

LE DROIT DE LA SANTÉ AU CARREFOUR ENTRE LA RUE ET LE PALAIS DE JUSTICE. PROPOS PRÉLIMINAIRES SUR L'AFFAIRE DU MÉDECIN SOIGNANT À COUPS DE GIFLES.

Par

Fils ANGELESI BAYENGA

Titulaire de la chaire de droit de la santé à l'Université de Kinshasa
 Directeur du Centre de Recherche en Droit de la Santé (CRDS-RDC)
 Professeur visiteur à l'Université Paris 12 (France) et à l'Université de Neuchâtel (Suisse)



Introduction

Sous le RP 2814, un procès pénal insolite s'est ouvert le vendredi 27 mars 2026 devant le tribunal de grande instance de Kinkole, marquant un tournant potentiel dans l'histoire du droit congolais de la santé.

La cause, que nous désignons sous l'appellation de « *l'affaire du médecin soignant à coups de gifles* », met en lumière les tensions entre la technicité du droit et les attentes de l'opinion publique, particulièrement vives dans les réseaux sociaux (la rue virtuelle).

Le récit des faits, tel qu'établi par l'acte d'accusation et l'instruction jusqu'ici menée lors des audiences publiques foraines, révèle qu'une parturiente a été transférée à l'Hôpital général de référence de Kinkole depuis un centre de santé périphérique. Le personnel soignant de ce centre n'avait pu procéder à l'accouchement, en raison d'une absence de coopération fréquente chez les primigestes¹.

Après accouchement à la suite d'une épisiotomie², la patiente présentait des déchirures nécessitant une suture³ urgente pour stopper l'hémorragie. C'est à ce stade de la prise en charge que le prévenu, docteur David Balanganayi, membre de l'équipe de garde de nuit, est accusé d'avoir exercé des violences corporelles sur l'accouchée⁴. L'enregistrement vidéo de cet incident, devenu viral sur les réseaux sociaux, a suscité une profonde indignation tant dans l'espace public que parmi les professionnels de santé⁵ et les Institutions politiques de la République⁶.

Comme le souligne l'Organisation Non Gouvernementale « Sauvons la corporation médicale » (SCM-ONG) dans une correspondance du 26 mars 2026⁷, « *cette affaire, largement relayée sur*

les réseaux sociaux, intervient dans un contexte où la qualité de la prise en charge dans les structures hospitalières publiques fait régulièrement débat. Elle pourrait relancer les discussions sur le respect de l'éthique médicale et la protection des patients, notamment des femmes en situation de vulnérabilité après un accouchement. »

A vrai dire, la présente contribution n'a pas pour vocation d'explorer les tensions entre la pression populaire et la rigueur du raisonnement juridique dans un cas de figure polémique.

Elle a plutôt une ambition doctrinale clairement affichée, voire assumée : briser, en pareil cas, le silence d'un universitaire engagé depuis plusieurs années de recherche à promouvoir le droit congolais de la santé⁸. Il s'agit de diffuser des savoirs théoriques peu connus du public, pourtant constitué des consommateurs naturels des services de santé et des usagers potentiels du système hospitalier⁹.

Pour peu que cet article scientifique puisse servir à mettre en garde « la rue » contre la tendance à s'accaparer, sans qualité ni mandat, des débats juridiques sur les arcanes de la responsabilité du médecin, normalement réservés aux initiés, son objectif aura été atteint. Il le sera davantage si les acteurs judiciaires (juges, Ministère public, avocats de la défense, conseils de la partie civile, etc.) y voient, chacun en ce qui le concerne, une source d'inspiration participant à l'effort intellectuel collectif de construction jurisprudentielle du droit de la santé en République démocratique du Congo.

Nos propos préliminaires s'articuleront autour de ces cinq axes ou thématiques clés, sources de divergences et de débats vifs : le paradoxe de la violence thérapeutique (I), la question de l'état de nécessité dans l'exercice de l'art de guérir (II), la portée et les limites de l'obligation de moyen dans la relation médecin-patient (III), la question du droit du patient à consentir ou non aux soins (IV) et les chevauchements entre l'action en responsabilité déontologique médicale et l'action en responsabilité pénale médicale (V).

I. Le paradoxe de la violence thérapeutique

Sur le registre de la sémantique, le paradoxe de la violence thérapeutique désigne, tel que nous l'entendons ici, l'idée que certains actes médicaux (comme une chirurgie, une injection, etc.), bien que considérés comme violents (car ils atteignent l'intégrité corporelle), sont en fait des actes thérapeutiques et, à ce titre, socialement légitimes.

Dans le contexte de l'affaire du médecin soignant à coups de gifles, il convient de clarifier : **le médecin est, par profession, un agresseur autorisé. Le permis de soigner, dont il dispose, lui confère le privilège de commettre pour soigner, sans être réprimé, des coups et blessures volontaires. Le permis de soigner est donc une habilitation professionnelle à attenter à l'intégrité corporelle du patient. C'est un permis de le blesser.**

A cet égard, Sophie Hocquet-Berg et Bruno Py¹⁰ forcent notre admiration lorsqu'ils écrivent que : « *Pour tout autre qu'un médecin, attenter au corps d'autrui est une infraction pénale qui appelle une réponse judiciaire : la répression. Or, les médecins ne sont pas poursuivis, et a fortiori pas réprimés, pour les « blessures » qu'ils commettent quotidiennement dans l'exercice normal de leur profession. (...) Le médecin apparaît à chacun comme un altruiste professionnel qui ne saurait être considéré avec la même rigueur et les mêmes règles que le criminel nuisible.*

La médecine est une activité noble et socialement utile, à l'opposé de la délinquance. »

Sous RP 2814 devant le tribunal de grande instance de Kinkole, l'accusation et la partie civile feront face à un défi de taille : prouver l'élément moral. Si la défense démontre que le prévenu a agi uniquement dans une visée thérapeutique, il sera difficile d'établir, au-delà de tout doute raisonnable, l'intention méchante requise pour l'infraction de coups et blessures volontaires, pas plus que pour la torture.

En tout état de cause, la question de l'état de nécessité n'échappera pas aux débats judiciaires.

II. La question de l'état de nécessité dans l'exercice de l'art de guérir

Le cadre restreint de cette contribution ne permet pas d'explorer en détail la théorie générale de l'état de nécessité en droit pénal. Le lecteur est invité à se référer aux travaux de doctrine abondants sur le sujet¹¹.

D'emblée, dans le cas sous examen, il nous semble qu'au regard des valeurs protégées, quel qu'on puisse le qualifier pénalement, l'acte d'atteinte à l'intégrité corporelle de la patiente est de loin moins grave que le péril qu'il a permis d'écarter.

L'état de nécessité enlève ainsi aux coups de gifles infligés à la victime, ou à la torture qu'elle a subie, leur caractère infractionnel. La situation est semblable, *mutatis mutandis*, à celle du médecin qui avait commis un excès de vitesse dans des circonstances telles que son imprudence coupable était pénalement justifiée par la nécessité de secourir un malade en péril de mort¹².

En règle générale, le bénéfice de l'effet justificatif de l'état de nécessité dépend principalement de la preuve d'un péril grave et actuel ou imminent menaçant les personnes, et de l'utilité des faits délictueux sans quoi l'infraction n'est pas nécessaire et est injustifiée.

En l'espèce, il semble ressortir des faits constants de la cause qu'il y avait sérieusement à craindre que le pronostic vital de l'accouchée soit engagé, pour le cas où une suture ne lui serait pas pratiquée à un temps voisin de l'épisiotomie.

Il n'est cependant pas acquis à l'avance que la commission de l'infraction de coups et blessures volontaires ou de torture sur l'accouchée soit le seul moyen médicalement admis et éthiquement tolérable pour parvenir à la finalité thérapeutique poursuivie.

III. La portée et les limites de l'obligation de moyen dans la relation médecin-patient

Sous l'influence remarquable de l'Arrêt rendu le 20 mai 1936 par la Chambre civile de la Cour de cassation française en l'affaire Mercier¹³, le droit de la santé contemporain continue à analyser le rapport « médecin-patient » comme une relation contractuelle aux termes de laquelle le médecin, pour sa part, contracte une obligation de moyen, celle de donner au patient « *des soins, non pas quelconques (...), mais consciencieux, attentifs, et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science*¹⁴. »

A ce sujet, notre position est la suivante : **En droit comme dans la déontologie de sa profession, il n'existe aucun moyen prédéfini qu'un médecin ne soit autorisé à employer pour dispenser à son patient des soins consciencieux, attentifs et, le cas échéant, conformes à l'état actuel des connaissances scientifiques dans l'art de guérir.**

Techniquement, le sort pénal du médecin soignant à coups de gifles sera scellé moins par la religion du tribunal saisi que par la référence à la conduite exemplaire du *bonus medicus*, c'est-à-dire le médecin bon père de famille placé dans les mêmes circonstances de fait que le prévenu : structure hospitalière publique peu équipée tant en matériels médicaux de première nécessité qu'en produits de santé (y-compris le produit sanguin), urgence médicale nocturne, absence d'un anesthésiste disponible pour intervenir, manque de collaboration manifeste de l'accouchée, pronostic vital plus ou moins engagé, etc.

Il en découle que le recours à l'expertise médicale par décision avant-dire droit, rendue d'office ou sur incident de procédure, se révèle une exigence du respect dû au droit de la défense constitutionnellement garanti¹⁵ ou, plus largement, au droit de chacun à un procès équitable.

Quoi qu'il en soit, étant donné son importance dans l'encadrement juridique de la relation médecin-patient, le principe du consentement aux soins sera probablement au cœur des débats judiciaires.

IV. La question du droit du patient à consentir ou non aux soins

Malgré la dispersion des textes¹⁶, le droit positif congolais garantit le respect de la personne humaine et de sa dignité à l'hôpital, en consacrant, bien que de manière disparate et parfois lacunaire, la règle jurisprudentielle selon laquelle « *tout patient a droit au respect de l'intégrité de sa personne, ce qui comprend le droit de décider si, et dans quelle mesure, il acceptera de se soumettre à des actes médicaux.* »

En milieu hospitalier, tout patient a le droit d'interdire d'être touché. « *Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix*¹⁷. »

A priori, sauf dans l'hypothèse de l'extrême urgence¹⁸, un acte médical accompli sans le consentement de la personne concernée par l'atteinte à l'inviolabilité du corps humain, est matériellement constitutif, pour le moins, de manquement au devoir déontologique du médecin de respecter le choix exprimé par son patient.

Une chose est de recueillir le consentement du patient avant l'acte médical et de s'y conformer, y-compris en cas de refus de soins. Une autre chose, c'est de s'assurer qu'un tel refus de soins reflète réellement la volonté d'une personne jouissant de toutes ses facultés mentales et de son équilibre psychologique¹⁹.

Cette perspective met en avant l'exigence d'un consentement éclairé aux soins. Elle conduit à deux types de considérations techniques.

Premièrement, une considération médicale à double volet. D'un côté, pour donner un consentement éclairé ou exprimer un refus éclairé, tout patient a généralement besoin de recul et de temps. Or, l'urgence médicale extrême ne s'accommode pas du temps nécessaire pour réfléchir et discuter en toute sérénité. De l'autre côté, le refus de soins spécifiquement après l'accouchement peut être lié à divers facteurs, notamment des troubles psychologiques tels que la dépression post-partum ou la psychose puerpérale²⁰. Ces conditions peuvent altérer les capacités de jugement et de prise de décision de l'accouchée.

Deuxièmement, une considération juridique : La possible altération des facultés mentales et psychologiques de la patiente en post-partum ne saurait laisser indifférent le juge sommé à évaluer nécessairement la validité juridique du refus de soins tant vanté.

A ce niveau également, le recours à l'expertise médicale se révèle utile pour concourir à la manifestation de la vérité : la vérité judiciaire, distincte de la vérité du sens commun de justice ; la vérité du palais de justice, différente de celle de la rue ; la solution au litige conforme au raisonnement juridique le plus rigoureux, et non la solution de facilité.

Dans le doute sur l'affaiblissement ou non des facultés mentales et psychologiques de la patiente en post-partum *in illo tempore*, le juge pénal devrait privilégier l'hypothèse la plus favorable au prévenu²¹. D'application jurisprudentielle abondante²², la règle « *in dubio pro reo* » (le doute profite à l'accusé) l'y oblige.

Le principe « *in dubio pro reo* » s'applique également dans le cadre de la justice des pairs, de sorte qu'à bien des égards, il existe des chevauchements entre les poursuites en disciplinaire et les poursuites au pénal.

V. Les chevauchements entre l'action en responsabilité déontologique médicale et l'action en responsabilité pénale médicale

L'affaire du médecin soignant à coups de gifles illustre parfaitement la situation en droit de la santé, dans laquelle un même fait viole simultanément le Code de déontologie médicale, le Code pénal et le Code civil, livre 3.

Il importe de le mentionner, le procès pénal ouvert devant le tribunal de grande instance de Kinkole et le procès en responsabilité disciplinaire intenté contre le même médecin devant le Conseil urbain de l'Ordre des médecins de Kinshasa, sont gouvernés par des règles tout-à-fait distinctes et obéissent à des logiques juridiques diamétralement opposées.

Ces deux actions sont indépendantes l'une vis-à-vis de l'autre, et ne doivent ni s'exclure ni se confondre. Il faut se garder de penser que la règle « *non bis in idem* » (on ne juge pas deux fois le même fait) peut être invoqué ici. La raison en est bien simple : l'autorité de la chose jugée en disciplinaire ne s'impose pas à la juridiction siégeant en matière répressive et réciproquement.

Il est généralement admis dans la doctrine que « *la décision rendue par la juridiction disciplinaire ne lie pas le juge pénal et, inversement, le fait qu'une juridiction répressive ou civile se soit prononcée n'exerce aucune influence sur la recevabilité ou sur l'issue d'une poursuite devant les autorités disciplinaires. Un médecin peut donc être sanctionné pénalement et civilement sans être inquiété disciplinairement et inversement, mais, dans le pire des cas, il peut être condamné et pénalement, disciplinairement et civilement²³.* »

Toutefois, lorsque le médecin poursuivi exerce dans une structure hospitalière publique, les dispositions des alinéas 2²⁴ et 3²⁵ de l'article 73 du Décret n°06/130 du 11 octobre 2006 portant statut spécifique des médecins des services publics de l'Etat²⁶ invitent à relativiser les rapports entre l'action disciplinaire et l'action pénale.

Conclusion

Il est rare qu'un sujet de droit de la santé mobilise le débat public en République démocratique du Congo pendant plusieurs jours.

Dans un contexte marqué par l'essor des enjeux sanitaires et biomédicaux, le droit de la santé a éclipsé le droit constitutionnel congolais, au point de reléguer au second plan, sur la toile, les débats interminables autour de la révision ou du changement de la Constitution. Ironie du sort, les « *constitutionnalistes du dimanche*²⁷ » ont cédé la place aux « juristes de la santé de la rue. »

Face à ces enjeux, entre laisser la rue s'égarer sur des questions subtiles au cœur de l'actualité judiciaire du droit congolais de la santé, ou briser le silence coupable de la communauté scientifique, les présents « *propos préliminaires sur l'affaire du médecin soignant à coups de gifles* » témoignent d'un engagement doctrinal courageusement assumé.

Cet engagement doctrinal s'est traduit par des prises de position argumentées sur des questions juridiques et éthiques qui mettent à rude épreuve le juge, dans un pays où le faible taux de judiciarisation de la médecine contraste avec la fréquence des fautes médicales commises en milieu hospitalier.

En définitive, il convient de préciser que les développements présentés ne préjugent pas de l'issue des procès en cours, lesquels offriront des perspectives intéressantes pour des analyses jurisprudentielles ultérieures, en matière tant disciplinaire que pénale.

NOTES

1. Il semblerait que la femme intéressée s'opposait radicalement au toucher vaginal. Elle refusait d'être touchée par qui que ce soit, y-compris les membres de sa famille venus en accompagnement. La note de transfert médical devrait en dire long.
2. L'épisiotomie désigne une incision que le personnel soignant pratique parfois au niveau du périnée (la zone entre le vagin et l'anus), pendant l'accouchement, pour faciliter l'expulsion du bébé. Voy. Marie-France Callu et. al., *Dictionnaire de droit de la santé*, 2^e édition, Paris, LexisNexis, 2021, p. 32 et s.
3. La suture n'est rien d'autre que le fait de recoudre une plaie ou une incision avec des fils ou des agrafes pour aider à la cicatrisation.
4. Les préventions retenues par l'organe accusateur sont au nombre de trois : les **coups et blessures volontaires** (Article 46 du Code pénal, livre 2), la **torture** (Article 48 *ter* du Code pénal, livre 2) et **l'enregistrement des images relatives à la commission des infractions** (Article 372 du Code du numérique).
5. Sur saisine du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), le Conseil urbain de l'Ordre des médecins de Kinshasa a aussitôt ouvert, à charge de l'incriminé, une action disciplinaire assortie de suspension temporaire d'exercice de la médecine.
6. Par exemple, au cours de sa plénière du 27 mars 2026, l'Assemblée nationale avait procédé à l'audition de la question d'actualité consacrée à l'affaire du médecin soignant à coups de gifles. Pour sa part, le Gouvernement s'y est illustré, d'un côté, par la sortie médiatique du Ministre de la Santé publique, Hygiène et Prévoyance sociale lançant un vibrant appel à la radiation du médecin présumé coupable ; et

de l'autre, par la diffusion du communiqué de presse n°14 du 26 mars 2026 du Ministère des Droits Humains, dénonçant ce qu'il qualifie de « *cas de traitement inhumain et dégradant.* »

7. Voy. <https://acp.cd/genre/kinshasa-une-ong-denonce-des-violences-contre-une-patiente-a-kinkole/>, consulté le 27 mars 2026.
8. C'est dans cette optique qu'a été créé en 2022, à notre initiative, le Centre de Recherche en Droit de la Santé (CRDS-RDC en sigle). Site officiel : www.crds-rdc.com
9. Dans son avant-propos daté du 7 juin 1995, l'auteur d'un ouvrage de référence avait écrit que le sujet relatif à la responsabilité du médecin était « *au cœur de grandes préoccupations au Zaïre comme dans le monde, tant il est vrai que l'activité médicale concerne tout homme dans ce qu'il a de plus essentiel : la vie et la santé.* » Voy. Nyabirungu mwene Songa, *Responsabilité pénale et civile du médecin en droit zaïrois*, Kinshasa, Editions Droit et Société « DES », 1995, p. 7. Voy. également Fils Angelesi Bayenga, *Introduction au droit de la santé. Les indispensables d'un enseignement nouveau-né dans le paysage universitaire congolais*, Kinshasa, Maison d'éditions Sirius, 2022, p. 12.
10. Sophie Hocquet-Berg et Bruno Py, *La responsabilité du médecin*, Paris, Editions heures de France, 2006, p.89.
11. A titre indicatif, il a été enseigné que « *l'état de nécessité est la situation de crise dans laquelle se trouve une personne qui, pour échapper à un danger qui la menace, ou pour sauver un tiers d'un péril imminent, n'a d'autre ressource que de commettre une infraction.* » Voy. Nyabirungu mwene Songa, *Droit pénal général Zaïrois*, Kinshasa, Editions Droit et Société « DES », 1989, p.125-126.
12. Voy. CA Nancy, 6 fév. 1990, *Juris-Data* 052168.
13. Cass., ch.civ., 20 mai 1936, Dr Nicolas c/ Mme Mercier. En l'espèce, dame Mercier, atteinte d'une affection nasale, s'adressa au docteur Nicolas, radiologue, qui lui fit subir, en 1925, un traitement par les rayons X à la suite duquel se déclara chez la malade une radiodermite des muqueuses de la face. Les époux Mercier, estimant que cette nouvelle affection était imputable à une faute de l'opérateur, intentèrent contre celui-ci, en 1929, soit plus de trois années après la fin du traitement, une demande en dommages-intérêts pour une somme de 200.000 F.
14. C'est-à-dire l'engagement à mettre en œuvre les moyens qui sont normalement de nature à aboutir au résultat souhaité (la guérison) et non à procurer ou obtenir directement ce résultat. Voy. BERGOIGNAN-ESPER (C.) et SARGOS (P.), *Les grands arrêts du droit de la santé*, Paris, Dalloz, 2010, p. 198.
15. Voy. article 19 de la Constitution, telle que modifiée par la Loi n°11/002 du 20 janvier 2011 portant révision de certains articles de la Constitution de la République Démocratique du Congo du 18 février 2006.
16. Voy. notamment : Constitution du 18 février 2006, telle que modifiée (Article 16) ; Ordonnance n°70/158 du 30 avril 1970 déterminant les règles de la déontologie médicale en République démocratique du Congo (article 30 *in fine*) ; Loi n°08/011 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes affectées, telle que modifiée et complétée par la Loi n°18/012 du 09 juillet 2018 (Article 36) ; Loi n°18-035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique (Article 26).
17. Claude Evin, *Les droits des usagers du système de santé*, Paris, Berger-Levrault, 2002, p.330.

18. En France, le Conseil d'Etat avait jugé que le choix du médecin d'accomplir un acte indispensable à la survie du patient et proportionné à son état, compte tenu de la situation extrême dans laquelle il se trouvait, ne constituait pas une faute, malgré l'obligation de respecter sa volonté. Voy. CE, 26 octobre 2001, concl. D. Chauvaux, *Rev. franç. dr. adm.* 2002, p. 155.
19. Sur une étude plus approfondie sur la problématique de refus de soins, voy. Fils Angelesi Bayenga, « Le droit congolais à l'épreuve du refus maternel des soins préventifs du VIH à enfant conçu. Exercice critique de légistique formelle en l'honneur du professeur Mukadi Bonyi », *Droiture et rigueur. Mélanges en mémoire du professeur Mukadi Bonyi*, Bruxelles, CRDS, 2024, p. 92-123.
20. Elle peut se caractériser par des symptômes comme : les hallucinations, des idées délirantes, une agitation, des troubles de l'humeur. Il s'agit en fait d'une urgence psychiatrique souvent méconnue dans la pratique.
21. Il s'agira de tenir pour juridiquement inopérant le refus de soins opposé au médecin, après avoir privilégié, par présomption, la thèse de l'altération, minime soit-elle, des facultés mentales et psychologiques de la patiente en *post-partum*.
22. Voy. notamment Ruffin Mushigo-Gazanga Gingombe, *Les principes généraux du droit et leurs applications par la Cour Suprême de Justice du Congo*, Bruxelles, Academia Bruylant, 2002, 264 p.
23. Sophie Hocquet-Berg et Bruno Py, *op. cit.*, p. 10.
24. « Dans le cas où une peine disciplinaire a été prononcée avant que la juridiction répressive ait statué, le médecin peut, si cette dernière l'a renvoyé des poursuites, faute de preuves, demander la révision de la mesure disciplinaire. »
25. « Toutefois, dans le cas où le médecin a été condamné par une décision coulée en force de chose jugée à une peine de servitude pénale ne dépassant pas 6 mois, il encourt une suspension de prestation pour la même période. A l'expiration du délai, le médecin est réhabilité sans autre forme de procès. Par contre, si la condamnation dépasse 6 mois, le médecin doit être révoqué d'office sur simple constatation de la condamnation. »
26. *Journal officiel de la RDC*, numéro spécial du 26 octobre 2006, p. 1 et s.
27. Expression attribuée à l'éminent Professeur Evariste Boshab et souvent empruntée pour vilipender les personnes qui s'expriment, à longueur de journée, sur des questions brûlantes de droit constitutionnel, sans avoir nécessairement les compétences ou l'expertise requises en la matière.