
Le Juge Et Les Erreurs Médicales Au Cameroun

TEFOUET SOKENG Pauline Aimée

Doctorante en Droit des Affaires et de l'Entreprise à l'Université de Dschang-Cameroun

Adresse mail: paulinetefouet@yahoo.fr

Résumé

L'erreur est humaine! La médecine de proximité n'est pas exempte de risque d'erreur, dans le diagnostic ou la prescription des médicaments. Des erreurs médicales, les patients en ont leur lot au quotidien. Le patient victime ou son ayant droit, conscient des droits fondamentaux des malades, peut solliciter du juge la réparation du dommage occasionné. Le professionnel de santé doit répondre des défaillances commises par-lui-même ou son équipe, de même que des insuffisances de son service de santé. Toutefois, au Cameroun, l'office du juge dans le domaine de la santé publique est en pleine construction ; la mise en œuvre de la responsabilité médicale ne coulant pas toujours de source à l'épreuve des faits.

Mots-clés : Erreur médicale - patient victime - juge - réparation –responsabilité médicale

Abstract

To err is human! Proximity medicine is not free from the risk of error in the diagnosis or prescription of drugs. Patients have their share of medical errors on a daily basis. The patient victim or his beneficiary, aware of the fundamental rights of patients, can request from the judge the reparation of the loss caused. The health professional must answer for the failures committed by himself or his team, as well as for the shortcomings of his health service. However, in Cameroon, the office of the judge in the field of public health is under construction; the implementation of medical liability does not always flow from the proof of the facts.

Keywords: Medical error-patient victim-judge-reparation-medical liability

INTRODUCTION

Les systèmes de santé sont complexes et impliquent de nombreuses personnes¹, ce qui laisse place à des probabilités d'erreur. Cette dernière est donc « *humaine* »!² L'erreur est ainsi médicale, hospitalière, pharmaceutique, sanitaire, politique, financière et matérielle. L'histoire de la médecine et de la santé publique, que l'on se situe au Cameroun comme partout ailleurs³, est jalonnée de « *couacs* » anecdotiques et de revers dramatiques⁴.

Les professionnels de santé doivent être conscients que les processus cognitifs qui les conduisent à faire des « *erreurs* » en-dehors du travail interviennent également lorsqu'ils travaillent. L'erreur est le revers de l'intelligence humaine⁵. Une définition de l'erreur est qu'elle est inscrite dans la nature de L'Homme. En

dehors de tout contexte médical, le terme « *erreur* » (humaine) a une signification bien précise. Il convient donc de distinguer erreur et faute⁶.

L'erreur, nous enseigne le Larousse, est la commission d'une méprise⁷. Elle est l'appréciation inexacte des qualités ou de l'existence d'un fait, ou encore une action inconsidérée, regrettable, en forme de maladresse⁸. Rapportée à l'art médical, l'erreur ainsi définie fait naturellement songer à tout comportement humain ne respectant pas le bon usage et pouvant conduire de façon involontaire à des préjudices divers⁹. La définition que nous retenons pour notre étude est celle de DOVEY. L'erreur médicale est définie comme « *toute forme de soins impropres, retardés, ou omis portant préjudice au patient, soit en aggravant les conséquences médicales, soit en causant un stress émotionnel ou physique* »¹⁰. Le terme « *erreur médicale* » est souvent utilisé de manière interchangeable dans notre biotope avec celui de

¹ Tous les soignants, médecins, infirmiers, techniciens, pharmaciens, etc, sont concernés.

² « *To err is human* », comme le rappelait en 1999 le titre symbolique d'un rapport remarqué de l'Institute of Medicine aux États-Unis consacré aux accidents médicaux. Cf. « *Éditorial* », *Les Tribunes de la santé* n° 20, p. 3.

³ D'après Leana WEN, médecin urgentiste, aux États-Unis, les erreurs médicales seraient responsables de plus de 100000 décès par année ; cf. WEN (L.) et KOSOWSKY (J.), *When doctors don't listen: How to Avoid Misdiagnoses and Unnecessary Tests*, New York, 24 juin 2014, p. 02. Également, dans le Rapport présenté par ROSS BAKER (G.) et NORTON (P.), intitulé « La sécurité des patients et les erreurs médicales dans le système de santé canadien : un examen et une analyse systématiques des principales initiatives prises dans le monde », *Santé Canada*, janvier 2001, pp. 3 et 9, il ressort que dans le contexte des systèmes de santé, la sécurité des patients est devenue un important sujet de préoccupation en Australie, aux États-Unis et au Royaume-Uni. Au Canada, on connaît relativement peu de choses sur l'incidence des événements indésirables et des erreurs liées aux soins de santé, ainsi que sur les initiatives mises en œuvre pour améliorer la sécurité des patients.

⁴ Cf. « *Éditorial* », *Les Tribunes de la santé* n° 20, p. 3.

⁵ Cf. Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients, Module : « apprendre à partir des erreurs », Doc. : 1.10, 2012, p. 1.

⁶ Les définitions utilisées dans la littérature sont nombreuses et varient en fonction de la méthodologie et de l'objectif de l'étude. Le choix de la définition et de la taxonomie est un élément important pour la base de cette réflexion.

⁷ Cf. LAROUSSE *Maxipoche* 2017, p. 514.

⁸ PIERRE (P.), « Erreur médicale et faute juridique : brèves réflexions à propos d'un thème en renouvellement », in *Revue juridique de l'Ouest*, 2006-2. , p. 81.

⁹ PELLERIN (D.), « La santé en échecs Les erreurs médicales », *Les Tribunes de la santé* n° 20, p. 48.

¹⁰ DOVEY (S.M) et al., *A preliminary taxonomy of medical errors in family practice*. Qual Saf Health Care 2002; 11: 233-8, cité par CERLAND (L.), L'erreur médicale: Enquête auprès de 156 médecins généralistes libéraux installés en Martinique, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Générale, Université des Antilles et de la Guyane, Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD, 16 Mai 2014, p. 4.

« *faute médicale* »¹¹. Bien que ces deux notions permettent d'engager la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé, la faute médicale est entendue comme « *tout acte émanant du soignant, ayant entraîné un dommage anormal au regard de l'évolution prévisible de la santé du patient* »¹².

Les hôpitaux reconnaissent que les erreurs médicales constituent un problème important et mettent régulièrement en place de nouvelles mesures pour rendre les soins plus sûrs. Il y est reconnu que s'il est impossible de quantifier toutes les possibilités en matière d'erreurs humaines, il est toutefois possible de dresser quelques critères distinctifs permettant de classer les erreurs humaines, surtout les dix types d'erreurs médicales qui peuvent nous tuer à l'hôpital. Les erreurs de diagnostic, les traitements inutiles, les tests inutiles et les procédures mortelles, les erreurs de médicaments, les événements qui ne devraient jamais arriver, les soins non coordonnés, les infections acquises à l'hôpital, les accidents « *pas si accidentels* », les signes d'avertissements qui passent inaperçus, un congé de l'hôpital trop hâtif ou mal géré¹³. Autant de situations dont on conçoit qu'elles puissent aboutir à un résultat ressenti comme anormal par le patient, et l'inciter à recourir contre le professionnel ou

l'établissement¹⁴, pour quelqu'un d'averti et conscient de ses droits, à l'intervention du juge, magistrat chargé de rendre la justice en appliquant les lois, pour rétablir l'équilibre rompu.

La présente réflexion s'inscrit dans le cadre juridique camerounais et porte sur « *le juge et les erreurs médicales au Cameroun* ». Il faut reconnaître, pour le regretter, que nous ne disposons encore d'aucune étude nationale susceptible de nous informer sur ces diverses erreurs, leur fréquence, les conditions de leur survenue, leur gravité, leurs conséquences dans la pratique médicale quotidienne comme tel est également le cas en France¹⁵. Un constat s'impose toutefois au Cameroun: celui d'une irruption du droit en médecine comme dans de très nombreux secteurs d'activité. On fait appel au juge pour établir des responsabilités¹⁶ et obtenir, sinon des sanctions, du moins des dommages et intérêts. Le juge aussi bien que le législateur ont été ainsi amenés à poser différentes règles encadrant la relation patient-médecin, mais aussi, à limiter les cas dans lesquels la responsabilité des professionnels de

¹¹ En se gardant bien de confondre erreur et faute, l'erreur, si anodine qu'elle puisse paraître, lorsqu'elle est relevée et discutée, y a toujours une valeur préventive en matière de bonnes pratiques, ne serait-ce qu'en termes de coûts induits évitables.

¹² Cf. PARDO (E.), « La faute médicale », disponible sur www.avocat-nice-pardo.fr

¹³ WEN (L.) et KOSOWSKY (J.), *op. cit.*, pp. 6 et s.

¹⁴ La notion d'erreur est-elle alors suffisamment compréhensive pour constituer l'alpha et l'oméga de la responsabilité médicale ? Ce d'autant plus qu'il existe des responsabilités qui ne découlent pas d'une erreur, et des erreurs qui n'engendrent pas de responsabilité. Nous répondrons, comme un auteur, « *certes non* ». V. PIERRE (P.), *préc.*, pp. 182-183.

¹⁵ PELLERIN (D.), *préc.*, p. 49. Il ne sera pas question ici pour nous d'explorer la nature, les causes et les conséquences de l'erreur médicale au Cameroun.

¹⁶ « *Partout où l'on cherche des responsabilités, c'est généralement l'instinct de punir et de juger qui est à l'œuvre* » ; cf. NIETZSCHE (F.), *Le crépuscule des idoles, Les quatre grandes erreurs*, p. 7.

santé est susceptible d'être engagée¹⁷ pour des erreurs médicales¹⁸.

D'ailleurs, si la survenue d'un événement indésirable devait donner lieu à l'ouverture d'une procédure judiciaire et qu'un expert soit missionné, il lui serait demandé d'apporter les éléments permettant d'aider à définir s'il y a causalité entre les faits et le dommage invoqué. Il n'appartiendrait qu'au juge de dire s'il y a faute ou non¹⁹. En cela, l'erreur médicale est à ce jour un sujet émergent en raison de ses conséquences humaines, juridiques et médiatiques. Pour les médecins, la survenue d'une erreur renvoie souvent à la notion de faute et au sentiment de culpabilité, la crainte d'une sanction judiciaire l'emportant souvent sur la reconnaissance de l'erreur²⁰. Dans le contexte camerounais, le double problème que dégage une telle réflexion est d'une part celui de la perception des erreurs médicales par les patients victimes avec leurs ayants droit ; d'autre part celui de l'organisation de la protection judiciaire de ces victimes d'erreurs médicales. L'office du juge camerounais dans le domaine de la santé publique permet-il une réelle et véritable mise en œuvre de la responsabilité des professionnels de santé suite aux erreurs médicales ?

Traiter du juge et des erreurs médicales au Cameroun ne vise pas à donner une image

¹⁷ DUVAL-ARNOULD (D.), « Le médecin confronté au juge civil », *Revue LAENNEC* n°1/2011, Droit et Santé, p. 8.

¹⁸ Tout médecin camerounais peut être confronté un jour, au cours de son exercice professionnel, à la survenue d'une erreur. Cette erreur peut avoir des conséquences plus ou moins graves sur la santé du patient.

¹⁹ PELLERIN (D.), préc., p. 48.

²⁰ Cf. CERLAND (L.), préc., p. 38.

ternie de la médecine, des politiques de santé publique, encore moins de l'office du juge en matière de responsabilité médicale. Nul ne saurait nier les extraordinaires avancées de la prévention et de la thérapeutique, de la connaissance scientifique et même de la santé publique, même par ces temps où la santé de tous et de chacun est plus que jamais en alerte à cause de la Covid-19²¹. Nul ne saurait nier le rôle de gardien de la légalité et de protecteur des droits de L'Homme du juge. Mais il est également utile de s'interroger sur les défaillances, les aveuglements et les turpitudes qui peuvent les accompagner. Il faut savoir, et vouloir, apprendre de ses échecs²². Plutôt que d'analyser les causes de cette judiciarisation, cet article se propose d'évoquer, au moyen de différents exemples, le rôle du juge et les questions qu'il est amené à se poser lorsqu'il est saisi d'un litige, et de donner quelques pistes de réflexion pour surmonter des craintes éventuelles et peut-être aussi adapter la pratique médicale – non pas dans la perspective d'éviter un procès, mais plutôt dans celle d'améliorer la relation de soins²³ qui est et doit rester en premier lieu fondée sur la confiance²⁴.

Les droits des malades ne sont donc ni une abstraction ni une étrangeté dans le cadre juridique camerounais. En effet, parler des droits

²¹ Lire pour s'en convaincre, 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.

²² Cf. «Éditorial», *Les Tribunes de la santé* n° 20, p. 4.

²³ LEVEAU (Ph.), « Les erreurs, facteurs de progression », *Congrès lambda MU 21 "Maîtrise des risques et transformation numérique : opportunités et menaces"*, oct. 2018, Reims, France, hal-02074914, p. 5.

²⁴ DUVAL-ARNOULD (D.), préc., p. 8.

des malades revient à évoquer un truisme puisque le malade en tant que personne humaine demeure titulaire de l'ensemble de ses droits fondamentaux, au premier rang desquels le droit à la dignité et au respect de sa personne humaine²⁵. De ce socle fondateur peut être dérivé une kyrielle d'autres droits tels que le droit à l'information, le droit au consentement, le droit au secret médical, et très important, le droit à des soins de qualité²⁶. Bien entendu, la garantie de ces droits n'est possible que si le malade a également un droit à la réparation en cas de faute des professionnels de santé²⁷. Ainsi, l'erreur qui survient dans le contexte d'un soin est une épreuve difficile pour le soigné mais aussi pour le soignant²⁸. Elle ne peut être passée sous

²⁵ Le Code de déontologie des médecins du Cameroun pose comme principe premier le respect de la vie qui, en toute circonstance, constitue le devoir primordial du médecin. Le Code de déontologie des professions d'infirmier, de sage-femme et de technicien médico-sanitaire dispose pareillement. Cf. art 1^{er} du Décret n° 83-166 du 12 avril 1983 portant Code de déontologie des médecins au Cameroun et du Décret n° 89-354 du 03 mars 1989 portant Code de déontologie des professions d'infirmier, de sage-femme et de technicien médico-sanitaire.

²⁶ 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.

²⁷ La jurisprudence MERCIER du 20 mai 1936 est l'une des premières affaires impliquant la responsabilité médicale, illustrant ainsi le déclin de l'impunité des médecins.

²⁸ Comme l'a relevé un auteur, « être victime d'une erreur aux conséquences graves est un drame avant tout pour le patient lui-même et pour sa famille. L'émotion, l'incompréhension, la colère seront à la mesure de la gravité de l'accident, de ses causes, de ses conséquences et de son traitement. Accepter sa maladie est un chemin suffisamment difficile pour que soit refusée absolument toute difficulté supplémentaire provenant de ceux-là mêmes qui sont censés alléger les peines. Se reconstruire physiquement et moralement, après une erreur ayant eu des conséquences, peut nécessiter beaucoup de temps et de ressources personnelles. Mais il faut souligner combien le fait de commettre une erreur à l'origine d'un préjudice est

silence... mais comment en parler²⁹?

D'entrée de jeu, les occasions de tapage médiatique en matière d'erreurs médicales n'ont pas manqué ces dernières années au Cameroun. Même si en la matière l'office du juge est en chantier (II), force est de relever la rareté de la saisine des justiciables par ricochet (I).

I- La rareté de la saisine du juge camerounais pour des erreurs médicales

D'après la doctrine, « (...) la pratique nous renvoie à une multitude de situations où la balance n'est pas en équilibre, et ne peut l'être, entre un patient abasourdi par ce qui lui arrive et la nécessité d'agir vite dans l'acuité critique ou la maladie grave »³⁰. Cette affirmation justifie d'une manière ou d'une autre des hypothèses dans lesquelles la personne malade peut ne pas être assez lucide pour penser à saisir la justice en cas d'erreurs médicales; quand bien même il s'agirait de cas justifiés par les circonstances³¹. Cependant, au Cameroun, tout

aussi pour les soignants une épreuve réelle et parfois traumatisante. La complexité et la technicité croissantes des soins mettent particulièrement les infirmier(e)s dans une perpétuelle inquiétude de l'erreur; c'est un spectre qui plane au-dessus de toutes les journées de soins. La survenue de l'accident est alors l'occasion d'un profond bouleversement, d'une remise en cause personnelle et professionnelle. La peur du procès et d'une sanction disciplinaire se mêle à l'angoisse du mal commis et de ses conséquences (...). V. BOURDEAUT (F.), « Patients et soignants à l'épreuve de l'erreur médicale », *Revue LAENNEC* n°3/2012, Relation de soin, p. 30.

²⁹ BOURDEAUT (F.), préc., p. 24.

³⁰ PELICIER (N.), « Un consentement pleinement libre et éclairé ? », *Revue LAENNEC* N°4/2011, p. 25.

³¹ 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*

comme dans de nombreux États africains, il n'est pas aisé de recenser les patients victimes d'erreurs médicales ayant eu à tenter une action dans ce sens en raison de nombreux facteurs culturels qui jalonnent encore à ce jour les croyances de la majorité des camerounais. À côté du laxisme ambiant des ayants droit de la victime d'erreurs médicales (B), au Cameroun, beaucoup de clichés et préjugés répertoriés çà et là entourent les erreurs médicales (A).

A- Les clichés et préjugés entourant les erreurs médicales

La perception de la gravité d'une erreur peut être *a priori* différente pour les patients ou pour les soignants. Ce qui n'est pas significatif pour les uns peut revêtir une grande importance pour les autres. Aussi, une question et non des moindres se pose : « *Comment, pour des soins lourds, engager sa confiance envers quelqu'un qui ne reconnaîtrait même pas des petites erreurs dans les soins quotidiens ?* » Attacher ou non de l'importance à ce qui est vécu par les patients comme une erreur anxiogène, indépendamment des conséquences évaluées par les soignants, peut déterminer la qualité de la relation de soin. L'inquiétude déclenchée par un simple écart – qu'elle soit objectivement justifiée ou non – appelle donc toute l'attention et la reconnaissance des soignants : si la désinvolture ou la négligence ne résident pas dans l'erreur elle-même, elles peuvent très fâcheusement ressurgir dans l'ignorance ou le mépris de

l'importance que lui accorde le patient.

Si les erreurs, probablement le plus souvent de type « *erreur d'incapacité* » (encore appelée « *erreur active* »), en rapport avec le médicament sont les mieux identifiables et identifiées, bien d'autres peuvent survenir dans l'activité de soins de proximité qui non seulement ne font l'objet d'aucun recours, mais encore ne sont pas relevées, ce qui ne contribue pas à prévenir leur répétition ultérieure éventuelle.

Toutes les erreurs rarement relevées, le sont parce que survenant encore heureusement dans le cadre d'une relation duale, humaine, dont la confiance n'est pas exempte, et qui comporte compréhension mutuelle et tolérance, voire indulgence, parfois jusqu'à l'excès. Il faut pourtant observer que cette « *confiance aveugle* » qui a pu conduire à l'apparence d'une infaillibilité n'a pas survécu à l'invocation du principe dit de démocratie sanitaire³², conséquence de la notion majeure d'autonomie de la personne, qui fait du malade l'acteur de la démarche de soins qu'il sollicite³³. C'est dire l'importance qu'a aujourd'hui dans la pratique médicale la notion d'information du patient. Malheureusement, dans un système juridique tel que celui du Cameroun, où le droit médical est encore embryonnaire et les droits des malades

³² Ce principe, corolaire de la gouvernance sanitaire, a été davantage développé par FOE NDI (C.), *La mise en œuvre du droit à la santé au Cameroun*, thèse de Doctorat en droit public, Université d'Avignon, 28 juin 2019, pp. 320 et s.

³³ À lui seul appartient d'adhérer ou non à ce qui lui est proposé.

très peu développés, « *le paternalisme médical* »³⁴ règne³⁵ activement. Malgré l'avènement des vastes moyens d'information dont disposent les patients, internet notamment, force est de constater la subsistance de nos jours de l'augmentation du « *pouvoir* » qui conférait au médecin l'exclusivité du « *savoir* »³⁶. Lorsqu'une erreur survient pendant le processus des soins, il est recommandé, en fonction du patient en cause et de sa sensibilité, de le dévoiler; ce qui n'a rien à voir avec les données personnelles encore moins le secret médical.

Dévoiler l'erreur, survenue au cours des soins, dans notre système de santé est considéré comme une phobie pour le professionnel de santé³⁷. L'erreur ayant été commise et identifiée, la priorité consiste bien évidemment, s'il en est encore temps, à prendre les mesures médicales qui s'imposent pour en minimiser les effets. Si ceux-ci ne sont pas directement perceptibles dans l'état physique du patient, la seule nécessité de

ces soins « *réparateurs* » lui en dévoilera l'existence. Il reste que, dans les cas médicalement plus favorables, l'erreur pourra passer complètement inaperçue tant que les soignants ne la dévoileront pas ou la maquilleront derrière des explications de fortune³⁸.

Savoir ce qui se passe en soi par le fait d'autrui est simplement un droit élémentaire, le faire connaître est donc un devoir intangible pour le soignant, quelles qu'en soient les répercussions sur son illusion personnelle d'infaillibilité. Qui plus est, et de façon en apparence paradoxale, la dissimulation de l'erreur comporte un risque plus grand d'ébranlement de la confiance entre soignés et soignants que la reconnaissance de cette erreur. Pourvu qu'elle ait été le socle initial, et confirmé, de la relation de soins, la confiance réciproque peut en effet sortir renforcée de l'annonce d'une erreur, comme si cette annonce était le gage que la confiance est honorée même dans des situations éminemment délicates. La reconnaissance de l'erreur, comme l'a relevé un auteur, est une manière de « *rendre justice* » au patient³⁹.

À titre d'exemple, en octobre 2020, dans un hôpital de référence de la place, un patient atteint de myélomes multiples, se plaignant de douleurs lombaires, avait été interné pendant près de trois semaines à cause d'un ulcère

³⁴ « *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 n° 11, p. 61.

³⁵ Cf. N'DA (A. C.), préc., p. 6.

³⁶ Ailleurs, avec l'avènement de l'internet, et avec l'évolution croissante des enjeux de la prise en charge des patients, ce pouvoir a profondément été réduit, en partie grâce à la volonté de s'informer des patients, véritable sujets de droit, capables de prendre des décisions liées à leur vie propre. Lire à cet effet DUMEZ (V.), « Réflexions sur l'évolution des modèles conceptuels d'organisation de soins: du paternalisme au partenariat », disponible sur www.health4africa.net

³⁷ Parler d'une erreur commise est tout simplement un impératif moral. Nul soin prodigué avec une intention déontologique élémentaire ne peut être mené dans le mensonge ou la dissimulation.

³⁸ BOURDEAUT (F.), préc., p. 31.

³⁹ Cf. DAVOUS (D.), *À l'aube du 8^e jour...Capucine*, L'Harmattan, 1997, cité par BOURDEAUT (F.), préc., p. 32.

gastrique⁴⁰ provoqué par un AINS⁴¹, qui lui avait été administré dès son entrée aux urgences de ladite institution. L'examen ayant confirmé cela était la fibroscopie⁴²; qui révélait les brûlures d'estomac. Pour résoudre cette gastrite, le patient avait été mis sous antibiotique et sous IPP⁴³, pour le pansement gastrique adéquat. Le personnel médical avait reconnu officieusement le tort occasionné par l'administration de l'AINS, sans pour autant en informer la famille du patient victime de leur erreur⁴⁴. Le patient s'en était tiré certes de justesse⁴⁵, mais « *l'erreur d'un jour ne doit en aucun cas être l'erreur de*

⁴⁰ Un ulcère gastrique désigne une plaie qui se forme sur la paroi interne de l'estomac. Cette plaie résulte d'un déséquilibre entre l'acidité de la sécrétion gastrique (qui permet la digestion) et les mécanismes de défense de l'estomac qui le protègent de cette action acide. Ceux-ci deviennent insuffisants, le liquide gastrique agresse les muqueuses, ce qui entraîne une inflammation, puis un ulcère. Il se manifeste typiquement par une douleur au niveau de l'épigastre. Aujourd'hui, les traitements médicamenteux permettent une cicatrisation rapide de la lésion. Cf. BROSSEAU (F.), « Ulcère de l'estomac ou gastrique: reconnaître les symptômes et soigner », disponible sur www.sante.journaldesfemmes.fr, consulté le 10/10/2021.

⁴¹ Entendu ici comme Anti Inflammatoire Non Stéroïdien. La prise d'AINS (aspirine, ibuprofène, codéine, etc), est la deuxième cause principale d'apparition d'un ulcère gastrique. Cf. BROSSEAU (F.), préc.

⁴² La fibroscopie ou endoscopie est une méthode d'exploration visuelle médicale de l'intérieur d'un organe, d'une cavité inaccessible à l'œil. L'instrument utilisé pour procéder à cette exploration, appelé fibroscope ou endoscope, est composé d'un tube optique muni d'un système d'éclairage. Lorsqu'il est couplé à une caméra vidéo, il peut retransmettre l'image sur un écran. cf. <https://fr.m.wikipedia.org>

⁴³ Entendu ici comme Inhibiteur de la Pompe à Proton.

⁴⁴ Le personnel urgentiste n'avait pas pris le soin de consulter le carnet du patient, qui était conscient dès son arrivée aux urgences, encore moins de lui poser des questions sur ses antécédents médicamenteux et familiaux.

⁴⁵ La gastrite ayant entraîné une anémie sévère, beaucoup de poches de sang lui avaient été transfusées afin qu'il recouvre un taux de sang acceptable. Sans quoi, il n'aurait pas été possible de lui faire l'examen de fibroscopie ayant permis de détecter la conséquence du malaise causé dès l'entrée du patient aux urgences; loin des coûts financiers exorbitants que cela a entraîné au préjudice du patient.

toujours ».

Certains préjugés sur les erreurs médicales portent sur les effets indésirables médicamenteux observés dans les services d'accueil et d'urgences camerounais, parce qu'ils reflètent la réalité quotidienne des soins de proximité et soulignent le risque accru d'observer un événement indésirable dû à une erreur de prescription ou de prise de médicament lié à l'âge, au sexe, à de faibles revenus, à un faible niveau d'éducation. Ainsi, relativement au dernier point, pour des erreurs médicales ayant par exemple entraîné la mort du patient, les ayants droit de la victime s'abstiennent d'ester en justice parce que, selon eux, « *ça ne sert plus à rien de poursuivre le personnel fautif* »; ils ne souhaitent pas être pointées du doigt par la société « *parce que ça ne ramènera pas à la vie le de cujus* », et l'indemnité qui pourrait compenser la perte de cet être cher est vue comme étant « *l'argent ou le prix du sang* ».

En 2016, par exemple, au terme d'une enquête menée suite à un scandale sanitaire au Cameroun, l'Ordre national des médecins du Cameroun a pu établir que « *les insuffisances de l'organisation de l'institution sanitaire*⁴⁶, *d'une part et, d'autre part, le manque d'accompagnement et d'empathie du personnel envers les malades ou leurs familles, ont sans aucun doute favorisé les prestations de cette*

⁴⁶ À savoir d'une part le mauvais accueil, la mauvaise orientation des malades et des familles, le manque de coordination entre les services, l'insuffisance des services de sécurité, le manque de professionnalisme du personnel de la morgue, etc. entre autres dans l'Affaire dite KOUMATEKEL.

personne non qualifiée prétendant agir selon ses dires sous l'influence d'une inspiration divine »⁴⁷. On se rend compte que les professionnels de santé contribuent eux-mêmes à développer les clichés et préjugés autour des erreurs pouvant survenir dans les formations sanitaires. Le laxisme affiché par les ayants droits des victimes d'erreurs médicales n'en serait-il que le prolongement ?

B- Le laxisme des ayants droit des victimes d'erreurs médicales

D'emblée, c'est un truisme que le système camerounais de soins est affecté par beaucoup d'erreurs médicales. Si sous d'autres cieux⁴⁸, face aux inévitables risques de la vie, le destin, la providence sont des arguments qui ne font plus recette, force est de reconnaître que ces arguments sont employés au Cameroun pour justifier un tel laxisme des ayants droits des victimes d'erreurs médicales⁴⁹.

Même si on envisagera la réparation *infra*, à titre d'exemple, s'agissant du droit à réparation, le contentieux judiciaire ou administratif des droits des malades au Cameroun reste très maigre à cause non seulement de la méconnaissance des droits des malades et des procédures de réparation, du laxisme de ceux-ci à saisir les mécanismes appropriés en cas de violation, de la place trop

importante accordée à la divine providence comme ultime réparateur des violations subies et bien entendu, à l'inusable exigence de la faute et du lien de causalité entre la faute et le dommage. Ces obstacles socio-culturels et juridiques empêchent l'animation et le développement d'un véritable contentieux des droits des malades au Cameroun, alors même que les situations pouvant donner lieu à ce type de contentieux sont légions et quasi-quotidiennes⁵⁰.

Au Cameroun, à l'opposé de l'occident, l'esprit de rendre justice ne prime pas lorsqu'une erreur médicale est relevée. On pourrait recourir certes à des experts assermentés, mais cela serait vain si les ayants droits brillent par leur mutisme. Certains arguments avancés font état de ce que « *le traumatisme psychologique, couplé à l'excès de mauvais traitements du personnel soignant* » justifient la minimisation de ces erreurs par les ayants droits. On ne devrait plus s'étonner que le vieil adage, fruit de la sagesse des peuples, « *l'erreur est humaine* » soit de plus en plus un motif suffisant pour expliquer la survenue d'un événement indésirable lié aux soins, lorsqu'on a à faire à des personnes ignorants les droits des malades ; surtout dans un environnement où la préférence des arrangements à l'amiable est légion. Bien que détenant des preuves d'erreurs médicales, certains ayants droits, craignant la solidarité de corps et surtout le dilatoire devant les juridictions étatiques, préfèrent, lorsqu'ils ne disposent pas d'assise financière solide pour actionner quoi que ce soit, la paix à la raison du

⁴⁷ ONMC, Rapport de la commission d'enquête du conseil de l'ordre national des médecins du Cameroun sur l'affaire Monique KOUMATEKE, Mars 2016, in <http://www.onmc.cm/documents/RAPPORT-COMMISSION-d-enquete-KOUMATEKEL.pdf>

⁴⁸ V. DUVAL-ARNOULD (D.), préc., p. 6.

⁴⁹ FOKA TAFFO (F.), préc., p. 3.

⁵⁰ *Idem.*

plus fort.

Pire encore, dans notre société où certains ont encore la mentalité rétrograde, voire anti processuelle, certains ayants droit préfèrent se contenter des excuses, même s'ils vont continuer à payer le lourd tribut occasionné par ces erreurs. Dès lors que le professionnel de santé fautif ou la structure hospitalière fautive reconnaît son erreur et exprime désormais son souhait à la réparer, nul besoin que les ayants droit réclament à propos une compensation financière. Aussi, sans faire l'apologie du laxisme que l'on décrie, il n'est pas évident de se lever un bon matin, répertorier toutes ces erreurs là et saisir le juge civil ou administratif *illico* pour une quelconque réparation. Il existe des responsabilités qui ne découlent pas d'une erreur, et des erreurs qui n'engendrent pas de responsabilité⁵¹. Vu ainsi, toutes les erreurs médicales n'entraîneront pas forcément la responsabilité du professionnel de santé⁵².

L'analyse du comportement des victimes prétendues est également, parfois, un facteur de neutralisation des erreurs dont elles revendiquent la sanction. En effet, la jurisprudence a de longue date, et fort heureusement, imposé une obligation de coopération entre le patient et le praticien. Il

⁵¹ PIERRE (P.), préc., p. 182.

⁵² À titre d'exemple, même si cela relève des faits, un membre de notre famille malade s'était vu prescrire, dans un hôpital de référence de la place, des gants de contention, pour lui permettre une bonne circulation du flux sanguin sur ses membres inférieurs, parce qu'il était statique. Les mensurations incombent au médecin traitant. Chose curieuse, le médecin ayant prescrit ces gants s'était trompé sur les mesures prises : les gants étaient petits et ne couvraient pas complètement les membres inférieurs ; impliquant dès lors leur changement à nos frais, pour un résultat optimal chez le patient alité.

est naturel d'amoindrir, ou de supprimer, la responsabilité du professionnel que son patient n'a pas mis en mesure de respecter les règles de l'art, tant au stade du diagnostic en ne révélant pas des informations utiles au praticien, qu'au stade du traitement proprement dit en ne suivant pas rigoureusement les prescriptions adéquates⁵³. Ainsi, on citera, à titre de droit comparé, un arrêt de la Cour de cassation française, relatif à une espèce concernant un syndrome des loges dont le diagnostic avait mal été posé par trois médecins successifs, n'a retenu au profit de la victime que la perte d'une chance d'éviter des séquelles neurologiques liée à la persistance de ce diagnostic erroné, car le patient avait quelque peu tardé à se présenter à la clinique pour y subir une décompression chirurgicale, une fois le bon diagnostic établi⁵⁴.

À cet égard, il est important de souligner que le Décret n° 83-166 du 12 avril 1983 portant Code de déontologie des médecins au Cameroun

⁵³ PIERRE (P.), préc., p. 186.

⁵⁴ Cass. 1ère civ., 8 juillet 1997, n° 95-18113 : « *Attendu que l'arrêt attaqué (Paris, 18 mai 1995) se fondant sur le rapport d'expertise, a constaté, d'une part, qu'il était nécessaire en cas de syndrome des loges défaire procéder à une décompression chirurgicale dans un délai de 10 à 15 heures suivant les premiers signes d'alarme et qu'à défaut les chances de récupération s'amenuisaient tandis qu'augmentaient celles de conserver des séquelles neurologiques définitives, d'autre part, que M. M. ne s'était présenté à la clinique qu'au bout de 24 heures, de sorte qu'une partie de son dommage était déjà réalisée lors de son hospitalisation ; qu'elle a pu en déduire, sans encourir les griefs des moyens, que les médecins étaient responsables, en raison de leur persistance dans un diagnostic erroné, d'une perte de chance pour M. M. de subir des séquelles moindres* ». (Diagnostic de phlébite posé successivement par trois médecins, le quatrième finissant par ordonner une radiographie qui a abouti tardivement au bon diagnostic).

et le Décret n° 89-354 du 03 mars 1989 portant Code de déontologie des professions d'infirmier, de sage-femme et de technicien médico-sanitaire ne se sont pas bornée à proclamer les droits des personnes malades. Ils les ont aussi rappelés à leurs devoirs, en disposant que « *les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose* »⁵⁵. Tous les juristes savent combien l'esprit d'une loi peut, à terme, s'avérer aussi important que sa lettre, particulièrement lorsqu'il s'agit pour un juge de soupeser des comportements individuels.

En substance, l'absence de saisine des instances judiciaires au Cameroun par des personnes victimes d'erreurs médicales est justifiée par l'absence d'un Code de la santé publique⁵⁶. Toutefois, la consécration normative éparses des droits individuels des malades permet leur justiciabilité aussi bien devant les institutions ordinaires que judiciaires. L'une des principales difficultés de leur application réside dans leur énoncé trop moralisant et peu répressif ; ce qui a un impact négatif sur l'action des institutions ordinaires en faveur de la protection des droits de malades au Cameroun. Bon gré mal gré, les juridictions étatiques camerounaises doivent, même si le droit de la santé est encore un terrain en friche, asseoir leur

autorité lorsqu'elles sont saisies d'une action en responsabilité médicale, suite à des erreurs médicales dites fautives.

II- L'office du juge camerounais en pleine construction sur les erreurs médicales

L'application du droit est un processus, une suite d'actions et de réalisations tendue vers un but. C'est un processus animé par des hommes, les acteurs de l'application que l'on pourrait dire coauteurs du droit, car le droit serait vain s'il n'était pas appliqué⁵⁷. En droit de la santé⁵⁸, la responsabilité du médecin n'est, en principe, engagée qu'en cas de faute, dans la mesure où il ne peut garantir la réussite des actes médicaux qu'il entreprend qui comportent toujours une part de risque. Toute victime d'une erreur médicale doit avoir accès à des recours judiciaires effectifs⁵⁹. Ne pas en prévoir serait remettre en cause le droit d'accès au juge qui est « *le socle de tous les autres droits humains, le « bouclier des droits de l'homme », le « droit des droits » car seul un recours effectif permet à l'être humain d'exercer pleinement ses droits et de demander réparation en cas de violation desdits droits* »⁶⁰. Le rôle du juge et les questions

⁵⁵ Cf. Titre I et Titre II des Décret n° 83-166 du 12 avril 1983 et Décret n° 89-354 du 03 mars 1989 sus-cités.

⁵⁶ BOA (A.), « Les contraintes normatives et ordinaires de la protection des droits des malades au Cameroun », *Bulletin d'information du Centre de recherche A Priori (CRAP)* N° 7 – Mai 2018, p. 16.

⁵⁷ CARBONNIER (J.), *Droit et passion du droit sous la Ve République*, Paris, Flammarion, 1996, p. 75, cité FOE NDI (C.), thèse préc., p. 17.

⁵⁸ Le droit de la santé est une discipline scientifique constituée par l'ensemble des règles qui régissent la santé des populations. Il se démarque également de la Santé publique et ne saurait être confondu avec le droit à la santé.

⁵⁹ FOE NDI (C.), thèse préc., p. 23.

⁶⁰ Frédéric FOKA, *Le contentieux africain des droits de l'homme et des peuples*, Éditions 3ft, septembre 2008, p. 5, cité par FOE NDI (C.), thèse préc., p. 23.

qu'il est amené à se poser lorsqu'il est saisi d'un litige, est de donner quelques pistes de réflexion pour surmonter des craintes éventuelles et peut-être aussi adapter la pratique médicale – non pas dans la perspective d'éviter un procès, mais plutôt dans celle d'améliorer la relation de soins qui est et doit rester en premier lieu fondée sur la confiance⁶¹.

La mise en œuvre de la responsabilité du médecin est intrinsèquement liée à la réparation des erreurs médicales et du droit au meilleur état de santé qu'un individu soit capable d'atteindre⁶². Le juge camerounais, bien que le droit de la santé soit encore dans une mouvance constructive, compétent au regard de la constitution et des Conventions internationales, a ainsi l'obligation de garantir la mise en œuvre optimale et la sanction des erreurs du professionnel de santé (A), en dépit des défis liés à leur réparation (B).

A- Le juge camerounais, compétent pour les erreurs médicales du professionnel de santé

Le médecin camerounais demeure tenu à une obligation de moyens⁶³ et non de résultat⁶⁴,

⁶¹ DUVAL-ARNOULD (D.), préc., p. 8.

⁶² FOE NDI (C.), thèse préc., p. 27.

⁶³ Les obligations de moyen sont celles dans lesquelles le débiteur promet d'apporter tous les soins et diligences à sa mission, mais ne s'engage pas sur son succès : il est tenu d'employer tous les « moyens » possibles pour procurer satisfaction à son créancier, mais ne peut pas garantir le résultat.

⁶⁴ Les obligations de résultat sont celles dans lesquelles le débiteur s'engage à fournir un résultat. Le seul fait qu'il n'y parvienne pas laisse alors présumer sa faute car ce sont des obligations qu'un débiteur normalement diligent parvient à exécuter. Le défaut de résultat fait donc

de soins et non de guérison⁶⁵...etc, compte tenu de l'adage « *le médecin soigne, mais c'est Dieu qui guérit* ». Les exigences posées quant à la qualité des soins concernent l'ensemble de la prise en charge du patient. Elles ne peuvent être tributaires des possibilités financières de ce dernier. À titre d'exemple, en droit français, il a été retenue la responsabilité d'un chirurgien-dentiste ayant eu recours, selon les experts désignés, à des soins non conformes aux données acquises de la science, ayant consisté en la pose d'une prothèse mobile inadaptée, à l'origine d'une infection, au lieu d'une prothèse fixe, mais considéré comme adapté aux possibilités financières du patient⁶⁶.

En droit de la santé camerounais, différentes juridictions sont compétentes en matière de responsabilité médicale, en fonction de la nature de la faute reprochée, de l'objectif recherché par la victime et des conditions dans lesquelles le médecin exerce son activité.

D'abord les juridictions civiles, sur lesquelles nous insisterons plus particulièrement, compétentes à l'égard des professionnels de santé exerçant leur activité à titre libéral et dans des formations hospitalières privées ; elles visent à la réparation du préjudice subi. La responsabilité civile (ou indemnitaire de droit

présumer une défaillance du débiteur. Ainsi, la charge de la preuve va donc peser sur lui. Il est présumé responsable de l'inexécution à défaut pour lui de s'exonérer en apportant la preuve d'un cas d'impossibilité d'exécution.

⁶⁵ Les exigences posées quant à la qualité des soins concernent l'ensemble de la prise en charge du patient. Elles ne peuvent être tributaires des possibilités financières de ce dernier.

⁶⁶ Cour de cassation, 1^{ère} Chambre civile, 19 déc.2000, *Bull.* n°331.

privé) répond à un idéal de réparation. Lorsque la responsabilité civile d'un médecin est engagée, ce dernier peut être condamné à réparer financièrement le dommage subi par son patient. Les juridictions compétentes pour connaître de l'action en responsabilité sont les juridictions de l'ordre judiciaire, et plus exactement les juridictions civiles : tribunal de première et de grande instance, en fonction du montant réclamé pour la réparation des erreurs médicales relevées.

Ensuite, les juridictions administratives⁶⁷, connaissant des fautes commises par les salariés des établissements de santé publics. L'ordre administratif a pour fonction de régler les litiges qui opposent les particuliers à l'état. Par exemple lorsqu'il y a un litige entre l'hôpital public et un patient. L'administration est responsable du fait de ses agents médicaux et paramédicaux dans le domaine médical. La faute est le résultat de l'inexécution d'obligations relatives à l'acte médical ou chirurgical. Lorsqu'il fréquente un établissement public, le malade n'est pas lié contractuellement avec le médecin qui le soigne. Il est dans la situation d'un usager du service public. En principe, une faute médicale commise par un médecin dans un hôpital relève de la responsabilité de cet hôpital. Le médecin n'est donc pas considéré comme personnellement responsable et il ne peut être poursuivi personnellement en réparation du dommage causé. Néanmoins, il peut toujours être poursuivi sur le plan pénal.

⁶⁷ Tribunaux administratifs, cours administratives d'appel, chambre administrative de la Cour Suprême.

Les dispositions applicables issues du Décret n° 83-166 du 12 avril 1983 portant Code de déontologie des médecins au Cameroun sont désormais les mêmes pour ces différentes juridictions et prévoient en particulier une prescription de 10 ans à compter de la consolidation du dommage pour rechercher la responsabilité du médecin ou de l'établissement de santé. La victime doit donc demander réparation à l'établissement hospitalier pour le compte duquel le médecin exerce et doit porter la procédure devant les tribunaux de droit commun⁶⁸. Tout comme précédemment, pour mettre en jeu la responsabilité de l'hôpital, il faut que la victime établisse que sont réunis trois éléments : une faute, un dommage et un lien de causalité entre les deux. Le fondement principal reste celui de la faute (comme en matière civile). Il faut normalement une faute prouvée pour engager la responsabilité de l'hôpital. Cependant, le juge administratif a reconnu, dans certains domaines, une présomption de faute. Ainsi, lorsqu'un dommage grave survient dans les suites d'un acte de soins courant, le patient n'a pas à prouver qu'il y a eu une faute, celle-ci est présumée⁶⁹. Ce système de responsabilité est intéressant pour le patient car il n'a pas à

⁶⁸ Bien que le contentieux en l'espèce soit administratif, l'art. 3 al. 1. de la loi n° 2006/022 du 29 décembre 2006 fixant l'organisation et le fonctionnement des tribunaux administratifs 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 ».

⁶⁹ Exemple de domaine de présomption de fautes : complications après des vaccinations obligatoires, infections nosocomiales.

apporter la preuve d'une faute.

Puis, il y a également les juridictions disciplinaires. Imposée par l'ordre des médecins qui oblige à la discipline, à la déontologie et veille au bon fonctionnement de la pratique de la médecine. Le manquement aux règles de la déontologie met en jeu la responsabilité disciplinaire. Cette responsabilité peut être mise en jeu en même temps que la responsabilité civile et pénale. Les médecins sont responsables du point de vue disciplinaire devant l'Ordre National des Médecins par l'effet du Décret n° 83-166 du 12 avril 1983 portant Code de déontologie des médecins au Cameroun en son article 58⁷⁰. L'action disciplinaire est confiée en première instance à la chambre disciplinaire et en second lieu au Ministre en charge de la Santé publique. Elle peut être exercée à l'encontre : des médecins inscrits au tableau de l'ordre des médecins, des étudiants en médecine en raison des actes qu'ils accomplissent pendant un remplacement, des médecins exécutant au Cameroun un acte professionnel dans les conditions prévues au Décret n° 83-166 du 12 avril 1983 portant Code de déontologie des médecins au Cameroun.

La responsabilité est engagée dès qu'il y a faute⁷¹, même légère⁷². Il n'est pas nécessaire

⁷⁰ Cet article dispose en son alinéa 1 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».

⁷¹ Est une faute disciplinaire tout manquement aux règles de la déontologie médicale. C'est la violation d'une règle morale, plus que d'une règle proprement juridique, qu'elle soit inscrite dans un texte, le Code de déontologie médicale par exemple, ou non. Ces fautes ont en principe

que cette dernière ait causé un préjudice. Les fautes disciplinaires ne sont pas uniquement constituées des faits ayant un rapport avec l'activité professionnelle du médecin. En effet, le Code de déontologie (articles 3 et 5) estime que le comportement général du praticien, même dans le cadre de sa vie privée, ne doit pas être de nature à porter atteinte à la moralité de la profession. Il n'existe pas de délai pour saisir les juridictions ordinales puisque, contrairement à la faute civile, pénale ou administrative, les fautes disciplinaires sont imprescriptibles. Les juridictions disciplinaires peuvent prononcer des sanctions professionnelles en cas de manquements à des règles déontologiques, indépendamment aussi du statut du médecin.

Enfin, les juridictions pénales sont compétentes à l'égard de tout praticien quel que soit son statut lorsqu'une infraction, par exemple un homicide ou des blessures involontaires tels que prévus par l'article 289 du Code pénal⁷³, a

un rapport avec l'activité professionnelle, mais pas exclusivement, un acte de la vie privée pouvant porter atteinte à l'honneur ou à la moralité de la profession.

⁷² Les sanctions disciplinaires peuvent être légères ou lourdes. Elles sont en corrélation avec la gravité de la faute du praticien. Elles consistent graduellement en l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire ou permanente d'exercer des fonctions médicales dans le secteur public ou privé et la radiation du tableau.

⁷³ Il ressort clairement de l'art. 289 du Code pénal dans ses 3 premiers alinéas que « (1) Est puni d'un emprisonnement de trois mois à cinq ans et d'une amende de 10.000 à 500.000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement celui qui, par maladresse, négligence, imprudence ou inobservation des règlements, cause la mort ou des blessures, maladies ou incapacités de travail telles que prévues aux articles 277 et 280. (2) La peine est un emprisonnement de six à vingt ans au cas où l'une des infractions prévues aux articles 277, 228 (2) (a) et (b) provoque des blessures, maladies ou incapacités de travail telles que prévues aux articles 277 et 280. (3) La peine est celle de l'emprisonnement à vie au cas où l'une des infractions prévues aux articles 227, 228 (2) (a) et (b)

été commise justifiant une sanction et la réparation du préjudice.

Ces quatre systèmes de responsabilité peuvent, parfois, se montrer complémentaires⁷⁴.

Le professionnel de santé exerçant son activité à titre libéral répond lui-même de ses fautes civiles. Il répond aussi de celles commises par des personnels placés sous son contrôle même s'ils sont salariés de l'établissement de santé. Le médecin doit être en mesure de prouver par tous moyens l'information donnée ou l'exception invoquée, parfois plusieurs années après. Cela ne pourra déboucher que sur une confrontation entre la parole du médecin et celle du patient. Il est donc important qu'il garde des traces à son dossier de l'information donnée, pour être en mesure le cas échéant d'en justifier. Le juge va apprécier en fonction des éléments qui lui seraient soumis⁷⁵, si le patient avait dû être informé du risque survenu et le cas échéant s'il l'a été. À défaut, il sera amené à retenir l'existence d'un défaut d'information.

En cas de défaut d'information, le préjudice subi par le patient pourra consister en un préjudice moral justifiant une indemnité d'un montant limité ou en une perte de chance d'échapper au risque qui s'est réalisé mais qu'il

provoque la mort d'autrui».

⁷⁴ La responsabilité civile ou administrative dont l'objet premier est l'indemnisation de la victime par le responsable ; la responsabilité pénale qui tend au prononcé d'une sanction à l'encontre de l'auteur des faits litigieux ; la responsabilité disciplinaire qui se penche sur l'aspect professionnel de la faute.

⁷⁵ Il peut s'agir d'écrits, d'échanges avec le médecin traitant, d'annotations au dossier médical, de consultations préopératoires, de temps de réflexion laissés au patient...etc

doit être en mesure de justifier. Le juge en apprécie l'existence en se fondant sur le caractère nécessaire de l'intervention, les alternatives existantes, les troubles dont souffre le patient, l'état de santé qu'il aurait eu en l'absence de réalisation de l'intervention⁷⁶. Si la preuve des confrontations des médecins ne coule pas de source lorsque leur responsabilité est mise en œuvre, les défis qui sont ceux du patient victime d'erreurs médicales pour bénéficier d'une certaine réparation sont énormes.

B- Les défis liés à la réparation des erreurs médicales

Le patient a « *le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées* », que « *les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté* » et que « *ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable* ».

La preuve des préjudices⁷⁷ subis à la suite de la faute commise ou de l'accident médical incombe au patient. Ces préjudices peuvent être

⁷⁶ DUVAL-ARNOULD (D.), préc., p. 14.

⁷⁷ Elle représente un fardeau qui pèse sur le patient, du fait que parfois plusieurs événements peuvent concourir à la réalisation du préjudice. Ailleurs, dans le but d'alléger ce fardeau, la théorie de l'équivalence des conditions et le principe de la perte de chance de survie, ont été développés. V. TABCHI (M.), La responsabilité civile du médecin : les limites de la faute médicale, thèse pour l'obtention du Diplôme de Docteur en Médecine, Université Mohammed V de Rabat, Faculté de Médecine et de Pharmacie, 2018, p. 96.

éprouvés par la victime directe ou ses proches, avoir un caractère temporaire ou permanent, constituer des préjudices personnels tels que des troubles dans les conditions d'existence ou un préjudice d'agrément, ou des préjudices économiques tels que des pertes de revenus, une incidence professionnelle, la nécessité de recourir à une tierce personne pour les actes de la vie courante... *etc.* Ils sont appréciés par le juge au vu des rapports d'expertise et des pièces produites ; celui-ci n'étant pas tenu par des barèmes. Ils doivent être intégralement réparés et ne présentent pas de caractère forfaitaire.

Le patient doit prouver l'existence d'une faute imputable au médecin sans qu'un degré minimal de gravité soit requis. Le juge détermine si la preuve en est rapportée au vu d'une ou plusieurs expertises médicales ordonnées à la demande des parties ou d'office ; les experts devant donner leur avis sur la qualité des soins et leur conformité aux connaissances médicales avérées ; le juge n'étant cependant pas lié par les constatations des experts⁷⁸. La faute s'apprécie au vu des connaissances médicales au jour de l'acte litigieux par comparaison entre ce qui a été

fait et ce qui aurait dû être fait dans les circonstances propres à chaque situation. Elle ne se déduit pas de l'apparition d'un dommage, de l'absence de réussite de l'acte médical ou *a posteriori* de l'évolution ultérieure de l'état d'un patient⁷⁹.

Sur l'exigence du lien de causalité, il est regrettable de voir que les juges camerounais persistent à demander à la victime, pauvre, fragile et dépourvue de toute technologie médicale, de prouver non seulement la faute, mais également le lien entre la faute et le dommage subi⁸⁰. Cette exigence demeure alors que de nombreux scandales se produisent quotidiennement, à l'exemple des répétitifs scandales du sang contaminé ou des anesthésies mal dosées et qui entraînent la mort ou de graves conséquences pour les malades. À ce propos, le Ministère de la Santé publique reconnaît dans sa Stratégie sectorielle de santé 2016-2027 qu'une « *grande proportion des hépatites virales est due aux actes de transfusion sanguine* »⁸¹. Certains cas d'infections au VIH/Sida sont également dus aux actes de transfusion sanguine. Dans ces types de cas comme dans le cas des infections nosocomiales et des affections iatrogènes, il semble clair que le malade est dépourvu de toute connaissance médicale et dépouillé de toute technologie pour pouvoir établir la faute et le lien causal entre l'acte de soin ou le séjour à l'hôpital et sa maladie⁸². De plus il est parfois

⁷⁸ Il est dès lors nécessaire que le juge ait la possibilité de désigner des experts à même de l'éclairer sur la qualité des soins diligentés, qui exercent la même spécialité que le médecin mis en cause et aient une compétence reconnue. L'expertise étant l'élément majeur du dossier judiciaire pour apprécier si une faute est ou non imputable au praticien dont la responsabilité est recherchée, la fonction d'expert est donc essentielle et mérite qu'on s'y intéresse tout particulièrement. De plus, certains litiges peuvent se résoudre au stade de l'expertise, lorsque l'expert prend le temps d'expliquer aux patients ou à leurs ayants droit les causes du dommage survenu ; un certain nombre d'actions en justice étant intentées en raison d'une insuffisance d'information initiale sur ces causes de la part des praticiens ayant prodigué les soins.

⁷⁹ DUVAL-ARNOULD (D.), préc., p. 17.

⁸⁰ FOKA TAFFO (F.), préc., pp. 3-4.

⁸¹ Ministère de la Santé publique, Stratégie sectorielle de santé 2016-2027, p. 42.

⁸² FOKA TAFFO (F.), préc., p. 4.

difficile de déterminer l'impact exact de la faute, de distinguer les préjudices liés à l'état antérieur ou au traitement subi de ceux qui sont consécutifs à la faute, et de déterminer quelle aurait été l'évolution du patient en l'absence de faute⁸³.

Ces difficultés interpellent aussi bien les autorités publiques sanitaires que l'ensemble du corps politique, législatif, judiciaire et social à s'engager irrémédiablement dans la lutte pour une meilleure protection des droits des malades au Cameroun. Les nombreux scandales d'abandon des malades ou de refus de porter secours pour indigence dans les hôpitaux du Cameroun oblige à l'action et non à l'émotion⁸⁴. En réalité, au-delà de l'émotion suscitée par les cas de Monique KOUMATEKEL⁸⁵ et du Docteur Hélène NGO KANA⁸⁶, décédées dans des conditions qui restent encore non élucidées au sein des formations hospitalières publiques, aucune mesure forte n'a été prise pour garantir durablement la non-répétition de pareilles horreurs. Réussir le pari de l'équité dans l'accès aux soins de santé, dépourvus d'erreurs préjudiciables, et aux médicaments pour tous au Cameroun ne se limite pas à discourir

mimétiquement sur l'assurance maladie universelle, mais commande déjà que soient prises des mesures concrètes tant au plan politique que judiciaire et ordinal afin de protéger effectivement et efficacement le malade dans ses droits fondamentaux.

L'analyse du comportement des victimes prétendues est également, parfois, un facteur de neutralisation des erreurs dont elles revendiquent la sanction. En effet, la jurisprudence a de longue date, et fort heureusement, imposé une obligation de coopération entre le patient et le praticien. Il est naturel d'amoindrir, ou de supprimer, la responsabilité du professionnel que son patient n'a pas mis en mesure de respecter les règles de l'art, tant au stade du diagnostic en ne révélant pas des informations utiles au praticien, qu'au stade du traitement proprement dit en ne suivant pas rigoureusement les prescriptions adéquates⁸⁷.

Si sous d'autres cieux le patient victime de dommages suite aux erreurs médicales ou ses ayants droit peuvent choisir la voie amiable en saisissant l'organisme d'indemnisation compétent⁸⁸ ou en concluant une transaction directement avec l'assureur du médecin, ou la voie contentieuse en saisissant la juridiction compétente, au Cameroun, cette option demeure encore inefficace malgré l'effectivité du

⁸³ En l'absence de faute, la responsabilité du praticien ne pourra être retenue.

⁸⁴ FOKA TAFFO (F.), préc., p. 4.

⁸⁵ ONMC, Rapport de la commission d'enquête du conseil de l'ordre national des médecins du Cameroun sur l'affaire Monique KOUMATEKE, Mars 2016, *in* <http://www.onmc.cm/documents/RAPPORT-COMMISSION-d-enquete-KOUMATEKEL.pdf>

⁸⁶ ONMC, Rapport de la commission d'enquête du conseil de l'ordre national des médecins du Cameroun sur l'affaire NGO KANA, Du 31 Janvier 2016 au 02 Février 2016, *in* <http://www.onmc.cm/documents/Rapport-Ngo-KANAPublier.pdf>

⁸⁷ Cf. PIERRE (P.), préc., p. 186.

⁸⁸ En France par exemple, une prise en charge au titre de la solidarité nationale de différents dommages liés à l'activité médicale a été créée essentiellement par la loi du 4 mars 2002 et concerne notamment les dommages liés aux accidents médicaux, infections nosocomiales et affections iatrogènes graves. Elle est assurée par les Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) et l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM). Cf. DUVAL-ARNOULD (D.), préc., p. 6.

mécanisme de la transaction⁸⁹.

CONCLUSION

L'erreur médicale est un phénomène complexe, inévitable et lié à la nature humaine⁹⁰. Les types d'erreurs observés en santé ne sont pas différents des ceux rencontrés dans d'autres secteurs d'activité, que l'on se situe au Cameroun ou partout ailleurs. Ce qui est spécifique dans le domaine de la santé, c'est l'existence d'une culture de l'infaillibilité niant l'existence de l'erreur. Une autre spécificité des erreurs associées aux soins est en relation avec le fait que ce soit le patient qui en subisse les conséquences⁹¹, dans un environnement où l'État peine à mettre en place la couverture sanitaire universelle et son corollaire plus impératif que tout, la démocratie sanitaire.

C'est en pratique hospitalière que le risque d'erreur est le plus prégnant du fait de la complexification de la pratique médicale et de l'intervention de nombreux intervenants. Mais il s'étend aussi à l'ensemble du système de soins. La survenue d'événements délétères y est le plus souvent due à un dysfonctionnement global de la chaîne de soins, en un mot à une « *erreur*

systémique ». « *L'erreur médicale est une maladie du système des soins* »⁹². Sa compréhension devrait être un objectif essentiel dans une optique de prévention, car une erreur qui n'est pas comprise est une erreur qui se reproduira⁹³. Le juge camerounais, gardien de la légalité, malgré l'intérêt graduel au droit à la santé des patients, se doit de garantir tant bien que mal leurs droits fondamentaux en stoppant autant que faire se peut la répétition des erreurs médicales.

L'institution d'un Code de la santé participerait davantage à recadrer les praticiens, les patients et les instances judiciaires, lorsque confrontés à une erreur médicale. Il permettrait davantage d'asseoir la procédure à suivre lorsqu'un patient lambda désire mettre en œuvre la responsabilité des professionnels de santé, en présence comme en l'absence d'erreur médicale avérée. Seulement, au vu de tout ce qui a été exposé, serait-il possible aujourd'hui d'entrer dans un service hospitalier camerounais sans un sentiment d'angoisse, conséquence paradoxale d'un risque non négligeable de subir les méfaits des soignants, à côté d'une justice en pleine construction en matière de responsabilité médicale?

⁸⁹ Le procès civil est l'affaire des parties et celles-ci peuvent y mettre un terme à tout moment, notamment à la suite d'une transaction. Cette dernière constitue, selon l'article 2044 du Code civil, un contrat par lequel les parties terminent une contestation née, ou préviennent une contestation à naître qui doit être rédigé par écrit. Elle n'est pas seulement l'apanage du procès civil. En matière pénale, sous certaines conditions spécifiques, l'article 62 du Code de procédure pénale consacre la transaction comme mécanisme d'extinction de l'action publique en matière délictuelle et contraventionnelle.

⁹⁰ Cf. Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients préc., p. 1.

⁹¹ *Ibid.*

⁹² Lire article « L'erreur médicale est une maladie du système des soins », disponible sur www.lemonde.fr, consulté le 05 décembre 2020.

⁹³ PELLERIN (D.), préc., p. 45.

BIBLIOGRAPHIE

1. **BOA (A.)**, « Les contraintes normatives et ordinales de la protection des droits des malades au Cameroun », *Bulletin d'information du Centre de recherche A Priori (CRAP)* n° 7 – Mai 2018, pp. 15-18.
2. **BOURDEAUT (F.)**, « Patients et soignants à l'épreuve de l'erreur médicale », *Revue LAENNEC* n°3/2012, Relation de soin, pp. 24-38.
3. **BROSSEAU (F.)**, « Ulcère de l'estomac ou gastrique: reconnaître les symptômes et soigner », disponible sur www.sante.journaldesfemmes.fr,
4. **CERLAND (L.)**, *L'erreur médicale: Enquête auprès de 156 médecins généralistes libéraux installés en Martinique*, mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Générale, Université des Antilles et de la Guyane, Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD, 16 Mai 2014, 62 p.
5. **Décret n° 83-166 du 12 avril 1983 portant Code de Déontologie des médecins**
6. **Décret n° 89-354 du 03 mars 1989 portant Code de Déontologie des professions d'infirmier, de sage-femme et de technicien médico-sanitaire.**
7. **DUMEZ (V.)**, « Réflexions sur l'évolution des modèles conceptuels d'organisation de soins: du paternalisme au partenariat », disponible sur www.health4africa.net
8. **DUVAL-ARNOULD (D.)**, « Le médecin confronté au juge civil », *Revue LAENNEC* n°1/2011, Droit et Santé, pp. 7-21.
9. **FOE NDI (C.)**, *La mise en œuvre du droit à la santé au Cameroun*, thèse de Doctorat en droit public, Université d'Avignon, 28 juin 2019, 448 p.
10. **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, pp. 3-4.
11. **GOT (Cl.)**, « Les revers de la santé publique », *Les Tribunes de la santé* 2008/3 n° 20, pp. 23-38.
12. **Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients**, Module : « apprendre à partir des erreurs », Doc. : 1.10, 2012, 06 p.
13. « L'erreur médicale est une maladie du système des soins », disponible sur www.lemonde.fr, consulté le 05 décembre 2020.
14. **JAUNAIT (A.)**, « Comment peut-on être paternaliste? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient », *CAIRN.INFO* 2003/3 n° 11, pp. 59 à 79.
15. **JOHANET (G.)**, « L'échec de la régulation », *Les Tribunes de la santé* 2008/3 n° 20, pp. 97-110.
16. **LEVEAU (Ph.)**, « Les erreurs, facteurs de progression », *Congrès lambda MU 21 "Maîtrise des risques et transformation numérique : opportunités et menaces"*, oct 2018, Reims, France, hal-02074914, 05 p.
17. **MACRON (M.)**, *Impact de l'erreur médicale sur le médecin généraliste. Étude qualitative auprès de 14 médecins de l'Oise*, thèse, Université de Picardie Jules Verne, 09 avril 2015, 48 p.
18. **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, pp. 4-6.

19. NEMEDEU (R.), « Le Covid-19 et le droit », chron, *LE NEMRO*, Janvier/Mars 2020, pp. 1-4.
20. NOUNAMO KEMOGNE (D.) et al., *Covid-19 et droit au Cameroun, Regards pluriels*, Collection Savoirs, éd. LUPEPPO, 2021, 326 p.
21. ONMC, Rapport de la commission d'enquête du conseil de l'ordre national des médecins du Cameroun sur l'affaire Monique KOUMATEKE, Mars 2016, in <http://www.onmc.cm/documents/RAPPORT-COMMISSION-d-enquete-KOUMATEKEL.pdf>
22. ONMC, Rapport de la commission d'enquête du conseil de l'ordre national des médecins du Cameroun sur l'affaire NGO KANA, du 31 Janvier 2016 au 02 Février 2016, in <http://www.onmc.cm/documents/Rapport-Ngo-KANAPublier.pdf>
23. PARDO (E.), « La faute médicale », disponible sur www.avocat-nice-pardo.fr
24. PELICIER (N.), « Un consentement pleinement libre et éclairé ? », *Revue LAENNEC* N°4/2011, pp. 24-30.
25. PELLERIN (D.), « Les erreurs médicales », *Les Tribunes de la santé* 2008/3 n° 20, pp. 45-56.
26. PIERRE (P.), « Erreur médicale et faute juridique : brèves réflexions à propos d'un thème en renouvellement », in *Revue juridique de l'Ouest*, 2006-2, pp. 181-193.
27. ROSS BAKER (G.) et NORTON (P.), « La sécurité des patients et les erreurs médicales dans le système de santé canadien : un examen et une analyse systématiques des principales initiatives prises dans le monde », *Santé Canada*, janvier 2001, 184 p.
28. TABCHI (M.), *La responsabilité civile du médecin : les limites de la faute médicale*, thèse pour l'obtention du Doctorat en médecine, Université Mohammed V de Rabat, 2018, 106 p.
29. WEN (L.) et KOSOWSKY (J.), *When doctors don't listen: How to Avoid Misdiagnoses and Unnecessary Tests*, New York, 24 juin 2014, 348 p.