudences camerounaises**

- Conseil du Contentieux Administratif (CCA), jugement n°66 du 25 septembre 1951, MBOUMOUA KANGUE contre Administration du Territoire.

- Arrêt n°370/CCA du 03 septembre 1955, ESSINDI ESSAMA c/ Administration du Territoire
- Dans l'affaire Mbedey Norbert du 29 mars 1972, le juge administratif s'est déclaré compétent devant le silence de la loi, alors que l'espèce qui lui était soumise présentait les caractères d'un contentieux judiciaire Jugement n°35/CS/CA du 22 février 1979, *Caisse nationale de prévoyance sociale c/ United Cameroon International Company*
- CS/CA, jugement n°87 du 30 juin 1983, *ONAMBELE Germain contre Etat du Cameroun*
- Cour Suprême/ Chambre Administrative, jugement n°13 du 23 novembre 1989, ENYENGUE DIPOKO Bernard contre Etat du Cameroun
- CS/AP (Cour Suprême, Assemblée plénière), 16 août 1990, *Albert Ono Ngafor C/ Etat du Cameroun.*
- CA/CS, jugement n°10 du 27 octobre 1994, *LIBAM Michelin contre Etat du Cameroun*
- Cour Suprême, Chambre administrative, jugement n°38 du 30 mars 1995, NYAM Charles contre Etat du Cameroun (MINESUP).
- CA/CS, jugement n°159 du 19 novembre 2008, *Syndicat National Autonome de l'Enseignement Secondaire (SNAES) contre Etat du Cameroun (MINATD).*
- *MVENG ELLA Francis contre Etat du Cameroun* (Jugement n°103 du 25 mars 2009
- CS/CA, jugement n°71 du 3 février 2010, *Davide NJINI BORNO contre Etat du Cameroun.*
- CS/CA, jugement n°59 du 23 mars 2011, *DEFFO contre Etat du Cameroun.*
- Jugement n°32/CIV/TGI/2013 du 10 Juillet 2013, *NGO LIKOUND Félicité c/ Dr BILONG Serges Clotaire et Etat du Cameroun* (Cour d'appel du centre/ Tribunal de Grande Instance du Nyong et Kelle
- Tribunal administratif du Centre, jugement n°371/2016/TA-YDE du 13 décembre 2016, Aff. *Epoux TANKOUA c/ Etat du Cameroun (Hôpital Général de Yaoundé)*
- Tribunal de Première Instance de Yaoundé-centre administratif, Jugement n°1541/CO du 09 mai 2017, Aff. Ministère Public et Kwankeu Tatnke Richard C/ Ibrahim Farikou et Mme FOMULU Grace NUBONYIN
- Jugement n°127/ADD/2019/TA-YDE du 23 Avril 2019, affaire *NOMO Romaric Eugène C/ Etat du Cameroun (MINSANTE).*
- Jugement n°306/2020/TA-YDE du 18 Août 2020, *Sieur BOHONGO Salomon et son épouse née LOUNGA Odile Ginette, représentants légaux de NGUIYIJAM Lumière Cristale c/ Etat du Cameroun (MINSANTE).*

- *Aff. BEYINA MESSANGA Jean Baptiste C/ Etat du Cameroun (MINSANTE)*
- Cour Suprême / Chambre administrative, arrêt n°196/QD/2022 du 12/10/2022, *Procureur Général près le Tribunal administratif du Centre C/ Etat du Cameroun (Minsante)*
- CS/CA, arrêt n°196/QD/2022 du 12/10/2022, *Procureur général près le Tribunal administratif du centre C/ Etat du Cameroun (Minsanté) , NOMO Romaric Eugène.*
- Tribunal administratif du Centre, jugement n°111/ADD/2022/TA-YDE du 21 juin 2022, Aff. *Domche Ngniedjo Mac Raoul c/ Etat du Cameroun (HGOPY).*

- **Jurisprudences françaises**

- T.C, 8 février 1873, *arrêt Blanco*
- T.C., 5 mai 1877, S. 1878.II.93).
- TC, 25 mars 1957, arrêts *Isaad Slimane et Chilloux*
- T.C., 5 mai 1977, aff. *Laumonnier Carriol,*
- T.C, 22 janvier 1921, *Société commerciale de l'Ouest africain*
- TC, 11 avril 2016, Centre hospitalier de Chambéry c/ M. et autres, n° 4044
- Cons. Const., 15 janv. 1975, *IVG,* n°74-54 ;
- Cons. Const., 22 juill. 1980, *contrôle des matières nucléaires*, n°DC 80-117
- CJCE, 9 févr. 2006, aff. C-127/04.
- CJCE, 10 mai 2001, aff. C-203/99
- CJUE, 21 déc. 2011, *CHU Besançon,* n°C-495/10 : AJDA 2011.2505.

- ✓ **Jurisprudences administratives :**
- CE, 3 février 1911, Anguet, *Rec.* 146 ; S.1911, 3, p. 137, note de Hauriou
- CE, 30 novembre 1923, *Couitéas, RDP* 1924, p.75
- CE, 29 avril 1935, *Donnadieu,* Rec. CE, p.1541.
- C.E, 13 mai 1938, *Caisse primaire « Aide et Protection »*
- CE 24 avr. 1942, Morell, Lebon 136.
- CE 10 août 1945, Laborie, Lebon 179. – 14 oct. 1959, Secr. d'État aux PTT, Lebon T. 1104.
- C.E., 18 novembre 1949, « *Mimeur », « Defaux », et « Bestchlsemer »,* Rec. CE 1949, P.492 ; Rev. Adm. 1950, p.38, note Liet-veaux.

- CE Ass. 28 juillet 1951, Delville, *Rec.* 464 ; JCP, 1952, II, p.6734, note Eisenman.CE 21 janv. 1955, Billiet, Lebon 43.
- CE, 7 oct. 1955, *Hôpital-Hospice de Bayeux c/ Vve Hervé : Rec. CE.*
- CE 12 oct. 1956, Épx Fabre, Lebon 368.
- CE, 20 mars 1957, n° 7295 et 19220, *Hospices de Perpignan*.
- CE, 27 mai 1957, n° 35159, *Denis*.
- Conseil d'Etat du 28 juillet 1957, *Laruelle*
- CE, Assemblée, 7 mars 1958, Secrétaire d'Etat la santé publique c/ Sieur D., n° 38230
- CE., ass., 4 juillet 1958, Greffe et *époux Reyes, Rec. Leb.* P.414, J.C.P., 1959. II. 11117, concl. Long ; *A.J.D.A.,* 1958, p.314,
- CE Contentieux, 8 janvier 1959, *Centre hospitalier du Mans*, n°s 31475 et 31636
- CE 26 juin 1959, Rouzet, *AJDA,* 1959, p. 273.
- CE, 18 novembre 1960, *Savelli*, Rec. 640
- obs. Fournier et Combarnous. 16 nov. 1960, *Epoux Cachet,* Rec. *Leb.,* tables, p.1134. 12 déc. 1975,
- CE, ass., 13 juill. 1962, n° 57498, Sieur Bréart de Boisanger, Lebon.
- CE 3°s-s-r, 24 avril 1964, n°61278, Hôpital-Hospice de Voiron, inédit au recueil Lebon ;
- CE, 22 mars 1967, C.H.U. Montpellier, *Rec.*
- CE, sect., 8 nov. 1968, Cne de Mounes-Prohencoux, Lebon 563.
- CE 2 juill. 1971, SNCF c/ Épx Le Piver et autres, Lebon 504 ;
- CE, sect., 29 janv. 1971, Assoc. Jeunesse et Reconstruction, Lebon 81 ;
- CE 8 mars 1972, n° 85721, Thfoin, Lebon
- CE 1er juin 1973, Mme et Mlle Goujon, Lebon T. 1112.
- CE 2 déc. 1977, Mme Rossier, Lebon 485
- CE, 3 mars 1978, *Müesser,* n°94827
- CE, 19 janv. 1980, *Mme Martins,* Lebon, p.4.
- CE 5° et 3° s-s-r., 14 décembre 1981, n° 17895, Centre hospitalier de Pontoise c. Matin, mentionné aux tables du recueil Lebon
- CE, 5 mai 1982, *Hospices de Lyon c/ Epoux Hombourger*
- CE, 28 janv. 1983, *Mlle Amblard :* Rec. CE, p.32.
- CE Contentieux, 16 mars 1984, n°s 23583 (N° Lexbase : A4276ALX) et 40325 (N° Lexbase : A4277ALY), *Centre hospitalier de Beauvais c/ Coulombel et Duhamel*.

- CE 5° et 3° s-s-r., 17 avril 1985, n°50438 et n°55866, Département de la Moselle c. Manson, mentionné aux tables du recueil Lebon.
- CE, 25 juill. 1986, *Centre hospitalier de Sélestat,* n°67420
- CE Contentieux, 8 octobre 1986, n°61503, L.c. Centre hospitalier général de Château Thierry, publié au recueil Lebon
- CE, 9 novembre 1988, n°53755.
- CE, 9 décembre 1988, *Cohen*, Rec. 431, n° 65087
- CE, 1er mars 1989, *Bailly*, Rec. 908, n° 67255 ;
- CE, 4 juillet 1990, n°63930, *Société d'assurances Le Sou Médical,* p.552 ;
- CAA Lyon, 21 déc. 1990, *Consorts Gomez :* Rec. CE, p.498 ;
- CE, 14 juin 1991, *Maalem,* Rec. T. 1184, n° 65459.
- CE, Ass., 10 avril 1992, *époux V,* n°79027, publié au recueil Lebon
- C. adm. Paris, plén. 20 oct. 1992, réq. N. PA00088 ;
- CE, 9 avril 1993, n° 69336
- CE, ass., 9 avr. 1993, *Bianchi* : Rec. CE, p.127.
- CE, Ass. 9 avril 1993, M.D., n°138653, Leb. p. 110, concl. H. Legal
- CE, 29 juill. 1994, *Courty : Rec. ce, p.369*
- CAA Nantes, 10 févr. 1994, *André Michel,* n°93NT00192.
- CE. Assemblée, 26 mai 1995, 151798, publié au recueil Lebon
- CAA Paris, 3 avril 1997, *centre hospitalier de Papeete*, n° 96PA00077
- CE Contentieux, 16 novembre 1998, n°178585, publié au recueil Lebon.
- CAA Paris, Plén., 9 juin 1998, n° 95PA03525, Mme B.
- CE, 17 juin 1998, *Min du budget c. Chung,* n°156532, au Rec
- CE, 31 mars 1999, *Assistance Publique à Marseille*, Rec. 114, n° 181709
- CE, sect., 5 janvier 2000, *consorts Telle,* Rec. CE, p.5, concl. D. Chauvaux
- CE, 29 mars 2000, n°195662, *Assistance Publique – Hôpitaux de Paris*, D. 2000.
- CE, 16 juin 2000, *Hospices civils de Lyon*, n° 196255
- CE, 15 janv. 2001, n°208958
- CA Aix-en-Provence, 21 juin 2001, n°97/04802 : JurisData n°2001-151211
- CE, 28 décembre 2001, n°213931, *M. Valette* (AJDA 2002, p.359, *concl. R. Schwartz).*
- CE. Ass., 26 oct. 2001, n°198546, *Mme Senanayake :* JurisData, n°2001-063069
- CE, 27 novembre 2002*, Mme Neveu c./ centre hospitalier intercommunal de Créteil,* n°211370, Lebon p. 315
- C.E, 13 novembre 2002, *Mme Distel et aures, Rec.,* p.390 ;

- C.E, Assemblée, n°238689, 12 avril 2002, *M. Papon*
- CE, 19 mars 2003, CHRU de Caen, req., n°195007
- CE, 9 juillet 2003, *APHP c/ Marzouk,* AJDA 2003, p.1946, note M. Deguergue
- CE 4° et 5° s-s-r., 27 juin 2005, n° 261574, R., mentionné aux tables du recueil Lebon (N° Lexbase : A8705DIA).
- CE 9 juillet 2003, réq. n°220437, *AH-AP c/ Marzouk, Lebon 338*
- CE, 27 juin 2005, *M. et Mme X.*, n° 250483.
- CE, 31 mai 2006, *M. Duchesne,* req. n°282134.
- CE, 25 octobre 2006, *centre hospitalier universitaire de Brest*, n° 275700, concl. D. Chauvaux.
- CE, 9 mars 2007, *Mme Schwartz,* n°267635, Lebon, p. 118
- CE, 26 juillet 2007, *Castel, Rec. Tab.,* p.914
- CE, avis, 10 oct. 2007, req. n°306590
- CE, 21 mars 2007, *Commune de Boulogne-Billancourt, BJCP 52/2007,* p.230.
- CE 4° et 5° s-s-r., 25 juillet 2007, n° 289054, Centre hospitalier du Puy-en-Velay, inédit au recueil Lebon
- CE, 27 oct. 2008, *Société Almirall,* req. N°300389
- TA Paris, 24 juin 2008, Mme Éliane Lebon, n° 0511243-6-2
- CE, 18 Juin 2008, *Société anonyme Hôtel Negresco, n°284942*
- CAA Lyon, 14 oct.2008, n°05LY01957, CPAM Haute-Savoie, anesthésistes
- CAA Versailles, 16 déc. 2008, n°07VE01502, CHI Le Raincy Montfermeil, personnel infirmier ;
- CE, 9 mars 2009, *Mme G.,* n° 303983
- CE, 3 avril 2009, n°308181.
- CE 4° et 5° s-s-r., 10 avril 2009, n° 301443, Hospices civils de Lyon, mentionné aux tables du recueil Lebon
- CE, 4 décembre 2009, req. N°309521, *Consorts El Khebbaz, Lebon, AJDA* 2009. 2321
- CE 10 avril 2009, req. N°296630, *Mme Christiannr A…,*
- CE 4° et 5° s-s-r., 26 mai 2010, n°306354, mentionné aux tables du recueil Lebon.
- CA Aix-en-Provence, 3 nov. 2010, n°2010/395 et n°08/18696 ;
- CAA Versailles, 25 mai 2010, n° 08VE02901
- CAA. Bordeaux, 21 déc. 2010, n°10BX00418
- CE, 2 mars 2011, *Société laboratoire Fénioux pharm,* req. N°335321.
- CE, 04 mars 2011, *Mlle A.*, req. n° 313369

- CE, 13 mai 2011, *Lazare,* n°329290.
- CE, 18 juillet 2011, *centre hospitalier de sens,* n°328881.
- CE. 1ère et 6e sous-sections réunies, 27 avril 2011, Association pour une formation et information indépendante en santé (Formindep), 334396, Publié au recueil Lebon
- CE, 19 octobre 2011, M. V., n° 339670.
- CE 10 oct. 2011, n° 328500, *Centre hospitalier universitaire d'Angers*, Lebon
- CE, 19 oct. 2011, *Mme V.,* n°339670.
- CAA Nantes, 20 oct. 2011, n°10NT00271.
- CE, 17 février 2012, *Consorts M…* n°342366, aux Tables p. 985
- CE 12 févr. 2012, req. N°331277, *André,* Lebon.
- CE, 17 févr. 2012, n°342040, *CHU de Nîmes.*
- CE, 12 mars 2012, *CHU Besançon II,* n°327449
- CAA Douai, ord., 21 juillet 2012, n°15DA00337
- CAA Paris, 27 mai 2013, n°12PA01405
- CE, 21 juin 2013, *Centre hospitalier du Puy-en-Velay*, n°347450, Lebon p. 177
- CE, sect., 25 juillet 2013, *Falempin,* n°339922
- CAA Lyon, 9 janv. 2014, req. n°13LY01135, *M. et Mme E.*
- CE, 12 mars 2014, M et *Mme P…* n°358111, Lebon p. 855
- T.A de Paris, 6e sec., 16 juin 2014, *Mme A.,* req. N°1312345/6
- CE 15/04/2015 n°367276
- CAA Paris, 31 juillet 2014, n°11PA03408.
- CE, 31 mars 2014, *centre hospitalier de Senpis,* n°345812 et 346767
- CAA Bordeaux, 25 mars 2014, n°12BX02507.
- CE, 28 mai 2015, *AP-HP,* n°351237.
- CE, 27 juillet 2015, n°367484, Lebon
- CAA Bordeaux, 7 avr. 2016, n° 14BX00011.
- CE, 16 juin 2016, *Champeaux,* n°382479
- CE, 27 juin 2016, n°386165
- CAA Nancy, 7 avril 2016, *Mme Z.,* n°14NC01294
- CE, 2ère et 6e ch. Réunies, 9 nov. 2016, *Faure c/ Min. Affaires sociales, Santé et Droits de la femme,* n°393902 et n°393926.
- CE, 30 décembre 2016, Centre hospitalier de Chambéry, n° 375406
- CE, 1ère et 6e ch. Réunies, 9 nov. 2016, *Faure c/ Min. Affaires sociales, Santé et Droits de la femme*, n° 393902 et n° 393926, *AJDA 2017*, 426, note S. Brimo.

- CAA Paris, 29 déc. 2017, n°15PA03599, M.D. c/ AP-HP, sages-femmes ;
- CE, 23 mars 2018, n°402237.
- TA Paris, 9 mars 2018, n°1710350.
- CAA Douai, 29 nov. 2018, FGTI, n° 18DA00335.
- CE, 13 nov. 2020, n°427750
- CE, 5e et 6e ch. Réunies, 29 sept. 2021, n°432627
- Ch. Mixte, 25 mars 2022, pourvoi n° 20-15.624

✓ **Jurisprudences judiciaires :**

- C. Cass, chambre mixte du 27 février 1870, 68-10276, publié au Bulletin
- Cass. civ., 14 mars 1892, *DP,* 1892.
- Cass. civ. 1re, 20 mai 1936, S. 1937. 1. 322
- Cass. Civ., 28 juilet 1937, *Bull. Civ.* N°181, p.377
- Civ. 1ère, 3 avr. 1939, DH. 1939.337.
- Civ. 1ère, 28 janv. 1942, *Bull. civ.* I, n°177 et 178, arrêt *Teyssier*
- Cass., crim., 8 mai 1947, D 1948-109
- Cass. 2e civ., 28 oct. 1954, n°1767
- Civ. 1ère ch. 28 juin 1960, J.C.P 1960. 11787, note R. Savatier.
- Civ. 1ère ch. 19 juin 1962, J.C.P 1962.4.110, *Bull. civ. I,* n°316 p.279;
- Cass. 1ère civ., 9 juillet 1963, Bull, civ., I, n°378
- Cass. 1ère civ., 14 déc. 1965, Bull. civ. 1965, I, n°707 ; JCP G 1966 II, 14753
- Cour de Cassation, chambre criminelle, 7 novembre 1968, *Arrêt Rochas*, Bulletin criminel
- Cass. 1ère civ. 30 oct. 1967 : Bull. civ. I, n°317
- Cass. 1re civ., 29 oct. 1968 : Bull. civ. I, n° 252
- Cass. 1ère civ., 18 mars 1969, JCP 1970, II,16422, noté A. Rabut
- Cass. 2e civ., 15 déc. 1971, n°70-12.603, publié au Bulletin.
- *Cass. 1re civ., 4 janv. 1974 : RTD civ. 1974, p. 822*
- Cass. 2e civ., 15 oct. 1975, n°74-12.117, *Bull. Civ. II,* n°261, p.209.
- Cass. 1re civ., 29 juin 1977: Bull. civ. I, n° 242. –
- Cass. 2e Civ., 11 janvier 1979, Bull. 1979, n° 018, pourvoi n° 77-12.937 ;
- Civ. 17 juin 1980, *Bull. civ. I,* n°187, p.151.
- Crim., 6 décembre 1983, Bull. crim., n°329
- Civ. 1ère, 19 mai 1984, n°82-15804, *D.* 1985. IR 368, obs. J. Penneau ;

- Cass. 2e civ., 13 janvier. 1998. n°86-16.046,
- Cassation, assemblée plénière, 19 mai 1988, n°87-82. 654
- Cass. crim., 23 juin 1988, n° 86-90.509 ;
- Cass. 1re Civ., 11 octobre 1988, Bull. 1988, I, n° 280, p. 192, pourvoi n° 86-12.832.
- Cass. 1ère civ., 15 novembre 1989, n° 88-12.702 ;
- Cass. 1re civ., 13 déc. 1989, n° 88-17.459, 88-17.882 : JurisData n° 1989-004570
- Cass. 1ère civ., 13 décembre 1989, n° 88-17.459
- Cass. 1ère civ., 7 février 1990, n°88-14797.
- Cour de cassation, chambre criminelle, 14 juin 1990, n°88-87. 396, solution constante.
- Cass. 1re civ., 8 oct. 1991, n° 89-15.882
- Crim. 2 avr. 1992, n°90-87.526
- CA Paris, 20 fév. 1992, *Juris-Data* n°021279.
- Cass. 1re civ., 27 janv. 1993, n° 91-13.246
- Civ. 2, 22 février 1995, Bull. civ. II, n° 61.
- Cass. civ. 1re, 21 mai 1996 : Bull. civ. I, n° 219.
- Civ. 2, 19 juin 1996, Bull. civ. II, n° 159.
- Civ. 2e, 6 juin 1996, n°95-50.086, PII, n°188 ;
- CA Pau, 16 oct. 1996 : JurisData n° 1996-045736
- Cass. 1ère civ., 25 févr. 1997, *Hédreuil c/ Cousin,* n°94-19685
- Cass. 1ère civ., 14 oct. 1997, n°95-19609 ;
- Cass. crim., 25 mars 1998, n° 96-85.382
- Cass. 1ère civ., 16 juin 1998, n° 97-18.509.
- Cass. 2e Civ., 24 juin 1998, Bull. 1998, n°226, pourvoi n° 96-18.534
- CA Nancy, 30 août 1999 : JurisData n° 1999-101571
- Cass. civ. 1re, 29 juin 1999, 3 arrêts : JCP G 1999, II, 10138, rappr. P. Sargos. - Rappr.
- Cass. crim., 30 juin 1999, n° 97-82.351
- Cassation, assemblée plénière, 25 février 2000, n°97-17-378.
- Cass. 1ère civ., 8 novembre 2000, n°99-11.735
- Cass. 1ère civ., 8 nov. 2000, *Destandau C/ Y. T. :* JurisData n°006741
- Cass. 1ère civ., 23 mai 2000, nos 98-20440 et 98-19869 : JCP G 2000. I 280. Obs. Viney G.: RTD civ 2000. P.840, obs. Jourdain P.;
- Cass. 1ère civ., 6 juin 2000, n°98-19295
- C. Cass, Ass. Pl., 17 nov. 2000, *Perruche,* n°99-13.701, publié au bull.
- Cour de cassation, 1ère Chambre civile, 8 nov. 2000, Bull. n°287

- Cass. 1ère civ., 9 mai 2001, n°99-18.161 ;
- Cass. 2e Civ. 11 octobre 2001, Bull. 2001, n° 154, pourvoi n° 99-16.760
- Cass. 1ère civ., 9 oct. 2001, n°99-20826 ;
- Ass. plén., 14 décembre 2001, n° 00-82.066
- Civ. 2e, 23 janv. 2003, n°01-00.200, P II, n°20-
- Cass. 2e civ., 19 juin 2003, *Mme Dibaoui c/ Flamand a.,* n°01-13.289, P II, n°203.
- Civ.1re, 15 juin 2004, Bull. Civ. I, no 171, p. 142, pourvoi no 01-02.338.
- Civ. 1re, 24 juin 2004, pourvoi n° 02-16.401.
- Cass. 2e civ. 8 juill. 2004, n° 02-20199 : Bull. civ. II, n° 391.
- Civ. 1ère, 7 décembre 2004, Bull.Civ.I, n° 306, p. 256, pourvoi n° 02-12.539.
- Cass. 1ère civ., 1er mars 2005, n° 03-19.062
- Civ. 1ère, 15 nov. 2005, n°0418180.
- Cass. 1ère civ., 29 novembre 2005, n° 04-13.805 ;
- Cass. Civ. 1ère, 24 janvier 2006, *Sté Aventis Pasteur MSD,* pourvoi n°03-19.534
- Cass. 1ère civ., 3 mai 2006, n°05-10.411,
- Cass. 1ère civ., 3 avril 2007, n° 05-10.515 ;
- Cass. 1ère civ., 31 mai 2007, n°06-12-641 : JurisData n°2007-039061
- Civ. 1ère, 31 mai 2007, pourvoi n°03-19365, inédit.
- Crim.13 nov. 2007, n°07-80.995, P n°276 –
- Cass. crim., 15 avril 2008, n° 07-83.604,
- Cass 1re civ., 27 nov. 2008, n° 07-15.963 : JurisData n° 2008-045981 ; JCP G 2009, II, 10007
- Civ. 2e, 28 mai 2009, n° 08-16.829
- Cass. 1ère civ., 25 juin 2009, n° 08-15.560
- Cass. 1ère civ., 25 juin 2009, pourvoi n°08-12781, Bull. n°141.
- Cass. 3e civ., 12 janv. 2010, n°08-19.224.
- Cass. 1ère civ., 28 janvier 2010, n° 09-10.992.
- Civ. 2e, 17 juin 2010, n° 09-15.842
- Cass. civ. 1ère 01/07/2010 n°09-69.151.
- Crim. 30 nov. 2010, n°10-30.447
- Cass. civ. 2, 17 mars 2011, n° 10-14.468
- Civ. 2e, 7 juin 2011, n°99617.645
- Cass. 2e civ., 7 juill. 2011, n° 10-20373, préc. –
- Cass. civ. 2, 12 mai 2011, n° 10-20.590

- Civ. 2, 12 mai 2011, n° 10- 17.148
- Civ. 2, 24 mai 2012, n° 11-14.576.
- Civ 1ère, 12 juillet 2012, n°11-17.072, Bull. civ. I, n°171.
- Cass. 1ère civ., 26 septembre 2012, n° 11-19.284
- Cass. 1ère civ., 16 janv. 2013, n°12-14-020.
- Cass. 1ère civ., 20 mars 2013, n°12-13900.
- Cass. crim., 28 mai 2013, n° 11-88009
- Civ. 2, 4 juillet 2013, n°12-23.915
- Cour de cassation, 2e ch. civ., 12 septembre 2013, n°12-20.750
- Cass. 2e civ., 21 nov. 2013, n° 12-19000
- Civ. 2, 21 novembre 2013, n° 12-28.168.
- Civ. 1, 23 janvier 2014, n° 12-22.123 ;
- Cour de cassation, 2e ch. civ., 7 mai 2014, n°13-16.204 ;
- Civ. 2, 23 octobre 2014, n° 13-23.481
- Civ. 2e, 11 déc. 2014, n°13-28.774
- Civ. 2e, 11 déc. 2014, n°13-27.440,
- Cass. 2e civ., 15 janv. 2015, n°13-21180
- Civ. 2e, 5 mars 2015, n°14-10.758
- Civ. 2e, 2 juill. 2015, n°14-19.481, NP
- Cass. 1ère civ., 13 juillet 2016, n° 15-18.370
- Civ. 1, 11 janvier 2017, n° 15-16.282
- Civ. 1 25 janvier 2017, n° 15-27.898.
- Civ. 1, 8 février 2017, n° 15- 21.528
- CA Saint-Denis de La Réunion, 8 déc. 2017, n° 16/00051
- Cour de cassation, 2e ch. civ., 8 mars 2018, n°17-10.151
- Civ. 2, 8 mars 2018, n° 17-10.142.
- Civ. 2, 29 mars 2018, n° 17-14.499
- Civ. 2, 7 mars 2019, n° 17-25.855.
- CA Amiens, 14 mars 2019, n° 17/03302.
- Civ. 1, 22 mai 2019, n° 18-14.063
- Civ. 1ère, 19 juin 2019, n°18-20.883, P.
- Civ. 2e, 6 févr. 2020, n°18-19.518, P.
- Cass. 1ère civ., 26 févr. 2020, nos 19-13423 et 19-14240
- Cass, 1ère civ, du 25 mars 2020, n° 19-16.375

- Cour de cassation, 1ère ch. civ., 23 septembre 2020, n°19-18.582.
- Cour de cassation, 2e ch. civ., 17 décembre 2020, n°19-15.969.
- Cour de cassation, 2e ch. civ., 10 novembre 2021, n°19-10.058
- Civ. 1, 16 mars 2022, pourvoi n° 20-12.020.
- Cass. 1ère civ, 6 avril 2022, n°21-12825
- Civ. 2, 22 novembre 2022, pourvoi n° 11-21.031, publié au bulletin.
- Civ. 1re, 25 mai 2023, n° 22-16.848 B

➢ **TEXTES :**

- **Textes internationaux et communautaires**

- La convention du Conseil de l'Europe pour la protection des droits de l'Homme et de la dignité à l'égard des applications de la biologie et de la médecine signée le 4 avril 1997 ;
- Le protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme portant sur l'interdiction du clonage humain ;
- Code de Nuremberg élaboré en 1947
- La Déclaration d'Helsinki de l'Association médicale mondiale de 1963
- La Déclaration universelle des droits de l'Homme.
- Pacte international des droits économiques, sociaux et culturels de 1966.
- La constitution du 26 juillet 1946 de l'Organisation mondiale de la santé dispose que
- La Convention du 20 novembre 1989
- La Constitution de 1946 indique que la Nation
- La Convention européenne des droits de l'Homme
- Charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples
- Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine du Conseil de l'Europe du 4 avril 1997.
- Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine du Conseil de l'Europe du 4 avril 1997 ;
- Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme de l'Unesco du 19 octobre 2005.
- Convention d'Oviedo
- Directive 85/374/CEE du Conseil du 25 juillet 1985 en matière de responsabilité du fait des produits défectueux

- **Textes nationaux :**
  - ✓ **Au Cameroun :**

- Loi n°96/06 du 18 janvier 1996 Portant révision de la Constitution du 02 juin 1972, modifiée et complétée par la loi n°2008/001 du 14 avril 2008.
- Loi n°2006/022 du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs
- La loi n°2016-07 du 12 juillet 2016 portant code pénal.
- Loi n°96/03 du 4 janvier 1996 portant loi cadre dans le domaine de la santé.
- Loi n°83-166 du 12 Avril 1983 portant Code de déontologie des Médecins.
- Loi n°90-36 du 10 Août 1990 relative à l'exercice et à l'organisation de la profession de médecin.
- Loi n°2017/010 du 12 Juillet 2017 portant statut général des établissements publics.
- Loi n°2006/016 du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement de la Cour Suprême.
- Loi n°2006/022 du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs.
- Loi n°2016/007 du 12 Juillet 2016 portant code pénal.
- Loi n°92/007 du 14 août 1992 portant code du travail
- Loi n°90/053 du 19 décembre 1990 relative à la liberté d'association
- Loi n°2012/010 du 12 juillet 2017 portant statut général des établissements publics.
- Loi n°2016/007 du 12 juillet 2016 portant code pénal.
- Loi n°2005/007 du 27 juillet 2005 portant code de procédure pénale
- Loi n°97/018 du 7 Août 1997 modifiant les articles 3 et 4 de la loi n°92/008 du 14 août 1992 fixant certaines dispositions relatives à l'exécution des décisions de justice
- Loi n°806 du 9 août 2004 attribue la compétence exclusive au tribunal de grande instance.
- Loi n°95-125 du 8 février 1995 relative à l'organisation des juridictions et à la procédure civile, pénale et administrative
- Loi n°77-11 du 13 juillet 1977 portant réparation et prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
- Loi n°80-05 du 14 juillet 1980 modifiant la loi n°77-11 du 27 juillet 1977 portant réparation et prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

- Loi n°2001-6 du 16 avril 2001 portant nomenclature et règlement zoo sanitaire des maladies du bétail réputées légalement contagieuses et à déclaration obligatoire énumère
- Décret n°836166 du 12 avril 1983 portant code de déontologie des médecins.
- Décret n°2013/093 du 3 avril 2013 portant organisation du ministère de la santé publique.
- Décret n°2002/209 du 19 août 2002 portant réorganisation du ministère de la Santé
- code civil de 1804
- Décret n°2001/145 du 3 juillet 2001 portant statut particulier des fonctionnaires des corps de la Santé Publique.
- Décret n°83-166 du 12 Avril 1983 portant Code de Déontologie des médecins.
- Décret n° 94/199 du 07 octobre 1994 Portant statut général de la Fonction Publique de l'Etat
- Décret n°2014/101 du 20 mars 2014 portant création, organisation et fonctionnement de l'Hôpital de référence de Sangmélima ;
- Décret n°2001/271 du 24 septembre 2001 portant création, organisation et fonctionnement de l'Hôpital Gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé ;
- Décret n°2011/336 du 13 octobre 2011 portant création, organisation et fonctionnement du centre hospitalier de recherche et d'application en chirurgie endoscopique et reproduction humaine (CHRACERH).
- Décret n°2018/506 du 20 septembre 2018 portant réorganisation de l'Hôpital Général de Yaoundé.
- Décret n°2001/145 du 3 juillet 2001 portant Statut particulier des fonctionnaires des corps de la Santé publique.
- Décret n°94/199 du 07 octobre 1994 portant statut général de la Fonction publique de l'Etat, modifié et complété par le décret n°2000/287 du 12 octobre 2000.
- de la loi n°65/LF/29 du 19 novembre 1965 portant réforme du contentieux administratif.
- Décret° 94/199 du 07 octobre 1994 Portant statut général de la Fonction Publique de l'Etat.
- Décret n°78/484 du 9 novembre 1978 fixant les dispositions communes applicables aux agents de l'Etat relevant du Code du Travail.
- Décret N° 82/100 DU 03 mars 1982 Modifiant le décret n° 78/484 du 9 novembre 1978 fixant les dispositions communes applicables aux agents de 1'Etat relevant du Code du Travail.

- Décret n°2014/023 du 23 janvier 2014 portant création, organisation et fonctionnement de l'Hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Douala
- Décret n°2001/145 du 3 juillet 2001 portant Statut particulier des fonctionnaires des corps de la Santé publique
- Décret n°2000/692/PM du 13 septembre 2000 portant sur les modalités d'exercice du droit à la santé du fonctionnaire
- Code de procédure civile camerounais du 16 décembre 1954
- Arrêté n°003/CAB/MSP du 21 Septembre 1998 fixant les modalités de création des structures de dialogue communautaire dans les districts de santé.
- Arrêté n°1581/CAB/PM du 25 mai 1959 fixant la réglementation application au contrôle sanitaire aux frontières en matière de certificats de vaccination internationaux
- Instruction n°DGOS/PF4/2016/382 du 9 décembre 2016 relative aux programmes de recherche sur les soins et l'offre de soins pour l'année 2017. Disponible sur : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&retourAccueil=1&r=41600

✓ **En France :**

- La loi française n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière prévoyait la représentation des usagers au sein des conseils d'administration des établissements hospitaliers
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi des 16-24 août 1790 sur l'organisation judiciaire
- Loi n°52-854 du 21 juillet 1952 sur l'utilisation thérapeutique du sang humain, de son plasma et de leurs dérivés, modifiée par la loi du 2 août 1961
- Loi du 27 janvier 1987 portant diverses mesures d'ordre social.
- Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
- Loi n°85-677, 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et l'accélération des procédures d'indemnisation
- Loi n°2006-1649, 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité sociale pour 2007, *JO* 22 déc. P. 19315.

- Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique
- Loi n°98-535 du 1er juillet 1998 « relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme »
- Loi n°94-653 du 29 juillet relative au respect du corps humain
- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé français
- Loi n°2002-1577 du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale.
- Loi n°80-539 du 16 juillet 1980 relative aux astreintes prononcées en matière administrative et à l'exécution des jugements par les personnes morales de droit public
- Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée prévoit la création de la charte du patient hospitalisé.
- Code de la santé publique
- Code civil français
- Code de la sécurité sociale
- Code de déontologie médicale français de 1995
- Code pénal français
- Code de déontologie médicale français
- Code de justice administrative.
- Ordonnance n°2016-462 du 14 avril 2016 a créé l'Agence nationale de la santé publique.
- Ordonnance n°2016-462 du 14 avril 2016 a créé l'Agence nationale de la santé publique.
- Décret n°2016-52 du 26 avril 2016 a précisé l'organisation ladite Agence, ses missions et les relations avec les services de l'Etat en lien avec son domaine d'action.
- Décret n°2003-314 du 14 avril 2003 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes ou des infections nosocomiales
- Décret n°2003-314 du 4 avril 2003 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévu à l'article L.1142-1 du code de la santé publique.
- Circ. 6 mai 1995, *BO* santé 1995/21 ; remplacé par circ. N°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90, 2 mars 2006, relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée : *BO* santé 15 mai 2006, n°4.

ANNEXES

- **Au Cameroun**

1- Loi n°96/03 du 4 janvier 1996 portant loi cadre dans le domaine de la santé

2- Loi n°2006/022 du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs

3- Loi n°2017/010 du 12 juillet 2017 portant statut général des établissements publics

4- Décret n°2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du ministère de la santé publique

- **En France**

5- Articles L1110-1 à L1115-3 du code de la santé publique « Titre 1er : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé »

6- Articles L1142-1 à L1142-30 du code de la santé publique français « Chapitre II : Risques sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé »

INDEX DES AUTEURS

A

ACHMET V., 51, 360
ACOSTA F., 72, 360
AFOM F., 31, 360
AGRAM S., 124, 362
ALBERT N., 223, 360
ANZILOTTI D, 153, 353
APOLLIS B., 19, 360
ARISTOTE, 79, 353
ATIOFACK KENFACK A., 129, 130, 361
AUBIN E, 146, 353
AUBY M., 258, 361

B

BABAKANE D. COULIBALEY, 361
BACACHE M., 119, 361
BACACHE-GIBEILI M, 152, 353
BADRI B., 124, 362
BAILLON-WIRTZ N, 206
BALAGUE C., 22, 361
BAMDE A., 40, 277, 361
BATARD E., 237, 361
BATEMAN S., 236, 361
BATTESTI V., 113, 361
BAUM G., 113, 361
BEAUSOLEIL K. D., 132, 362
BELHRALI H, 88, 353
BELLIARD E., 75, 362
BELLIER S., 124, 362
BENABENT A, 81, 353
BENTHAM J, 213, 353
BENYOUNES B., 285, 362
BERNARD M., 16, 356
BIBAL F., 276, 364
BINET J.-R., 357
BINYOUM J., 160, 353
BIOY X., 48, 104, 357
BLOCH C., 134, 135, 137, 355
BLOY G., 232, 362
BLUNDO G., 62, 353
BOITTE P, 4, 353
BOT O., 165, 362
BOUCAND M.-H., 232, 362
BOUCHER R., 132, 133
BOURDON J., 88, 362
BOUSSARD S, 19, 240, 362
BOUVET R., 234
BOUVET S., 289, 362
BRESSON C., 233, 370
BROUN G.,, 108, 353
BROYELLE C., 172, 362
BYK C., 362

C

CALLIES I., 185, 368
CAMGUILHEM B, 73, 357
CARBONNIER J., 79, 353
CARDINAL M., 234
CARVAL S., 285, 356
CAYOL A., 23, 302, 303, 306, 362
CEDRAS J., 124, 362
CHALTIEL F., 223, 363
CHAMBAUD L., 105, 363
CHAMOT C., 271, 363
CHAPUS R., 76, 88, 96, 160, 165, 240, 353, 357, 359
CHARAF-ELDINE A., 269, 363
CHECK IBRAHIM DEGUIA, 363
CHEVALLIER, 144, 168, 169, 353, 363
CHEVALLIER J., 144, 168, 169, 353, 363
CHEVILLARD G., 107, 363
CLEMENT C., 189, 363
CLEMENT J.-M, 355
CLEMENT R., 370
CLERC-RENAUD L., 76, 84, 90, 137, 149, 209, 210, 211, 212, 213, 280, 282, 296, 297, 300, 319, 327, 328, 336, 340, 358, 359
COLSON P., 279, 284, 363
COMMEIRAS N., 51, 360
CONTE P, 82, 96, 357
COURSIER P., 200, 363
CRISTOL D., 19, 265, 363

D

D'OSSOUKINE A., 124, 353
DA SILVA V., 42, 363
DANIEL V., 124, 362
DAVER C., 364
DE LAUBADERE A., 18, 353
DE MONTALEMBERT P, 197, 366
DE SARDAN J. P. O, 353
DEGOFFE M., 144, 145, 151, 354
DEGUERGUE M., 13, 258, 354, 364
DEJEAN DE LA BATIE N., 278, 354
DELASSUS E., 123, 364
DEMERS D., 70, 359
DESAULNAY O., 261, 262, 364
DESCAMPS O., 68, 357
DESLAURIERS J., 132, 133, 362
DINTILHAC J.-P., 26, 274, 292, 294, 295, 296, 298, 299, 300, 302, 304, 305, 306, 307, 308, 364

DONIER V., 364
DUGUE M., 265, 364
DUGUIT L., 155, 354
DURANT E., 115, 365
DURANT I., 357
DURRY G., 365
DUVAL-ARNOULD D., 11, 202, 365

E

EL-AYOUBI A., 43, 365
ELONG NGONO S., 11, 125, 365
ESPESSON-VERGEAT B., 11
EVEILLARD G., 154, 365
EWALD F, 289, 354

F

FABRE H., 130, 136, 371
FAGNART J.-L, 280, 357
FAVOREU L, 162, 164, 354
FERRIE S.-M., 359
FLOUR M., 39, 359
FOE NDI C., 10, 359
FORRAY V., 136, 365
FORTAT N., 88, 89, 186, 359
FOURNIER S., 82, 96, 357
FOX R. C, 235, 354
FRAYSSINET M.-H., 256, 365

G

GALLARD P.-Y., 365
GARAPON A., 289, 354
GARCIA A., 161, 354
GAUDEMET Y., 155, 354
GIUDICELLI A., 134, 135, 137, 355
GJIDARA M., 159, 161, 164, 366
GOURDOU J., 161, 354
GOUT O., 240, 285, 286, 287, 302, 305, 306, 366
GRABIAS F., 159, 160, 167, 366
GRARE O., 312, 315, 366
GREGOIRE D., 132, 133, 362
GRENIER C, 197
GRIMAUD O., 242, 366
GROUTEL H., 289, 366
GRUENAIS M.-E., 366
GRÜNDER T., 215, 366
GUEGAN-LECUYER A., 279, 302, 357, 366
GUETTIER C., 134, 135, 137, 142, 267, 268, 269, 354, 355, 366
GUEX R., 100, 359
GUILLERMOU E., 286, 366

H

HAURIOU M., 147, 354
HIPPOCRATE, 2, 354
HOUEDRY G., 124, 362
HUMBERT P., 366
HUREAU J., 314, 357
HUSSON M. L., 357

J

JACQUEMET-GAUCHE, 266, 367
JAUNAIT A., 10, 123, 124, 367
JEZE G., 86, 156, 157, 159, 170, 354
JOURDAIN P., 5, 42, 43, 49, 212, 263, 266, 281, 285, 302, 305, 306, 356
JULIEN J., 134, 135, 137, 355

K

KAMTO M., 34, 354
KANT E., 214, 354
KELSEN H., 87, 152, 166, 354
KEUTCHA TCHAPNGA C, 128, 133, 149, 163, 171, 172, 354
KHALAK O., 367
KHOURY L., 135
KOHL B., 280, 357
KOUCHNER C., 213, 219, 225, 228, 357
KRAJESKI D., 134, 135, 137, 355
KUIPOU R., 113, 367

L

LABETOULLE M., 237, 238, 367
LAFERRIERE E., 169, 175, 355
LAMBERT-FAIVRE, 43, 77, 78, 83, 84, 85, 97, 202, 204, 206, 209, 265, 282, 283, 288, 289, 291, 292, 301, 308, 355, 357, 367
LANTERO C., 46, 123, 126, 210, 211, 217, 221, 240, 241, 258, 259, 357, 367
LAROCHE M.-L., 238, 359
LASSEUR M., 114, 367
LAUDE A., 2, 48, 104, 118, 217, 357, 358, 367, 368
LE CALONNEC J., 192, 193, 198, 199, 368
LE GULUDEC D., 197, 366
LE ROY J. D., 276, 364
LE ROY M., 276, 364
LE TOURNEAU Ph., 206, 285
LEFEUVRE H., 198, 368
LEFEUVRE-DARNAJOU K., 266, 368
LINGIBE P., 49, 368
LOCHAK D., 73, 74, 76, 368

M

MAISTRE DU CHAMBON, 82, 96, 357
MANAOUIL C., 185, 312, 368
MANGEMATIN C., 152, 359
MANSART B., 199, 359
MARGERIN V., 243, 245, 368
MARION L., 4, 46, 47, 73, 257, 358
MARTIN D., 3, 311, 314, 366, 368
MARTIN G. J., 289, 354
MARZANO M., 122, 355
MARZOUG S., 359
MATET P, 289, 354
MATTEOLI A., 141, 359
MAUGÜE C., 4, 46, 47, 73, 358
MAURY F., 119, 368
MAYERIES D, 280, 368
MAZARS J., 308, 355
MELLERAY F., 155, 355
MEMETEAU G., 23, 269, 368
MERLIN O., 302, 368
MEUNIER V., 124, 362
MINDU P., 172, 173, 369
MOFESSIS N., 289, 354
MONGOIN D., 262, 369
MONTASSIER E., 237, 361
MOR G., 76, 84, 90, 137, 209, 210, 211, 212, 213, 280, 282, 296, 297, 300, 319, 327, 328, 336, 340, 358
MOUNIC V., 197, 366
MOUSQUES J., 107, 363
MUIR WATT H, 289, 354
MURE A., 204, 285, 286, 359

N

N'DA A. C., 10, 369
NEMEDEU R., 11, 369
NGA NKOUMA TSANGA, 63, 369
NGWESE N-P, 160, 353
NICOURT B., 284, 369
NLEP R.-G, 355
NTAP E. J., 369
NUSSEMBAUM M., 289, 354
NYANDA NKAMWA W., 74, 359

O

OBERDORFF H, 214, 245, 355
OKI J.-L., 360
OWONA J., 157, 355

P

PACTEAU B., 128, 131, 355
PARICARD S., 226, 369
PARINET-HODIMET P., 173, 369
PASCAL B.,, 175, 355
PERRIN A., 369
PICARD E., 167, 369
PIERRE Ph., 360
PLANIOL M., 182, 355
PLANQUELLE D., 130, 136, 371
PORCHY-SIMON, 78, 83, 84, 97, 265, 282, 289, 357, 369
PORCHY-SIMON S, 78, 83, 84, 97, 265, 282, 289, 357
PORTES L., 123, 369
POTEL G., 237, 361
POUILLAUDE H.-B., 258, 261, 360, 370
POUMAREDE M., 134, 135, 137, 355
POUYAUD D., 17, 356
PROUST B., 239, 370

Q

QUEZEL-AMBRUNA C, 80, 82, 360
QUEZEL-AMBRUNAZ C., 288, 290, 291, 370

R

RASY D., 147, 148, 153, 355
REMY-CORLAY P.,, 274, 356
RENAUDIE O., 19, 258, 370
RINGELHEIM J., 102, 370
ROQUES F., 154, 370
ROUAULT M.-C., 13, 356, 370
ROUAULT M.-C.,, 13, 356, 370
ROUJOU DE BOUBÉE F.,, 356
ROUSSEL F., 90, 370
ROY C., 123, 356

S

SABARD O., 240, 356
SALLET F., 269, 360
SARGOS P., 119, 200, 202, 370
SAVATIER R, 269, 284, 356
SCHÜTZE T., 234
SEILLER B., 12, 356
SENERS F., 90, 370
SOIRON FALLUT M., 114, 115
SORDET J., 259, 360
STENGER G., 115, 356
STIJNS S., 279, 357

T

TABUTEAU D., 48, 104, 118, 217, 356, 357, 358
TAPINOS D., 285, 371

TEFOUET SOKENG P. A., 11, 371
TIFINE P., 100, 371
TREMEUR M., 44, 371
TROPER M., 166, 356
TRUCHET D, 203, 259, 261, 356, 371
TUNC A., 79, 371
TURPIN D., 201, 371

V

VAYRE P., 130, 136, 371
VELLEY S., 17, 356
VENEZIA J.-C., 18, 353
VERON P., 196, 371
VIALLA F., 148, 149, 150, 356
VILLENEUVE P., 199, 371
VINEY G., 5, 43, 263, 266, 284, 285, 356
VIOUJAS V., 19, 371
VITALE L., 234, 371

W

WATRIN G., 163, 165, 371
WEIL P., 17, 356
WERY P., 279, 357

Z

ZOGO NKADA S. P., 10, 371

TABLE DE MATIÈRES

AVERTISSEMENT _____ i

DÉDICACE _____ ii

REMERCIEMENTS _____ iii

SOMMAIRE _____ iv

SIGLES ET ABRÉVIATIONS _____ vi

RÉSUMÉ _____ ix

ABSTRACT _____ x

INTRODUCTION GÉNÉRALE _____ 1

PREMIÈRE PARTIE : _____ 30

L'ENCADREMENT INSUFFISANT DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER AU CAMEROUN _____ 30

TITRE 1 :LA RÉCEPTION DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER PAR LE DROIT CAMEROUNAIS _____ 33

CHAPITRE 1 :LA RECONNAISSANCE THÉORIQUE DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER AU CAMEROUN _____ 36

SECTION 1 : LA RECONNAISSANCE JURIDIQUE DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER _____ 36

I- La responsabilité civile du service public hospitalier _____ 37

A- Les conditions préalables à l'engagement de la responsabilité civile du service public hospitalier _____ 37

1- L'existence d'un lien de préposition _____ 38

2- L'exigence du rattachement de l'acte fautif aux fonctions du préposé _____ 39

B- Les effets de la responsabilité civile du service public hospitalier _____ 40

1- Les effets de la responsabilité à l'égard du commettant 41

2- Les limites à la responsabilité civile du commettant 41

II- La responsabilité administrative du service public hospitalier 43

A- Les défaillances administratives, figures d'une mauvaise organisation de la formation hospitalière publique 44

1- Les actes de gestion et de coordination 44

2- Le défaut de surveillance des patients 46

B- Les défaillances matérielles et en ressources humaines, vectrices du mauvais fonctionnement de la formation hospitalière publique 47

1- Les défaillances matérielles 47

2- Les défaillances en ressources humaines 50

SECTION 2 : UNE RECONNAISSANCE POLITIQUE, INTRINSÈQUE À LA POLITIQUE DE L'ETAT DU CAMEROUN EN MATIÈRE SANITAIRE 52

I- La présentation du système de santé camerounais 52

A- L'organisation du système de santé camerounais 53

1- La structuration pyramidale du système de santé camerounais 53

2- L'organisation du système de santé camerounais en sous-secteurs 55

B- Les missions du service public hospitalier camerounais 57

1- Les missions médicales et paramédicales 57

2- Les missions de formation et de recherche 59

II- La délimitation de la responsabilité du service public hospitalier camerounais 61

A- La négation de la responsabilité du service public hospitalier au Cameroun 61

1- Les causes exonératoires de la responsabilité du service public hospitalier 61

2- L'exclusion des responsabilités pénale et professionnelle 63

B- L'affirmation de la responsabilité du service public hospitalier camerounais 64

1- Le lien de fonction dans le service public hospitalier camerounais 64

2- Les principaux principes juridiques du service public hospitalier 65

CONCLUSION DU CHAPITRE 1 : 67

CHAPITRE 2 :LA RECONNAISSANCE PRATIQUE DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER AU CAMEROUN _____ 68

SECTION 1 : LA MISE EN CAUSE DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER AU CAMEROUN _____ 68

I- L'exigence d'un fait générateur de la responsabilité du service public hospitalier _ 69

A- La responsabilité pour faute _____ 69

1- La nécessité d'une faute lourde en matière de responsabilité du service public hospitalier camerounais _____ 70

2- Le régime de la faute prouvée _____ 71

B- La responsabilité sans faute _____ 73

1- La théorie du risque _____ 74

2- La théorie de la garantie _____ 75

II- L'existence d'un dommage et d'un lien de causalité _____ 76

A- Le dommage en matière de responsabilité du service public hospitalier _____ 76

1- Le dommage matériel _____ 77

2- Le dommage moral _____ 77

B- Le lien de causalité en matière de responsabilité du service public hospitalier camerounais _____ 79

1- Les théories du lien de causalité _____ 79

2- Les caractères du lien de causalité _____ 81

SECTION 2 : LA RÉPARATION DU PRÉJUDICE CAUSÉ PAR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER CAMEROUNAIS _____ 83

I- L'impératif d'un préjudice indemnisable imputable au service public hospitalier _ 83

A- Les caractères du préjudice indemnisable _____ 83

1- Les caractères direct, certain et spécial du préjudice indemnisable _____ 84

2- Les caractères personnel et licite du préjudice indemnisable _____ 85

B- L'imputation du dommage au service public hospitalier _____ 86

1- Le critère organique _____ 87

2- Le critère de l'analyse fonctionnelle 89

II- La réparation du dommage proprement dite par le service public hospitalier camerounais 90

A- La procédure de réparation du préjudice causé par le service public hospitalier 91

1- La procédure civile de réparation du préjudice 91

2- La procédure administrative contentieuse de réparation du préjudice 93

B-La réparation proprement dite des préjudices du fait du service public hospitalier 95

1- La réparation en nature du préjudice matériel 95

2- La réparation pécuniaire ou en argent du préjudice moral 96

CONCLUSION DU CHAPITRE 2 98

CONCLUSION DU TITRE 1 99

TITRE 2 :LES PESANTEURS À L'ENCADREMENT DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER AU CAMEROUN 100

CHAPITRE 3 :LES LIMITES D'ORDRE SUBSTANTIEL 102

SECTION 1 : LES OBSTACLES SOCIO-CULTURELS 102

I- Les facteurs sociaux 103

A- Les limites liées à l'usager 103

1- L'analphabétisme, cause de la méconnaissance des droits des patients 103

2- La pauvreté 105

B- Les limites liées au service public de santé 106

1- L'accès limité aux formations sanitaires 107

2- La précarité du plateau technique 108

II- Les facteurs culturels 109

A- La tradition 110

1- La place de la médecine traditionnelle dans la société camerounaise 110

2- L'impact de la médecine traditionnelle sur la responsabilité du service public hospitalier 112

B- La religion _____ 113

1- Le contexte religieux camerounais _____ 114

2- L'effet de la religiosité sur la responsabilité du service public hospitalier _____ 115

SECTION 2 : LES OBSTACLES JURIDIQUES _____ 117

I- L'insuffisante réglementation de la relation patient-médecin _____ 118

A- Une insuffisance dévoilée par la limitation des droits des patients _____ 118

1- Le défaut d'aménagement du droit à l'information _____ 119

2- Le défaut d'aménagement du droit au consentement médical _____ 121

B- Une insuffisance motivée par la résurgence du paternalisme médical _____ 122

1- Le paternalisme médical dans le contexte camerounais _____ 122

2- La difficulté d'accès aux données médicales par le patient _____ 125

II- Les pesanteurs liées aux conditions d'engagement de la responsabilité du service public hospitalier _____ 127

A- La difficile preuve de la faute médicale _____ 128

1- Un régime de faute prouvée éprouvé _____ 128

2- Le défaut d'encadrement juridique du régime de la faute présumée en droit camerounais _____ 131

B- L'incertitude de la causalité et du préjudice direct _____ 134

1- L'incertitude du lien de causalité _____ 134

2- L'incertitude du préjudice _____ 136

CONCLUSION DU CHAPITRE III _____ 139

CHAPITRE 4 :LES LIMITES D'ORDRE JURIDICTIONNEL _____ 140

SECTION 1 : L'AMBIGUÏTÉ DANS LA DÉTERMINATION DU JUGE COMPÉTENT---
------- _____ 141

I- La compétence jurisprudentielle et doctrinaire du juge administratif _____ 142

A- L'établissement public soumis aux règles de droit administratif, gage de la compétence du juge administratif _____ 143

1- L'application des règles du droit administratif à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement public de santé en cause _____ 143

2- Le lien statutaire et réglementaire entre l'hôpital public et ses fonctionnaires ___ 145

B- La faute personnelle non dépourvue de tout lien avec le service, extension de la compétence du juge administratif _____ 147

1- La faute personnelle non dépourvue de tout lien avec le service _____ 147

2- La réparation intégrale du préjudice comme but de l'extension de la compétence du juge administratif _____ 149

II- La compétence textuelle du juge judiciaire_____ 150

A- Le fait fautif de l'agent public_____ 151

1- La faute de service devant le juge judiciaire _____ 152

2- La faute personnelle devant le juge judiciaire _____ 153

B- L'exigence de la qualité d'agent public _____ 154

1- Les fonctionnaires_____ 156

2- Les agents publics non-fonctionnaires _____ 157

SECTION 2 : LA DIFFICILE EXECUTION DES DECISIONS DE JUSTICE ADMINISTRATIVE CONTRE LES PERSONNES MORALES DE DROIT PUBLIC _____ 159

I- L'inefficacité des moyens classiques d'incitation de l'administration à l'exécution des décisions de justice administrative _____ 161

A- L'inefficacité du recours en annulation pour violation de la chose jugée par l'administration _____ 161

1- Le champ d'application du recours _____ 162

2- Les limites du recours en annulation pour violation de la chose jugée _____ 163

B-La fragilité du recours en indemnisation contre l'administration et du recours en responsabilité des agents publics pour inexécution des décisions de justice administrative..._____ 164

1- La fragilité du recours en indemnisation contre l'administration pour inexécution des décisions de justice administrative_____ 165

2- La faille de la responsabilité de l'agent public pour violation de la chose jugée __ 166

II-Le principe de l'interdiction de donner des injonctions à l'administration en droit camerounais _____ 168

A- Le double fondement du principe d'interdiction de donner des injonctions à l'administration _____ 168

1- Fondement théorique : la séparation des pouvoirs _____ 169

2- Fondements juridiques _____ 170

B- Les effets néfastes de la prohibition des injonctions sur l'exécution des décisions de justice _____ 172

1- La fragilisation de l'autorité de la chose jugée des décisions de justice _____ 172

2- La détérioration de la qualité de la justice administrative _____ 174

CONCLUSION DU CHAPITRE IV _____ 176

CONCLUSION DU TITRE II _____ 177

CONCLUSION PARTIE I : _____ 178

DEUXIÈME PARTIE : ESSAI D'UNE RESTRUCTURATION DE L'ENCADREMENT DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER AU CAMEROUN ___ 179

TITRE 1 :LA NÉCESSAIRE PRISE EN COMPTE DES SPÉCIFICITÉS DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER _____ 181

CHAPITRE 5 :LES SPÉCIFICITÉS ORGANIQUES DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER _____ 182

SECTION 1 : LES MIS EN CAUSE DANS LE CADRE DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER _____ 182

I- Les personnes susceptibles d'être mises en cause dans le cadre de la responsabilité du service public hospitalier _____ 183

A- L'Etat _____ 183

1- La mise en cause directe de l'Etat _____ 183

2- La mise en cause indirecte de l'Etat _____ 185

B- Les établissements publics hospitaliers _____ 187

1- Le statut autonome des établissements publics hospitaliers _____ 187

2- L'imputation aux établissements publics hospitaliers, dérivée de leur autonomie 190

II- Les obligations du service public hospitalier _____ 191

A- L'obligation de moyens du service public hospitalier _____ 192

1- L'acte de soin réalisé par le médecin-agent public comme champ d'application de l'obligation de moyens _____ 193

2- Les données acquises de la science _____ 196

B- L'obligation de résultat du service public hospitalier _____ 198

1- L'exceptionnelle obligation de résultat liée à l'activité médicale _____ 199

2- L'obligation de résultat de principe de l'hôpital public _____ 201

SECTION 2 : LES PERSONNES SUSCEPTIBLES DE METTRE EN CAUSE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER _____ 203

I- Les victimes du service public hospitalier _____ 204

A- Les victimes directes _____ 204

1- L'appréciation du patient - usager du service public hospitalier _____ 205

2- L'exclusion des professionnels de santé - agents publics _____ 207

B- Les victimes indirectes _____ 209

1- Les victimes par ricochet _____ 209

2- Les tiers payeurs _____ 211

II- Les droits des patients _____ 213

A- Les droits des patients attachés à la dignité humaine _____ 214

1- Le droit à la protection de la santé _____ 215

2- Le droit à la confidentialité du patient _____ 220

B- Les droits liés à la thérapeutique médicale et hospitalière _____ 223

1- Le droit à l'information du patient _____ 223

2- Le droit au consentement du patient _____ 226

CONCLUSION DU CHAPITRE V _____ 230

CHAPITRE 6 :LES SPÉCIFICITÉS MATÉRIELLES DE LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER _____ 231

SECTION 1 : LES SPÉCIFICITÉS LIÉES AU RÉGIME DE RESPONSABILITÉ SANS FAUTE DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER _____ 231

I- Une responsabilité sans faute adossée sur l'incertitude médicale _____ 231

A- L'aléa thérapeutique, fondement de l'incertitude médicale _____ 232

1- Les critères de l'aléa thérapeutique susceptible de mettre en cause la responsabilité du service public hospitalier _____ 232

2- Les éléments constitutifs de l'aléa thérapeutique _____ 235

B- Les hypothèses de réalisation de l'incertitude médicale _____ 236

1- Les affections iatrogènes _____ 237

2- Les infections nosocomiales _____ 239

II- Une responsabilité sans faute justifiée par les exigences de santé publique et de sécurité sanitaire _____ 242

A- Les exigences de santé publique du service public hospitalier _____ 242

1- La vaccination obligatoire _____ 243

2- La recherche biomédicale _____ 245

B- Les exigences de sécurité de résultat du service public hospitalier _____ 247

1- La responsabilité sans faute du fait des produits défectueux _____ 248

2- La responsabilité sans faute du fait des appareils de santé défectueux _____ 250

SECTION 2 : LES SPÉCIFICITÉS LIÉES AU RÉGIME DE RESPONSABILITÉ POUR FAUTE DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER _____ 251

I- La diversité des fautes susceptibles de mettre en cause la responsabilité du service public hospitalier _____ 252

A- Les fautes imputables aux établissements publics de santé _____ 253

1- Les fautes des professionnels de santé _____ 253

2- Les fautes dans l'organisation et le fonctionnement du service _____ 256

B- Les fautes imputables à l'Etat, autorité de police sanitaire _____ 258

1- La carence fautive de l'Etat en matière de police sanitaire _____ 259

2- L'action fautive de l'Etat en matière de police sanitaire _____ 260

II- Une inclination de la responsabilité pour faute au profit des victimes _____ 263

A- L'application des présomptions dans le régime de responsabilité pour faute du service public hospitalier _____ 263

1- La présomption de faute _____ 263

2- Les présomptions de causalité et de préjudice _____ 265

B- Les constructions propres à la responsabilité du service public hospitalier et dérogatoires aux règles classiques établies en matière de responsabilité administrative 267

1-La notion de « perte de chance », un palliatif jurisprudentiel à l'incertitude causale 268

2- La notion de « faute caractérisée », une dérogation légale à la causalité directe __ 269

CONCLUSION DU CHAPITRE VI _____ 272

CONCLUSION DU TITRE I : _____ 273

TITRE 2 :LES PERSPECTIVES D'UNE RÉPARATION SATISFAISANTE DES PRÉJUDICES CAUSÉS PAR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER AU CAMEROUN 274

CHAPITRE 7 :LA DÉTERMINATION EXHAUSTIVE DES CHEFS DE PRÉJUDICES RÉPARABLES CAUSÉS PAR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER _____ 276

SECTION 1 : LE PRINCIPE RÉGISSANT LA RÉPARATION DES PRÉJUDICES CAUSÉS PAR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER : LE PRINCIPE DE LA RÉPARATION INTÉGRALE _____ 276

I- Le contenu du principe de la réparation intégrale _____ 277

A- L'appréciation *in concreto* et au jour du jugement _____ 277

1- L'appréciation *in concreto* _____ 277

2- L'appréciation du préjudice au jour du jugement _____ 279

B- La non-mitigation et le non-cumul d'indemnités _____ 280

1- La non-mitigation du préjudice corporel causé par le service public hospitalier __ 280

2- Le non-cumul des indemnités _____ 282

II- La portée limitée du principe de réparation intégrale appliqué aux préjudices corporels causés par le service public hospitalier _____ 283

A- La fragilité de l'appréciation au jour du jugement _____ 284

1- L'aggravation du préjudice_____ 284

2- L'amélioration de l'état de santé de la victime par la réduction du préjudice ____ 286

B- La difficulté de l'appréciation *in concreto* _____ 288

1- La difficile évaluation du préjudice extrapatrimonial _____ 288

2- La nécessité d'une appréciation *in abstracto* du préjudice extrapatrimonial _____ 290

SECTION 2 : L'IDENTIFICATION DES POSTES DE PRÉJUDICES INDEMNISABLES... _____ 291

I- Les préjudices patrimoniaux_____ 293

A- Les préjudices patrimoniaux temporaires _____ 293

1- Les dépenses de santé actuelles et les frais divers _____ 293

2- Les préjudices professionnels temporaires _____ 295

B- Les préjudices patrimoniaux permanents _____ 297

1- Les préjudices patrimoniaux permanents de la victime directe _____ 297

2- Les préjudices patrimoniaux permanents des victimes indirectes _____ 300

II- Les préjudices extrapatrimoniaux _____ 301

A- Les préjudices extrapatrimoniaux temporaires _____ 301

1- Le déficit fonctionnel temporaire _____ 302

2- Les souffrances endurées et le préjudice esthétique temporaire_____ 303

B- Les préjudices extrapatrimoniaux permanents et les préjudices « hors consolidation » _____ 305

1- Les préjudices extrapatrimoniaux permanents _____ 305

2- Les préjudices extrapatrimoniaux « hors consolidation » _____ 308

CONCLUSION CHAPITRE VII_____ 310

CHAPITRE 8 :LA PERSPECTIVE D'UNE RÉPARATION SATISFAISANTE DES PRÉJUDICES CAUSÉS PAR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER AU CAMEROUN 311

SECTION 1 : LA DÉFINITION D'UN CADRE D'ÉVALUATION PRÉALABLE DES PRÉJUDICES CORPORELS INDEMNISABLES 311

I-La méthode d'évaluation du préjudice corporel indemnisable : l'expertise médicale 312

A- Les principes directeurs régissant la procédure d'expertise médicale 312

1- La soumission de l'expertise médicale au principe du contradictoire 313

2- La soumission de l'expertise au secret médical 314

B- Déroulement de l'expertise médicale 316

1- La phase des opérations d'expertise 316

2- La phase des résultats de l'expertise médicale 319

II- Les outils d'évaluation et d'indemnisation du dommage corporel 321

A- Les outils d'évaluation du dommage corporel 322

1- Les barèmes médico-légaux 322

2- Les référentiels indicatifs 324

B- Les outils d'indemnisation du dommage corporel 326

1- L'indemnisation sous forme de rente 326

2- L'indemnisation sous forme de capital 327

SECTION 2 : LA DÉFINITION D'UN CADRE PROCÉDURAL SPÉCIFIQUE À L'INDEMNISATION DES PRÉJUDICES CORPORELS CAUSÉS PAR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER EN DROIT CAMEROUNAIS 329

I- La mise en place d'une procédure d'indemnisation amiable des préjudices corporels causés par le service public hospitalier au Cameroun 330

A- La création de commissions régionales de conciliation (CRC) 331

1- La compétence des commissions régionales de conciliation (CRC) 331

2- La procédure devant les commissions régionales de conciliation (CRC) 333

B- La création d'un organisme national d'indemnisation des préjudices corporels relevant de l'aléa thérapeutique (ONIPCAT) 335

1- Le domaine de compétence de l'ONIPCAT _____ 336

2- Missions d'évaluation et d'indemnisation de l'ONIPCAT _____ 337

II- La procédure contentieuse _____ 339

A- L'office du juge en matière de responsabilité du service public hospitalier____ 339

1- L'action devant le juge administratif dans la nouvelle configuration _____ 339

2- L'action devant le juge judiciaire _____ 341

B- La nécessaire efficacité de l'action du juge pour la satisfaction des usagers du service public hospitalier _____ 342

1- L'évaluation indemnitaire concrète des préjudices par le juge _____ 342

2- L'exécution des décisions de justice _____ 343

CONCLUSION DU CHAPITRE VIII : _____ 346

CONCLUSION DU TITRE II _____ 347

CONCLUSION DE LA PARTIE II _____ 348

CONCLUSION GÉNÉRALE _____ 350

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES _____ 354

ANNEXES _____ x

INDEX DES AUTEURS _____ xii

TABLE DE MATIÈRES _____ 396