

Vers la reconnaissance du défaut d'information comme chef de préjudice autonome ?

Caroline Lantero, Docteur en droit public

Par un arrêt du 3 juin 2010, la Cour de cassation opère en matière médicale un lien entre défaut d'information, violation du consentement et atteinte à la dignité et crée un préjudice autonome de la perte de chance. Qualifiée d'historique (P. Sargos, Deux arrêts « historiques » en matière de responsabilité médicale générale et de responsabilité particulière liée au manquement d'un médecin à son devoir d'information, D. 2010. 1522 , à propos de Civ. 1^{re}, 28 janv. 2010, *Société Assurances générales de France*, n° 09-10.992 ; Civ. 1^{re}, 3 juin 2010, *Caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde*, n° 09-13.591) et annonçant peut-être une rupture avec le régime antérieur de la perte de chance, cette jurisprudence pourrait tout à fait avoir une influence sur les juridictions administratives dans le contentieux de la responsabilité hospitalière, la question des convergences et divergences de la responsabilité médicale dans l'ordre judiciaire et dans l'ordre administratif étant récurrente en la matière (F. Alt-Maes, *L'information médicale du malade au coeur de la distinction entre responsabilité délictuelle et responsabilité contractuelle*, RDSS 1994. 381  ; C. Clément, *L'obligation d'information médicale : les divergences des juges administratif et civil*, LPA 1999, n° 14, p. 12 ; S. Dendocker, *L'information médicale face au dualisme juridictionnel*, Dr. adm. 2001, n° 319, p. 68).

Un patient souffrant d'impuissance à la suite d'une adénomectomie prostatique a recherché la responsabilité de son urologue en lui reprochant d'avoir failli à son obligation de suivi postopératoire et manqué à son devoir d'information quant aux risques inhérents à cette intervention.

La cour d'appel de Bordeaux l'a débouté de ses demandes, tant sur le moyen du suivi qu'elle a considéré comme « conforme aux données acquises de la science », que sur le moyen du défaut d'information, qu'elle a retenu mais considéré comme sans incidence sur la décision de recourir à l'intervention en l'absence d'alternative thérapeutique : « Aussi il est peu probable que monsieur S., dûment averti des risques de troubles érectiles qu'il encourait du fait de cette intervention, aurait renoncé à celle-ci et continué à porter une sonde vésicale » (CA Bordeaux 9 avr. 2008, n° 07/01638). Classiquement et conformément à une jurisprudence établie, la cour d'appel a donc jugé que le défaut d'information n'avait pas fait perdre de chance au patient de se soustraire à un risque qui s'est finalement réalisé.

La haute juridiction casse l'arrêt sur ce deuxième point et retient la responsabilité délictuelle de l'urologue en raison d'un manquement à son devoir d'information, lequel est autonome de toute perte de chance.

*En matière de responsabilité médicale, on observe que l'impulsion jurisprudentielle vient très fréquemment du juge judiciaire qui est ensuite rejoint par le juge administratif. Depuis la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 qui a considérablement unifié les deux régimes de responsabilité (R. Reveau, *L'évolution du droit relatif à l'information médicale : l'élaboration d'un régime commun de responsabilité civile et administrative*, Dr. adm. juin 2002, n° 6, p. 5-10), le dialogue semble devoir s'accélérer et il n'est pas exclu, au regard notamment d'une logique civiliste s'émancipant du régime purement contractuel de la relation médicale, que la reconnaissance du défaut d'information constitue bientôt devant le juge administratif, un chef de préjudice autonome et indemnisable en tant que tel.*

Du fondement de la nécessité du consentement semble découler la nature de la sanction du défaut d'information.

Fondements de la nécessité du consentement chez le juge judiciaire et le juge administratif
Depuis l'arrêt Mercier de 1936 (Civ. 20 mai 1936, Mercier, D. 1936. I. 88), la relation entre un professionnel de santé et son patient est invariablement qualifiée de contractuelle par les juridictions civiles. Dès lors, et conformément aux fondamentaux du droit des obligations qui fait du consentement l'une des conditions de validité du contrat (art. 1108 C. civ.), le consentement à l'acte médical peut être considéré comme un élément nécessaire de cette relation contractuelle spécifique.

A l'hôpital public, en revanche, le patient est un usager du service public et se trouve dans une relation « fonctionnelle » dans la mesure où il est en droit d'attendre un fonctionnement normal du service. Il n'y a entre lui et le praticien aucune relation juridique, sauf faute personnelle grave et détachable du service qui, pour être reconnue, doit être particulièrement inexcusable (v., par ex., CE 18 déc. 1953, Fresnais, Lebon 568).

Avec l'arrêt Teyssier de 1942, la Cour de cassation a ajouté un important degré de contrôle du recueil du consentement au-delà du modèle contractuel, en se basant sur le respect de la personne humaine : « violant cette obligation imposée par le respect de la personne humaine, le médecin commet une atteinte grave aux droits du malade, un manquement à ses devoirs médicaux [...] qui constitue une faute personnelle » (Cass. 28 janv. 1942, Teyssier, Gaz. Pal. 17 avr. 1942, p. 177).

Parce qu'il n'y a pas qu'un simple contrat mais un acte médical, sont logiquement venues se greffer aux considérations purement contractuelles ayant trait au consentement du patient des considérations relatives au respect de la dignité et de la primauté de la personne. La loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain a consacré ces principes, désormais inscrits aux articles 16, 16-1 et 16-3 du code civil. En 2001, la Cour de cassation a considéré que le devoir du médecin d'informer son patient des risques encourus trouvait son fondement « dans l'exigence du respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine » (Civ. 1^{re}, 9 oct. 2001, n° 00-14.564, D. 2001. 3470, rapp. P. Sargos , note D. Thouvenin ).

Bien qu'également proclamé par le droit international (Déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948), par le droit européen (Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, Rome, 4 nov. 1950), par le droit communautaire (Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, 18 déc. 2000), par le juge constitutionnel (Cons. const. 27 juill. 1994, n° 94-343/344 DC, D. 1995. 237 ) , par le Conseil d'Etat (CE ass. 27 oct. 1995, Commune de Morsang-sur-Orge, req. n° 136727, Lebon 372  ; AJDA 1995. 878, chron. J.-H. Stahl et D. Chauvaux  ; GAJA, 17^e éd., 2009, p. 701, n° 98, M. Long, P. Weil, G. Braibant, P. Delvolvé et B. Genevois ; RFDA 1995. 1204, concl. P. Frydman ) et par la Cour de cassation (Civ. 1^{re} 9 oct. 2001, préc.), le principe de dignité est extrêmement difficile à manier juridiquement, du fait de son contenu subjectif variable, et a pu à ce titre être critiqué (B. Mathieu, La dignité de la personne humaine : quel droit, quel titulaire ?, D. 1996. 282  ; V. Saint-James, Réflexions sur la dignité de l'être humain en tant que concept juridique du droit français, D. 1997. 61 ).

En matière médicale, si l'ensemble des droits des malades et patients repose in fine sur la notion de dignité (Rapport du Conseil économique et social, Les droits de la personne malade, 1996, p. 9) d'ailleurs rappelée à l'article L. 1110-2 du code de la santé publique : « La personne malade a droit au respect de sa dignité », on a pu se demander si celle-ci n'était pas superflue (R. Andorno, La notion de dignité humaine est-elle superflue en bioéthique ?, RGDM 2005, n° 16, p. 95-102). Et il est au moins vrai que dans la mesure où le consentement - en tant que droit du patient - est consacré bien au-delà du lien contractuel, la référence à une atteinte à la dignité dans le cas d'un défaut d'information peut paraître surabondante.

Peut-être était-ce que, bien que consacré, le recueil du consentement et sa faute pendante, le

défaut d'information, n'étaient pas jusqu'alors véritablement sanctionnés, ou du moins, pas de manière autonome. Car en effet le consentement à l'acte médical est consacré. Mais pas aussi solennellement ni avec autant d'éclat que le principe de dignité avec lequel il peut paraître stratégique de l'habiller.

De plus, il a fallu attendre le décret du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale pour que soit proclamé à l'article 36 : « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas » (art. R. 4127-36 CSP). La même année, la charte du patient hospitalisé, adoptée par voie de circulaire, faisait une timide apparition dans les établissements de santé, à défaut de se faire une bonne place dans l'ordonnancement juridique (Circ. du 2 mars 2006, relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée : BO santé 15 mai 2006, n° 4). Cette circulaire succède à celle du 20 septembre 1974 à laquelle était annexée la charte du malade hospitalisé qui n'avait guère fait de remous (v. J.-M. Lemoyne de Forges, *De la politique d'humanisation des hôpitaux à la charte du malade hospitalisé*, RTD sanit. soc. 1975. 283), et proclamait qu'« un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient ». En 2002, le législateur a finalement posé l'obligation à l'article L. 1111-4 du code de la santé publique aux termes duquel « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne ».

Les bases normatives sont donc relativement récentes, mais désormais suffisamment solides pour permettre d'exercer un contrôle étendu sur l'exigence du consentement du patient aux soins. Ainsi, la nécessité du consentement consacrée à l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, associée à un socle principiel lui-même très fort (la juridiction civile l'a auréolé du principe de dignité, tandis que le juge administratif a considéré qu'il constituait une liberté fondamentale au sens de l'article L. 521-2 du code de justice administrative ; CE 16 août 2002, M^{mes} Feuillatay, req. n° 249552, Lebon 309 ; D. 2004. 602, obs. J. Penneau ; RTD civ. 2002. 781, obs. J. Hauser), a toutes les raisons de trouver une application concrète dans le contentieux de la responsabilité médicale. On note cependant qu'en ce qui concerne l'applicabilité du code de la santé publique tel qu'issu de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, les faits doivent être postérieurs au 5 septembre 2001, date fixée par l'article 101 de la loi.

Le défaut d'information : de l'indemnisation de la « perte de chance » à celle du « préjudice moral »

Par comparaison au défaut de consentement, le défaut d'information est beaucoup plus, sinon exclusivement, soulevé devant les juridictions alors qu'il ne fait aucun doute que l'information est un préalable indispensable au recueil du consentement et qu'une information exhaustive, portant notamment sur les risques, est l'accessoire d'un consentement éclairé.

Cela s'explique en ce que la violation du consentement en tant que telle n'existe pas, ou heureusement de façon parfaitement anecdotique ou dans le cadre d'exceptions légalement prévues (notamment lorsque le pronostic vital est engagé, qu'il y a urgence, que le patient refuse d'être informé, ou encore lorsque la question de l'hospitalisation sans consentement pour raisons psychiatriques est en jeu ; v. J.-B. Thierry, *Consentement et soins psychiatriques*, Les grandes décisions du droit médical, dir. F. Vialla, LGDJ, 2009, p. 139). En revanche, le défaut de recueil de consentement est souvent révélé par le défaut d'information. Car si le fait de consentir à un acte de soins ne vaut pas nécessairement consentement à ses risques, celui de consentir à un acte de soins en ayant été informé des risques, participe d'un consentement « éclairé ».

Ainsi, si aux termes d'une position jurisprudentielle jusqu'alors unanime le défaut d'information n'est sanctionné que lorsque les conséquences dommageables de l'acte auraient pu être évitées, il peut manifestement être également sanctionné pour avoir causé un préjudice moral du fait d'une atteinte au consentement.

De la perte de chance

Le devoir d'information est une obligation déontologique donc réglementaire (art. 35 du code

de déontologie médicale repris à l'art. R. 4127-35 CSP), autant que légale (art. L. 1111-2 CSP). Jusqu'à l'arrêt du 3 juin 2010, le défaut d'information ou de recueil de consentement était fautif mais ne constituait pas un préjudice autonome. Pour certains, l'explication réside dans les réminiscences d'un paternalisme médical (F. Chaltiel, *Devoir d'information du patient et responsabilité hospitalière*, RD publ. 2002. 1168) visant finalement à minimiser la faute et aux termes duquel le patient est trop ignorant ou trop infantilisé (N. Albert, *Obligation d'information médicale et responsabilité*, RFDA 2003. 353) pour savoir ce qui est bon pour lui (G. Croize, *L'obtention du consentement*, *Les grandes décisions du droit médical*, dir. F. Vialla, LGDJ, 2009, p. 130). Pour illustration, la Cour de cassation exigeait en 1961 de l'information qu'elle soit « simple, approximative, intelligible et loyale » (Civ. 1^{re}, 21 févr. 1961, Bull. civ. I, n° 115), c'est-à-dire, en définitive, limitée à ce qu'un patient ignorant est susceptible de comprendre et excluant nécessairement les risques exceptionnels. Le contenu du défaut d'information a par la suite beaucoup varié. En 1995, l'article 35 du code de déontologie médicale exigeait que l'information soit « claire, loyale et appropriée » (décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale), ce que relayait la Cour de cassation en 1997 (Civ. 1^{re}, 14 oct. 1997, n° 95-19.609, Bull. civ. I, n° 278 ; JCP G 1997. II. 22942, obs. P. Sargos).

On sait, grâce à une jurisprudence bien établie depuis une décennie, que l'information doit porter sur tous les actes et tous les risques, y compris graves, y compris exceptionnels. La Cour de cassation s'est prononcée en 1998 à l'occasion d'« une complication très rare » (Civ. 1^{re}, 7 oct. 1998, *Clinique du Parc*, Bull. civ. I, n° 287) et a rapidement été rejointe par le Conseil d'Etat à propos de risques évalués à 1 % (CE sect. 5 janv. 2000, *Consorts Telle*, req. n° 181899, Lebon 5 ; AJDA 2000. 137, chron. M. Guyomar et P. Collin ; RDSS 2000. 357, note L. Dubouis ; RFDA 2000. 641, concl. D. Chauvaux et 654, note P. Bon). Concomitamment et suivant la même chronologie, la Cour de cassation et le Conseil d'Etat renversaient la charge de la preuve en la faisant peser sur le professionnel ou l'établissement de santé (Civ. 1^{re}, 25 févr. 1997, *Hedreuil c/ Cousin*, n° 94-19.685, Bull. civ. I, n° 75 ; CE sect. 5 janv. 2000, *Consorts Telle*, préc.).

Malgré les critiques de juristes (F. Chabas, *L'obligation médicale d'information en danger*, JCP G 2000. 459), relayant des craintes de praticiens (JO AN, 2^e séance, 2 oct. 2001, p. 5330 ; JO AN, 1^{re} séance, 3 oct. 2001, p. 5406 ; JO AN, 2^e séance, 3 oct. 2001, p. 5439), la loi du 4 mars 2002 a codifié la jurisprudence, en inscrivant à l'article L. 1111-2 du code de la santé publique un contenu exhaustif pour l'obligation d'information. Ainsi, aux termes de la loi, l'information doit porter sur tous les actes médicaux : « Investigations, traitements ou actions de prévention », leur justification : « utilité » et « urgence éventuelle », leurs conséquences (y compris en cas de refus), leurs alternatives et leurs « risques fréquents ou graves normalement prévisibles », y compris les risques apparaissant postérieurement à l'acte de soin stricto sensu (M. Marichaux, *Les droits à l'information et consentement de l'« usager du système de santé »* après la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, RDSS 2002. 673). On notera cependant que la loi n'évoque pas les risques « exceptionnels » et se situe à un niveau d'exigence inférieur à celui des juges.

Il faut relever qu'avant l'arrêt *Telle* de 2000, si les exigences en matière d'information étaient moindres, le défaut d'information était sévèrement sanctionné par le juge administratif qui, lorsqu'il le considérait comme constitué, estimait qu'il ouvrait droit à indemnisation à hauteur de l'intégralité du préjudice (CE 2 déc. 1977, *Dame Rossier*, req. n° 00700, Lebon 485 ; CE 29 oct. 1980, *Marty*, req. n° 05535, Lebon T. 874). La position du juge civil oscillait entre réparation intégrale (Civ. 1^{re}, 11 févr. 1986, Bull. civ. I, n° 24) et réparation fractionnée du préjudice (Civ. 1^{re}, 18 mars 1969, *Marcotorchino c/ Karoubi*, Bull. civ. I, n° 117), jusqu'à un arrêt du 7 février 1990 où la Cour de cassation a finalement opté pour la théorie de la perte de chance (Civ. 7 févr. 1990, n° 88-14.797, Bull. civ. I, n° 39).

Le défaut d'information n'est ainsi sanctionné par le juge administratif et n'était jusqu'au 3 juin 2010 sanctionné par le juge judiciaire qu'au regard de la perte de chance de refuser l'acte et de se soustraire à un risque qui s'est finalement réalisé. Le préjudice n'est réparé qu'à hauteur d'une fraction du dommage corporel, c'est-à-dire au terme d'un raisonnement

probabiliste consistant à évaluer l'incidence de ce défaut d'information sur la volonté du patient de se soumettre ou de se soustraire au risque. Sur les ambiguïtés et imprécisions quant à l'évaluation de la perte de chance, beaucoup a été écrit (S. Boussard, *Les vicissitudes de la perte de chance dans le droit de la responsabilité hospitalière*, RFDA 2008. 1023  ; F. Chaltiel, *Devoir d'information du patient et responsabilité hospitalière*, RD publ. 2002. 1174-1185 ; N. Albert, *Obligation d'information médicale et responsabilité*, RFDA 2003. 353  ; F. Puigserver, *L'évaluation de la perte de chance en matière hospitalière : une tentative d'unification*, RFDA 2008. 1036 ), mais la reconnaissance d'un préjudice autonome ne la remettra vraisemblablement pas en cause pour autant, malgré son caractère subsidiaire.

A un préjudice moral tiré de la violation du consentement

Une tentative de reconnaissance d'un préjudice autonome du défaut d'information avait été faite par la cour d'appel de Bordeaux, mais dans un arrêt du 6 décembre 2007, la Cour de cassation avait fermement exclu cette possibilité : « Qu'en statuant ainsi, quand le seul préjudice indemnisable à la suite du non-respect de l'obligation d'information du médecin, laquelle a pour objet d'obtenir le consentement éclairé du patient, est la perte de chance d'échapper au risque qui s'est finalement réalisé, la cour d'appel a violé les textes susvisés » (CA Bordeaux 30 juin 2006 et Civ. 1^{re}, 6 déc. 2007, n° 06-19.301, Bull. civ. I, n° 380). L'arrêt du 3 juin 2010 est donc indubitablement un revirement.

Selon les commentateurs les plus avisés (P. Sargos, *Deux arrêts « historiques » en matière de responsabilité médicale générale et de responsabilité particulière liée au manquement d'un médecin à son devoir d'information, préc.*), le revirement devient « historique » lorsque la Cour requalifie un moyen de droit et opère un changement de régime juridique pour l'obligation d'information. Elle est taise en effet sur le moyen tiré de l'obligation contractuelle d'information (art. 1147 C. civ.) et vise formellement l'article 1382 du code civil, inscrivant ainsi le manquement au devoir d'information dans le régime de la responsabilité délictuelle et faisant enfin écho, seize ans plus tard, à Françoise Alt-Maes qui regrettait que la loi n'eût pas prévu une obligation d'information autonome, susceptible de trancher le régime délictuel ou contractuel dont relevait le défaut d'information - ce que la loi du 4 mars 2002 a pourtant fait entre-temps (F. Alt-Maes, *L'information médicale du patient, au coeur de la distinction entre responsabilité délictuelle et responsabilité contractuelle, préc.*).

Ainsi, et dans la mesure où cette jurisprudence de la Cour de cassation s'émancipe du pur modèle civiliste contractuel, pour donner un fondement délictuel à la violation de l'obligation d'information, rien n'interdit au juge administratif de suivre un raisonnement similaire et de reconnaître le défaut d'information comme une faute autonome, susceptible de causer un préjudice autonome.

C'est d'ailleurs ce qu'un jugement du tribunal administratif de Melun du 18 février 2010 semble envisager. En effet, au visa de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique qui prévoit le recueil d'un consentement libre et éclairé - et sans se prononcer sur la perte de chance -, le tribunal a reconnu le défaut d'information comme une violation du consentement : « Considérant que le centre hospitalier n'établit pas que M^{me} C. a été dûment informée de ce qu'il était envisagé de lui poser une prothèse en silicone et encore moins des risques attachés à l'usage de cette prothèse alors que le médecin est légalement tenu de fournir ce type d'information ; qu'il est constant que l'infection s'est développée autour de la prothèse et qu'il n'est ni établi ni même allégué que son évolution aurait été identique si une prothèse d'une autre nature avait été posée ». En l'espèce, ce défaut d'information s'ajoutait à une faute technique et le juge administratif a conclu que « l'ensemble de ces manquements et dysfonctionnements engage[ai]ent la responsabilité pour faute du centre hospitalier ». On relèvera que l'indemnité allouée à la requérante en réparation de ses préjudices personnels (au nombre desquels, par élimination, le défaut d'information constitue un préjudice moral) ayant été évaluée à une somme « globale », elle ne permet pas de déterminer la réparation du préjudice constitué par le défaut d'information (TA Melun 18 févr. 2010, req. n° 605651).

Cette jurisprudence, pour l'heure isolée, devrait sans doute être confirmée dans la mesure où la violation d'une obligation légale engage nécessairement la responsabilité du centre

hospitalier et peut causer un préjudice moral, indépendamment de toute perte de chance.

Néanmoins, tant vis-à-vis du jugement du tribunal administratif de Melun que de l'arrêt de la Cour de cassation, l'évaluation du préjudice causé par le défaut d'information en tant que tel reste en suspens. De même quant à la possibilité de cumuler la reconnaissance d'un préjudice moral avec la reconnaissance d'un préjudice causé par une perte de chance, alors que classiquement ce dernier se substitue aux autres préjudices plutôt qu'il ne s'y ajoute (C. Maugüé et J.-P. Thiellay, La responsabilité du service public hospitalier, LGDJ, Système, 2010, p. 134).

Dans son arrêt du 3 juin 2010, et parce que les faits ont eu lieu avant l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002, la Cour de cassation ne se fonde pas sur l'article L. 1111-4 du code de la santé publique. A l'avenir, il ne serait pas incongru qu'elle le fasse, eu égard aux fondements normatifs qui gouvernent désormais la responsabilité médicale. D'autant que dans un arrêt du 28 janvier 2010, elle faisait précisément ce choix unificateur en ne visant que l'article L. 1142-1 du code de la santé publique relatif à la responsabilité pour faute des professionnels de santé, en lieu et place de l'article 1147 du code civil, traditionnellement invoqué, au titre de la responsabilité contractuelle (Civ. 28 janv. 2010, n° 09-10.992, D. 2010. 440 ).

Dans l'arrêt commenté, la Cour déduit des dispositions combinées des articles 16 et 16-3 alinéa 2 du code civil que la dignité de la personne et le devoir du praticien de recueillir le consentement font du défaut d'information un préjudice autonome devant être réparé sur le fondement de l'article 1382 du code civil.

L'application de l'article 16-3 du code civil (« Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir ») ne soulève pas de questionnement particulier, bien que d'un point de vue strictement littéral, il évoque seulement le consentement à l'intervention et non le consentement aux risques inhérents à l'intervention.

En revanche, le visa de l'article 16 - dont le contenu (« La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de la vie ») n'est pas rappelé dans l'attendu précité - semble refermer la boucle sur les questions sans réponse relatives au contenu objectif et subjectif du principe même de dignité. De quelle dignité s'agit-il ? Celle du patient et de son droit à ne pas être traité comme un ignorant insusceptible de comprendre ? Auquel cas l'arrêt tendrait à renforcer une fois de plus l'obligation légale par un grand principe. Ou celle du monsieur confronté à des troubles érectiles, touché dans son intimité et dans sa virilité ? Auquel cas l'arrêt fait figure de décision d'opportunité.

Alors que l'article 16-3 peut fonder à lui seul la reconnaissance d'un préjudice tiré du défaut d'information, on peut s'interroger sur le sens d'une application combinée avec l'article 16 du code civil et, in fine, se demander dans quelle mesure le défaut d'information est reconnu comme susceptible de causer un préjudice véritablement autonome.

Mots clés :

*RESPONSABILITE * Responsabilité pour faute * Faute simple * Malade * Devoir d'information * Défaut de consentement * Préjudice moral
DROIT ET LIBERTE FONDAMENTAUX * Droit à la dignité * Malade * Devoir d'information * Défaut de consentement * Préjudice moral*