

**DOCUMENT SOUMIS AUX DROITS D'AUTEUR : SOUS LICENCE CREATIVE COMMONS****CITEZ-NOUS DE LA FAÇON SUIVANTE :**

Cass. 1<sup>ère</sup> civ., 13 sept. 2023, n° 22-18676, F-D, *bjda.fr* 2023, n° 89, note R. Bigot

**Faute médicale lors d'une césarienne : stérilisation  
sans respect du délai légal de réflexion**

Cass. 1<sup>ère</sup> civ., 13 sept. 2023, n° 22-18676, F-D

**Mots clés : Assurance RC médicale – Ligature des trompes lors d'une césarienne – Volonté libre, motivée et délibérée – Respect du délai de réflexion de quatre mois (non) – Faute du médecin (oui)**

*Abstract de l'arrêt : Selon l'article L. 2123-1 du code de la santé publique<sup>1</sup>, la ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée que si la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences et il ne peut être procédé à l'intervention qu'à l'issue d'un délai de réflexion de quatre mois après la première consultation médicale et après une confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention.*

L'arrêt du 13 septembre 2023 dont il est question est rendu sous le rapport de l'éminent professeur Mme Bacache-Gibeili<sup>2</sup> en sa qualité de Conseiller à la Cour de cassation, officiant dans la première chambre civile compétente notamment en matière de droit de la responsabilité. Que les modestes lignes qui suivent raisonnent en hommage à un autre maître de la matière, dernièrement disparu, mais dont la pensée inspirera pour longtemps les spécialistes et praticiens du domaine. Geneviève Viney s'énervait à propos de certaines pratiques du corps médical<sup>3</sup>. Elle avait d'abord constaté dans sa thèse, à l'aube de sa carrière, le déclin de la responsabilité

<sup>1</sup> Il semble que la Cour de cassation se soit trompé de numérotation puisqu'elle vise (point 4 des motifs – Réponse la Cour) un article L. 2123-6 qui n'a jamais existé dans le CSP ; seuls deux articles sont inscrits sous le Chapitre III : Stérilisation à visée contraceptive (articles L. 2123-1 à L. 2123-2) sous le Titre II – Actions de prévention concernant les futurs conjoints et parents (dans le Livre Ier : Protection et promotion de la santé maternelle et infantile de la Deuxième partie du CSP : Santé sexuelle et reproductive, droits de la femme et protection de la santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte).

<sup>2</sup> Sur la question traitée sous l'arrêt, cf. M. Bacache-Gibeili, *Traité de droit civil* (dir. C. Larroumet), *Les obligations. La responsabilité civile extracontractuelle Droit commun et régimes spéciaux*, t. 5, 4<sup>e</sup> éd., Economica, p. 997 et s., v. aussi n° 159 : « Selon l'adage traditionnel *volenti non fit injuria*, on ne fait tort à qui consent. Néanmoins, le consentement de la victime ne peut avoir d'effet justificatif en présence de dommages corporels, eu égard au principe d'indisponibilité du corps humain consacré à l'article 16-1 du Code civil. Si ce principe reçoit exception selon l'article 16-3 en cas de nécessité médicale ou d'intérêt thérapeutique, le consentement du patient ne porte alors que sur l'acte médical lui-même et non sur les conséquences dommageables. Le médecin ne peut en effet exercer son activité que dans le respect des règles de l'art et des devoirs généraux de prudence et de diligence sous peine d'engager sa responsabilité civile à l'égard du patient ».

<sup>3</sup> Cf. *infra*, note 5 : G. Viney, P. Jourdain et S. Carval, *Les régimes spéciaux et l'assurance de responsabilité, Traité de droit civil*, LGDJ, 4<sup>e</sup> éd., 2017, p. 333, n° 254.

individuelle<sup>4</sup>, par l'effet de ciseau provoqué par le développement de « procédés de socialisation directe de la réparation »<sup>5</sup> notamment celui de l'assurance de dommages duquel relève l'assurance de responsabilité, facultative à l'origine<sup>6</sup>. L'accroissement des assurances de responsabilité a été soutenu par la multiplication intense des assurances obligatoires<sup>7</sup>, un des derniers exemples étant, avec la loi du 4 mars 2002, une obligation nouvelle de souscrire une assurance de responsabilité civile professionnelle pesant sur certains professionnels de santé<sup>8</sup>. Regrettablement, cela n'a rien changé aux difficultés « aggravées par la solidarité du corps médical et la complaisance de certains médecins experts peu enclins à reconnaître les fautes commises par leurs confrères tant que celles-ci ne sont pas patentées »<sup>9</sup>. Les potentialités du droit des assurances<sup>10</sup> en la matière peuvent être inhibées par des enjeux professionnels souvent divergents<sup>11</sup>.

L'arrêt de la première chambre civile de la Cour de cassation en date du 13 septembre 2023 concerne une nouvelle affaire de consentement éludé (I) dont les faits – similaires – ont pu générer un même contentieux par le passé, en particulier devant les juridictions administratives. En résulte un procès en responsabilité médicale (II) débouchant sur une application rigoureuse de la loi nouvelle sous le voile de laquelle certains apprécieront un revirement justifié de la jurisprudence administrative (III).

## **I) Une affaire de consentement éludé**

Dans cette affaire dont les faits nous projettent dix ans en arrière, une femme enceinte se rend auprès de son médecin, gynécologue de spécialité, pour une première consultation le 31 mai 2013. Elle sollicite lors de cette première rencontre une stérilisation tubaire. Sur le terrain de la preuve, cette volonté est exprimée sur la fiche d'information renseignée le même jour, le 31 mai 2013. La patiente met au monde son enfant une semaine plus tard. Son gynécologue réalise

---

<sup>4</sup> G. Viney, *Le déclin de la responsabilité individuelle*, préface André Tunc, LGDJ, 1965, rééd. LGDJ, Lextenso éd., col. « Anthologie du droit », 2014.

<sup>5</sup> G. Viney, *Le déclin de la responsabilité individuelle*, préface André Tunc, LGDJ, 1965, rééd. LGDJ, Lextenso éd., col. « Anthologie du droit », 2014, p. 6, n° 6.

<sup>6</sup> Sur l'histoire de l'assurance de responsabilité, cf. A. Rodet-Profit, « Aspects historiques », in R. Bigot et A. Cayol (dir.), *Le droit des assurances en tableaux*, préface D. Noguéro, 1<sup>re</sup> éd., Ellipses, 2020, p. 16 et s.

<sup>7</sup> V. Tournaire, *L'assurance obligatoire. Proposition d'un droit commun*, préf. A. Péliissier, th. Dalloz, vol. 229, 2023.

<sup>8</sup> En ce qui concerne les professionnels non concernés, cf. M. Brigant, « L'assurance des professions de santé », in R. Bigot et A. Cayol (dir.), *Le droit des assurances en tableaux*, préface D. Noguéro, 1<sup>re</sup> éd., Ellipses, 2020, p. 366.

<sup>9</sup> G. Viney, P. Jourdain et S. Carval, *Les régimes spéciaux et l'assurance de responsabilité*, *Traité de droit civil*, LGDJ, 4<sup>e</sup> éd., 2017, p. 333, n° 254.

<sup>10</sup> M. Robineau, *Contribution à l'étude du système responsabilité. Les potentialités du droit des assurances*, préface M.-L. Demeester, Defrénois, coll. Doctorat & Notariat, t. 19, 2006.

<sup>11</sup> Par ex., R. Bigot, *L'indemnisation par l'assurance de responsabilité civile professionnelle. L'exemple des professions du droit et du chiffre*, avant-propos H. Slim, préface D. Noguéro, Defrénois, coll. Doctorat & Notariat, t. 53, 2014.

à ce titre une césarienne le 8 juin 2013. Or, au cours de cet accouchement par voie chirurgicale, il effectue sur sa patiente un second acte, une stérilisation par ligature des trompes.

Cinq ans plus tard, les 19 février et 1<sup>er</sup> mars 2018 précisément, la patiente et, semble-t-il, son conjoint, ont assigné le médecin et son assureur, la Société hospitalière d'assurances mutuelles (la SHAM), en responsabilité et indemnisation en mettant en cause la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Rhône. S'ouvrirait ainsi un procès en responsabilité médicale.

## II) Le procès en responsabilité médicale

La Cour d'appel de Lyon, par un arrêt en date du 16 septembre 2021, écarte l'existence d'une faute du médecin et rejette leurs demandes à son encontre<sup>12</sup>. A cet effet, les juges du fond retiennent qu'il ressortait d'une fiche d'information signée par la patiente et datée du 31 mai 2013 que les informations nécessaires à un consentement libre et éclairé lui avaient été fournies. La cour d'appel retient parallèlement qu'il était opportun de procéder à la stérilisation lors de la césarienne pratiquée le 8 juin 2013, afin d'éviter une seconde intervention, en raison du risque inhérent à toute opération chirurgicale.

Le médecin mis en cause motive son acte par une justification préventive, que l'on voit fréquemment resurgir dans le monde médical, dans le but « d'éviter une seconde intervention, en raison du risque inhérent à toute opération chirurgicale ». Précisément, les juges du fond acquiescent à l'argumentation – assez tronquée – du gynécologue (et sans doute celle – qui prédomine – de son assureur qui dirige en coulisse le procès et ainsi probablement l'entière stratégie de défense<sup>13</sup>) selon laquelle les circonstances de l'intervention réalisée avaient été de nature à permettre au médecin de déroger au délai de réflexion, qu'il était opportun de procéder à la stérilisation lors de la césarienne pratiquée le 8 juin 2013 afin d'éviter une seconde intervention, compte tenu du risque inhérent à toute opération chirurgicale et de la demande expresse de la patiente, telle qu'exprimée sur la fiche d'information du 31 mai 2013. Le fond primerait la forme, mais la forme ne serait-elle pas là pour protéger davantage le fond, présenté de manière biaisée ? Osons, et poussons un peu de manière caricaturale le raisonnement : pourquoi ne pas faire, dès sa première anesthésie générale – et « d'un seul coup » pour éviter à nouveau le « risque inhérent à toute opération chirurgicale » future, par exemple lors du retrait déjà « préventif » et assez systématisé des dents de sagesse à la sortie de l'adolescence, une ablation « préventive » d'appendicite – au cas où celle-ci s'infecterait à l'avenir – puis une opération « préventive » de cataracte – on ne sait jamais – puis une pose « préventive » de pacemaker et de prothèses des hanches, si jamais le cœur faiblissait plus tôt que prévu et/ou si de l'arthrose apparaissait un jour...

Les usagers du système de santé se pourvoient en cassation. Ils soutiennent « que la ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée que si la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération

---

<sup>12</sup> CA Lyon, 16 septembre 2021.

<sup>13</sup> Y. Avril et A. Cayol, « Les aspects processuels en assurance de responsabilité », in R. Bigot et A. Cayol (dir.), *Le droit des assurances en tableaux*, préface D. Noguéro, 1<sup>re</sup> éd., Ellipses, 2020, p. 274. – S. Abravanel-Jolly, *Droit des assurances*, préface B. Beignier, Ellipses, 4<sup>e</sup> éd., 2023, n° 850 : « En raison de l'adage selon lequel « *nul ne plaide par procureur* », cette direction demeure occulte. La partie au procès demeure bien évidemment l'assuré mais c'est l'assureur qui décide de la stratégie dans tous les cas ».

d'une information claire et complète sur ses conséquences, et après écoulement d'un délai de réflexion de quatre mois après la première consultation médicale et après une confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention ; qu'en l'espèce, la cour d'appel a constaté que [la patiente] s'était rendue à une première consultation le 31 mai 2013 et que le médecin avait pratiqué sur elle une stérilisation par ligature des trompes dès le 8 juin 2013, lors d'une césarienne ; qu'en écartant la faute du médecin, aux motifs inopérants que les circonstances de l'intervention réalisée avaient été de nature à permettre au médecin d'y déroger, qu'il était opportun de procéder à la stérilisation lors de la césarienne pratiquée le 8 juin 2013 afin d'éviter une seconde intervention, compte tenu du risque inhérent à toute opération chirurgicale et de la demande expresse de [la patiente], telle qu'exprimée sur la fiche d'information du 31 mai 2013, la cour d'appel a violé les articles L. 2123-1 du code de la santé publique, ensemble l'article 1382 du code civil dans sa rédaction applicable à la cause antérieure à l'ordonnance du 10 février 2016, et les articles 3 et 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales »<sup>14</sup>.

Deux intérêts divergents étaient en conflit dans la présente affaire : respecter un délai de réflexion, quitte à générer un nouveau risque par une opération ultérieure, ou braver ce délai et réaliser les deux actes dans la même intervention afin de limiter les risques inhérents à chaque intervention chirurgicale.

Par un arrêt en date du 13 septembre 2023, la première chambre civile de la Cour de cassation censure en toutes ses dispositions l'arrêt rendu le 16 septembre 2021, entre les parties, par la Cour d'appel de Lyon, ce qu'il convient d'approuver largement. Elle rappelle le principe posé à l'article L. 2123-1 (citation erronée de l'article 2123-6 dans l'arrêt – visa au point 4) du Code de la santé publique. Le texte, issu de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 (art. 26, JORF 7 juillet 2001) et entré en vigueur le 7 juillet 2001, est d'ordre public. Il ne s'agit pas, insistons, d'une disposition supplétive que les acteurs peuvent aménager selon leur volonté. A ce titre, le texte dispose que « la ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée que si la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences et il ne peut être procédé à l'intervention qu'à l'issue d'un délai de réflexion de quatre mois après la première consultation médicale et après une confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention »<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> Cass. 1<sup>ère</sup> civ., 13 sept. 2023, n° 22-18676, F-D, pt 3.

<sup>15</sup> Cf. *in extenso* CSP, art. L. 2123-1 (L. n° 2001-588 du 4 juill. 2001, art. 26) : « La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée que si la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences.

*Cet acte chirurgical ne peut être pratiqué que dans un établissement de santé et après une consultation auprès d'un médecin.*

*Ce médecin doit au cours de la première consultation :*

- *informer la personne des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention ;*
- *lui remettre un dossier d'information écrit.*

*Il ne peut être procédé à l'intervention qu'à l'issue d'un délai de réflexion de quatre mois après la première consultation médicale et après une confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention.*

Des textes réglementaires (arrêtés des 31 octobre 2012 et 24 novembre 2014) sont venus compléter ces dispositions<sup>16</sup>. Ils ne sont pas anodins pour apprécier la faute du médecin, notamment en présence d'« incertitude quant au souhait d'interrompre sa fertilité ». Faire signer au patient une simple fiche d'information, lors d'une première consultation (parfois une fiche remise par la secrétaire du médecin et dont la signature est sollicitée par cette dernière), ne permet aucunement de s'assurer que cette information a été expliquée et comprise, puis réfléchie, en d'autres termes que le patient a pu mesurer la portée de la décision à prendre.

La première chambre civile juge que la cour d'appel a violé l'article L. 2123-6 [lire L. 2123-1] du code de la santé publique alors qu'elle avait constaté que le délai de réflexion de quatre mois n'avait pas été respecté, en d'autres termes « après avoir retenu qu'il ressortait d'une fiche d'information signée par [la patiente] et datée du 31 mai 2013 que les informations nécessaires à un consentement libre et éclairé lui avaient été fournies, l'arrêt retient qu'il était opportun de procéder à la stérilisation lors de la césarienne pratiquée le 8 juin 2013, afin d'éviter une seconde intervention, en raison du risque inhérent à toute opération chirurgicale »<sup>17</sup>.

Qu'aurait donc dû faire le médecin dans cette situation ? Ou qu'aurait fait un « bon » médecin, un médecin « raisonnable », en référence à ce modèle abstrait du médecin consciencieux et diligent, respectueux des règles de l'art<sup>18</sup> ? A cet égard, ce sont les standards de la faute qui sont souvent questionnés<sup>19</sup>. Le contexte du consentement dans un environnement médical invite à

---

*Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive mais il doit informer l'intéressée de son refus dès la première consultation ».*

<sup>16</sup> L'arrêté du 31 octobre 2012 (art. 1, v. init.) prévoit des « Modalités de prescription et d'utilisation : L'indication globale de stérilisation (ligature tubaire ou ESSURE) doit être posée après discussion entre la patiente et son chirurgien. Le choix de la technique doit prendre en compte l'âge de la femme, la parité, l'âge du dernier enfant, le nombre d'IVG le cas échéant, la contre-indication aux méthodes de contraception, la stabilité du couple et le moment de la demande (la période post-partum ou post-IVG n'est pas le meilleur moment). ESSURE est destiné à la femme n'ayant plus de désir de maternité, ayant reçu un dossier d'information écrit et ayant observé un délai de réflexion de quatre mois, ayant donné un consentement écrit et éclairé, selon les conditions de conformité de l'article L. 2123-1 du code de la santé publique, et utilisant une contraception efficace pendant trois mois après la pose.

ESSURE doit être posé par un gynécologue obstétricien. Il doit avoir une bonne maîtrise de la pratique de l'hystéroscopie opératoire et de la pose de l'implant, justifiant d'un apprentissage auprès d'un praticien expérimenté (> 5 femmes) et d'une réalisation d'au moins cinq procédures par an.

La pose doit avoir lieu dans des conditions d'asepsie de bloc opératoire, dans un établissement de santé avec proximité d'un environnement chirurgical ». Ce même texte invite à des précautions d'emploi et livre des contre-indications notamment

« — ne pas poser ESSURE suite à une naissance ou une interruption de grossesse datant de moins de six semaines ;

— incertitude quant au souhait d'interrompre sa fertilité ;

— grossesse avérée ou suspectée ;

— cervicites aiguës en cours ;

— saignements anormaux non explorés. »

L'arrêté du 24 novembre 2014 (art. 1, v. init.) reprend les mêmes indications et contre-indications à propos du laboratoire Société BAYER HealthCare SAS (BAYER).

<sup>17</sup> Cass. 1<sup>ère</sup> civ., 13 sept. 2023, n° 22-18676, F-D, pt 5.

<sup>18</sup> F. Viney, *La personne raisonnable. Contribution à l'étude de la distinction des standards normatifs et descriptifs*, th. Paris I, 2013, n° 986.

<sup>19</sup> R. Bigot et A. Cayol (dir.), *Le droit de la responsabilité civile en tableaux*, préface Ph. Brun, 1<sup>re</sup> éd., Ellipses, 2022, p. 392.

une appréciation particulière du manquement, à plus forte raison dans le domaine de la contraception source d'une stérilité irrévocable<sup>20</sup>.

La procédure de validation du consentement est spéciale dans ces circonstances, pour éviter des pratiques qui ne protégeraient ni les patients ni les médecins. Dans le domaine de la gynécologie-obstétrique, des pratiques ont pu s'installer un temps, non sans lien avec la tarification des actes, et pouvant conduire à des abus. Or, la conséquence directe de tels abus est l'atteinte à l'intégrité physique, avec une patiente en situation de vulnérabilité lors de l'accouchement. A ce titre, par exemple en France, les taux d'épisiotomie ont longtemps été très élevés, bien au-dessus de beaucoup de pays d'Europe<sup>21</sup>. La présente décision semble s'inscrire comme le point d'orgue d'une évolution récente.

### III) Un revirement justifié de la jurisprudence administrative

L'arrêt sous commentaire consacre, avec vingt ans de retard, une loi visant à un changement des pratiques. La stérilisation à visée contraceptive n'est encadrée par une loi spéciale qu'à compter de 2001<sup>22</sup>. Avant cette date, la jurisprudence prohibait cette pratique. A cet effet, elle se fondait sur des principes généraux relatifs à l'administration des soins, en premier lieu l'indispensable consentement préalable du patient, sauf cas de nécessité médicale.

Rappelons que l'article 16-3 du Code civil dispose en effet, dans sa version en vigueur depuis le 7 août 2004, qu'« Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. 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 »<sup>23</sup>.

---

<sup>20</sup> S. Porchy-Simon, *Juris-Classeur*, art. 1240 à 1245-17 – Fasc. 440-30 – *Santé. Responsabilité médicale*, n° 2 à 74.

<sup>21</sup> <https://episio.info/connaître/taux-episio/> : « En 2016, 35% d'épisiotomie pour un premier accouchement (femmes primipares) et 10 % pour les accouchements suivants (femmes multipares) selon l'Enquête périnatale 2016. Le taux global en France serait de 20 % en 2016. (...) En 2010, 44 % d'épisiotomie pour les primipares et 14 % pour les multipares selon l'Enquête nationale périnatale 2010. Le taux global en France était de 27 % en 2010. Le dossier du Ciane trouvait aussi un taux de 30 % d'épisiotomie pour la période 2010–2013. En 1998/1999 ce taux était de 47 % : 71 % pour les primipares et 36 % pour les multipares. Le Collège national des gynécologues obstétriciens français a publié en 2005 des recommandations sur l'épisiotomie. Cela a pu contribuer à cette baisse, même si les taux avaient commencé à baisser plus tôt. La pression sociétale avec la création de l'Alliance francophone pour l'Accouchement Respecté à l'origine de la première Semaine Mondiale pour l'Accouchement Respecté (SMAR 2004) ayant pour thème l'épisiotomie ainsi que la création du premier site [episio.info](https://episio.info) en 2005 a également contribué à cette baisse ». – Cf. dernièrement le rapport de l'Inserm, *Enquête nationale périnatale*, oct. 2022, spéc. p. 165. – Adde A.-A. Durand, « L'épisiotomie : un taux bien inférieur aux 75 % évoqués par Marlène Schiappa mais de vraies questions », *Le Monde.fr*, 25 juill. 2017.

<sup>22</sup> Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001, relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (*JO* 7 juill.).

<sup>23</sup> Tel que modifié par la Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 - art. 9, *JORF* 7 août 2004. – La Loi n° 99-641 du 27 juill. 1999, portant création d'une couverture maladie universelle, avait déjà modifié l'article 16-3 C. civ. qui pose les conditions relatives à l'atteinte à l'intégrité du corps humain : la « nécessité médicale » remplace la « nécessité thérapeutique », le consentement préalable de l'intéressé demeurant, en principe, indispensable. Cette évolution, qui permet de pratiquer un acte médical en dehors de toute nécessité thérapeutique, a été interprétée comme rendant licite la stérilisation à visée contraceptive, dans la mesure où l'intéressé y avait consenti.

La loi du 4 juillet 2001, relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, a tenté de rechercher un équilibre entre, d'une part, la consécration nouvelle d'un droit général à la stérilisation volontaire à visée contraceptive<sup>24</sup> et, d'autre part, la protection, par des mesures spécifiques, des droits et des intérêts des personnes vulnérables. A l'inverse, la Slovaquie a pu connaître des stérilisations sans consentement plein et éclairé pratiquées sur des femmes d'origine rom<sup>25</sup>. Faciliter l'accès à la contraception, incluant dans un large sens la stérilisation volontaire à visée contraceptive, permettait d'atteindre l'objectif principal de cette législation tendant à favoriser la prévention des interruptions de grossesse. Dans la continuité jurisprudentielle développée avant la réforme<sup>26</sup>, le principe du consentement éclairé domine cette pratique. L'explication est simple, à la mesure de la gravité de l'acte et son caractère irréversible. A ce titre, la stérilisation à visée contraceptive consiste, chez l'homme, en une ligature des canaux déférents, et chez la femme, en une ligature des trompes. Dès lors, une information sur les conséquences de cet acte chirurgical doit être livrée à la personne intéressée avant que tout acte puisse être pratiqué sur son corps induisant de tels effets souvent définitifs. Tout à la fois, la dignité de la personne, l'inviolabilité de son corps et plus largement la primauté de celui-ci ne sauraient être préservés en l'absence d'un tel consentement, qui se veut nécessairement éclairé et réfléchi. Or, la réflexion nécessite du temps. L'expression est connue : « il faut le temps de la réflexion ». Le texte est une inspiration de bon sens. En d'autres termes, à une première phase correspondant à la délivrance d'une « information claire et complète » sur les conséquences de la stérilisation doit s'ajouter une seconde phase de réflexion, suffisamment mûrie, arrêtée au cas présent à une durée de quatre mois. Il en découle une « volonté libre, motivée et délibérée » qui se manifeste nécessairement après la délivrance de l'information idoine.

Le mur du libre arbitre, derrière lequel se cache à peine ce consentement éclairé, constitue un droit fondamental de l'individu, sur l'autel duquel ne saurait être sacrifiée sa capacité à décider de sa propre destinée, en particulier de son aptitude à fonder une famille ou à l'agrandir. Réciprocité oblige, sur une question aussi sensible, d'un point de vue éthique du moins, « Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive mais il doit informer l'intéressée de son refus dès la première consultation » (CSP, art. L. 2123-1, al. 5). On fait appel à la liberté de conscience du médecin ici. Cette clause ou liberté de conscience du praticien a pour corollaire la liberté de réflexion du patient. Or on sait qu'une intervention dans l'urgence, ou sous anesthésie, dans un contexte médicalisé à tout le moins « stressant », annihile cette liberté.

A cet effet, le consentement éclairé du patient, dont l'horizon ne doit pas être assombri par des nuages de désinformation, voire une brume d'instrumentalisation, est assorti de garanties que

---

<sup>24</sup> CSP, art. L. 2123-1.

<sup>25</sup> Violation de l'article 3 de la Convention EDH et condamnation par la CEDH pour mauvais traitement : CEDH, 8 nov. 2011, n° 18968/07, *Dr. fam.* 2012. *Étude 4, note Garcia* ; *JCP* 2011. 1363, *obs. Grabarczyk* ; *ibid.* 2012. 87, *obs. Sudre*. – CEDH, 13 nov. 2012, n° 15966/04.

<sup>26</sup> La stérilisation sans motif thérapeutique était illégale au regard de l'art. 16-3 du Code civil, *cf.* Cass., avis, 6 juill. 1998 : *JCP* 1998. IV. 3005 ; *RTD civ.* 1998. 881, *obs. Hauser* ; *Gaz. Pal.* 1998. 1. *Doctr.* 2, *chron. Darrieux et Fossier*. – Un hôpital engage sa responsabilité du fait d'une stérilisation pratiquée, à l'occasion d'une césarienne, sans motif thérapeutique et sans consentement de la patiente : CE 29 janv. 1988, n° 65135, *JCP* 1989. 21222, *obs. Mémeteau* ; *RDSS* 1988. 509, *obs. Vareille*. – Comp. Crim. 6 févr. 2001, n° 00-82.434, *RSC* 2001. 580, *obs. Mayaud*. – Ne constitue pas un fait justificatif, en droit pénal, le consentement de l'intéressé ayant subi une stérilisation en l'absence de motif thérapeutique : Crim. 1<sup>er</sup> juill. 1937, affaire dite des « stérilisés de Bordeaux » : *S.* 1938. 1. 193, *note Tortat* ; *Gaz. Pal.* 1937. 2. 358.

le législateur s'est attaché à préciser avec minutie dans la loi, d'un point de vue matériel autant que temporel.

L'article 26 de la loi du 4 juillet 2001, dont les dispositions se sont cristallisées sur l'article L. 2123-1 du Code de la santé publique, impose préalablement que l'acte ne peut être pratiqué « que si la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences ». En outre, « cet acte chirurgical ne peut être pratiqué que dans un établissement de santé et après une consultation auprès d'un médecin » afin d'éviter les pratiques clandestines et d'assurer la sécurité sanitaire. Concrètement, au cours de la première consultation, ce médecin doit non seulement « informer la personne des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention », mais aussi « lui remettre un dossier d'information écrit ».

Le contenant comme le contenu de l'information sont encadrés : il convient ainsi d'être certain que la « bonne » tout autant qu'« intelligible » information soit arrivée à destination, compte tenu de la gravité des conséquences de l'acte, *a fortiori* lorsque que certaines méthodes, comme la stérilisation tubaire, présentent un caractère irréversible. Dès lors, les avantages et les inconvénients, au regard notamment d'autres méthodes disponibles et non définitives, doivent pouvoir être pesés par l'intéressé avant de faire son choix, de refus ou d'acceptation de l'acte et, le cas échéant, de la nature de l'acte avec ses conséquences à géométrie variable.

Un consentement éclairé ne saurait l'être sans pouvoir être médité par un délai raisonnable de réflexion. En droit de la consommation, à défaut d'être respecté, la vente est « forcée ». Par exemple, pour l'emprunteur, le délai légal et préalable de réflexion de dix jours a pour but « d'éviter un engagement précipité »<sup>27</sup>. A défaut, la sanction est la nullité : l'acte de prêt est donc nul. Point de salut dans le contentieux de l'annulation pour la patiente ayant subi un « forçage » – avec divers degrés – de l'acte contraceptif irrévocable. Seule une indemnisation demeure possible, par suite de la reconnaissance de responsabilité du médecin par le juge qui participe souvent davantage au « rétablissement » psychologique du patient.

Pour cette raison – impérieuse, insistons – la loi commande au corps médical de ne pouvoir procéder « à l'intervention qu'à l'issue d'un délai de réflexion de quatre mois après la première consultation médicale et après une confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention » (CSP, art. L. 2123-1, al. 4).

Le délai de réflexion pose une période d'empêchement : il s'agit d'une parenthèse temporelle durant laquelle le patient ne peut exprimer la moindre confirmation d'acceptation ou de consentement à un acte, de même que le médecin ne peut recueillir la moindre manifestation d'un tel consentement et, par conséquent, ne peut agir – au sens de réaliser un acte chirurgical – comme si celui-ci, ou une expression positive de celui-ci, était valable. A ce stade, ce consentement n'existe pas et ne saurait exister. Le processus de consentement a été interrompu par le délai de réflexion. Aucun contournement du délai d'épreuve n'est possible, le moindre manquement à ce délai constitue une faute médicale.

Autrement dit, le consentement et, chronologiquement, l'intervention (ensuite nécessairement) ne pourront intervenir qu'à l'issue d'un délai de réflexion de quatre mois suivant cette première consultation. En imposant en outre, dans ce cas, un consentement écrit, le législateur exige une matérialisation renforcée de la manifestation de volonté, dont la traduction formelle est la délivrance d'un document écrit, en l'occurrence un dossier d'information, à la suite de

---

<sup>27</sup> D. Bazin-Beust, D. Guéron-Seysen, *Droit de la consommation*, Gualino, 5<sup>e</sup> éd., 2023, p. 245.



l'entretien avec le médecin, précisément lors du second entretien qui doit avoir lieu *a minima* quatre mois après le premier.

On peut se réjouir ainsi de cette décision. La Cour de cassation ne cède pas devant l'exigence relevée du consentement formalisée dans une procédure claire en la matière. Elle fait pleinement respecter la loi de 2001 et son esprit. Elle prend enfin le contrepied d'une jurisprudence administrative très protectrice de ses établissements publics hospitaliers et ses serviteurs dans des circonstances factuelles identiques, pouvant ainsi considérer qu'un tel établissement public de santé n'est pas fautif lorsqu'il procède à la ligature des trompes d'une patiente sans attendre l'expiration du délai de réflexion de quatre mois, dès lors que cette stérilisation a été pratiquée dans la continuité d'une césarienne permettant ainsi de lui épargner une nouvelle intervention<sup>28</sup>. Le dualisme des ordres de juridiction soulève donc toujours autant de difficultés et n'est pas source de sécurité juridique pour le justiciable, l'utilisateur du système de santé en premier lieu, dans bien des situations. On peut donc saluer la position nouvelle de la première chambre civile qui a su elle-même évoluer, alors qu'elle s'abritait par le passé, en la matière, derrière l'appréciation souveraine des juges du fond de la valeur et de la portée des preuves produites, dans une décision postérieure à la loi du 4 juillet 2001 mais dont les faits s'inscrivent avant son entrée en vigueur. La Cour de cassation avait ainsi statué sur une action en responsabilité formée par une patiente contre un médecin gynécologue qui, à l'occasion d'une césarienne pratiquée en urgence en vue de la naissance de son quatrième enfant, a procédé à une stérilisation par ligature des trompes de Fallope. La Haute Cour rejetait alors le pourvoi de la patiente stérilisée et jugeait que c'est dans l'exercice de son pouvoir souverain que la cour d'appel, après avoir apprécié la valeur et la portée des preuves produites devant elle, a estimé que le consentement de la patiente « avait été donné de manière libre et éclairée »<sup>29</sup>.

**Rodolphe Bigot,**

Maître de conférences en droit privé,  
UFR Droit - Le Mans Université,  
Membre du Thémis-UM et du Ceprisca

---

<sup>28</sup> CAA Bordeaux, 6 oct. 2015, n° 13BX03265, *DP santé*, *Bull. n° 266, janv. 2016, p. 4, note Binet*.

<sup>29</sup> Civ. 1<sup>re</sup>, 22 mars 2012, n° 10-27.102 : le pourvoi de la patiente avait été rejeté alors qu'elle soutenait, selon le moyen, « 1°/ qu'il appartient au médecin de rapporter tant la preuve de l'exécution de son obligation d'information vis-à-vis de son patient que de l'obtention du consentement libre et éclairé de ce dernier ; de sorte qu'en déboutant la patiente de son action en responsabilité à l'encontre de son médecin gynécologue qui, à l'occasion de son accouchement par césarienne avait procédé à une ligature des trompes de Fallope, motifs pris de ce qu'elle ne rapportait pas la preuve que l'accord recueilli alors qu'elle se trouvait dans le bloc opératoire n'était pas libre et éclairé, la cour d'appel a inversé la charge de la preuve, en violation de l'article 1315 du code civil ; 2°/ qu'en outre, le médecin ne peut, sans le consentement libre et éclairé de son malade, procéder à une intervention chirurgicale qui n'est pas imposée par une nécessité évidente ou un danger immédiat pour le patient ; qu'en jugeant que la patiente avait régulièrement consenti à une ligature des trompes de Fallope à l'occasion de son accouchement par césarienne, dès lors que l'accouchement avait été déclenché sous péridurale, ce qui excluait l'hypothèse d'un consentement donné dans un contexte de souffrance physique, et que la médication administrée (Syntocynon et Nabain) n'était pas de nature à l'empêcher de donner librement son consentement, lorsqu'elle constatait cependant que l'accord de la patiente à cette intervention, qui n'avait pas été envisagée avant l'accouchement, avait été recueilli, alors qu'elle se trouvait sur une table d'opération, sans aucun délai de réflexion, au cours d'un accouchement qui se déroulait mal, la césarienne s'imposant en urgence en raison de décélérations fœtales répétées et afin de préserver la vie de l'enfant à naître, circonstances dont il se déduisait que le consentement donné dans un contexte d'importance détresse psychologique ne pouvait revêtir un caractère libre et éclairé, la cour d'appel a violé l'article 1147 du code civil ; 3°/ qu'enfin, le médecin ne peut, sans le consentement libre et éclairé de son malade, procéder à une intervention chirurgicale qui n'est pas imposée par une nécessité évidente ou un danger immédiat pour le patient ».

## L'arrêt :

### Faits et procédure

1. Selon l'arrêt attaqué (Lyon, 16 septembre 2021), le 31 mai 2013, Mme [W] a sollicité une stérilisation tubaire qui a été réalisée le 8 juin 2013 lors d'une césarienne par Mme [P] [X], médecin gynécologue (le médecin).
2. Les 19 février et 1er mars 2018, Mme [W] et M. [G] ont assigné le médecin et son assureur, la Société hospitalière d'assurances mutuelles, en responsabilité et indemnisation et mis en cause la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône.

### Examen du moyen

#### Énoncé du moyen

3. M. [G] et Mme [W] font grief à l'arrêt attaqué de rejeter leurs demandes alors « que la ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée que si la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences, et après écoulement d'un délai de réflexion de quatre mois après la première consultation médicale et après une confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention ; qu'en l'espèce, la cour d'appel constaté que Mme [W] s'était rendue à une première consultation le 31 mai 2013 et que le médecin avait pratiqué sur elle une stérilisation par ligature des trompes dès le 8 juin 2013, lors d'une césarienne ; qu'en écartant la faute du médecin, aux motifs inopérants que les circonstances de l'intervention réalisée avaient été de nature à permettre au médecin d'y déroger, qu'il était opportun de procéder à la stérilisation lors de la césarienne pratiquée le 8 juin 2013 afin d'éviter une seconde intervention, compte tenu du risque inhérent à toute opération chirurgicale et de la demande expresse de Mme [W], telle qu'exprimée sur la fiche d'information du 31 mai 2013, la cour d'appel a violé les articles L. 2123-1 du code de la santé publique, ensemble l'article 1382 du code civil dans sa rédaction applicable à la cause antérieure à l'ordonnance du 10 février 2016, et les articles 3 et 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. »

### Réponse de la Cour

Vu l'article L. 2123-6 du code de la santé publique :

4. Selon ce texte, la ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée que si la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences et il ne peut être procédé à l'intervention qu'à l'issue d'un délai de réflexion de quatre mois après la première consultation médicale et après une confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention.
5. Pour écarter l'existence d'une faute du médecin et rejeter les demandes à son encontre, après avoir retenu qu'il ressortait d'une fiche d'information signée par Mme [W] et datée du 31 mai 2013 que les informations nécessaires à un consentement libre et éclairée lui avaient été fournies, l'arrêt retient qu'il était opportun de procéder à la stérilisation lors de la césarienne pratiquée le 8 juin 2013, afin d'éviter une seconde intervention, en raison du risque inhérent à toute opération chirurgicale.
6. En statuant ainsi, alors qu'elle avait constaté que le délai de réflexion de quatre mois n'avait pas été respecté, la cour d'appel a violé le texte susvisé. PAR CES MOTIFS, la Cour : CASSE ET ANNULE, en toutes ses dispositions, l'arrêt rendu le 16 septembre 2021, entre les parties, par la cour d'appel de Lyon ;