



HAL
open science

“ La rétention des patients insolubles dans les hôpitaux publics : autopsie d’une nébuleuse juridique ”

Ulrich Lenz Assonna Sokeng, Pierre-Claver Kamgaing

► To cite this version:

Ulrich Lenz Assonna Sokeng, Pierre-Claver Kamgaing. “ La rétention des patients insolubles dans les hôpitaux publics : autopsie d’une nébuleuse juridique ”. *Horizons du droit : Revue de l’association française des docteurs en droit*, 2021, 28 numéro special Cameron, pp.255-277. hal-03347120

HAL Id: hal-03347120

<https://hal.science/hal-03347120v1>

Submitted on 22 Sep 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La rétention des patients insolvables des hôpitaux publics au Cameroun : autopsie d'une nébuleuse juridique

Ulrich Lenz ASSONNA SOKENG

Doctorant en droit privé et sciences criminelles - Université de Dschang - Vacataire
d'enseignement à l'Institut Supérieur NANFAH de Dschang

Et

Pierre-Claver KAMGAING

Doctorant en cotutelle internationale de thèse - Universités Côte d'Azur et de
Dschang - Vacataire d'enseignement à l'Université Côte d'Azur

La santé, un luxe... ? Existe-t-il pour l'homme un bien plus précieux que la santé ? S'interrogeait ainsi Socrate, le philosophe. Au vrai, l'être humain ne mesure généralement l'importance de la santé que lorsqu'il vient à la perdre. En effet, selon la gravité de la maladie, la jouissance des autres droits et libertés peut être sérieusement compromise. C'est la raison pour laquelle la santé est considérée comme un droit humain fondamental⁵⁹⁶. Tout être humain a droit à la santé certes, mais à quel prix ? Si la santé est souvent présentée comme un bien⁵⁹⁷, c'est davantage d'un point de vue axiologique et économique que juridique⁵⁹⁸. En d'autres termes, la santé n'est un bien que parce qu'elle a une valeur, un prix. En Afrique, l'accès aux soins de santé de qualité n'est la chose la plus partagée⁵⁹⁹. Il est un luxe que seuls s'offrent les plus nantis⁶⁰⁰. Cela est particulièrement vrai au Cameroun où, malgré l'adhésion au projet de l'OMS en faveur de l'accès aux soins à l'an 2000⁶⁰¹, une bonne frange de la population est maintenue hors du circuit de la médecine conventionnelle⁶⁰². Cela n'a rien de surprenant quand on sait que près de 40% de la population vit en dessous du

⁵⁹⁶ OMS, « La santé est un droit humain fondamental », Déclaration du Dr. Tedros ADHANOM GHEBREYESUS, Directeur général de l'OMS 10 décembre 2017 à l'occasion de la Journée des droits de l'homme. À rapprocher de l'article 25 de la DUDH.

⁵⁹⁷ Montaigne disait de la santé qu'elle est le *bien suprême*. V. aussi, M. HUSSON, « La santé, un bien supérieur », in *Chronique Internationale de l'IRE*, n° 91, 2004, pp. 134-150. L'autre analyse la santé sous l'angle du coût.

⁵⁹⁸ V. P. J. LOWE, « La santé, un bien ? », in *LE NEMRO. Revue trimestrielle de droit économique*, avril-juin 2020, p. 365 et s. L'auteur analyse la santé sous le prisme du droit des biens pour parvenir à la conclusion selon laquelle il est difficile de considérer la santé comme un bien. V. aussi, D. MÜLLER, « La santé, entre bien public et bien privé », in *Revue d'éthique et de théorie morale*, n° 241, 2006/HS, pp. 145-158.

⁵⁹⁹ V. RIDDE, *L'accès au soins de santé en Afrique de l'Ouest. Au-delà des idéologies et des idées reçues*, Montréal, Presses universitaires de Montréal, 2012, p. 224 et s.

⁶⁰⁰ Pas d'argent, pas de soins.

⁶⁰¹ Il s'agit du projet « santé pour tous à l'an 2000 », OMS, *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*, série « santé pour tous », n° 3, 1981, <<http://libdoc.who.int/publications/9242800031.pdf>>.

⁶⁰² Une grande partie de la population recourt à la médecine camerounaise, v. P.-C. KAMGAING, « La vente du médicament traditionnel au Cameroun : au-delà de l'incrimination, saisir l'opportunité d'affaires... », in *BEPP*, n° 37, septembre 2020, p. 11 et s.

seuil de pauvreté⁶⁰³. La réalité est que lorsque l'administration des soins n'est pas conditionnée par le paiement préalable d'une certaine somme, les patients insolubles sont généralement retenus dans les établissements hospitaliers publics jusqu'à complet paiement des frais.

La rétention des patients insolubles : la recrudescence d'une pratique. La rétention des patients insolubles –*expression que nous préférons à celle de détention*⁶⁰⁴– peut se définir comme le fait de maintenir un patient dans un établissement hospitalier contre son gré, au seul motif qu'il ne se soit pas acquitté des coûts des soins. S'il n'est pas évident de situer dans le temps la genèse d'une telle pratique, il est cependant loisible de constater que le phénomène prend chaque jour de l'ampleur, notamment en Afrique subsaharienne⁶⁰⁵. Tout a commencé par la rétention des carnets de santé et des effets personnels des patients indigents⁶⁰⁶. Cette astuce s'étant avérée peu fructueuse⁶⁰⁷, la rétention du patient se présentait alors comme le stade ultime de la course au recouvrement des créances sanitaires. Cette situation est vécue en toute résignation par les patients qui pensent que les hôpitaux en ont le droit. Il nous a donc semblé que si la pratique devient si courante, c'est peut-être parce qu'elle n'a pas retenu jusqu'ici l'attention des juristes. Au vrai, entre les journalistes qui décrivent simplement le phénomène, les ONG qui le dénoncent et les politiques qui tentent d'en tirer profit⁶⁰⁸, le regard du juriste semble absent

⁶⁰³ T. BELL, « Cameroun : Plus de 8 millions de personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté », in *Le 360afrique.com*, 15 décembre 2018.

⁶⁰⁴ L'expression *détention* est souvent employé pour des mesures de privation de liberté dans le cadre d'une procédure pénale. C'est ainsi qu'on parle par exemple de la détention provisoire. Or, la rétention s'apparente plus à une situation de fait.

⁶⁰⁵ Notamment au Nigéria, au Kenya et au Burundi. V. entre autres [https://Burundi : Les responsables des hôpitaux gardent prisonniers des centaines de patients insolubles | Human Rights Watch \(hrw.org\)](https://Burundi : Les responsables des hôpitaux gardent prisonniers des centaines de patients insolubles | Human Rights Watch (hrw.org), consulté le 12 mai 2021), consulté le 12 mai 2021.

⁶⁰⁶ Carte nationale d'identité, acte de naissance, téléphone, etc.

⁶⁰⁷ Eu égard à la valeur parfois dérisoire des pièces retenues.

⁶⁰⁸ Il s'agit notamment d'un profit politique. Lorsqu'un leader politique s'engage par exemple à payer les frais des patients retenus, il entend se constituer un nouvel électorat. V. dans ce sens,

du débat. Ce silence de la doctrine peut se comprendre car le phénomène est une véritable nébuleuse, il forme un nuage épais difficilement pénétrable par le droit. Mais il n'en demeure pas moins que la question de la rétention des patients insolvables est avant tout d'ordre juridique ! Elle devrait par conséquent amener le juriste à rechercher, le cas échéant, le fondement juridique d'une telle pratique ainsi que les règles qui l'encadrent. Autrement dit, la rétention des patients insolvables dans les hôpitaux publics est-elle une mesure légale de recouvrement des créances sanitaires ?

Intérêt de l'analyse. Sur le plan théorique d'abord, la réponse à cette question permettra de proposer une lecture juridique sur un phénomène banalisé, mais au cœur duquel se trouve pourtant la question fondamentale des droits et libertés. L'ambition est donc de faire une autopsie, un peu comme le médecin légiste le ferait sur un cadavre, en essayant – autant que faire se peut – d'analyser profondément la matière pour y déceler les problèmes ou les solutions juridiques qui en ressortent. Sur le plan pratique ensuite, l'analyse se propose d'offrir aux établissements hospitaliers des mécanismes légaux pouvant leur permettre de recouvrer les créances sanitaires sans toutefois porter atteinte aux droits des patients. Sur le plan social enfin, la réflexion remet à l'ordre de la réflexion la sempiternelle problématique de la couverture sanitaire universelle dans un contexte de paupérisation des masses.

Plan. À l'analyse du phénomène de rétention des patients insolvables, la première certitude qui s'impose péremptoirement au juriste est celle de son illégalité **(I)**. L'illégalité découle du fait que cette mesure n'a aucun fondement juridique et qu'elle porte gravement atteinte aux droits et libertés fondamentaux. Ce n'est donc pas à force de la pratiquer à répétition qu'elle aura force de droit. Cependant, si les responsables des établissements hospitaliers y recourent sans cesse, c'est peut-être qu'ils y voient le seul moyen de garantir le recouvrement de leurs créances. La vérité est que les voies légales de recouvrement des

Th. MUTAKA BAMAVU, L'analyse critique sur l'art de guérir, cas des médecins tradipraticiens, mémoire de master, Université de Lubumbashi, 2015, p. 25 et s.

créances sanitaires n'apparaissent pas à première vue, bien qu'elles existent **(II)**. Mais ces règles sont parfois si floues, éparses et disparates qu'il appartient juriste d'aller les chercher, d'essayer d'y mettre de l'ordre et de les exposer.

I. L'illégalité de la rétention des patients insolvables

Un moyen de pression illégal. La rétention des patients insolvables dans les établissements hospitaliers publics comme moyen de pression en vue du recouvrement des créances sanitaires est devenue si courante qu'elle passe dans l'imagerie populaire pour être légale. Pour s'en convaincre, il n'y a qu'à voir d'une part la résignation de cette nouvelle catégorie de prisonniers et d'autre part le système de surveillance déployé par les hôpitaux pour éviter d'éventuelles « évasions ». Or c'est en vain que l'on trouvera dans les différents textes le fondement juridique d'une telle pratique. Ainsi, la rétention des patients insolvables est illégale parce qu'elle manque de fondement juridique **(A)**. Cette illégalité est d'autant grave qu'elle porte sérieusement atteinte aux droits fondamentaux garantis tant à l'échelle internationale que nationale **(B)**.

A. L'absence de fondement juridique

La contrariété au corpus juridique. À parcourir la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, on est immédiatement frappé par l'article 6 qui dispose en des termes on ne peut plus clairs que « *tout individu a droit à la liberté et à la sécurité de sa personne. Nul ne peut être privé de sa liberté sauf pour des motifs et dans des conditions préalablement déterminées par la loi ; en particulier nul ne peut être arrêté ou détenu arbitrairement* »⁶⁰⁹. Partant de là, et face au phénomène de rétention des patients insolvables, le réflexe naturel sera d'en

⁶⁰⁹ C'est dans ce sens qu'abonde l'article 9 (1) du PIDCP du 19 décembre 1966.

rechercher la base juridique. Or il se trouve qu'en droit interne camerounais, ni la Constitution, ni les lois et règlements applicables en matière de santé⁶¹⁰ ou de recouvrement des créances⁶¹¹ ne mentionnent la possibilité de retenir, contre son gré, un patient insolvable.

Bien au contraire, la plupart des textes promeuvent la liberté des personnes en situation difficile. C'est ainsi que l'article 11 du PIDCP dispose que « *nul ne peut être emprisonné pour la seule raison qu'il n'est pas en mesure d'exécuter une obligation contractuelle* ». Certes, comme on le verra, il n'existe pas à proprement parler une relation contractuelle entre le patient et l'établissement public hospitalier. Mais on n'en est pas très loin dès lors qu'il y a fourniture d'une prestation (soins médicaux) contre paiement du prix (frais médicaux). L'idée de protection des patients transparaît également de l'article 4 de la loi n° 96/03 du 4 janvier 1996 portant loi-cadre dans le domaine de la santé qui prescrit la protection et la promotion de la santé des groupes vulnérables et défavorisés⁶¹².

L'inapplication du droit de rétention. Faute de trouver le fondement juridique clair et précis de la rétention des patients insolvable dans les hôpitaux, on pourrait être tenté d'opérer un rapprochement – *sans doute un peu exagéré* – avec le droit de rétention⁶¹³. Le droit de rétention est une prérogative reconnue à un créancier et lui permettant de « *retenir entre ses mains l'objet qu'il doit restituer à son débiteur, tant que celui-ci ne l'a pas lui-même payé* »⁶¹⁴. D'un point de vue purement factuel, c'est à peu près à cela que s'adonnent les hôpitaux

⁶¹⁰ Pour une présentation assez générale, v. C. FOE NDI, *La mise en œuvre du droit à la santé au Cameroun*, thèse de doctorat, Avignon Université, 2019, spéc. p. 413 et s.

⁶¹¹ Code général des impôts, livre des procédures fiscales, acte uniforme OHADA.

⁶¹² Le Journal quotidien « Mutations », édition du 17 mars 2021 qui s'est intéressé principalement sur la question de la « séquestration des patients insolvable dans les hôpitaux », fait état de ce que ces patients tous des femmes, sont pour la majorité arrivées à l'hôpital pour un accouchement. Malheureusement pour elles, l'espoir d'un accouchement normal s'est transformé en un accouchement par césarienne, doublant ou triplant ainsi la facture.

⁶¹³ Organisé par des dispositions éparses du code civil camerounais, articles 862, 1612, 2082, 2280 et s.

⁶¹⁴ G. CORNU (dir.), *Vocabulaire juridique*, Association Henri Capitant, 11^e éd., Paris, PUF, 2016, p. 923, v° Rétention.

publics lorsqu'ils retiennent certains patients – *considérés alors comme de vulgaires objets* – jusqu'au paiement de leur créance. D'un point de vue juridique cependant, un tel rattachement manquerait de pertinence pour la simple et bonne raison que le corps humain est hors du commerce car il n'est pas une chose. On dit alors qu'il est indisponible⁶¹⁵, peu important que la créance sanitaire soit certaine, liquide et exigible. Au demeurant, l'allusion au droit de rétention n'est pas absolument naïve. En effet, la question s'est déjà posée sur le terrain judiciaire au sujet de la rétention d'un patient décédé pour défaut de paiement des frais d'hospitalisation et de morgue⁶¹⁶.

En l'espèce, la dépouille du *de cuius* ainsi que son certificat de décès avaient été retenus par le directeur de l'hôpital général de Yaoundé faute de paiement de divers frais. Le fils du défunt avait alors saisi le juge des référés – *juge de l'urgence*⁶¹⁷ – afin que la dépouille et le certificat de décès lui soient immédiatement restitués. Dans sa décision, le premier juge a subordonné la restitution au paiement des frais de morgue. C'est ainsi que l'affaire a été portée à l'attention de la cour d'appel du Littoral. Par une démarche argumentative qui force l'admiration, le juge d'appel a finalement ordonné la restitution demandée. Il relève en effet que « *s'il est de doctrine et de jurisprudence constantes que le droit de rétention peut être exercé par un créancier détenteur d'une chose matérielle et agissant de bonne foi, ces mêmes doctrine et jurisprudence précisent que la chose matérielle doit être dans le commerce et aliénable (...)* ». Il poursuit en notant « *qu'en l'espèce, la dépouille mortelle et le certificat de décès demeurent hors du commerce et inaliénables [et qu'ils] ne peuvent par conséquent faire l'objet d'aucun droit de rétention* ». Ainsi, si le droit de rétention

⁶¹⁵ Cette insaisissabilité du corps humain se prolonge et se retrouve dans l'insaisissabilité de certains moyens de subsistance, v. article 327 du code de procédure civile camerounais.

⁶¹⁶ CA du Littoral, arrêt n°42/RF du 25 janvier 1995, Affaire WAKEM KUIMO Gilbert c/Directeur de l'hôpital Général de Douala, *Juridis Périodique*, n° 33, janvier-février-mars 1998, pp. 15-21, note J.-C. NCHIMI MEBU.

⁶¹⁷ M. FOULON et Y. STRICKLER, « Les pouvoirs du juge des référés », in *Gazette du palais*, 2012, p. 17.

ne peut être exercé sur un cadavre, qui demeure une « chose » quoique soumise à un régime spécial⁶¹⁸, *a fortiori*, il ne pourra s'exercer sur une personne vivante.

L'ouverture de la procédure d'habeas corpus à la personne abusivement retenue.
En ce que la rétention pour insolvabilité est une mesure illégale, le patient concerné doit pouvoir recouvrer rapidement sa liberté. Pour ce faire, la voie qui s'ouvre à lui c'est la procédure d'*habeas corpus*. Il convient de signaler immédiatement que cette procédure, qui peut être mise en œuvre par toute personne⁶¹⁹, n'a pas été spécialement conçue pour des cas de rétentions dans les hôpitaux. Organisée par le code de procédure pénale, elle vise essentiellement les personnes illégalement gardées ou détenues dans les locaux de police ou de gendarmerie⁶²⁰. Il est admis qu'elle puisse également être mise en œuvre dans le cadre d'une garde à vue administrative illégale⁶²¹. À notre sens, son champ d'application devrait être davantage élargi pour englober toutes les hypothèses dans lesquelles une personne est illégalement privée de liberté par une personne dépositaire de l'autorité publique ou investie d'une mission d'intérêt public. Sous ce rapport, il n'y a pas de doute que les patients insolvables sont généralement retenus sur la base des instructions des chefs d'établissements hospitaliers qui ont, rappelons-le, un véritable pouvoir de police⁶²².

En réalité, la question de l'*habeas corpus* n'est pas totalement absente dans le milieu hospitalier si l'on songe – *un tant soit peu* – à s'intéresser à ce qui se passe

⁶¹⁸ M. TOUZEL-DIVINA, M. BOUTEILLE-BRIGANT, « Le droit du défunt », in *Communications*, n° 97, 2015/2, pp. 29-43.

⁶¹⁹ Article 584 (3) du code de procédure pénale. Au cas d'espèce, par un proche du patient détenu.

⁶²⁰ Article 137 (2) du code de procédure pénale.

⁶²¹ La garde à vue administrative est prévue par l'article 2 de la loi n° 90-54 du 19 décembre 1990 relative au maintien de l'ordre. Sur la question, v. P.-C. KAMGAING et S. TAMETONG, « Le Cameroun, un État policier ? à propos de la garde à vue administrative », in *Nkafu Policy Institute*, en cours de publication.

⁶²² M. LECACHEUX, « La question de la sécurité à l'hôpital : la place centrale du directeur d'établissement », in *Village de la justice*, 02 juin 2017.

ailleurs. Au Canada par exemple, si le médecin peut décider de maintenir un patient contre son gré, c'est uniquement pour des raisons thérapeutiques et notamment lorsque la personne concernée représente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour des tiers. Cette garde préventive est limitée dans le temps⁶²³. Dans toutes les autres hypothèses de rétention forcée, la personne concernée peut saisir le juge d'une requête en *habeas corpus*⁶²⁴. Ainsi, il y a lieu d'estimer qu'une telle procédure pourra être mise en œuvre avec succès devant le président du tribunal de grande instance du lieu de situation de l'hôpital, juge compétent en matière d'*habeas corpus*⁶²⁵. Toutefois, la certitude de la libération du patient à la suite d'une procédure d'*habeas corpus*, ne devrait pas faire oublier que la rétention des malades insolvables constitue une atteinte grave aux droits et libertés fondamentaux.

B. L'atteinte aux libertés fondamentales

L'enfer de la rétention des patients insolvables⁶²⁶. Dans le préambule de sa constitution du 18 janvier 1996, le Cameroun 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 peuples ainsi que les libertés fondamentales inscrites dans les conventions internationales dûment ratifiées. Comme il a été relevé plus haut, ces textes sont plutôt favorables à la liberté d'aller et de venir⁶²⁷ et au droit à la

⁶²³ Elle ne peut excéder en principe 72 heures après l'arrivée de la personne. Cette durée connaît des aménagements pendant le weekend et les jours fériés.

⁶²⁴ Éducaloi, *Les soins de santé*, 2018, p. 11 et s.

⁶²⁵ Article 584 (1) du CPP.

⁶²⁶ « Au Cameroun, si tu es malade et que tu n'as pas d'argent tu meurs », propos d'un patient recueilli par M. COTINAT, « Cameroun : dans les hôpitaux, la double peine », in *Jeune Afrique*, 31 août 2011.

⁶²⁷ « Tout homme a le droit de se fixer en tout lieu et de se déplacer librement, sous réserve des prescriptions légales relatives à l'ordre, à la sécurité et à la tranquillité publics », préambule de la Constitution.

dignité pour tout être humain⁶²⁸. Or, la rétention des patients insolvables dans les centres hospitaliers porte une atteinte sérieuse à ces garanties majeures. La liberté d'aller et de venir et la dignité humaine sont des garanties majeures dans la mesure où leur violation peut empêcher la pleine jouissance de nombreux autres droits⁶²⁹. De ce fait, la rétention des patients insolvables dans un centre hospitalier peut entraîner soit la responsabilité de l'administration pour voie de fait soit la responsabilité individuelle du chef d'établissement.

L'atteinte à la liberté d'aller et venir. Aux termes des dispositions internationales qui la consacrent⁶³⁰, la liberté d'aller et venir ne peut être restreinte que dans les circonstances légalement prévues et lorsque cette mesure est commandée par les nécessités de maintien l'ordre et de la sécurité publics. Or la rétention des patients insolvables dans les établissements hospitaliers ne correspond à aucune de ces hypothèses. La pratique montre à quel point cette privation illégale de liberté est ancrée. Le journal quotidien *Mutations*⁶³¹ a ainsi rapporté la mésaventure d'une patiente qui était retenue pour insolvabilité et qui avait réussi à s'échapper pour s'occuper de ses enfants esseulés à la maison. Après une fouille minutieuse, les agents de l'hôpital avaient pu la retrouver et l'avaient ramenée *manu militari* dans son lieu de rétention, sans aucun mandat. Ces faits peuvent paraître banaux à première vue. Pourtant, ils interpellent sur la gravité du phénomène ainsi que sur le danger de voir les hôpitaux publics se transformer en prisons. Car en réalité, la rétention fait de l'hôpital un *no man's land* juridique où le plus fort, c'est-à-dire le centre hospitalier, se rend justice lui-même. Selon

⁶²⁸ « Toute personne a droit à la vie et à l'intégrité physique ou morale. Elle doit être traitée en toute circonstance avec humanité. En aucun cas, elle ne peut être soumise à la torture, à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants », préambule de la Constitution.

⁶²⁹ Par exemple le droit au travail pour un patient travailleur, le droit à l'éducation pour un patient scolarisé, etc.

⁶³⁰ Notamment l'article 13 de la DUDH et l'article 12 du PIDCP.

⁶³¹ Dans sa parution du 17 mars 2021.

une étude de l'Institut royal britannique *Chattam House*⁶³², ces privations de liberté peuvent s'étaler sur de longues périodes et faire ainsi payer aux nouveaux-nés, l'infortune de leurs parents : « *les femmes donnent naissance à des bébés qui entrent dans le monde en tant que prisonniers* »⁶³³.

L'atteinte à la dignité humaine. La dignité est l'essence même de l'humanité⁶³⁴. En tant que tel, elle protège les intérêts multiples et interdépendants d'une personne allant de son intégrité corporelle à son intégrité morale et à son épanouissement personnel. Ses sources sont bien connues pour être développées ici⁶³⁵. En peu de mots, on dira que la dignité est ce qui reste à l'homme quand bien même il aura tout perdu, y compris sa liberté. Dans le domaine de la santé en particulier, le respect de la dignité du patient est un principe fondamental à préserver en toute circonstance⁶³⁶. En effet, le service public de la santé repose sur des valeurs telles que l'humanisme et la justice sociale. L'on peut cependant déplorer le fait que la montée du capitalisme et la cupidité de certains dirigeants tendent parfois à fragiliser ces principes. Pour apprécier s'il y a eu une atteinte à la dignité dans le cadre de la rétention des patients insolvables, il faut nécessairement se placer du côté des victimes. Très concrètement, il s'agira de rechercher si le traitement auquel ils sont soumis leur ôte la qualité d'êtres humains. Et là, force est de constater que la privation de liberté se double parfois d'une atteinte à la dignité humaine. Dans les centres

⁶³² R. YATES, T. BROOKES et E. WHITAKER, « Hospital detentions for non-paiement of fees. A denial of rights and dignity », in The Royal Institute of International affairs, *Chattam House*, 2017, p. 2.

⁶³³ E. ABOU EZ, « Hôpitaux : des patients retenus prisonniers jusqu'au paiement de la facture », in *France info : Afrique*, 13/12/2017.

⁶³⁴ B. EDELMAN, « La dignité de la personne humaine, un concept nouveau », in *Recueil Dalloz*, 1997, p. 185, note 30.

⁶³⁵ Pour les généralités sur la notion, cf. E. EYLEM AKSOY, « La notion de dignité humaine dans la sauvegarde des droits fondamentaux des détenus », in A. A. CANÇADO et C. BARROS LEAL (dir.), *Le respect de la dignité humaine*, Fortaleza, 2015, p. 47 et s.

⁶³⁶ J.-M. CLEMENT (J.), *Les grands principes du droit de la santé*, Bordeaux, Les études Hospitalières, 2005, p. 33 : les grands principes de la santé sont notamment : la dignité ; la liberté ; l'égalité ; le consentement ; l'information ; la sécurité-qualité.

hospitaliers où ces patients sont retenus, ils sont tous réunis dans une salle spécialement prévue à cet effet⁶³⁷. Ils ne bénéficient d'aucune intimité. Selon l'étude de la *Chattam House* susmentionnée, ces patients sont « *enchaînés, affamés et abusés* » et ne bénéficient d'aucune compassion de personnel soignant. De même, on ne saurait dédouaner d'office les chefs d'établissements hospitaliers camerounais des dérives observer dans les pays semblables. Par exemple, dans les hôpitaux kenyans, « *de nombreuses femmes retenues après un accouchement ont eu des rapports sexuels payants avec des médecins pour régler leurs factures* »⁶³⁸. Au regard des abus que peut entraîner la rétention des patients insolvables, on peut comprendre la note de service du ministre de la santé publique du 14 mars 2019 dans laquelle il fustigeait la pratique et rappelait l'ambition « *d'humanisation des soins et de justice sociale* » à laquelle doit participer le corps médical.

La mise en jeu des responsabilités. À quoi servirait-il d'être titulaire d'un droit si on ne peut le défendre en justice en cas de violation ?⁶³⁹ Ainsi, la recrudescence du phénomène de rétention des patients insolvables devrait amener le juriste à envisager les voies judiciaires de nature à le combattre efficacement. Sous ce jour, il nous paraît que la responsabilité de l'administration doit être distinguée de la responsabilité du personnel. En ce qui concerne l'administration hospitalière, prise en sa qualité personne morale de droit public⁶⁴⁰, elle pourra faire l'objet d'un recours en responsabilité pour voie de fait. En droit administratif, il y a voie de fait lorsque l'administration a posé un acte grossièrement illégal⁶⁴¹ qui porte atteinte aux libertés fondamentales ou à la propriété⁶⁴². Dans le cas qui

⁶³⁷ G. M. TCHINDA, *op. cit.* p. 5.

⁶³⁸ E. ABOU EZ, *ibid.*

⁶³⁹ Y. STRICKLER et A. VARNEK, *Procédure civile*, Bruxelles, Bruylant, 9^e édition, Coll. « Paradigme », 2019, p. 9.

⁶⁴⁰ L'hôpital public est considéré comme un service public.

⁶⁴¹ Soit parce que cet acte est contraire à la loi, soit parce que sont auteur n'en a pas le pouvoir.

⁶⁴² CE, 09 mai 1867, *Duc d'Aumale, Lebon* p. 472, cité par S. GUILLON-COUDRAY, *La voie de fait administrative et le juge judiciaire*, thèse de doctorat, Université Paris II, 2002, p. 10 et s.

nous intéresse, celui de la rétention des patients, on a vu qu'il met injustement en péril les libertés fondamentales. Ainsi, les personnes retenues peuvent saisir le juge judiciaire afin d'obtenir la condamnation de l'établissement hospitalier et éventuellement des dommages-intérêts⁶⁴³. Il convient de relever que la condamnation de l'administration ne fait pas obstacle à celle de ses agents pris individuellement. On ne peut que noter, pour le regretter, le fait que les dirigeants hospitaliers qui se livrent à ces pratiques ne sont pas sanctionnés sur le plan disciplinaire par leur hiérarchie, toute chose qui laisse prospérer la gangrène. Mais les victimes ne devraient pas pour autant désespérer car le droit pénal camerounais offre des pistes souvent méconnues. Ainsi, plusieurs infractions peuvent être rattachée à la rétention illégale des patients insolvables. Parmi elles⁶⁴⁴, l'infraction de séquestration nous semble la plus illustrative. Aux termes de l'article 291 (1) du code pénal camerounais, « *est puni d'un emprisonnement de cinq (05) à dix (10) ans et d'une amende de vingt mille (20 000) à un million (1 000 000) de francs, celui qui, de quelque manière que ce soit, prive autrui de sa liberté* »⁶⁴⁵. Ces peines pourront être prononcées aussi bien contre le chef d'établissement hospitalier que contre ses agents qui seront alors considérés comme des coauteurs ou tout au moins des complices. Cette mise en œuvre des responsabilités pourrait contraindre les dirigeants d'hôpitaux à abandonner cette pratique moyenâgeuse pour se conformer aux voies légales en vigueur.

⁶⁴³ Pour une présentation du contentieux de la voie de fait, v. O. LE BLOT, « Maintenir la voie de fait ou la supprimer ? Considérations juridiques et d'opportunité », in *Revue des droits et libertés fondamentaux*, 2012, chron. 24.

⁶⁴⁴ C'est le cas de l'infraction d'abus de fonctions (article 140 du CP), de torture (article 277-3 du CP).

⁶⁴⁵ Cette peine est doublée lorsque la privation de liberté dure plus d'un mois, article 291 (2) du CP.

II. L'existence de voies légales de recouvrement

L'ignorance des acteurs ? Si les responsables d'établissements hospitaliers publics en viennent à priver illégalement les patients insolubles de leur liberté d'aller et de venir, c'est peut-être parce qu'ils croient que cette pratique est le seul moyen d'assurer le recouvrement de leurs créances. L'ignorance du cadre juridique applicable en la matière trouve ainsi sa source lointaine – *mais principale* – dans le cursus de formation des médecins⁶⁴⁶. Pourtant, le droit civil organise les mécanismes par lesquels tout créancier peut recouvrer sa créance. Ainsi, la toute première voie à explorer et à privilégier est la voie amiable permettant de concilier les différents intérêts en présence **(A)**. C'est lorsque celle-ci ne produit pas le résultat escompté que pourra être envisagée la voie contentieuse de recouvrement **(B)**.

A. La voie non contentieuse de recouvrement

Vaut mieux un mauvais arrangement qu'un bon procès. Il vaut mieux, dans certaines situations, envisager un arrangement amiable du différend. Cette situation est à privilégier en matière de créances sanitaires. La réalité c'est qu'en retenant contre leur gré les patients insolubles, les dirigeants des établissements hospitaliers détournent l'hôpital de sa mission première, celle de protéger la vie. En outre, la séquestration est une mesure contreproductive pour au moins deux raisons. La première c'est que la séquestration ne garantit pas le paiement de la créance car « *l'immobilisation* » du patient le rend improductif. Mieux, cette privation de liberté pourrait causer la perte des sources de revenus⁶⁴⁷. Or, comme il a pu être relevé, le fait pour les patients insolubles

⁶⁴⁶ Seules les questions de finances publiques et de responsabilité professionnelle des médecins sont inscrites dans les programmes harmonisés de formation. V. Programme d'appui à la composante technologique et professionnelle de l'enseignement supérieur (PRO-ACTP), *Programme harmonisés de la filière médicale au Cameroun*, Yaoundé, 2015, p. 106.

⁶⁴⁷ Par exemple un travail.

d'occuper – inutilement – les lits « engendre inévitablement un coût supplémentaire »⁶⁴⁸. La seconde raison de l'improductivité de la séquestration est d'ordre managériale. En effet, l'occupation des infrastructures hospitalières par des personnes ne bénéficiant plus des soins médicaux limite *ipso facto* les capacités d'accueil des formations sanitaires. Cela crée bien évidemment une situation paradoxale : les malades nécessitant une hospitalisation sont renvoyés pour manque de places⁶⁴⁹ alors que ces places sont occupées par des personnes retenues. On comprend dès lors la nécessité de trouver un équilibre entre la préservation des libertés individuelles et le recouvrement des créances sanitaires. Cela passe soit par la mise en place des mécanismes traditionnels d'assouplissement du paiement des dettes civiles que sont le moratoire et les délais de grâce, soit par l'intervention des organismes compétents en matière d'assistance sociale.

Les mécanismes traditionnels d'assouplissement du paiement des dettes civiles.

Le moratoire et les délais de grâce sont des mesures de clémence permettant au débiteur de bénéficier d'un temps de répit à l'échéance de son obligation. Si ces mécanismes poursuivent le même but, ils ne sont pas soumis au même régime et méritent par conséquent d'être envisagés séparément. La particularité du moratoire tient au fait qu'il est une mesure consensuelle adoptée par le débiteur et le créancier afin de différer le paiement de la dette. Lorsqu'il convient d'un moratoire à son débiteur, le créancier fait preuve d'humanisme, il aide son débiteur à surmonter la situation précaire qu'il traverse dans l'espoir que celle-ci soit passagère. La détermination des termes du moratoire restant libre, il peut être assorti ou non d'intérêts. De même, en accordant le moratoire, le créancier

⁶⁴⁸ G. M. TCHINDA, « Revoir les fondements de notre système de santé », in *Mutations*, n° 5301 du mercredi 17 mars 2021. Rappelons que le coût global de la prise en charge dans les hôpitaux prend en compte non seulement le coût de soins proprement dit, mais aussi les frais d'hospitalisation (c'est-à-dire d'occupation des installations et infrastructures hospitalières).

⁶⁴⁹ Sur le manque d'infrastructures, v. J. P. BEYEME ONDOUA, « Le système de santé camerounais », in *Actualité et dossier en santé publique*, n° 39, juin 2002, p. 61.

peut renoncer à une partie de sa créance⁶⁵⁰. En matière de créances sanitaires, c'est le directeur de l'établissement hospitalier qui est habilité à accorder un moratoire⁶⁵¹.

Quant au délai de grâce, il s'agit d'une mesure essentiellement judiciaire⁶⁵². L'article 39 alinéa 2 de l'acte uniforme OHADA relatif aux procédures simplifiées de recouvrement et aux voies d'exécution dispose que, « *compte tenu de la situation du débiteur et en considération des besoins du créancier, la juridiction compétente peut (...) reporter ou échelonner le paiement des sommes dues dans la limite d'une année* ». L'appréciation de la situation précaire du patient retenu ne pose pas de réelle difficulté car elle pourrait aisément se déduire de son incapacité à s'acquitter de sa dette. De même, la détermination de la juridiction compétente ne pose pas de difficultés particulières si l'on se réfère aux dispositions de droit interne. Ainsi, la compétence territoriale s'appréciera en fonction du lieu de situation de la formation sanitaire tandis que la compétence matérielle s'appréciera en fonction du montant de la dette⁶⁵³. Il convient de souligner que l'acte uniforme oblige le juge à tenir compte des besoins du créancier lorsqu'il entend accorder un délai de grâce. D'ailleurs, aux termes de l'alinéa 3 de l'article 39 suscité, il peut conditionner le délai de grâce à l'accomplissement, par le débiteur d'actes propres à faciliter ou à garantir le paiement de sa dette. Il revient donc au juge de s'assurer de la bonne foi du débiteur et surtout du caractère positivement réversible de sa situation financière. Il n'est pas exclu, pour cela, qu'il exige la constitution d'une sûreté personnelle ou réelle. En définitive, le moratoire et le délai de grâce sont des

⁶⁵⁰ L'on parle de la remise partielle de la dette.

⁶⁵¹ En vertu du principe de l'autonomie budgétaire et financière qui régit le fonctionnement des établissements hospitaliers.

⁶⁵² R. BEMBELLY, « L'application de l'article 39 de l'acte uniforme portant procédures simplifiées de recouvrement et des voies d'exécution par le juge congolais », in *Revue de l'ERSUMA*, n° 2, 2013, p. 329 et s.

⁶⁵³ Si la dette est inférieure ou égale à 10 millions, c'est le TPI qui sera compétent. Au-delà de cette somme, la compétence reviendra au TGI.

mécanismes de souplesse qui favorisent l'un sans léser l'autre. Parfois, en vue de leur mise en œuvre, les services sociaux pourront être impliqués.

La prise en charge par les services sociaux. Au début des années 2000, le besoin d'assurer un accompagnement social des patients dans les hôpitaux s'est fait ressentir⁶⁵⁴. En effet, il avait été donné de constater que certains patients étaient désœuvrés et quasiment abandonnés à leur sort. Pour combler ce vide, des postes sociaux ont été créés auprès des hôpitaux⁶⁵⁵. Leur mission consiste à assurer auprès des malades une présence affective et à leur garantir l'assistance psychosociale nécessaire à leur équilibre. Concrètement, il s'agit de faire en sorte que « *le malade ne se sente à aucun moment abandonné ni par les siens, ni par le corps médical, ni par la société du fait de sa maladie* »⁶⁵⁶. L'assistance sociale est réservée aux patients « *nécessiteux et indigents* »⁶⁵⁷. Toutefois, ils sont énumérés de manière très restrictive par les textes : les personnes handicapés ou polyhandicapés, les enfants mineurs de parents handicapés, les personnes qui en raison de leur état ne peuvent participer à un effort productif générateur de revenus ainsi que les personnes rendues temporairement invalides⁶⁵⁸. Le cas spécifique des patients valides – *c'est-à-dire les personnes n'ayant pas un handicap* – mais incapables de s'acquitter des frais médicaux n'est donc pas

⁶⁵⁴ D'ailleurs, l'article 1^{er} (2) du décret n° 2005/160 du 25 mai 2005 portant organisation du ministère des affaires sociales mentionne entre autres, comme missions, l'organisation de « *la solidarité nationale* ».

⁶⁵⁵ V. par exemple l'instruction ministérielle n° 93/00770/MINASCOF/SG du 07 avril 1993 fixant les attributions du poste social auprès d'un hôpital.

⁶⁵⁶ *Ibid.*

⁶⁵⁷ On y inclut les femmes indigentes enceintes, allaitant ou ayant des enfants en âge de vaccination dans les localités n'ayant pas un centre de protection maternelle et infantile.

⁶⁵⁸ Article 12 (2) de l'arrêté du 27 août 2010 portant cahier des charges précisant les conditions et les modalités techniques d'exercice des compétences transférées par l'État aux communes en matière d'attributions d'aides et des secours aux indigents et aux nécessités. Dans la pratique, le taux d'invalidité doit être supérieur ou égal à 50% pour donner droit à l'assistance sociale. Ce taux est évalué par un médecin et mentionné dans un certificat médical spécial disponible au service des affaires sociales de l'hôpital.

spécialement envisagé. Pourtant, ils devraient être pris en compte⁶⁵⁹. En tout cas, si le demandeur remplit les conditions, l'aide sociale pourra être partielle ou totale. Lorsqu'il s'agit d'un patient étranger, la pratique en la matière recommande de prendre attache avec les représentations diplomatiques du pays dont il est ressortissant. Mais cette situation ne va pas sans poser de difficulté⁶⁶⁰. Au regard de tout ce qui précède, il apparaît clairement que plusieurs passerelles permettent d'éviter le travers de la séquestration. Si elles ne produisent pas le résultat escompté, à savoir le paiement du créancier, la voie contentieuse de recouvrement pourra alors être actionnée.

B. La voie contentieuse de recouvrement

L'obscurité des textes. L'idée de la gratuité des soins semble encore une utopie, voire un rêve inaccessible dans la plupart des pays en voie de développement⁶⁶¹. La part du budget de l'État consacrée à la santé publique n'est que trop faible⁶⁶², de sorte qu'il ne serait pas excessif de dire que les établissements hospitaliers publics s'auto-financent. D'ailleurs c'est l'Initiative de Bamako de 1987, ayant pour slogan « *la santé pour tous en l'an 2000* »⁶⁶³, qui avait envisagé le

⁶⁵⁹ Une étude a révélé que les critères d'identification des personnes indigentes sont le plus souvent flous. Elle en vient à considérer l'indigent comme « *celui qui n'a rien* », V. RIDDE et J.-E. GIRARD, « Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains », in *Santé publique*, vol. 16, 2014/1, pp. 37-51.

⁶⁶⁰ L'expérience française en la matière est assez illustrative, v. Ministère des affaires sociales, « Importance des créances hospitalières impayées dues au frais de séjour des malades étrangers », Réponse à la question écrite n° 00327 de M. J.-P. FOUCARDE, publiée dans le JO Sénat du 13 janvier 1994, p. 66.

⁶⁶¹ E. CHOLET, « La gratuité des soins : une solution nationale pour la santé des plus pauvres ? », in D. KEROUEDAN (dir.), *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud*, Paris, Presses de Sciences Po, « Hors collection », 2011, pp. 261-271.

⁶⁶² Seulement 5,5% du budget, ce qui est très loin de la proportion de 15% adopté dans le cadre de la Déclaration d'Abuja. V. E. ATCHA, « Cameroun : la part du budget de l'État allouée à la santé reste faible », in *Afrique La Tribune*, édition du 31 janvier 2018.

⁶⁶³ G. VELASQUEZ, « Médicaments et financement du système de santé dans les pays du Tiers monde », in *Tiers monde*, t. 30, n° 118, 1989, pp. 455-463.

« *recouvrement des coûts* » des soins médicaux par les hôpitaux. Cependant, le texte ne donne aucune définition de cette expression. En effet, cette formulation a pu laisser croire à certains que les établissements hospitaliers étaient en droit de recouvrer les coûts des soins par tous les moyens, y compris en retenant contre leur gré les usagers insolvables⁶⁶⁴. Au soutien de cette position, est invoqué l'article 3 de la loi n° 98/009 du 1^{er} juillet 1998 portant loi des finances, autorisant « *les formations hospitalières (...), pour leur fonctionnement, à conserver 100% de leurs recettes* ». Or cette interprétation nous paraît difficilement soutenable pour des raisons déjà évoquées. L'idée de recouvrement des coûts devrait plutôt être comprise de manière large comme renvoyant au financement des services de santé. Plus exactement, « *il ne s'agit pas de récupérer ou recouvrir les coûts mais de trouver un équilibre financier entre la participation demandée à la population et les ressources de l'État pour le secteur de la santé* »⁶⁶⁵. Ainsi, le recouvrement des coûts, dans le sens de l'Initiative de Bamako se situe dans une problématique et une perspective plus globale, celle du financement de santé publique⁶⁶⁶. C'est dire que le recouvrement contentieux des créances ne peut se faire que dans un cadre légal.

Mais les choses ne sont pas si simples... S'il ne fait l'ombre d'aucun doute que les établissements publics hospitaliers sont admis à agir en vue du recouvrement de leurs créances, la grande difficulté réside cependant dans détermination de la procédure. En effet, aucun texte ne précise la démarche à suivre dans l'hypothèse d'un recouvrement contentieux des créances sanitaires. Comme l'a souligné un auteur, « *le système de recouvrement des créances ordinaires de*

⁶⁶⁴ G. M. TCHINDA, « Revoir les fondements de notre système de santé », op. cit.

⁶⁶⁵ G. VELASQUEZ, op. cit., spéc. p. 462.

⁶⁶⁶ J.-Fr. MÉDARD, « Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun », in *Bulletin de l'APAD*, n° 21, 2001, p. 1 et s. ; R. OKALLA et A. LE VIGOUROUX, « Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaire au plan national de développement sanitaire », in *Bulletin de l'APAD*, *ibid.*

l'État et des organismes publics est beaucoup plus instable »⁶⁶⁷. L'analyste pourrait donc être partagé entre les dispositions du droit uniforme OHADA et les règles touffues – *et donc peu édifiantes* – du droit interne. L'auteur soulignait par la même occasion l'opportunité de se référer à la jurisprudence étrangère, notamment française, pour essayer de « *camper une systémique prétorienne du recouvrement des créances concernant les entités publiques, qu'elles soient fiscales, parafiscales ou étrangères à l'impôt* »⁶⁶⁸. Relevons à propos que la jurisprudence française a su poser, avec le temps, les bases du recouvrement contentieux des frais d'hospitalisation. Le Conseil d'État a clairement posé le principe de la compétence exclusive du juge administratif en cas d'action en paiement, ceci dans la mesure où le patient a la qualité d'usager de service public⁶⁶⁹. C'est dire que la relation entre le patient et l'établissement hospitalier n'est ni contractuelle ni privée⁶⁷⁰. L'action en paiement peut être dirigée contre le patient lui-même ou contre les personnes ayant envers lui une obligation alimentaire⁶⁷¹. Dans ce dernier cas, c'est la juridiction civile qui sera compétente en raison de la nature de l'obligation⁶⁷².

⁶⁶⁷ H. TCHANTCHOU, « Le cadre législatif et réglementaire du recouvrement des créances de l'état et des entreprises publiques dans l'espace OHADA », Communication lors de la formation des cadres des ministères de finances et/ou de l'économie, de magistrats et de juristes d'entreprises, du 26 au 29 août 2013 sur le thème L'État, les entreprises publiques et le recouvrement des créances, p. 6. V. aussi, S. YONABA, « Le recouvrement des recettes publiques dans les États africains : un état des lieux préoccupant », in *RFAP*, n° 144, 2012/2, pp. 1043-1051.

⁶⁶⁸ *Ibid.*, pp. 7-8.

⁶⁶⁹ CE, 30 mars 1984, n° 24621 ; CE, 11 janvier 1991, n° 93348.

⁶⁷⁰ Cette précision est importante car elle permet de protéger l'établissement hospitalier par exemple lorsque le patient n'a pas été informé d'un changement de tarif. V. dans ce sens, CAA Paris, 20 septembre 2006, n° 03PA04728 ; CAA Nantes, 28 juin 2002, n° 99NT00480.

⁶⁷¹ Sur cette obligation, v. article 203 et s. du code civil camerounais. Cependant, le débiteur des dettes ne pourra être tenu que dans la limite de ce dont il est redevable envers le patient. En droit français, v. L. 6145-11 du code de santé publique, Cass. civ. 1^{re}, 29 janvier 2002, n° 99-21.395, inédit ; Cass. civ. 1^{re}, 14 novembre 2006, n° 02-19.238, inédit.

⁶⁷² CE, 28 juillet 1995, n° 168438 ; CA Riom, 27 avril 2004, n° 03/02817. Si le montant de la dette d'aliment n'est pas déterminé au moment de l'action contre les débiteurs d'aliments, le juge devra au préalable le déterminer, Cass. civ. 1^{re}, 08 juin 2004, n° 02-12.131, *Bull. civ.*, I, n° 163, p. 137. Mais si le débiteur est pris en sa qualité de mandataire du patient, c'est le tribunal administratif que sera compétent, TC, 24 mars 2003, n° C3343.

Au Cameroun, les recettes provenant des prestations onéreuses des formations sanitaires sont considérées comme des deniers publics⁶⁷³. Dès lors, on peut estimer que le recouvrement puisse se faire, comme en France, par un titre de recettes émis par le régisseur de recettes de la formation sanitaire concernée⁶⁷⁴. Le titre de recettes doit indiquer clairement les bases de liquidation de la dette et préciser, le cas échéant, les sommes déjà versées par le patient. Cette indication est nécessaire pour le patient, non seulement pour sa parfaite information, mais surtout pour lui permettre de contester éventuellement les sommes réclamées⁶⁷⁵. En France, « *bien qu'ils ne constituent pas une créance fiscale, les frais d'hospitalisation sont recouverts "comme en matière de contributions directes". Cette règle a pour seul effet de donner compétence aux comptables du Trésor pour le recouvrement* »⁶⁷⁶. Cette piste pourrait être explorée en droit interne camerounais car le cadre institutionnel s'y prête favorablement. Ainsi, le titre de recettes pourra être transmis au chef des centres des impôts territorialement compétent pour visa valant titre exécutoire⁶⁷⁷ au sens de l'article 33 alinéa 5 de l'acte uniforme relatif aux procédures simplifiées de recouvrement et les voies d'exécution⁶⁷⁸. À ce stade, l'exécution forcée pourra être envisagée conformément aux règles établies par le droit uniforme OHADA. En effet, la CCJA a précisé avec une clarté remarquable que lorsque « *les procédures fiscales (...) mettent en œuvre des mesures conservatoires, mesures*

⁶⁷³ Article 14 du décret n° 93/229/PM du 15 mars 1993 fixant les modalités de la gestion des recettes affectées aux formations sanitaires pour leur fonctionnement.

⁶⁷⁴ Sur les fonctions des régisseurs de recettes, voir article 8 et s. du décret précité. V. en droit français, l'article L. 6145-9 du Code de la santé publique.

⁶⁷⁵ CE, 15 mai 1995, n° 132928 ; CAA Nantes, 30 juin 1994, n° 92NT00004 ; CAA Marseille, 13 mars 2007, n° 05MA01604. Cette liquidation est d'autant plus judicieuse que des cas de surfacturation ont parfois été dénoncés, Data Cameroon, « Surfacturation : comment les hôpitaux publics volent de l'argent aux femmes enceintes au Cameroun », édition du 30 novembre 2020.

⁶⁷⁶ Gazette Santé Social, « Le recouvrement des frais d'hospitalisation », in *La Gazette.fr*, 07 juin 2008, disponible sur [https://Le recouvrement des frais d'hospitalisation \(lagazettedescommunes.com\)](https://lagazettedescommunes.com), consulté le 15 avril 2021.

⁶⁷⁷ Conformément à l'article L. 53 alinéa 2 du livre des procédures fiscales camerounais.

⁶⁷⁸ À rapprocher de, TPI Dschang, ord. n° 12 du 12 avril 2001, Edok-Eter c/ CNPS, *Juridis Périodique*, n° 48, 2001 p. 67.

d'exécution forcée et procédures de recouvrement déterminées par ledit acte uniforme, ces procédures fiscales doivent se conformer aux dispositions de celui-ci »⁶⁷⁹.

Conclusion

Et si la couverture santé universelle était une voie de sortie ? Comme le souligne un auteur à l'entame de son étude sur le droit des brevets et santé publique dans l'espace OAPI, la santé est « *un bien qui est toujours regardé avec la plus grande attention. Celui qui le détient ne voudrait le perdre à aucun prix ; celui qui le perd voudrait à tout prix le récupérer* »⁶⁸⁰. Ainsi, indépendamment de sa condition sociale, de ses convictions religieuses, politiques ou idéologiques, tout être humain a droit à la santé. Cependant, ce droit n'est pas toujours garanti en Afrique subsaharienne⁶⁸¹. Au Cameroun, le plein accès aux soins demeure encore dans la sphère du rêve. En témoigne la pratique de la rétention des patients insolubles. Les développements qui précèdent ont permis – *en tout cas c'était l'ambition* – de jeter un brin de lumière sur cette nébuleuse. Nous avons laissé parler les faits qui donnent de constater que la rétention des patients insolubles est une mesure illégale car elle manque de fondement juridique et porte atteinte aux droits et libertés fondamentaux. Or il existe des voies légales – *amicales ou contentieuses* – de recouvrement des créances sanitaires publiques que les responsables de formations sanitaires pourraient envisager. On n'exclura pas le fait que la lutte contre ce phénomène puisse se mener également sur le plan institutionnel. Il s'agira notamment de mettre en œuvre la couverture santé universelle au Cameroun (CSU) car c'est est un outil de garantie de l'accès aux

⁶⁷⁹ CCJA, Avis n° 1/2001/EP du 30 avril 2001, *Recueil de jurisprudence CCJA*, numéro spécial, janvier 2003, p. 74.

⁶⁸⁰ P. J. LOWE GNINTEDEM, *Droit des brevets et santé publique dans l'espace OAPI*, thèse de doctorat, Université de Dschang, 2011, n° 1, p. 2.

⁶⁸¹ Les États africains s'étaient engagés à consacrer 15% de leur budget à la santé publique. Mais la réalité est loin de là.

services de santé à l'ensemble des populations⁶⁸². Son implémentation éviterait que les patients soient séquestrés pour non-paiement étant donné que le financement de la santé se fera en amont. Envisagée pourtant depuis 2009, la CSU reste encore au stade de simple projet. Il est dès lors important d'accélérer ce processus⁶⁸³ car, avec la rétention des patients insolubles, les établissements hospitaliers publics n'ont finalement rien d'hospitalier !

⁶⁸² J. WRIGHT et alii, *Le financement de la couverture sanitaire universelle et la planification familiale. Étude panoramique multirégionale et analyse de certains pays d'Afrique de l'Ouest : Cameroun*, Rapport de l'Agence américaine pour le développement international (USAID), 2017, pp. 1-24 ; F. C. NKOA et P. ONGOLO-ZOGO, *Promouvoir l'adhésion universelle aux mécanismes d'assurance maladie au Cameroun*, Rapport complet, 2012, p. 6. Ces derniers auteurs insistent que le taux d'assurance maladie souscrites par les particuliers est très faible au Cameroun.

⁶⁸³ A. MBOHOU, « Couverture santé universelle : un chantier phare du septennat », in *Cameroun tribune*, 28 août 2020 ; F. FOUAKENG et alii, « Couverture santé universelle au Cameroun : État des lieux et défis à relever pour accélérer cette réforme cruciale pour le système de santé en quête incessante de ressources », [online], <https://Rapport sur la Couverture Santé Universelle au Cameroun | P4H>, consulté le 08 mai 2020.