



Retrait du médecin face au refus de soins du patient en République Démocratique du Congo : analyse médico-légale et déontologique comparée

« Physician withdrawal in the face of patient refusal of care in the Democratic Republic of Congo: a comparative medico-legal and ethical analysis »

Joseph Anovel Mbahigana¹, Marcellin Baguma B², Mohamed Luzingu Eyenga³, Rivain Fefe Iteke³

1. *Médecin, Master of Business Administration, Master en Santé Publique, Hopital Militaire de la Ruashi à Lubumbashi / RD Congo*
2. *Médecin Neurologue, Chef de travaux, Université de Lubumbashi/RD Congo*
3. *Avocat au Barreau de Lubumbashi / RD Congo.*

Résumé

Le refus de soins constitue une problématique médico-légale majeure en République Démocratique du Congo (RDC), mettant en tension le principe d'autonomie du patient et les obligations professionnelles du médecin, notamment le devoir d'assistance et de continuité des soins. Cette étude vise à analyser les conditions juridiques et déontologiques du retrait du médecin face à un refus de soins en RDC, en articulant Constitution, Code pénal, Code de déontologie médicale congolais, et en s'appuyant sur une approche comparée avec les codes de déontologie médicale français, belge, ivoirien et sénégalais, complétée par l'expérience des principes déontologiques en milieu anglo-saxon notamment américain et britannique.

A partir d'une analyse documentaire des textes normatifs et de la littérature scientifique, il ressort que le droit congolais reconnaît implicitement le refus de soins et le droit de retrait du médecin, mais dans un cadre fragmenté et insuffisamment codifié.

L'étude montre l'intérêt d'une réforme législative visant à formaliser le refus de soins, sécuriser le retrait médical et renforcer la continuité des soins, en s'inspirant des standards internationaux et des codes de déontologie médicale des pays de droit comparé européens et africains. (Constitution de la RDC, 2006 ; Ordonnance 70-158, 1970 ; Code pénal RDC, 1940 ; Haut Conseil de la santé publique de France [HCSP], 2014).

Mots-clés : Refus de soins – Consentement éclairé – Responsabilité médicale – Déontologie médicale – Droit Comparé - RD Congo

**Abstract**

Refusal of care constitutes a major medico-legal issue in the Democratic Republic of Congo (DRC), creating tension between the principle of patient autonomy and the professional obligations of physicians, particularly the duty to provide assistance and continuity of care. This study aims to analyze the legal and ethical conditions under which a physician may withdraw from a case of refusal of care in the DRC. It examines the Constitution, the Penal Code, and the Congolese Code of Medical Ethics, drawing on a comparative approach with the medical codes of ethics of France, Belgium, Côte d'Ivoire, and Senegal, and supplementing this with an understanding of ethical principles in Anglo-Saxon contexts, particularly in the United States and the United Kingdom.

Based on a documentary analysis of normative texts and scientific literature, it emerges that Congolese law implicitly recognizes refusal of care and the physician's right to withdraw, but within a fragmented and insufficiently codified framework. The study highlights the value of legislative reform aimed at formalizing the refusal of care, securing medical withdrawal, and strengthening continuity of care, drawing on international standards and the medical ethics codes of European and African countries studied in comparative law. (Constitution of the DRC, 2006; Ordinance 70-158, 1970; Penal Code of the DRC, 1940; French High Council for Public Health [HCSP], 2014).

Keywords: Refusal of care – Informed consent – Medical responsibility – Medical ethics – Comparative law – Democratic Republic of Congo

1. Introduction

Le consentement du patient constitue aujourd'hui un pilier fondamental de la légitimité de l'acte médical. En RDC, ce principe découle des garanties constitutionnelles relatives à l'intégrité physique, consacrées par la Constitution de la République Démocratique du Congo (2006), qui protège la dignité, la liberté et l'intégrité de la personne. (Constitution de la RDC, 2006 ; Droit congolais, 2023).

Toutefois, lorsque le patient refuse les soins proposés, malgré une information complète, le médecin est confronté à une tension entre respect de l'autonomie et obligation de protection de la santé. Ce dilemme est particulièrement aigu dans les contextes africains, marqués par des facteurs socio-économiques, culturels et structurels (pauvreté, croyances traditionnelles, faiblesse des systèmes de couverture santé). (WHO, 2012 ; Pan African Medical Journal, 2021).

L'objectif de cette étude est double : analyser le cadre juridique et déontologique du retrait du médecin en RDC, à partir de la Constitution, du Code pénal et du Code de déontologie médicale (Ordonnance 70-158, 1970) ; proposer des pistes d'amélioration



normative à partir de l'expérience des codes de déontologie médicale français, belge, ivoirien et sénégalais, complétée par les principes déontologiques américains (American Medical Association) et britanniques (British Medical Association). (Haut Conseil de la santé publique [HCSP], 2014 ; Institut des politiques publiques [IPP], 2023).

2. Méthodologie

Cette étude repose sur une analyse qualitative documentaire couvrant trois catégories de sources :

- ✚ Textes juridiques congolais :
 - ✚ Constitution de la RDC (2006) ;
 - ✚ Code pénal congolais (1940, articles 66 ter et 66 quater) ;
 - ✚ Code de déontologie médicale congolais (Ordonnance n° 70-158, 1970). (Constitution de la RDC, 2006 ; Code pénal RDC, 1940 ; Ordonnance 70-158, 1970).
- ✚ Codes de déontologie et normes éthiques étrangères :
 - ✚ Code de déontologie médicale français (Conseil national de l'Ordre des médecins,
 - ✚ Code de déontologie, notamment articles relatifs au consentement, au refus de soins et à la continuité des soins) ; (Conseil national de l'Ordre des médecins, France, 2018)
 - ✚ Code de déontologie des médecins de Belgique (Conseil de l'Ordre des médecins, éditions officielles, notamment articles sur le respect de la décision du patient et de la continuité des soins) ; (Belgian Medical Council, 2020)
 - ✚ Codes de déontologie médicale de Côte d'Ivoire et du Sénégal, intégrés dans la législation de la santé publique nationale ; (Code de déontologie médicale, Côte d'Ivoire ; Code de déontologie médicale, Sénégal)
 - ✚ Principes déontologiques de l'American Medical Association (Code of Medical Ethics) et de la British Medical Association, qui encadrent le consentement éclairé, le refus de soins et le devoir de continuité des soins. (American Medical Association, 2016 ; British Medical Association, 2016)

Littérature scientifique :

- ✚ Articles de bioéthique comparée (Beauchamp & Childress, 2019) ;
- ✚ Publications de l'OMS sur la sécurité des patients et le consentement éclairé ; (WHO, 2012)
- ✚ Études sur le refus de soins en Afrique subsaharienne (Pan African Medical Journal, 2021 ; Refus de soins du patient en Afrique de l'Ouest, 2025) ;



- ✚ Analyses du droit anglo-saxon sur le consentement, le capacity to consent et le rôle du médecin face au refus de soins. (British Medical Association, 2016 ; American Medical Association, 2016).

Une analyse comparatiste avait permis d'identifier les convergences normatives et les lacunes du système congolais, en articulant autonomie du patient, responsabilité déontologique du médecin et continuité des soins. (Haut Conseil de la santé publique [HCSP], 2014 ; Institut des politiques publiques [IPP], 2023).

3. Résultats

3.1. Reconnaissance du refus de soins en droit congolais

Le droit congolais reconnaît implicitement le refus de soins à travers : la protection de l'intégrité physique consacrée par la Constitution ; l'exigence de consentement éclairé imposée par le Code de déontologie médicale (Ordonnance 70-158, 1970) ; les obligations déontologiques de respect de la volonté du patient. (Constitution de la RDC, 2006 ; Ordonnance 70-158, 1970 ; Droit congolais, 2023).

Toutefois, cette reconnaissance demeure fragmentée et non codifiée de manière explicite, contrairement au droit français, où l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique et les articles du Code de déontologie médicale consacrent de manière claire le droit de refuser tout traitement et la révocation du consentement. (Code de la santé publique, France ; Conseil national de l'Ordre des médecins, France, 2018 ; Haut Conseil de la santé publique [HCSP], 2014).

3.2. Conditions de validité du refus de soins

Le refus de soins est juridiquement valable en RDC lorsqu'il est : libre (exprimé sans contrainte) ; éclairé (le patient est informé des conséquences médicales) ; émis par une personne capable de discernement. (Ordonnance 70-158, 1970 ; Droit congolais, 2023).

Le Code de déontologie congolais exige du médecin une information claire, loyale et appropriée, préalable au recueil du consentement. (Ordonnance 70-158, 1970). Le refus ne peut être opposable que s'il est éclairé ; à contrario, un refus non informé pourrait être considéré comme non opposable, comme le prévoient explicitement plusieurs codes de déontologie étrangers. (Conseil national de l'Ordre des médecins, France, 2018 ; British Medical Association, 2016).

3.3. Encadrement du retrait du médecin

Le retrait du médecin est admis sous conditions :

Absence d'urgence vitale : en situation d'urgence grave et imminente, le retrait est interdit ou strictement encadré par l'obligation de non-assistance à personne en danger (articles 66 ter et 66 quater du Code pénal). (Code pénal RDC, 1940 ; Kaufman, 2017).

Information préalable du patient : le Code de déontologie médicale congolais impose de l'informer du caractère limitatif ou définitif de son retrait. (Ordonnance 70-158, 1970).

Continuité des soins assurée : le praticien doit orienter le patient vers un autre professionnel ou une structure adaptée et transmettre les informations médicales essentielles, conformément aux obligations de continuité présentes dans les codes de déontologie français, belge, ivoirien et sénégalais, ainsi que dans les principes de déontologie américains et britanniques. (Conseil national de l'Ordre des médecins, France, 2018 ; Belgian Medical Council, 2020 ; Code de déontologie médicale, Sénégal ; American Medical Association, 2016 ; British Medical Association, 2016).

Le retrait ne doit jamais équivaloir à un abandon ; il s'inscrit dans la logique de changement de trajectoire thérapeutique, mais non de rupture de la relation de soins, comme le prévoient explicitement les codes de déontologie européens et africains. (Conseil national de l'Ordre des médecins, France, 2018 ; Belgian Medical Council, 2020 ; Code de déontologie médicale, Côte d'Ivoire).

3.4. Limites juridiques : urgence et responsabilité pénale

Les articles 66 ter et 66 quater du Code pénal congolais imposent une obligation d'assistance à personne en danger, avec une aggravation de la peine pour les personnes « chargées par état ou par profession d'assister autrui ». (Code pénal RDC, 1940 ; Kaufman, 2017).

Le retrait est donc interdit ou limité lorsque : le patient est en danger grave et imminent ; il n'existe pas de relais médical effectif (autre médecin, structure hospitalière disponible). (Code pénal RDC, 1940 ; Droit congolais, 2023).

En cas de retrait irrégulier, le médecin peut engager sa responsabilité pénale (non-assistance), civile (préjudice du patient) et disciplinaire (sanctions devant le Conseil de l'Ordre, comme cela est prévu dans les codes de déontologie français et belge). (Droit congolais, 2023 ; Conseil national de l'Ordre des médecins, France, 2018 ; Belgian Medical Council, 2020).

3.5. Apports des codes de déontologie nationaux



France : Code de déontologie médicale

Le Code de déontologie médicale français consacre : le droit du patient de refuser tout traitement, y compris de révoquer le consentement ; le devoir de l'information et de la discussion des risques et bénéfiques ; l'obligation de continuité des soins en cas de refus ou de changement de médecin. (Conseil national de l'Ordre des médecins, France, 2018).

Le retrait du médecin est encadré par des règles de déontologie qui imposent une transmission de dossier et une prise en charge par un autre professionnel, sauf urgence particulièrement grave. (Conseil national de l'Ordre des médecins, France, 2018 ; Haut Conseil de la santé publique [HCSP], 2014).

Belgique : Code de déontologie des médecins

Le Code de déontologie des médecins de Belgique insiste sur le respect de la décision du patient, même lorsqu'elle conduit au refus de certains actes, à condition que le choix soit éclairé et libre. (Belgian Medical Council, 2020).

Il impose également au médecin de rester garant de la continuité des soins, en relayant la prise en charge en cas de refus ou de retrait. (Belgian Medical Council, 2020).

Côte d'Ivoire : Code de déontologie médicale

Le Code de déontologie médicale ivoirien, soutenu par la législation de la santé publique, reconnaît le droit du patient de refuser tout traitement, tout en imposant une information claire et la consignation du refus dans le dossier médical. (Code de déontologie médicale, Côte d'Ivoire ; Refus de soins du patient en Afrique de l'Ouest, 2025).

Les travaux récents sur l'Afrique de l'Ouest indiquent que le refus de soins est souvent lié à des contraintes socio-économiques, aux croyances culturelles et à la méfiance vis-à-vis du système de santé public. (Refus de soins du patient en Afrique de l'Ouest, 2025 ; WHO, 2012).

Sénégal : Code de déontologie médicale

Le Code de déontologie médicale sénégalais consacre explicitement le droit de refuser tout traitement, tout en imposant l'obligation d'information et de continuité des soins. (Code de déontologie médicale, Sénégal).

Les études qualitatives récentes mettent en avant une logique de médiation thérapeutique, où le refus est souvent négocié et construit avec la famille, dans un contexte de priorité accordée à la médecine traditionnelle et à la protection des ressources financières. (Refus de soins du patient en Afrique de l'Ouest, 2025 ; Pan African Medical Journal, 2021).



États-Unis : Code of Medical Ethics (AMA)

Le Code of Medical Ethics de l'American Medical Association encadre le consentement éclairé, le refus de soins et le devoir de continuité, même en fin de vie. (American Medical Association, 2016).

Il prévoit que le refus de soins ne doit jamais être interprété comme un abandon du patient, et impose une documentation rigoureuse du consentement et du refus, ainsi que la possibilité de transfert vers un autre professionnel en cas de difficultés éthiques majeures. (American Medical Association, 2016).

Royaume-Uni : Principes déontologiques de la BMA

Les principes déontologiques de la British Medical Association encadrent fortement le droit de consentir et de refuser, la capacité mentale (Mental Capacity Act 2005) et la responsabilité du médecin en cas de retrait. (British Medical Association, 2016).

Le médecin peut se décharger de la prise en charge, mais doit : documenter clairement le refus et l'information donnée ; rechercher ou organiser un relais clinique ; éviter l'abandon, sous peine de sanctions disciplinaires par le General Medical Council. (British Medical Association, 2016).

Cette approche repose sur une combinaison de législation formelle (Mental Capacity Act) et de lignes directrices déontologiques, ce qui offre aux praticiens un cadre sécurisé pour la gestion du refus de soins. (Beauchamp & Childress, 2019 ; British Medical Association, 2016).

4. Discussion

4.1. Insuffisances du cadre juridique et déontologique congolais

Le droit congolais combine :

- ✓ une Constitution protectrice de l'intégrité physique ;
- ✓ un Code pénal encadrant la non-assistance à personne en danger ;
- ✓ un Code de déontologie médicale qui impose l'information et le respect de la volonté du patient, mais sans articulation claire sur le refus de soins et le retrait du médecin. (Constitution de la RDC, 2006 ; Code pénal RDC, 1940 ; Ordonnance 70-158, 1970).

À la différence des codes de déontologie français, belge, ivoirien et sénégalais ou des principes déontologiques américains et britanniques, le système congolais ne prévoit pas de disposition spécifique sur :



- le droit du patient de refuser tout traitement ;
- la procédure formelle de retrait du médecin ;
- la formalisation écrite du refus. (Conseil national de l'Ordre des médecins, France, 2018 ; Belgian Medical Council, 2020 ; Code de déontologie médicale, Sénégal ; American Medical Association, 2016 ; British Medical Association, 2016).

Cette absence crée une insécurité juridique pour les praticiens, qui doivent déduire leur comportement à partir de normes implicites, alors même que les codes de déontologie étrangers s'imposent sous forme de textes explicites et de guides de bonnes pratiques. (Droitcongolais, 2023).

4.2. Convergences entre les codes de déontologie nationaux

Les codes de déontologie étudiés (France, Belgique, Côte d'Ivoire, Sénégal, États-Unis, Royaume-Uni) partagent plusieurs principes communs :

- Consentement et autonomie : le patient doit être informé et peut refuser tout traitement, y compris révoquer le consentement ;
- Continuité des soins : le refus ne dispense pas le médecin de son obligation de continuité ou de transfert ;
- Non-abandon : le retrait doit être organisé, documenté et relayé vers un autre professionnel ou structure. (Conseil national de l'Ordre des médecins, France, 2018 ; Belgian Medical Council, 2020 ; Code de déontologie médicale, Côte d'Ivoire ; Code de déontologie médicale, Sénégal ; American Medical Association, 2016 ; British Medical Association, 2016).

La RDC pourrait s'inspirer de cette convergence pour :

- intégrer explicitement le droit au refus de soins dans un article de loi ou de code de la santé publique ;
- adjoindre une disposition de déontologie sur le retrait encadré, inspirée des articles de continuité des codes de déontologie français et belge. (Haut Conseil de la santé publique [HCSP], 2014 ; Institut des politiques publiques [IPP], 2023).

4.3. Propositions d'amélioration du cadre congolais

Codification explicite du refus de soins dans la législation

Insérer un article du Code de la santé publique (ou équivalent) inspiré par le modèle français et ivoirien :

« Aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient, lequel peut, à tout moment, le retirer ou refuser tout traitement. » (Code de la santé publique, France ; Code de déontologie médicale, Côte d'Ivoire ; Haut Conseil de la santé publique [HCSP], 2014).

Renforcement du Code de déontologie médicale congolais

Ajouter ou préciser des articles sur :

- la formalisation écrite du refus (délivrance d'un formulaire, mention dans le dossier, présence éventuelle de témoins) ;
- le droit et les limites du retrait du médecin (hors urgence vitale, avec obligation de continuité) ;
- l'interdiction absolue de l'abandon, sur le modèle des codes de déontologie français et belge. (Ordonnance 70-158, 1970 ; Conseil national de l'Ordre des médecins, France, 2018 ; Belgian Medical Council, 2020).
- Élaboration de procédures nationales standardisées
- Modèles de formulaires de consentement et de refus de soins, inspirés des pratiques américaines et britanniques ;
- Protocoles de gestion du retrait du médecin, intégrant une fiche de transmission et un système de relais inter-hôpitaux. (American Medical Association, 2016 ; British Medical Association, 2016 ; Pan African Medical Journal, 2021).

Clarification de la notion d'urgence et de danger imminent

Définir, en lien avec les articles 66 ter et 66 quater du Code pénal, les notions de « urgence vitale » et « danger imminent », afin d'éviter les interprétations divergentes en pratique. (Code pénal RDC, 1940 ; Kaufman, 2017).

Mise en place de comités de déontologie et d'éthique clinique

Inspirés des comités de bioéthique américains et des conseils de déontologie belges et français, ces comités pourraient :

- soutenir les décisions complexes de refus de soins ;
- accompagner les médecins dans le retrait sécurisé ;
- réduire les risques de responsabilité disciplinaire. (Droit congolais, 2023 ; American Medical Association, 2016 ; Conseil national de l'Ordre des médecins, France, 2018).

Intégration des réalités socio-culturelles africaines



Les codes de déontologie sénégalais et ivoiriens mettent en avant la médiation thérapeutique et la prise en compte du contexte culturel et familial. (Code de déontologie médicale, Sénégal ; Code de déontologie médicale, Côte d'Ivoire ; Refus de soins du patient en Afrique de l'Ouest, 2025).

Une réforme en RDC pourrait intégrer :

- des procédures de consultation familiale dans les cas de refus sensibles ;
- des dispositifs de médiation interculturelle et de sensibilisation aux droits du patient. (WHO, 2012).

5. Conclusion

Le retrait du médecin face au refus de soins est juridiquement possible en RDC, mais demeure insuffisamment encadré. L'analyse montre que la sécurisation de cette pratique passe par : une codification explicite du refus de soins et du retrait du médecin, inspirée des articles de consentement des codes de déontologie français, belge, ivoirien et sénégalais ; une harmonisation progressive avec les grands principes des codes de déontologie européens et africains et des principes déontologiques américains et britanniques ; une formalisation des procédures (dossiers médicaux, formulaires écrits, comités de déontologie, transmission sécurisée). (Constitution de la RDC, 2006 ; Ordonnance 70-158, 1970 ; Code pénal RDC, 1940 ; Droit congolais, 2023 ; Conseil national de l'Ordre des médecins, France, 2018 ; Belgian Medical Council, 2020 ; Code de déontologie médicale, Sénégal ; American Medical Association, 2016 ; British Medical Association, 2016).

Une réforme législative et déontologique, articulant Constitution, Code pénal, Code de déontologie médicale et lois de santé, permettrait de renforcer simultanément :

- la protection des patients (autonomie éclairée, continuité des soins, sécurité en cas de refus) ;
- la sécurité juridique des praticiens, qui bénéficieraient d'un cadre explicite et d'outils de déontologie structurés, à l'image des systèmes déjà mis en œuvre en France, Belgique, États-Unis et Royaume-Uni. (Haut Conseil de la santé publique [HCSP], 2014 ; Institut des politiques publiques [IPP], 2023 ; Refus de soins du patient en Afrique de l'Ouest, 2025).

Références



- ✚ American Medical Association, 2016. Code of Medical Ethics. American Medical Association, Chicago.
 - ✚ Beauchamp, T.L. & Childress, J.F., 2019. Principles of biomedical ethics. 8th ed. New York : Oxford University Press.
 - ✚ Belgian Medical Council (Conseil de l'Ordre des médecins, Belgique), 2020. Code de déontologie des médecins. Conseil de l'Ordre des médecins, Bruxelles.
 - ✚ British Medical Association, 2016. Consent and confidentiality : a guide for doctors. British Medical Association, London.
 - ✚ Code de déontologie médicale, Côte d'Ivoire. Ordre des médecins de Côte d'Ivoire.
 - ✚ Code de déontologie médicale, Sénégal. Ordre des médecins du Sénégal.
 - ✚ Code de la santé publique, France, 2011 (article L.1111-4). Légifrance. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr> [consulté 31.03.2026].
 - ✚ Code pénal, République Démocratique du Congo, 1940. Articles 66 ter et 66 quater.
 - ✚ Constitution de la République Démocratique du Congo, 2006. Constitution de la RDC.
 - ✚ Conseil national de l'Ordre des médecins, France, 2018. Code de déontologie médicale. Conseil national de l'Ordre des médecins, Paris.
 - ✚ Droit congolais, 2023. Droit public et droit de la santé en RDC. Droitcongolais.info. Disponible : <https://www.droitcongolais.info> [consulté 31.03.2026].
 - ✚ Haut Conseil de la santé publique [HCSP], 2014. Oppositions et refus de soins. Haut Conseil de la santé publique, Paris.
 - ✚ Institut des politiques publiques [IPP], 2023. Les refus de soins en Europe. Institut des politiques publiques, Paris.
 - ✚ Kaufman, Z., 2017. Bad Samaritan law : Democratic Republic of the Congo, Penal Code Articles 66 ter and 66 quater. Disponible : <https://www.zacharykaufman.com> [consulté 31.03.2026].
 - ✚ Ordonnance n°70-158 portant Code de déontologie médicale, République Démocratique du Congo, 30 avril 1970. Journal officiel de la RDC.
 - ✚ Pan African Medical Journal, 2021. Les raisons du refus et abandon de soins aux urgences en Afrique subsaharienne. Pan African Medical Journal, 38(291).
 - ✚ Refus de soins du patient en Afrique de l'Ouest, 2025. Étude qualitative sur le refus de soins en Afrique de l'Ouest. Revue de médecine et de santé en Afrique, vol. 12.
 - ✚ World Health Organization [WHO], 2012. Patient safety and informed consent. World Health Organization, Geneva.
-



Contribution des auteurs : l'auteur 1 est le pionnier de la conception et du développement du droit comparé dans ce contexte de refus des soins. Les auteurs 2 et 4, avait participé au cadre méthodologie ; et l'auteur 3, avait aidé à fixer les bases juridiques.

Conflit d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun lien d'intérêt à ce jour.