

L'OBLIGATION POUR LE CHIRURGIEN DE RECUEILLIR LE CONSENTEMENT ECLAIRE DU MALADE

Résumé

Si l'obligation pour le chirurgien de recueillir le consentement du malade apparaît comme une évidence s'imposant à tous, il semble en revanche que l'on n'accorde pas suffisamment d'importance au fait que pour être valable, ce consentement doit être avant tout éclairé, ce qui suppose que le chirurgien ait préalablement satisfait à l'obligation d'informer le malade.

Cette obligation, bien que contestée par certains auteurs à une époque donnée n'en a pas moins été consacrée de manière expresse par les textes qui en font une nécessité impérieuse, dont la méconnaissance est constitutive d'une faute susceptible d'engager la responsabilité du praticien.

Le chirurgien ne pouvant pas néanmoins tout dire au patient, il s'agit de délimiter l'objet de l'information due au malade ainsi que la forme qu'elle doit revêtir pour être accessible à ce dernier, après en avoir précisé le fondement juridique.

**Dr. BOUSSOUF – HAMANA
Nazih**
Faculté de Droit
Université Mentouri
Constantine (Algérie)

Introduction

ملخص

إن وجوب تلقي الجراح موافقة صريحة من المريض بخصوص العملية الجراحية يعد أمراً بديهياً ومسلماً به لدى الجميع. لكن صحة هذه الموافقة تستوجب إبلاغ المريض مسبقاً بكل المعلومات اللازمة حتى تبدو مزايا ومخاطر العملية واضحة بقدر الإمكان. وقد تم تكريس هذا الإلتزام الذي يقع على عاتق الجراح قبل القيام بكل عملية جراحية في عدد من

L'obligation pour le chirurgien de recueillir le consentement du malade avant l'intervention apparaît comme une évidence qui s'impose à tous ; aux médecins comme aux patients.

Elle est en effet fondée sur le respect de la liberté humaine et le droit de chaque individu au respect de sa personne que la morale, aussi bien que le droit considèrent comme un « objet » inviolable.

Il apparaît néanmoins, qu'un aspect important de cette obligation soit le plus souvent, sinon occulté du moins minimisé en pratique ; en ce sens où l'on ne semble pas accorder suffisamment d'importance au fait que pour être valable, ce consentement doit être avant tout éclairé, c'est – à – dire donné en pleine

النصوص رغم الانتقادات الموجهة له، بحيث يشكل إغفاله خطأ تنتج عنه مسؤولية الجراح. مع أنه لا يمكن للجراح أن يحيط علماً المريض بكل ما يتعلق بالعملية الجراحية مما يستوجب منا تحديد مضمون المعلومات الواجب تقديمها للمريض والشكل الذي يجب أن تتخذه حتى تكون سهلة الإدراك، هذا بعد تبيان الأساس القانوني لهذا الإلتزام .

connaissance de cause ; ce qui suppose que le chirurgien ait satisfait au préalable à l'obligation d'information qui pèse sur lui et qui apparaît bien comme le corollaire indispensable de la nécessité du consentement .

Cette obligation – il faut le remarquer – a été contestée à une époque donnée par certains auteurs (1) appartenant essentiellement au corps médical , qui ont mis notamment en doute la capacité du malade « ignorant tout de la médecine » (2) à comprendre les explications que le médecin est appelé à lui fournir .

Mais le législateur ne semble pas s'être rallié à ce point de vue, sans doute comme le font remarquer d'aucuns (3) , parce que le patient ne doit pas être traité en être inférieur dominé par la maladie , mais au contraire comme un être à part entière qui doit être associé de près au combat livré par le médecin contre cette dernière ; d'où la nécessité de le renseigner sur son état et sur les dangers qui peuvent en résulter, et d'obtenir son consentement pour tout traitement ou opération pouvant entraîner des dangers pour son intégrité corporelle, après l'avoir averti de ces dangers .

Il est vrai que médecin et patient ne sauraient être situés sur un pied d'égalité – du moins sur le plan technique – l'un s'en remet à l'autre pour faire ce qui est nécessaire pour l'obtention de la guérison ; mais cette confiance, reconnaît – on, doit se développer dans un climat de vérité, qui s'oppose à ce que l'on dénie au patient le droit d'être informé sous prétexte qu'il ne bénéficie pas d'une formation scientifique .

C'est donc là toute la dimension humaine de l'exercice de la médecine , qui justifie pleinement que la règle du consentement éclairé soit aujourd'hui considérée comme un principe fondamental de l'éthique médicale, dont la méconnaissance est constitutive de ce qu'il est communément appelé : faute déontologique ou encore faute contre l'humanisme médical , susceptible d'engager la responsabilité sinon pénale, du moins civile du praticien .

Cette obligation revêt d'autant plus d'importance en matière chirurgicale où le geste auquel procède le chirurgien constitue en soi une atteinte délibérée à l'intégrité corporelle d'autrui qui n'est tolérée par la loi qu'en raison du but thérapeutique poursuivi et à la condition que le malade y ait consenti en pleine connaissance de cause .

Il reste que nul ne conteste que le médecin ne puisse tout dire et le malade tout comprendre; ce qui soulève le problème de l'objet de l'information qu'il convient de délimiter, après avoir déterminé au préalable le fondement juridique de cette obligation .

I – Le fondement juridique de l'obligation d'information

Cette obligation trouve sa source principalement dans le code de déontologie médicale (4) qui contient deux dispositions essentielles s'y référant : la première, contenue dans l'article 43, pose en règle générale que « le médecin, le chirurgien – dentiste, doit s'efforcer d'éclairer son malade par une information intelligible et loyale sur les raisons de tout acte médical ».

La seconde disposition contenue dans l'article 44 précise que « tout acte médical, lorsqu'il présente un risque sérieux pour le malade est subordonné au consentement libre et éclairé du malade ou celui des personnes habilitées par lui ou par la loi ».

Cette position très claire du code de déontologie algérien tranchait singulièrement – il faut le remarquer – avec celle du code de déontologie français de 1979 qui ne se referait à l'obligation d'information que de manière implicite, se contentant d'affirmer dans son article 7 que « la volonté du malade doit toujours être respectée dans toute la mesure du possible. Lorsque le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, ses proches doivent sauf urgence ou impossibilité être prévenus et informés ».

Il est donc significatif que les rédacteurs du code de déontologie de Septembre 1995 aient cru devoir insister tout particulièrement sur le respect de cette obligation. L'article 35 nouveau revient en effet de manière remarquablement plus détaillée sur ce sujet : aux termes de ce texte « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension ».

L'accent mis sur la nécessité d'informer le malade au cours des différentes étapes de sa prise en charge pourrait s'expliquer par l'importance accrue que revêt cette obligation à une époque où les interventions se font de plus en plus audacieuses et recèlent de ce fait un plus grand potentiel de risques.

Le malade est donc en droit de recevoir une information loyale et accessible sur les avantages escomptés et les risques encourus afin de donner le cas échéant son consentement en pleine connaissance de cause.

Une position identique apparaît toutefois dans les deux codes ; qui laissent au praticien une certaine latitude pour apprécier l'opportunité de déroger au principe de l'information nécessaire : l'article 51 du code de déontologie (article 35 al. 2 et 3 français) pose en effet que « pour des raisons légitimes que le médecin apprécie en toute conscience, un malade peut – être laissé dans l'ignorance d'un pronostic grave, mais la famille doit en être prévenue, à moins que le malade n'ait préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquelles elle doit être faite ».

Ce diagnostic ou pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec la plus grande circonspection ».

En revanche, pour certaines interventions particulières les textes aussi bien algériens que français, imposent au médecin, sans discussion possible, le devoir d'informer le malade.

C'est le cas notamment en matière de prélèvement d'organes ; en effet, outre l'article 34 du code de déontologie qui pose qu' « aucune mutilation ou ablation d'organe ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux et sauf urgence ou impossibilité, qu'après information et consentement de l'intéressé ou de son tuteur légal » ; l'article 162 al 2 de la loi N° 85 – 05 du 16 Février 1985 (6), insiste tout particulièrement sur le respect de cette obligation qui apparaît bien comme le préalable indispensable au consentement de l'intéressé : « le donneur ne peut exprimer son consentement qu'après avoir été informé par le médecin, des risques médicaux éventuels qu'entraîne le prélèvement » .

C'est ce que l'on retrouve en substance dans l'article 1^{er} al 2 français de la loi du 23 Décembre 1976 sur les prélèvements d'organes qui se montre néanmoins plus précis quant aux risques éventuels encourus par le donneur et sur lesquels le médecin est tenu de le renseigner : cette loi impose en effet d'informer « sur toutes les conséquences prévisibles d'ordre physique et psychologique du prélèvement ainsi que sur les répercussions éventuelles de ce prélèvement sur la vie familiale et professionnelle du donneur » .

Une dernière disposition relative aux soins médicaux d'urgence fait enfin état de cette obligation d'information mais cette fois – ci en cas de refus de soins : l'article 154 al 3 de la loi du 16 Février 1985 précise en effet qu' « en cas de refus de soins médicaux , il est exigé une déclaration écrite à cet effet, et le médecin est tenu d'informer le malade ou la personne habilitée à donner le consentement, des conséquences du refus d'accepter les soins » .

C'est dire donc, l'importance de cette obligation de renseignement qui est bien le corollaire de la nécessité du consentement ou plus généralement de toute décision que le patient est appelé à prendre concernant sa santé ; mais sur quoi doit porter exactement cette information ?

II – L'objet de l'information

Un premier problème peut tout d'abord se poser concernant la forme que doit revêtir cette information nécessaire pour être accessible au malade, les praticiens pouvant en effet légitimement s'interroger sur la manière dont un technicien pourrait bien transmettre son message à un profane .

A cet égard, l'on doit admettre au préalable que la compréhension du malade dépend aussi bien de son intelligence, son niveau intellectuel et sa culture que des efforts déployés par le médecin pour l'éclairer.

Cela étant, il ne s'agit certes pas pour le praticien d'entrer dans des détails techniques inaccessibles pour la majorité des malades , mais d'exposer aussi clairement et simplement que possible ce dont il s'agit .

Il suffit, estiment les auteurs « de permettre au malade de porter un jugement raisonnable » (7) . C'est ce qu'exprime avec justesse la cour de cassation française en affirmant que l'information doit être « simple et approximative, mais intelligible et loyale » (8) .

Elle a donc considéré , à titre d'exemple , qu'un médecin O.R.L., opérant un malade d'un **mucocèle** frontal, l'avait suffisamment éclairé en lui indiquant qu'il souffrait d'une sinusite frontale double, la technique opératoire étant la même dans les deux cas .

S'agissant à présent de l'objet précis de l'information nécessaire il est généralement admis qu'elle doit concerner en premier lieu l'état de santé du patient (A) mais doit également porter sur la nature de l'intervention ou plus généralement de la thérapeutique envisagée (B) .

A – L'information relative au diagnostic

Le malade a en principe le droit d'être informé sur son état de santé ; l'article 51 du code de déontologie permet néanmoins au médecin de décider en son âme et conscience de taire un diagnostic grave en lui faisant toutefois obligation d'en informer la famille à moins que le malade n'ait préalablement interdit cette révélation .

Si cette dernière condition venait à se réaliser, le médecin serait cependant confronté à un douloureux problème d'éthique, surtout s'agissant de certaines maladies graves et hautement contagieuses, tel le sida par exemple : en effet, taire un pronostic grave, tout en ne pouvant en informer la famille car tenu au secret médical, pourrait poser un sérieux problème pour la communauté avec comme chacun sait, des conséquences graves pour la santé du conjoint, de la famille et du public en général, compte tenu de la nature de la maladie et de son mode de transmission .

L'intérêt général imposerait sans doute d'informer malgré tout le malade, à moins que le législateur ne permette dans ce cas particulier de délier le praticien de l'obligation au secret médical qui pèse sur lui .

Entre ces deux solutions, les rédacteurs du nouveau code de déontologie français de 1995 ont préféré la première, car la seconde pourrait se révéler dangereuse en se qu'elle constituerait une brèche favorisant d'autres atteintes au secret médical, ce qui aurait pour effet de vider cette règle de toute sa substance .

En effet, après avoir posé qu'un malade pouvait être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, l'article 35 al. 2 précise toutefois « sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination » .

Le malade sera donc placé devant ses responsabilités et décidera en son âme et conscience de l'attitude à adopter envers ses proches .

Il reste, nonobstant ce problème précis du pronostic grave ou fatal , et quelle que soit la nature du diagnostic en cause, que le n médecin ne saurait en tout cas fournir des indications erronées concernant le mal dont le patient est atteint .

Ainsi, les tribunaux français ont – ils pu retenir à bon droit, la faute du médecin qui, pour ne pas jeter le doute sur ses compétences, n'informe pas le malade du caractère erroné d'un diagnostic qu'il a posé précédemment (9) .

L'on s'accorde en fait à reconnaître, que pour porter un jugement sur le « mensonge » médical , il importe d'en interroger à la fois la fin et les moyens .

Il ne peut en effet être exempt de faute, que s'il a pour fin exclusive l'intérêt du malade et s'il ne met pas en œuvre des moyens frauduleux (10) .

Il est clair donc que si l'on peut affirmer avec le Pr PORTES que la relation malade – médecin est « une confiance qui rejoint une conscience » (11) , cette confiance doit se développer autant que possible dans un climat de vérité ;

aussi l'obligation d'information ne devrait – elle pas s'arrêter au diagnostic, mais porter également sur la nature de l'intervention projetée le cas échéant .

B – L'obligation relative à l'intervention projetée

La question s'est posée de savoir, si le consentement que le chirurgien a le devoir de recueillir devait porter sur la nature exacte de l'intervention et sur ses procédés opératoires – ce qui suppose une information circonstanciée s'y rapportant – ou au contraire, s'il ne devait pas viser tel acte déterminé mais vaudrait autorisation pour le chirurgien d'employer tous les moyens aptes à amener la guérison .

La jurisprudence algérienne a été saisie de ce problème à propos de l'affaire suivante : il s'agissait en l'occurrence d'une hystérectomie qui avait été pratiquée sur une femme âgée d'une cinquantaine d'années .

Cette dernière a poursuivi le chirurgien pour blessures volontaires au motif qu'elle n'avait pas été informée de la nature de l'intervention, croyant que cette dernière consisterait en l'ablation du fibrome diagnostiqué et d'un curetage de l'utérus et non pas en l'ablation totale de ce dernier ; opération à laquelle elle n'a pu donc consentir .

Les premiers juges , après avoir écartée d'emblée la qualification de blessures volontaires, ont prononcé la relaxe du chirurgien du chef de blessures involontaires , approuvés en cela par la Cour d'Appel d'Oran (12) mais sans pour autant se prononcer clairement sur ce problème ou énoncer une solution de principe (13) .

La jurisprudence française impose en revanche une information circonstanciée. L'arrêt de la première chambre civile de la Cour de Cassation du 29 Mai 1951 (14) rappelle à cet effet , qu'il appartient au malade d'apporter la preuve que le chirurgien ne l'a pas informé de la véritable nature de l'opération qui se préparait, tandis qu'un arrêt de la chambre des requêtes du 28 Janvier 1942 (15) devait relever dans une espèce où le blessé pouvait être traité soit par un appareillage plâtré , soit par l'opération chirurgicale de l'ostéosynthèse , que ce dernier n'ayant été averti, ni de la nature exacte de l'opération qu'il allait subir et de ses conséquences possibles , ni du choix qu'il avait entre ces deux méthodes curatives, les juges du fond ont pu caractériser la faute .

Ainsi l'information doit porter non seulement sur le but de l'intervention , mais également et sauf cas complexes sur le procédé employé en vue de l'atteindre, de telle sorte que, si deux méthodes curatives sont possibles , le malade ait été mis en mesure, grâce aux explications du médecin, de se décider pour l'une ou l'autre en connaissance de cause (16) .

L'indication de la nature de l'intervention projetée et des techniques utilisées serait toutefois insuffisante si elle n'était accompagnée de l'exposé de leurs risques . Cette exigence varie cependant selon qu'il s'agisse de chirurgie curative ou de chirurgie esthétique .

1 – La révélation des risques en chirurgie curative

Si l'on s'accorde à dire que le médecin doit en principe renseigner le malade sur les risques de l'intervention, il reste qu'une telle affirmation doit être nécessairement nuancée.

En effet, l'exercice de la médecine serait – il possible si le médecin devait systématiquement exposer à son patient toutes les conséquences fâcheuses pouvant résulter de l'opération qu'il est sur le point d'entreprendre ? Il ne le semble pas, pour des raisons tant morales que pratiques.

C'est ce qui a sans doute incité la jurisprudence française (17) à introduire une première distinction entre les risques normalement prévisibles qui doivent être révélés au patient et ceux qui étant imprévisibles peuvent être passés sous silence.

Puis ce critère a paru très vite inopérant, en ce sens où le risque imprévisible n'existe pour ainsi dire pas en médecine. L'on note à titre d'exemple qu'une parturiente décède deux fois sur mille des suites de l'accouchement.

Or, ce risque bien que rare n'est pas pour autant imprévisible puisqu'il est relaté dans la littérature médicale et a fait l'objet de statistiques. Faut – il pour autant en informer les futures mères ? Il ne le semble pas pour des raisons évidentes.

Aussi a – t – on jugé plus judicieux de remplacer ce critère de l'imprévisibilité par celui du caractère exceptionnel du risque.

C'est cette solution qu'a adoptée la Cour de Cassation dans son arrêt du 2 Mai 1978 (18); dans cette espèce, une femme avait subi un examen gynécologique effectué sous anesthésie générale immédiatement suivi d'une intervention consistant en l'ablation de kystes; elle est restée atteinte d'une paralysie du plexus brachial droit, accident rare observé chez les patients placés comme elle dans la position dite de Trendelenburg.

La cour d'appel avait retenu que la technique adoptée était classique et que le risque, qui était indépendant des soins, ne se réalisait que rarement. La Cour de Cassation a estimé que, dans ces conditions, la Cour d'Appel avait pu décider à bon droit que le chirurgien n'avait pas commis de faute en n'informant pas sa cliente de ce risque.

Les experts considèrent à cet égard, en référence à la littérature internationale qu'un pourcentage de 2 à 3 % était suffisant pour que le chirurgien soit tenu d'en avertir le patient; en revanche, les risques dont le pourcentage est inférieur à 2 % sont considérés comme étant exceptionnels et n'ont par conséquent pas à être révélés au malade (19).

« Tout dire – fait – on remarquer avec pertinence – c'est dépouiller l'exceptionnel de sa rareté » (20).

Il faut noter enfin que l'urgence peut avoir pour conséquence de dispenser le chirurgien de remplir cette obligation: en effet, lorsque l'intervention ne doit souffrir aucun retard pour éviter la réalisation de risques graves et irréversibles et qu'il soit de surcroît impossible de joindre la famille, le chirurgien pourra passer outre cette obligation; l'article 44 in – fine – du code de déontologie l'y autorise.

Les tribunaux se montrent cependant plus exigeants en matière de chirurgie esthétique.

2 – L'exposé des risques en chirurgie esthétique

Dans ce domaine en effet, l'on observe une extension de l'obligation d'information qui incombe au chirurgien, en ce sens où les risques même exceptionnels doivent être révélés dès lors qu'ils sont graves .

Cette tendance apparaît nettement dans la jurisprudence française à propos d'une espèce où un chirurgien esthétique avait pratiqué sur une femme âgée de soixante six ans une intervention ayant pour objet la suppression de rides et de « poches » sous les yeux . L'intervention pratiquée entraîna par suite d'une complication une cécité de l'œil droit .

La cour d'Appel de Paris qui a connu de cette affaire, a précisé dans son arrêt du 29 Avril 1968 (21) que « les risques graves, tel le risque de cécité , s'ils se réalisent rarement obligent néanmoins le chirurgien à en prévenir l'intéressé, pour que celui – ci soit en mesure de se décider en pleine connaissance de cause ; que cette obligation était d'autant plus impérieuse en l'espèce qu'il ne s'agissait pas de donner des soins à un malade, mais de remédier à une légère imperfection chez une femme âgée de soixante six ans » (22) .

Une autre décision paraît également significative à cet égard , en ce qu'elle opte clairement là encore, pour une extension du devoir d'information qui incombe au chirurgien esthétique, ce dernier devant « plus que tout autre, informer très exactement son patient de tous les risques inhérents à l'opération qu'il conseille et des séquelles cicatricielles, visibles inévitables avec la possibilité de les améliorer par une intervention ultérieure, ce devoir d'information ne cessant pas avec l'achèvement de l'acte opératoire » (23) .

La sévérité particulière dont témoignent les tribunaux en ce domaine s'explique il est vrai, outre l'absence d'urgence et de nécessité de l'intervention , par « le souci que la médecine dont le but est après tout de transformer des malades en gens bien portants, ne dévie vers son contraire , en métamorphosant des gens bien portants en malades » (24) .

Aussi une telle position ne peut être qu'approuvée et être source d'inspiration pour le juge algérien ; ce dernier n'a pas été saisi à notre connaissance de ce problème particulier, sans doute car nous sommes au début d'une évolution dont on ne saurait douter du caractère irréversible ; mais il ne manquera pas de l'être dans un avenir plus ou moins proche compte tenu de l'apparition de cabinets spécialisés en chirurgie esthétique et de l'attraction qu'ils exercent sur la population féminine notamment .

Il faut noter enfin plus généralement, que cette obligation d'information peut subsister même après l'intervention sous la forme de renseignements ou de conseils que le chirurgien doit donner au malade afin d'éviter ou d'atténuer les conséquences fâcheuses de l'opération .

En conclusion , l'on ne peut nier que le praticien puisse parfois hésiter sur la conduite à tenir , mais il doit toujours s'efforcer dans la mesure du possible de trouver un juste milieu qui concilie les réalités de l'exercice de la médecine et le nécessaire respect de la personne du malade et de sa volonté .

Notes et Références

- 1 – Notamment : Le Pr Portes – Communication à l'académie des sciences morales et politiques – 30 Janvier 1930 .
- Gosset, « La responsabilité du chirurgien dans le monde moderne ». Deuxième congrès de morale médicale. Paris 1966. p 285 et S.
- 2 – Gosset, op – cit .
- 3 – Notamment A. Dorsner – Dolivet – Contribution à la restauration de la notion de faute , condition des responsabilités civile et pénale à propos de la chirurgie . Paris – L.G.D.J 1988 – p 316 et S.
- 4 – Décret exécutif N° 92 – 276 du 6 Juillet 1992.
- 5 – Décret N° 79 – 506 du 28 Juin 1979.
- 6 – Loi du 16 Février 1985 N° 85 – 05 relative à la protection et à la promotion de la santé .
- 7 – cf ., Mazeaud , M., M et Tunc, Responsabilité Civile T I N° 51.
- 8 – Cass . Civ . IERE 1° Février 1961 – J . C.P – 1961 – II – 12 – 139. Note Savatier.
- 9 – Crim . 27 Octobre 1953 Gaz – Pal – 1954 – 1 – 148 ; Trib . Civ . Nîmes 20 Octobre 1953 : JCP 1954 – II – 8222 Note Clavel .
- 10 – cf – Dorsner – Dolivet op – cit – p 319 .
- 11 – Op. cit.
- 12 – C . d'A . d'Oran . 9 / 03 / 1993. N° du dossier 92 – 2036 – inédit.
- 13 – Cette frilosité dont fait preuve parfois le juge algérien s'expliquant sans doute par le fait qu'il n'a pas encore suffisamment de recul par rapport aux problèmes de responsabilité médicale car il n'y est véritablement confronté que depuis une décennie . Aussi les solutions préconisées par la jurisprudence française dont l'expérience remonte à plus d'un demi – siècle pourraient contenir de précieuses indications à cet égard .
- 14 – D. 1952 – p: 53 – Savatier ; S . 1953 – p 41 – Nerson .
- 15 – Gaz – Pal 1942 – 1 – 177 – dans le même sens : Angers 4 Mars 1947- D – 1948 – II – 99
- 16 – cf . Dorsner – Dolivet – op – cit p 320.
- 17 – En ce sens – Civ . 1er, 13 Mai 1959 – Bull . Civ . 1951 – 1. N° 240.
- 18 – Civ . . 1ere 2 Mai 1978 – Bull. Civ . I N° 240. En ce sens Cass . Civ . 6 Mars 1979. D.S. 1980 – I. R. 170.
- 19 – cf . Rougé, D, Arbus, L, Costaglila, M « Responsabilité médicale de la chirurgie à l'esthétique » Paris 1992 p 35 .
- 20 – cf Doll, P. J , « les récentes applications jurisprudentielles de l'obligation par le médecin de renseigner le malade » Gaz – Pal 1972 – II – 429.
- 21 – cité par P. Monzein et G. Boyer Chammard , La responsabilité médicale . P.U.F 1974 p 237.
- 22 – Cette décision a été confirmée par la Cour de Cassation qui en a repris la motivation mot pour mot . cf . P. Monzin et G. Boyer Chammard – op – cit .
- 23 – Cour de Lyon , 8 Janvier 1981 – JCP 1981 – II – 19 . 699 note Chabas.
- 24 – Lombard , Macaigne et Oudon , Le médecin devant les juges 1973 p 276 .

