

DOCUMENT SOUMIS AUX DROITS D'AUTEUR : SOUS LICENCE CREATIVE COMMONS

CITEZ-NOUS DE LA FAÇON SUIVANTE :

Cass. 1^{ère} civ., 6 juill. 2022, n° 21-12138, F-D, *bjda.fr* 2022, n° 82, note P. Grosser

Les spécificités de la causalité en matière médicale : à propos de la perte d'une chance de ne pas contracter une infection nosocomiale et du préjudice moral d'impréparation

Cass. 1^{ère} civ., 6 juill. 2022, n° 21-12138, F-D

Fonds de garantie - Médecin - Faute technique - Infection nosocomiale - Perte d'une chance de ne pas la contracter (oui) - Défaut d'information - Préjudice moral d'impréparation (oui)

Lorsqu'une faute a été constatée dans l'accomplissement d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'il ne peut être tenu pour certain qu'en son absence le dommage ne serait pas survenu ou que sa survenance n'est pas la conséquence de cette faute, le préjudice s'analyse en une perte de chance de ne pas subir ce dommage, laquelle présente un caractère direct et certain chaque fois qu'est constatée la disparition d'une éventualité favorable. En ne prévoyant pas un matériel de remplacement à celui qui s'était brisé, le chirurgien a commis une faute qui a eu pour conséquence de prolonger la durée de l'opération et ainsi de faire perdre au patient une chance de ne pas contracter une infection nosocomiale. Il résulte des articles 16 et 16-3 du code civil et L. 1111-2 du code de la santé publique que le non-respect, par un professionnel de santé, de son devoir d'information sur les risques fréquents ou graves normalement prévisibles que comporte un acte individuel de prévention, de diagnostic ou de soin auquel il a recours cause à celui auquel l'information était due, lorsque l'un de ces risques s'est réalisé, un préjudice moral distinct des atteintes corporelles subies, résultant d'un défaut de préparation à l'éventualité que ce risque survienne. La cour d'appel ayant retenu une insuffisance de l'information sur les risques liées à l'opération, elle a en déduit que le patient n'avait pu se préparer à l'éventualité de leur survenue et ainsi légalement justifié sa décision de condamner le chirurgien à indemniser un préjudice moral d'impréparation.

Après avoir subi une opération d'un œil comprenant la pose d'un anneau intracornéen, pratiquée par un chirurgien au sein d'une clinique privée, un patient a présenté une infection nosocomiale dont le traitement a notamment nécessité une greffe de la cornée. Il a alors assigné le chirurgien et la clinique en responsabilité et indemnisation. Si la clinique a été condamnée à indemniser le

patient au titre de la responsabilité de plein droit en matière d'infections nosocomiales, sur le fondement de l'article L. 1142-1, I, alinéa 2, du Code de la santé publique, le chirurgien a non seulement été déclaré responsable d'une perte de chance subie par son patient de ne pas contracter une infection nosocomiale, mais également condamné à indemniser le préjudice d'impréparation de ce dernier, lié à un défaut d'information sur les risques de l'opération.

I) L'indemnisation de la perte d'une chance de ne pas contracter une infection nosocomiale

Le chirurgien a ici été condamné sur le fondement de l'article L 1142-1, alinéa 1^{er}, du Code de la santé publique, c'est-à-dire de la responsabilité pour faute. La cour d'appel avait d'abord relevé « *que l'insertion de l'anneau, effectuée manuellement, était un geste délicat, qu'il pouvait se casser lors des manœuvres d'introduction, ce qui s'était produit, qu'un nouvel anneau avait dû être trouvé, que le temps d'intervention prévu avait été en conséquence multiplié par quatre et que le maintien de la cornée ouverte avait constitué un facteur favorisant l'infection qui s'était produite* ». De fait, elle avait considéré « *qu'il incombait au médecin et non à la clinique de prévoir en salle d'opération un anneau de rechange* ». Dans le cadre de son contrôle de qualification de la faute, la première Chambre civile juge que la cour d'appel « *a pu en déduire qu'en ne prévoyant pas un autre anneau, le médecin avait commis une faute qui avait fait perdre au patient une chance de ne pas contracter l'infection* ».

Si la solution ne présente pas une grande originalité sur le terrain de la caractérisation de la faute de technique médicale, elle mérite en revanche une attention particulière quant à son approche du lien causalité. La faute du chirurgien n'est en effet pas directement à l'origine de l'infection nosocomiale : elle avait seulement conduit à prolonger notablement la durée de l'opération (selon le rapport d'expertise le temps d'intervention avait été multiplié par quatre), cette prolongation étant un facteur ayant favorisé la survenance de l'infection. Il existait donc une incertitude relative au lien causal entre la faute du médecin et l'infection nosocomiale, dès lors que cette dernière semble avoir naturellement et directement pour origine un défaut d'asepsie imputable à la clinique. De manière fort classique en matière de responsabilité médicale¹, les juges ont remédié à cette incertitude en procédant à un déplacement du lien causal. Ce déplacement « *consiste à établir un lien de causalité entre le fait générateur et un dommage distinct, succédané du préjudice réellement subi, le préjudice de perte de chance* ²». La responsabilité du chirurgien peut dès lors être engagée, puisqu'il existe un lien de causalité direct et certain entre sa faute et ce préjudice de perte de chance d'éviter l'infection nosocomiale et donc l'atteinte corporelle qui en est résulté.

L'intérêt de la décision de la première chambre civile, rendue sur le rapport de Mireille Bacache, est d'explicitier cette fonction de la perte de chance comme palliatif de l'incertitude du lien causal entre la faute médicale et le dommage corporel du patient, mais également d'en préciser la portée. Après avoir rappelé les dispositions de l'article L 1142-1, alinéa 1^{er}, du Code de la santé publique, la première Chambre civile affirme en effet de manière très doctrinale et partiellement inédite que « *lorsqu'une faute a été constatée dans l'accomplissement de tels actes [de prévention, de diagnostic ou de soin] et qu'il ne peut être tenu pour certain qu'en son absence le dommage ne serait pas survenu ou que sa survenance n'est pas la conséquence de*

¹ V. M. Bacache-Gibeili, *Traité de droit civil. Les obligations. La responsabilité civile extracontractuelle. Droit commun et régimes spéciaux* : Economica, coll. Corpus, 4^e éd., 2021, n° 385, 387, 512 et s., 820 et s.

² M. Bacache-Gibeili, *op. cit.*, n° 512, p. 647.

cette faute, le préjudice s'analyse en une perte de chance de ne pas subir ce dommage, laquelle présente un caractère direct et certain chaque fois qu'est constatée la disparition d'une éventualité favorable ». La formule permet de mettre en lumière la redoutable efficacité de ce recours à la perte de chance en présence d'une faute de technique médicale. Certes, la victime n'obtiendra pas la réparation (intégrale) de son dommage final s'il n'est pas établi de manière certaine que, sans cette faute, ce dernier ne serait pas survenu. Mais elle aura droit à la réparation de la perte d'une chance de ne pas subir ce dommage, malgré l'incertitude du lien causal entre celui-ci et la faute, chaque fois que le professionnel de santé fautif ne sera pas parvenu à démontrer de manière certaine que la survenance de ce dommage final n'est pas la conséquence de sa faute. Or, il en sera nécessairement ainsi chaque fois que la cause de la dégradation de l'état du patient ou de son décès demeurera indéterminée ou incertaine, ce qui revient à poser pour principe que « *le doute sur la causalité profite au demandeur* », c'est-à-dire au patient³. La solution ressortait déjà de quelques décisions antérieures de la Cour de cassation. La première Chambre civile avait ainsi affirmé en 2010 que « *la perte de chance présente un caractère direct et certain chaque fois qu'est constatée la disparition d'une éventualité favorable, de sorte que ni l'incertitude relative à l'évolution de la pathologie, ni l'indétermination de la cause du syndrome de détresse respiratoire aiguë ayant entraîné le décès n'étaient de nature à faire écarter le lien de causalité entre la faute commise par (le médecin), laquelle avait eu pour effet de retarder la prise en charge de (la patiente), et la perte d'une chance de survie pour cette dernière* »⁴. L'intérêt de l'arrêt commenté est donc de poser de manière générale et abstraite les conditions de la caractérisation d'une perte de chance en présence d'une faute de technique médicale et d'assumer clairement, au moins en ce domaine, cette instrumentalisation de la perte de chance en vue de pallier une incertitude causale.

En l'espèce, la perte de chance d'éviter l'infection nosocomiale a été souverainement évaluée par les juges du fond à 50 % du montant des préjudices en lien avec l'infection. Quant à la Cour de cassation, elle a considéré que la cour d'appel avait pu dès lors condamner le chirurgien à garantir la clinique à hauteur de 50 % de l'indemnité allouée à la victime. On rappellera d'abord que, sur le terrain de l'obligation de la dette, la cour de cassation avait déjà jugé que le responsable de l'entier dommage et le responsable de la perte de chance de l'éviter pouvaient être tenus *in solidum* envers la victime, à hauteur de cette perte de chance⁵. Sur le terrain de la contribution à la dette, ensuite, la solution consacrée par l'arrêt commenté nous semble bien sévère pour le chirurgien (et par conséquent son assureur RC professionnelle) qui devra au final supporter la moitié de la charge des indemnités allouées à la victime en réparation de ses préjudices résultant de l'infection nosocomiale. Certes, la solution peut s'expliquer au regard de la jurisprudence relative aux recours entre coauteurs. Celle-ci a en effet le plus souvent recours à une logique répressive ou punitive qui a notamment pour conséquence de permettre à un coauteur non fautif d'exercer un recours intégral contre un coauteur fautif⁶. Or, en l'espèce,

³ Ph. Stoffel-Munck, obs. *JCP G* 2012, doct. 1224, n° 5.

⁴ Cass. 1^{ère} civ., 14 oct. 2010, n° 09-69195, *Bull. civ. I*, n° 200 ; *D.* 2011, p. 35, obs. O. Gout ; *RTD civ.* 2011, p. 128, obs P. Jourdain. - V. également, Cass. 1^{ère} civ., 22 mars 2012, n° 11-10935, *Bull. civ. I*, n° 68 ; *JCP G* 2012, doct. 1224, n° 5, obs. Ph. Stoffel-Munck ; *RTD civ.* 2012, p. 529, obs P. Jourdain ; *RDC* 2012, p. 813, obs. S. Carval.

⁵ V. Cass. 1^{ère} civ., 17 fév. 2011, n° 10-10449, *Bull. civ. I*, n° 29 ; *RTD civ.* 2011, p. 356, obs. P. Jourdain, qui concernait déjà la responsabilité médicale. - Sur cette question, v. M. Bacache-Gibeili, *op. cit.*, n° 543, p. 692. - Pour une condamnation *in solidum* d'un praticien et d'une clinique à indemniser la perte de chance du patient d'éviter le dommage, v. Cass. 1^{ère} civ., 15 juin 2022, n° 21-10031 et n° 21-10731, F-D.

⁶ V. par ex., Cass. 2^e civ., 13 sept. 2018, n° 17-20099, FS-P.B., *JCP G* 2019, doct. 407, n° 7, obs. C. Bloch, qui énonce « *qu'un coauteur, responsable d'un accident sur le fondement de l'article 1242, alinéa 1, du code civil, peut recourir pour le tout contre un coauteur fautif* ». - Lorsque tous les coauteurs sont fautifs, la contribution à

seul le chirurgien était un coauteur fautif (faute de technique médicale), puisque la clinique avait été condamnée à indemniser la victime sur le fondement de l'article L. 1142-1, I, alinéa 2, du Code de la santé publique, c'est-à-dire d'une responsabilité de plein droit. Dès lors, le chirurgien devait supporter seul et à titre définitif la part (50 %) du dommage final mise à sa charge au titre de la perte de chance. Il nous semble cependant que, dans un tel cas de figure, il aurait été préférable de recourir à une logique causale consistant à déterminer la part de chacun des coauteurs en fonction du rôle causal dans le dommage final des différents faits générateurs de responsabilité en concours. L'incertitude du lien causal entre la faute du chirurgien et les préjudices résultant de l'infection nosocomiale aurait ainsi pu être prise en compte, ce qui aurait sans doute permis de limiter la garantie du chirurgien à une partie seulement du montant de l'indemnité mise à sa charge au titre du préjudice de perte de chance⁷.

II) L'indemnisation du préjudice moral d'impréparation lié à un défaut d'information sur les risques de l'opération

Dans un chapeau intérieur, la première Chambre civile reprend une formule inaugurée en 2019⁸ et selon laquelle « *il résulte des articles 16 et 16-3 du code civil et L. 1111-2 du code de la santé publique que le non-respect, par un professionnel de santé, de son devoir d'information sur les risques fréquents ou graves normalement prévisibles que comporte un acte individuel de prévention, de diagnostic ou de soin auquel il a recours cause à celui auquel l'information était due, lorsque l'un de ces risques s'est réalisé, un préjudice moral distinct des atteintes corporelles subies, résultant d'un défaut de préparation à l'éventualité que ce risque survienne* ». En l'espèce, la cour d'appel avait estimé que l'information préalable fournie par le chirurgien avait été insuffisante, d'une part parce qu'elle ne concernait pas spécifiquement la pose d'un anneau intracornéen et, d'autre part, en raison du caractère récent et délicat de la technique opératoire utilisée (à la date de l'intervention) qui pouvait impliquer des complications. La Cour de cassation juge qu'en en déduisant que le patient n'avait pas pu se préparer à l'éventualité de la survenue de ces complications, la cour d'appel avait légalement justifié sa décision condamnant le chirurgien à la somme de 5 000 € au titre de ce préjudice moral d'impréparation.

Nous ne reviendrons pas sur l'évolution bien connue de la jurisprudence relative aux préjudices réparables en cas de manquement du médecin à son devoir d'information sur les risques, et notamment à l'apparition du préjudice moral d'impréparation, distinct de la perte d'une chance d'échapper au risque qui s'est réalisé⁹. Il convient en revanche de souligner deux éléments particuliers dans cette affaire. D'abord, l'arrêt consacre à propos de la responsabilité du

la dette s'opère en proportion de la gravité des fautes respectives (v. encore récemment, Cass. 1^{ère} civ., 15 juin 2022, n° 21-10031 et n° 21-10731, F-D).

⁷ Comp. Cass. 1^{ère} civ., 14 avr. 2016, n° 14-23909, FS-P.B., *JCP G* 2016, doctr. 1117, n° 9, obs. Ph. Stoffel-Munck : un médecin et une clinique avaient été condamnés in solidum à indemniser le patient victime d'une infection nosocomiale. La Cour de cassation approuve la cour d'appel d'avoir limité la garantie du médecin envers la clinique à 50 % du montant de la condamnation, dès lors que la faute du premier avait seulement pour partie aggravé les séquelles de la victime.

⁸ Cass. 1^{ère} civ., 23 janv. 2019, n° 18-10706, FS-P.B., *JCP G* 2019, doctr. 1173, n° 1, obs. M. Bacache ; *Resp. civ. et assur.* 2019, comm. 113, obs. L. Bloch. - 23 janv. 2019, n° 18-11982, FS-D. - 9 déc. 2020, n° 19-22055, F-D.

⁹ V. M. Bacache-Gibeili, *op. cit.*, n° 816 et s., spé. n° 826 et s. pour le préjudice d'impréparation.

médecin un cumul à notre connaissance inédit d'indemnisations : celle d'un préjudice de perte de chance de ne pas contracter une infection nosocomiale, trouvant son origine dans une faute de technique médicale, et celle d'un préjudice moral d'impréparation ayant pour cause une faute d'éthique médicale, à savoir un manquement du chirurgien à son devoir d'information sur les risques de l'opération. La reconnaissance et l'indemnisation de ce second préjudice nous semble ensuite assez discutable. Le risque qui s'est finalement réalisé et qui est à l'origine du dommage corporel du patient n'est en effet pas directement celui à propos duquel la cour d'appel avait estimé que l'information avait été insuffisante, à savoir un risque de complications lié au caractère récent et délicat de la technique opératoire utilisée, mais le risque très général de contracter une infection nosocomiale lors d'une intervention chirurgicale¹⁰. Autrement dit, en se réalisant, le risque de complications lié à la technique chirurgicale utilisée (casse de l'anneau intracornéen lors de son insertion effectuée manuellement, geste qualifié de « délicat » par le rapport d'expertise) a entraîné la prolongation de la durée de l'intervention qui a à son tour facilité la réalisation du risque d'infection nosocomiale. On pourrait d'ailleurs ajouter que cette prolongation semble en réalité avoir eu davantage pour cause l'absence d'anneau de remplacement, qualifiée de faute de technique médicale par les juges, que la casse de l'anneau d'origine. L'arrêt constitue ainsi une belle illustration de l'appréciation parfois très compréhensive de la causalité en matière de responsabilité médicale.

Paul Grosser,

Professeur à l'UPEC, Directeur du Master droit des assurances

L'arrêt :

Faits et procédure

1. Selon l'arrêt attaqué (Saint-Denis, 13 novembre 2020), après avoir subi, le 7 décembre 2012, pour remédier à un kératocône, une opération d'un oeil comprenant la pose d'un anneau intracornéen, pratiquée par Mme [U] (le médecin), au sein de la Clinique [5] (la clinique), M. [F] a présenté une infection nosocomiale dont le traitement a notamment nécessité une greffe de la cornée.
2. Les 20 et 22 mai 2015, M. [F] a assigné le médecin et la clinique en responsabilité et indemnisation et mis en cause la RAM de la Réunion.
3. La clinique a été condamnée à indemniser M. [F] au titre de la responsabilité de plein droit en matière d'infections nosocomiales, sur le fondement de l'article L. 1142-1, I, alinéa 2, du code de la santé publique.

Examen des moyens

Sur le premier moyen

Enoncé du moyen

4. Le médecin fait grief à l'arrêt de le déclarer responsable d'une perte de chance subie par M. [F] de ne pas contracter une infection nosocomiale et, en conséquence, de le condamner, in solidum avec la clinique, à indemniser celui-ci de ses préjudices en lien avec l'infection nosocomiale, dans la limite de

¹⁰ La seconde branche du second moyen du pourvoi reprochait d'ailleurs à la cour d'appel de ne pas avoir constaté que le patient n'avait pas été informé du risque qui s'était réalisé de contracter une infection nosocomiale.

50 % du montant des sommes dues, puis de le condamner à garantir la clinique, dans la limite de 50 %, de sa condamnation, alors :

« 1°/ que la responsabilité pour faute du médecin n'est engagée qu'à raison d'un manquement à l'obligation de délivrer des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science ; qu'en se bornant à retenir, pour juger que le médecin avait commis une faute en ne prévoyant pas de matériel de remplacement au sein même de la salle d'opération, que l'anneau qui devait être posé était un matériel fragile pouvant se casser lors des manoeuvres d'introduction, sans constater que, pour ce type d'intervention, il résultait des règles de l'art qu'un matériel de remplacement devait être placé au sein même de la salle d'opération, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard de l'article L. 1142-1, I, du Code de la santé publique ;

2°/ que les établissements de santé sont tenus d'une obligation d'organisation des soins, dont il résulte que, si le chirurgien doit vérifier qu'il dispose du matériel requis pour l'intervention qu'il s'apprête à réaliser, il incombe cependant au seul établissement de santé de s'assurer qu'il tient à sa disposition du matériel de remplacement lorsque cela est nécessaire ; qu'en décidant néanmoins qu'il appartenait au médecin de s'assurer de la présence dans la salle d'opération d'un matériel de remplacement, la Cour d'appel a violé l'article L. 1142-1, I, du Code de la santé publique ;

3°/ que la responsabilité du médecin n'est engagée que s'il existe un lien de causalité direct et certain entre la faute qui lui est reprochée et le préjudice dont il est demandé réparation ; qu'en décidant que la faute commise par le médecin, ayant conduit à un allongement du temps de l'intervention, était à l'origine d'une perte de chance, pour M. [F], de ne pas contracter l'infection nosocomiale, bien que son préjudice soit résulté du défaut d'asepsie des locaux de l'établissement de soins, qui en constituait la seule cause, de sorte que l'allongement du temps de l'intervention ne se trouvait pas en relation de cause à effet avec le préjudice subi, la Cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard de l'article L. 1142-1, I, du Code de la santé publique ;

4°/ que subsidiairement, lorsque les responsabilités d'un établissement de santé et d'un médecin sont toutes les deux retenues, mais que l'un répond de l'entier dommage, tandis que l'autre répond d'une perte de chance d'éviter ce dommage, le juge doit tout d'abord déterminer la fraction du préjudice à laquelle ils ont tous les deux contribué, puis fixer, au sein de cette fraction du préjudice, les parts contributives respectives de l'établissement et du médecin ; qu'en condamnant néanmoins le médecin à garantir la clinique à hauteur de 50 % de la condamnation de cette dernière à payer à M. [F] la somme de 62.101,56 euros en réparation de l'entier préjudice résultant de l'infection nosocomiale, après avoir pourtant retenu que le médecin était responsable d'une perte de chance d'éviter le dommage et l'avoir, en conséquence, condamnée, in solidum avec la clinique, à indemnisation dans la limite de 50 % du préjudice total, la Cour d'appel, qui n'a pas fixé les parts contributives de la clinique et du médecin au sein de la fraction de préjudice à laquelle elles étaient toutes les deux tenues, a violé l'article L. 1142-1, I, du Code de la santé publique. »

Réponse de la Cour

5. Selon l'article L. 1142-1, alinéa 1er, du code de la santé publique, les professionnels de santé sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins en cas de faute.

6. Lorsqu'une faute a été constatée dans l'accomplissement de tels actes et qu'il ne peut être tenu pour certain qu'en son absence le dommage ne serait pas survenu ou que sa survenance n'est pas la conséquence de cette faute, le préjudice s'analyse en une perte de chance de ne pas subir ce dommage, laquelle présente un caractère direct et certain chaque fois qu'est constatée la disparition d'une éventualité favorable.

7. Après avoir relevé, en se fondant sur le rapport d'expertise, que l'insertion de l'anneau, effectuée manuellement, était un geste délicat, qu'il pouvait se casser lors des manoeuvres d'introduction, ce qui s'était produit, qu'un nouvel anneau avait dû être trouvé, que le temps d'intervention prévu avait été en conséquence multiplié par quatre et que le maintien de la cornée ouverte avait constitué un facteur

favorisant l'infection qui s'était produite, la cour d'appel a retenu qu'il incombait au médecin et non à la clinique de prévoir en salle d'opération un anneau de rechange.

8. Elle a pu en déduire qu'en ne prévoyant pas un autre anneau, le médecin avait commis une faute qui avait fait perdre au patient une chance de ne pas contracter l'infection qu'elle a souverainement évaluée à 50 % et qu'il devait en conséquence garantir la clinique à hauteur de 50 % de l'indemnité allouée à M. [F].

9. Le moyen n'est donc pas fondé.

Sur le second moyen

Enoncé du moyen

10. Le médecin fait grief à l'arrêt de le condamner à payer à M. [F] la somme de 5 000 euros au titre de son préjudice moral lié à un défaut d'information sur les risques de l'opération, alors :

« 1° que le médecin est tenu de réparer le préjudice moral subi par un patient en raison d'un manquement à son obligation d'information lorsqu'il est établi qu'il n'a pas informé le patient d'un risque de l'acte médical qui s'est réalisé ; que le temps d'intervention prolongé d'une opération ne constitue pas un risque inhérent à l'acte médical, lequel est un événement constitutif d'un dommage pour le patient ; qu'en retenant cependant, pour condamner le médecin à indemniser M. [F] au titre d'un préjudice moral d'impréparation, que celui-ci n'avait pas été suffisamment informé de ce que des complications opératoires à l'origine d'un temps d'intervention prolongé pouvaient intervenir, de sorte qu'il n'avait pu s'y préparer psychologiquement, la Cour d'appel a violé les articles 16 et 16-3 du Code civil et L. 1111-2 du code de la santé publique ;

2° que le médecin est tenu de réparer le préjudice moral subi par un patient en raison d'un manquement à son obligation d'information, lorsqu'il est établi qu'il n'a pas informé le patient d'un risque de l'acte qui s'est réalisé ; qu'en retenant, pour condamner le médecin à indemniser M. [F] au titre d'un préjudice moral d'impréparation, qu'en raison d'une insuffisance d'information il n'avait pu se préparer psychologiquement aux risques de l'opération, sans constater que M. [F] n'avait pas été informé du risque qui s'était réalisé de contracter une infection nosocomiale, la Cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard des articles 16 et 16-3 du Code civil et L. 1111-2 du code de la santé publique. »

Réponse de la Cour

11. Il résulte des articles 16 et 16-3 du code civil et L. 1111-2 du code de la santé publique que le non-respect, par un professionnel de santé, de son devoir d'information sur les risques fréquents ou graves normalement prévisibles que comporte un acte individuel de prévention, de diagnostic ou de soin auquel il a recours cause à celui auquel l'information était due, lorsque l'un de ces risques s'est réalisé, un préjudice moral distinct des atteintes corporelles subies, résultant d'un défaut de préparation à l'éventualité que ce risque survienne.

12. La cour d'appel a retenu que l'information préalable dont il était justifié ne concernait pas spécifiquement la pose d'un anneau intracornéen, qu'au jour de l'intervention la technique opératoire était récente et délicate et pouvait impliquer des complications opératoires, de sorte qu'elle avait été insuffisante.

10. Elle en a déduit que M. [F] n'avait pu se préparer à l'éventualité de leur survenue.

11. Elle a ainsi légalement justifié sa décision.

PAR CES MOTIFS, la Cour : REJETTE le pourvoi