Tribunale federale
Tribunal federal

{T 0/2}
4P.265/2002 /ech

Arrêt du 28 avril 2003
Ire Cour civile

Composition
MM. et Mmes les Juges Corboz, Président, Walter, Klett, Rottenberg Liatowitsch et Favre.
Greffier: M. Ramelet.

Parties
A._____,
B._____
C._____,
D._____,
recourants,
tous les quatre représentés par Me Philippe Meier, avocat, Suter & Associé, case postale 1376, 1001 Lausanne,

contre

Hôpitaux X._____,
intimés, représentés par Me Michel Bergmann, avocat, case postale 5715, 1211 Genève 11,
Chambre civile de la Cour de justice du canton de Genève, case postale 3108, 1211 Genève 3.

Objet
arbitraire; liberté personnelle; responsabilité de l'Etat,

recours de droit public contre l'arrêt de la Chambre civile de la Cour de justice du canton de Genève du 15 novembre 2002.

Faits:
A.
A.a A._____, né à Genève le 22 juin 1966, a travaillé en qualité de conducteur de poids lourd depuis 1986, d'abord comme salarié puis à titre indépendant, avant de prendre un emploi d'agent de sécurité en 1990, activité qu'il a exercée auprès de différentes entreprises. Le 30 juin 1994, il a été licencié pour des raisons économiques; depuis cette date, il bénéficiait d'indemnités de chômage. A._____, qui est marié, a deux enfants, C._____ et D._____, nés respectivement les 3 mars 1989 et 23 novembre 1993. Jusqu'en janvier 1996, il a pratiqué de nombreux sports (moto, vélo VTT, natation, équitation, tir sportif).
A.b A mi-juillet 1988, A._____ a été victime d'instabilité et de vertiges rotatoires horaires. Ces symptômes ont entraîné diverses investigations et une hospitalisation de l'intéressé du 31 août au 13 septembre 1988 à la clinique de neurologie des Hôpitaux X._____. Le diagnostic posé était celui de "lésion pontique postérieure bombant dans le quatrième ventricule, correspondant le plus probablement à un cavernome". En raison de la position de la lésion vasculaire dans l'encéphale, une intervention chirurgicale a été exclue à cause des risques encourus, notamment létaux. Aucun traitement n'a été prescrit au patient, si ce n'est l'abstention de sports dangereux.

Lors d'un contrôle effectué à la clinique de neurologie du 4 au 6 janvier 1989, le diagnostic a été confirmé; le rapport d'hospitalisation du 10 janvier 1989 fait état d'une symptomatologie en régression.

En 1993, A._____ a connu une nouvelle alerte, avec différents symptômes qui ont disparu spontanément en

dix jours et pour lesquels il n'a consulté aucun médecin.

Le 4 janvier 1996, à la suite d'une séance de fitness, A._____ a ressenti divers troubles, qui ont motivé son hospitalisation du 6 au 12 janvier 1996 à la clinique de neurologie des Hôpitaux X._____. Cet état pathologique a été imputé au cavernome protubérantiel gauche, connu depuis 1988, avec suspicion de saignements. A l'occasion de cette hospitalisation, le malade a été rendu attentif à la gravité de son cas, des saignements ultérieurs pouvant entraîner des complications vitales. Les neurologues l'ont invité à consulter un neurochirurgien dans la perspective d'une opération, sur laquelle ils ne se sont pas prononcés. A sa sortie de clinique, le 12 janvier 1996, les symptômes étaient stabilisés. Le patient avait retrouvé la quasi-totalité de ses réflexes et de sa sensibilité, sa vision s'étant également rétablie. Il s'est remis à circuler à moto et en voiture.
A.c Le 24 janvier 1996, A._____ s'est rendu à moto aux Hôpitaux X._____ pour y rencontrer le Professeur F._____, neurochirurgien. Les versions de ce praticien et du patient divergent à propos du contenu de l'entretien, auquel a assisté la doctoresse K._____, chef de clinique adjointe.

Selon le Professeur F._____, la consultation a duré 30 minutes. Il a expliqué au malade la nécessité d'une intervention, dès lors que les récidives de saignements entraînaient un risque d'hémorragie toujours plus important, ainsi que son déroulement dans une partie très délicate du cerveau (après ouverture du crâne dans sa partie postérieure sous monitoring électrique). Le chirurgien a exposé à son patient que le risque essentiel découlant de l'intervention elle-même était qu'il se retrouve dans le même état que celui qu'il avait connu après le premier épisode de 1988, voire dans un état temporairement plus grave, mais qu'il avait de très grandes chances de récupérer après l'opération. Il a rappelé qu'une intervention intracrânienne impliquait toujours un risque mortel, même s'il était minime. Les pourcentages de risques de décès (moins de 5% des cas) et de complications (de 20 à 30% des cas) n'ont pas été indiqués au patient. Le neurochirurgien ne s'est pas souvenu d'avoir mentionné la durée de l'opération (4 à 5 h.), ni d'avoir utilisé pour son explication un cerveau de démonstration en matière plastique, qui se trouvait dans son cabinet. Il a déclaré qu'il n'y avait pas de réelle urgence, mais que l'opération devait
néanmoins intervenir dans le mois, pour des raisons médicales, afin d'en faciliter le déroulement. Le praticien a reconnu que s'il avait proposé au patient de se faire opérer le lendemain même, ce n'était pas en raison de l'urgence de son cas, mais pour utiliser de la façon la plus rationnelle la salle d'opération, spécialement équipée, qui s'était libérée pour le 25 janvier 1996. Le neurochirurgien a relevé que le patient avait accepté cette solution et n'avait pas exprimé le souhait d'obtenir un second avis médical, démarche qu'il aurait pourtant encouragée si le malade l'avait évoquée.

Pour A._____, la consultation n'a duré qu'un quart d'heure. Il a allégué que seuls des inconvénients passagers liés à un problème de déglutition avaient été abordés, à l'exclusion de toute autre information quant aux risques de l'opération, dont le déroulement exact ne lui a du reste pas été décrit. Le Professeur F._____ a qualifié l'opération de courante et de "sans risques". A._____ ayant rappelé le pronostic extrêmement négatif posé en 1988, il lui a été répondu qu'au vu des progrès réalisés depuis lors, l'opération pouvait se faire "sans problèmes ni séquelles".

A l'issue de la consultation, A._____ est demeuré aux Hôpitaux X._____ pour être hospitalisé en division commune dans une chambre à deux lits; après avoir prévenu ses proches par téléphone et demandé qu'on lui amène ses affaires de toilette, il a été conduit à sa chambre en fin d'après-midi. Le même soir, la doctoresse K._____, qui n'a pas été entendue comme témoin, a déclaré devant le patient et son demi-frère E._____, lequel le rapporte à titre de renseignement, que l'opération ne présentait pas le moindre risque mis à part un problème de déglutition pendant une quinzaine de jours. A._____ est apparu très confiant à son voisin de chambre quant à son opération. Il a admis qu'il avait accepté l'intervention non par crainte de nouveaux saignements, mais parce qu'il avait été mis en confiance lors de la consultation du 24 janvier 1996.

L'opération, qui a été menée le 25 janvier 1996 dans les règles de l'art, ainsi qu'a permis de le vérifier l'enregistrement vidéo effectué à des fins didactiques pour les médecins en formation, s'est révélée plus difficile que prévue, car la partie profonde de l'angiome était calcifiée, ce qui a nécessité une manipulation du tronc cérébral qu'il est possible d'ordinaire d'éviter.

Au réveil du patient et dans les jours qui ont suivi, il a été constaté les séquelles suivantes:
- paralysie du regard vers la gauche et diplopie,
- déviation du regard à droite,
- nystagmus du regard à droite,
- skew deviation (déviation oculaire verticale),
- signe de Horner à gauche,
- paralysie faciale gauche,
- hypoesthésie (diminution de la sensibilité) importante de l'hémicorps droit avec troubles de l'équilibre.

Le 12 février 1996, A._____ a dû subir une opération urgente en raison d'une méningite bactérienne sur la brèche durale, dont il s'est bien rétabli.

Le 12 avril 1996, le malade a pu quitter les Hôpitaux. En dépit d'un suivi psychothérapeutique, ergothérapeutique et médical important, aucun progrès déterminant n'est survenu. Au contraire, en octobre 1996, sont apparus des tremblements persistants de l'hémicorps droit affectant en particulier la main.

Il a été constaté que l'état de santé de A._____ n'est pas susceptible de se modifier à l'avenir et qu'il doit donc être tenu pour définitif. Totalement incapable de travailler, il perçoit une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 1er janvier 1997. Il a dû renoncer à la pratique de tous les sport et à conduire un véhicule. Sa mobilité est entravée par sa marche difficile et son manque de sensibilité. Il doit être assisté pour accomplir certains gestes de la vie quotidienne (se doucher, se raser, fermer un bouton). Il ne peut lire ou regarder la télévision plus d'une dizaine de minutes. Sa paralysie faciale perturbe sa mastication et l'empêche de fermer un oeil. Il a enfin perdu une grande partie de sa libido et est devenu irritable.
B.
B.a Le 26 octobre 1998, A._____, son épouse et ses enfants ont introduit une action en paiement de dommages-intérêts et pour tort moral contre les Hôpitaux X._____, devant le Tribunal de première instance de Genève. Ce dernier a mis en oeuvre le Professeur G._____, médecin en chef de la clinique de neurochirurgie de l'hôpital cantonal de S._____, qui a déposé son rapport le 15 décembre 2000.

L'expert judiciaire a constaté des troubles du regard, une paralysie de la moitié du visage, un trouble important de la sensibilité superficielle et profonde de la moitié droite du corps, une hémiataxie droite, un trouble atatique de la marche, l'obligation d'écrire de la main gauche, une forte augmentation de poids et une réduction massive de la vie sexuelle et des relations familiales. L'opération, qui était la seule possibilité de traitement, a été pratiquée de manière correcte selon les techniques connues en 1996. En l'absence d'une intervention chirurgicale, les risques encourus par le malade étaient élevés, comportant le développement d'autres symptômes de maladies aiguës, pouvant même aboutir à une issue fatale. Il n'y avait pas d'urgence de procéder à l'opération le jour du diagnostic, mais une intervention devait être effectuée dans les jours et semaines à venir, avant la survenance de nouvelles complications neurologiques. A défaut d'opération, le risque inhérent à l'évolution spontanée de l'affection aurait signifié, pour une période de plus de trois ans (37,5 mois), un taux d'événements (troubles neurologiques épisodiques avec ou sans hémorragie déterminable) de 10,6 % par an, un taux de dépendance complète d'aide
extérieure de 6,7 % et un taux de mortalité de 20 %. Dans le premier mois après le dernier événement, 11 % des patients développent une hémorragie récidivante, le taux d'hémorragie des angiomes caverneux infratentoriels étant de 3,8 % par an.

S'agissant des risques opératoires, l'expert judiciaire a relevé qu"'au moment où l'opération (était) indiquée, (...) il fallait partir d'une morbidité acceptable dans la première phase postopératoire et d'une prévention d'autres hémorragies après la suppression de la lésion". Quant aux risques postopératoires, ils étaient nuls pour 39,8 % des patients et comportaient une limitation minimale de capacité (fatigue, diminution des performances) pour 44,1 % des patients, une réduction modérée de capacité (maux de tête, vertiges) pour 15 % d'entre eux et une grave limitation (paralysie partielle ou de la moitié du corps) pour 1,1 % des malades.

A._____ a sollicité deux avis médicaux en France, l'un du Professeur L._____, chef de service de neurochirurgie de l'Hôpital neurologique et neurochirurgical H._____ à U._____, dont le rapport et l'audition ont été refusés par le Tribunal. Par contre, le rapport du Professeur I._____, chef du service de neurologie auprès des Hôpitaux Universitaires de T._____, assisté du Dr J._____, neurochirurgien du service de neurochirurgie des mêmes hôpitaux, a été versé à la procédure. L'expert a noté qu'avant l'opération les troubles consistaient en signes neurologiques extrêmement discrets (petits troubles de l'oculomotricité conjuguée et minimes signes sensitifs de l'hémicorps droit), alors qu'après l'intervention, il s'agissait d'une très importante symptomatologie du tronc cérébral caractérisée par des troubles majeurs de l'oculomotricité, un syndrome sensitif alterne touchant l'hémiface gauche et l'hémicorps droit, un syndrome cérébelleux cinétique de l'hémicorps droit, des myoclonies vélopalatines et du membre supérieur droit. Le potentiel évolutif des cavernomes était très variable, le risque le plus grave, soit la rupture à l'origine d'une hémorragie cérébro-méningée, se produisant dans 50 % des cas, sans qu'il
soit possible de prévoir ni sa date, ni son importance. En 1988, l'intervention chirurgicale comportait un risque estimé à 80 % d'une lésion grave du tronc cérébral (avec signes neurologiques non régressifs), ainsi qu'un risque de décès opératoire ou postopératoire immédiat de 80 % également. Vu la présence du cavernome et le petit saignement hémorragique qui était apparu au début janvier 1996, un traitement chirurgical était indispensable dans le courant de cette même année. En cas de non-intervention, la possibilité d'une hémorragie cérébrale devait être prise en considération à 50 %, voire un peu plus vu les antécédents du patient, les hémorragies pouvant entraîner des signes neurologiques fugaces ou majeurs, voire mortels. Les risques de l'intervention chirurgicale elle-même impliquaient une probabilité de survenance d'une complication locale estimée à 30 % et un pourcentage minime de mortalité.

Le Professeur V._____, engagé par l'assurance responsabilité civile des Hôpitaux X._____, a confirmé que des saignements récidivants pouvaient mettre en péril la vie du patient, surtout vu la localisation très dangereuse du cavernome dans le voisinage cérébral. Une rapide décision opératoire devait intervenir, l'ablation de l'angiome étant plus facile peu de temps après un saignement.
B.b Par jugement du 5 septembre 2001, le Tribunal de première instance a condamné les Hôpitaux X._____ à payer à A._____ et à ses consorts divers montants. Il a retenu en particulier que le patient n'avait pas été suffisamment renseigné sur les risques de l'opération, respectivement sur les conséquences de l'absence d'intervention, sur les pourcentages de survenance des différents risques, ainsi que sur le déroulement de l'opération et sa durée. La légèreté avec laquelle il avait accepté de subir l'intervention, "la veille pour le lendemain", révélait que "la gravité de l'opération (paraissait) avoir été masquée", car le patient affichait une confiance et un optimisme sans rapport avec l'échéance qui l'attendait. Il n'avait donc pas pu donner un consentement éclairé. De même, le consentement hypothétique faisait défaut, car le malade avait affirmé que s'il avait bénéficié de toute l'information voulue, il aurait en définitive renoncé à l'opération dans l'immédiat. Cette affirmation était plausible compte tenu de la personnalité du demandeur et de l'évolution de sa maladie de 1988 à 1996, laquelle n'avait pratiquement pas altéré le cours ordinaire de sa vie, particulièrement active. Si les pourcentages déterminés
ultérieurement par les experts lui avaient été communiqués, A._____, comme "patient raisonnable", aurait préféré remettre à plus tard l'opération, "choisissant de vivre pleinement encore quelques années avant de se décider pour une opération qu'il pouvait espérer encore plus efficace et sûre qu'en 1996, au vu des progrès déjà accomplis depuis 1988".

Sur appel des Hôpitaux X._____, la Chambre civile de la Cour de justice du canton de Genève, par arrêt du 15 novembre 2002, a annulé ce jugement et entièrement débouté le demandeur et ses consorts.
C.
A._____ et ses consorts (ci-après: les recourants) forment un recours de droit public au Tribunal fédéral. Ils demandent d'annuler l'arrêt de la cour cantonale. Invoquant l'art. 9 Cst. et le droit à la liberté personnelle ancré à l'art. 10 al. 2 Cst., les recourants prétendent que les constatations de fait de l'arrêt critiqué ont été posées arbitrairement, et que les notions de consentement éclairé et de consentement hypothétique ont été appliquées de manière insoutenable. Les recourants font ainsi grief à la Cour de justice de s'être fondée exclusivement sur la version des faits donnée par le Professeur F._____. Or l'information délivrée par ce praticien était globale et non détaillée, en ce sens qu'aucun pourcentage de risques n'avait été communiqué au patient. Vu

l'hospitalisation de A._____ en neurologie entre le 6 et le 12 janvier 1996, à l'issue de laquelle le patient avait retrouvé et ses réflexes et sa sensibilité, les circonstances dans lesquelles le rendez-vous auprès du neurochirurgien avait été pris ne permettaient pas à la cour cantonale de considérer que A._____ savait, avant de consulter le Professeur F._____, que l'opération était l'unique solution à son cas. A suivre les recourants, l'autorité
cantonale est tombée dans l'arbitraire quant à la connaissance du risque létal par le malade et quant au caractère prétendument urgent de l'opération. De toute manière, A._____ n'a bénéficié d'aucun délai de réflexion. A considérer les éléments établis par l'instruction, les recourants sont en outre d'avis que les conditions pour qu'un consentement hypothétique soit admis en l'occurrence faisaient totalement défaut. Enfin, ils font valoir que la liberté personnelle du patient a été violée.

Les Hôpitaux X._____ concluent au rejet du recours et à la confirmation de l'arrêt entrepris.

La Cour de justice se réfère aux considérants de son arrêt.

Le Tribunal fédéral considère en droit:
1.
Le Tribunal fédéral examine d'office et librement la recevabilité des recours qui lui sont soumis (ATF 128 I 46 consid. 1a p. 48; 128 II 13 consid. 1a p. 16, 56 consid. 1 p. 58, 66 consid. 1 p. 67; 128 IV 137 consid. 2 in initio).
1.1 L'art. 61 al. 1 CO autorise le législateur cantonal à déroger aux dispositions du code des obligations en ce qui concerne la responsabilité encourue par des fonctionnaires et employés publics pour le dommage ou le tort moral qu'ils causent dans l'exercice de leur charge. Cette disposition habilite les cantons à soustraire au droit privé fédéral et à soumettre à des règles de droit public cantonal la responsabilité de la collectivité publique, de ses magistrats et fonctionnaires (ATF 128 III 76 consid. 1a et l'arrêt cité). Le traitement des malades dans les hôpitaux publics relève de l'exécution d'une tâche publique, de sorte que les conditions auxquelles le patient peut agir en réparation de son dommage et de son tort moral, en cas de traitement inadéquat, sont déterminées par le droit public (arrêt 2P. 207/1997 du 16 janvier 1998, consid. 1, publié in: SJ 1998 p. 272). Comme le canton de Genève a fait valablement usage de la faculté offerte par l'art. 61 al. 1 CO en adoptant l'art. 5 al. 2 de la loi sur les établissements publics médicaux du 19 septembre 1980 (LEPM), qui renvoie elle-même à la loi sur la responsabilité de l'Etat et des communes du 24 février 1989 (LResp), la voie de la réforme est fermée et le Tribunal
fédéral ne peut être saisi que par le dépôt d'un recours de droit public (cf. ATF 128 III 76 consid. 1a, p. 79/80).
1.2 L'arrêt attaqué est final dans la mesure où la cour cantonale a statué sur une demande pécuniaire, au fond, par une décision qui n'est susceptible d'aucun autre moyen de droit sur le plan fédéral ou cantonal.

Les recourants sont personnellement touchés par la décision entreprise, qui écarte leur demande, de sorte qu'ils ont un intérêt personnel, actuel et juridiquement protégé à ce que cette décision n'ait pas été adoptée en violation de leurs droits constitutionnels; en conséquence, la qualité pour recourir (art. 88 OJ) doit leur être reconnue.

Interjeté de plus en temps utile (art. 89 al. 1 OJ) dans la forme prévue par la loi (art. 90 al. 1 OJ), le présent recours est ainsi recevable.
1.3 Saisi d'un recours de droit public, le Tribunal fédéral n'examine que les griefs d'ordre constitutionnel invoqués et suffisamment motivés dans l'acte de recours (art. 90 al. 1 let. b OJ; ATF 128 III 50 consid. 1c p. 53/54 et les arrêts cités).
2.
Les recourants font valoir que l'appréciation des preuves et l'établissement des faits ont été effectués arbitrairement par l'autorité cantonale. Celle-ci aurait en outre interprété les notions de consentement éclairé et de consentement hypothétique du patient de façon indéfendable.
2.1 Dans la mesure où le Tribunal fédéral doit examiner si les faits ont été constatés sans justification, sa cognition est limitée à l'arbitraire (art. 9 Cst.).
Le recours de droit public n'est pas ouvert pour invoquer seulement une violation du droit cantonal. Dans cette instance, le Tribunal fédéral ne peut que vérifier, à supposer qu'on lui soumette des griefs motivés (art. 90 OJ),

si l'application du droit cantonal n'est pas incompatible avec des droits fondamentaux, tels que la protection contre l'arbitraire consacrée par l'art. 9 Cst. (ATF 125 I 161 consid. 3c p. 164 et les arrêts cités).
2.2 Parce que le droit d'autodétermination du patient est protégé par l'art. 10 al. 2 Cst., les recourants soutiennent que le Tribunal fédéral peut connaître de leur moyen avec un plein pouvoir d'examen.

On ne saurait les suivre dans cette voie. En règle générale, lorsqu'est en cause l'application du droit cantonal de la responsabilité civile, la cognition est limitée sur ce point à l'arbitraire, même si les recourants invoquent la liberté personnelle (ATF 127 I 115 consid. 2 p. 116/117). En effet, une intervention chirurgicale, en tant qu'elle lèse l'intégrité corporelle du patient, porte, il est vrai, atteinte à sa liberté personnelle (cf. art. 10 al. 2 Cst.). Toutefois, le devoir qui pourrait incomber à la corporation publique, dont la responsabilité civile est engagée, de payer à l'intéressé des dommages-intérêts et une indemnité pour tort moral repose exclusivement sur la législation cantonale, dont le Tribunal fédéral ne contrôle l'application que sous l'angle restreint de l'arbitraire (arrêt 2P.101/1994 du 5 mai 1995, consid. 3b, in: ZBL 97 1996 p. 280/281 et les références).
3.
Selon la jurisprudence, une décision est arbitraire lorsqu'elle est manifestement insoutenable, méconnaît gravement une norme ou un principe juridique clair et indiscuté, ou encore heurte de manière choquante le sentiment de la justice et de l'équité. Il ne suffit pas que sa motivation soit insoutenable; encore faut-il que la décision apparaisse arbitraire dans son résultat. A cet égard, le Tribunal fédéral ne s'écarte de la solution retenue que si celle-ci apparaît insoutenable, en contradiction manifeste avec la situation effective, adoptée sans motif objectif et en violation d'un droit certain. Il n'y a pas arbitraire du seul fait qu'une autre solution paraît également concevable, voire même préférable (ATF 129 I 8 consid. 2.1; ATF 128 I 273 consid. 2.1).
En matière d'appréciation des preuves et d'établissement des faits, l'autorité fait montre d'arbitraire lorsqu'elle ne prend pas en compte, sans raison sérieuse, un moyen de preuve propre à modifier la décision, lorsqu'elle se trompe manifestement sur le sens et la portée d'un tel élément, ou encore lorsqu'elle tire des déductions insoutenables à partir des éléments recueillis (ATF 129 I 8 consid. 2.1; 127 I 38 consid. 2a p. 41; 124 I 208 consid. 4a).
Concernant plus particulièrement l'appréciation du résultat d'une expertise, le juge n'est en principe pas lié par ce dernier. Mais s'il entend s'en écarter, il doit motiver sa décision et ne saurait, sans motifs déterminants, substituer son appréciation à celle de l'expert, sous peine de verser dans l'arbitraire. En d'autres termes, le juge, qui ne suit pas les conclusions de l'expert, n'enfreint pas l'art. 9 Cst. lorsque des circonstances bien établies viennent en ébranler sérieusement la crédibilité (ATF 122 V 157 consid. 1c p. 160; 119 Ib 254 consid. 8a p. 274; 118 Ia 144 consid. 1c p. 146 et les arrêts cités). Si, en revanche, les conclusions d'une expertise judiciaire lui apparaissent douteuses sur des points essentiels, il doit recueillir des preuves complémentaires pour tenter de dissiper ses hésitations. A défaut, en se fondant sur une expertise non concluante, il pourrait commettre une appréciation arbitraire des preuves et violer l'art. 9 Cst. (ATF 118 Ia 144 consid. 1c p. 146).
4.
A l'opposé d'autres droits cantonaux (par ex. l'art. 21 de la loi vaudoise du 29 mai 1985 sur la santé publique), le droit genevois n'énonce pas dans la LEPM l'obligation du médecin de renseigner le patient sur le genre et les risques du traitement envisagé. Il convient donc de se référer à la jurisprudence et à la doctrine, qui ont précisé la notion et la portée de ce devoir d'information.
4.1 L'exigence d'un consentement éclairé se déduit directement du droit du patient à la liberté personnelle et à l'intégrité corporelle, qui est un bien protégé par un droit absolu (ATF 117 Ib 197 consid. 2a; 113 Ib 420 consid. 2 p. 423; 112 II 118 consid. 5e p. 128). Le médecin qui fait une opération sans informer son patient ni en obtenir l'accord commet un acte contraire au droit et répond du dommage causé, que l'on voie dans son attitude la violation de ses obligations de mandataire ou une atteinte à des droits absolus et, partant, un délit civil. L'illicéité d'un tel comportement affecte l'ensemble de l'intervention et rejaillit de la sorte sur chacun des gestes qu'elle comporte, même s'ils ont été exécutés conformément aux règles de l'art (ATF 108 II 59 consid. 3 p. 62 et les références).

Une atteinte à l'intégrité corporelle, à l'exemple d'une intervention chirurgicale, est ainsi illicite à moins qu'il n'existe un fait justificatif. Dans le domaine médical, la justification de l'atteinte réside le plus souvent dans le consentement du patient; pour être efficace, le consentement doit être éclairé, ce qui suppose de la part du praticien de renseigner suffisamment le malade pour que celui-ci donne son accord en connaissance de cause

(ATF 119 II 456 consid. 2a; 117 Ib 197 consid. 2a, déjà cité; 116 II 519 consid. 3b; 115 Ib 175 consid. 2b p. 181; 108 II 59 consid. 2 p. 61).
4.2 L'obligation du médecin de renseigner le patient sur le genre et les risques du traitement envisagé ne s'étend pas aux mesures thérapeutiques courantes qui ne présentent pas de danger spécial et ne peuvent entraîner aucune atteinte importante ou durable à l'intégrité corporelle. Le médecin doit donner au patient, en termes clairs, intelligibles et aussi complets que possible, une information sur le diagnostic, la thérapie, le pronostic, les alternatives au traitement proposé, les risques de l'opération, les chances de guérison, éventuellement sur l'évolution spontanée de la maladie et les questions financières, notamment relatives à l'assurance (ATF 119 II 456 consid. 2; Tomas Poledna/Brigitte Berger, Öffentliches Gesundheitsrecht, Berne 2002, p. 63 n. 126; Engel, Aspects généraux du droit médical, in: Aspects du droit médical, Fribourg 1987, p. 13; Dominique Manaï, Les droits du patient face à la médecine contemporaine, Bâle 1999, p. 118; Olivier Guillod, La responsabilité civile des médecins: un mouvement de pendule in: La responsabilità del medico e del personale sanitario fondata sul diritto pubblico, civile e penale, Lugano 1989, p. 73). Le médecin doit néanmoins veiller à ne pas inquiéter inutilement le patient en
suscitant chez ce dernier un état d'anxiété préjudiciable à sa santé, de sorte qu'un pronostic grave ou fatal peut être caché au patient, mais doit en principe être révélé à ses proches. Cette possibilité, reconnue au médecin, de moduler son information, appelée "privilège thérapeutique", ne doit bien sûr pas vider de sa substance l'obligation de renseigner (Olivier Guillod, op. cit., p. 77).

Ce devoir d'information conditionne l'exercice par le patient de son droit à l'autodétermination et vise aussi bien à assurer la libre formation de sa volonté qu'à protéger son intégrité corporelle (Rainer J. Schweizer, Die schweizerische Bundesverfassung, Kommentar, Zurich 2002, n. 19 ad art. 10 Cst., p. 158; Poledna/Berger, op. cit., p. 62, n. 123; Pierre Martin-Achard/Luc Thévenoz , La responsabilité civile des médecins des hôpitaux publics, in: Aspects du droit médical, Fribourg 1987, p. 235; moins clair: Jean Penneau, L'incidence du consentement sur la responsabilité juridique des médecins, in: Consentement éclairé et transfusion sanguine, Rennes 1996, p. 31).

Des exceptions au devoir d'information du médecin ne sont admises que dans des cas très précis, ainsi si l'intervention est anodine, s'il y a une urgence confinant à l'état de nécessité ou si, dans le cadre d'une opération en cours, il y a une nécessité évidente d'en effectuer une autre (ATF 119 II 456 consid. 2a; 117 Ib 197 consid. 3b, p. 203/204; Engel, op. cit., p. 14; Poledna/Berger, op. cit., p. 113/114).

C'est au médecin qu'il appartient d'établir qu'il a suffisamment renseigné le patient et obtenu le consentement préalable de ce dernier (ATF 117 Ib 197 consid. 2d; 115 Ib 175 consid. 2b; Poledna/Berger, op. cit., p. 112 n. 202; Robert Geisseler, Aufklärungspflicht des Arztes, in: Haftpflicht- und Versicherungsrechtstagung 1995, St-Gall 1995 p. 172; Christian Conti, Die Malaise der ärztlichen Aufklärung, in: AJP/PJA 2000 p. 628).
5.
Concernant l'information donnée à A._____ par le Professeur F._____, les recourants reprochent à la cour cantonale de s'être fondée exclusivement sur la version des faits rapportée par ce médecin, qui est la principale personne mise en cause dans la procédure.

De plus, en retenant la version des faits de ce praticien, dont le rôle s'apparenterait davantage à celui d'une partie au procès qu'à celui d'un témoin neutre et indépendant, la juridiction intimée aurait fait supporter au patient le fardeau de la preuve, alors qu'il incombait au médecin de prouver que le malade avait reçu une information appropriée pour se déterminer sur l'opération.
5.1 Le premier grief s'attache à l'appréciation des preuves. Le fait que la cour cantonale se soit basée exclusivement sur l'avis du Professeur
F._____ pour juger du contenu de l'information dispensée au patient n'est pas à lui seul constitutif d'arbitraire.

Cependant, la cour cantonale ne devait pas perdre de vue que ce témoin est l'agent pour l'activité duquel la responsabilité civile de la collectivité publique est recherchée. C'est pourquoi, il importait de prendre en considération d'autres moyens de preuve, notamment des témoignages, susceptibles d'objectiver le contenu de la consultation du 24 janvier 1996, lequel revêt une importance capitale pour la solution du différend. Et cela,

d'autant plus que la charge de la preuve du caractère suffisant de l'information donnée au malade incombait, comme on l'a vu, au chirurgien (cf. not. ATF 117 Ib 197 consid. 2d).

Il convenait in casu de se montrer particulièrement circonspect pour apprécier le témoignage du chirurgien. De fait, il y avait lieu de confronter la parole de ce médecin à celle du patient pour des faits remontant à plusieurs années, dans un litige où, en raison des règles du droit cantonal de procédure, l'un des protagonistes de l'entretien déposait en qualité de témoin et l'autre comme partie. La cour cantonale devait en outre garder à l'esprit qu'une intervention médicale est un événement spécial et important pour le patient, qui s'en rappellera sans doute vivement, tandis qu'elle n'est souvent qu'une routine pour le médecin (Olivier Guillod, op. cit., p. 76). Dans un tel contexte, on ne saurait a priori accorder moins de poids à la version du patient qu'à celle du médecin.
5.2 Le consentement éclairé du patient doit être donné librement, et pour être valable, il ne doit être entaché ni de tromperies (mensonges du médecin), ni de pressions, et encore moins de menaces. Les pressions d'ordre psychologique ne sont pas évidentes à définir; il peut être en effet difficile de distinguer le conseil et la persuasion dont fait preuve un médecin consciencieux de la pression morale exercée par le praticien dont l'intensité invalide le consentement du malade (Dominique Manaï, op. cit., p. 136 et 137).

S'il s'agit d'une intervention particulièrement délicate quant à son exécution ou à ses conséquences, le patient a droit à une information claire et complète à ce sujet, dispensée suffisamment à l'avance pour qu'il puisse prendre en toute sérénité sa décision sur l'opération (Poledna/Berger, op. cit., p. 68 n. 141; Wolfgang Wiegand, Die Aufklärung bei medizinischer Behandlung in: Recht 1993, p. 153, IV, 1).

Un consentement requis juste avant une opération, lorsque le patient est déjà sous l'influence de sédatif, est clairement contraire à son droit d'autodétermination. Hormis les cas d'urgence, relevant de l'état de nécessité, le patient doit pouvoir fournir son consentement au plus tard un jour avant une opération sans gravité particulière; en revanche, si l'intervention est lourde ou présente des risques importants, le temps nécessaire pour forger la détermination du malade doit être de trois jours au moins . Une information délivrée la veille de l'opération est de toute façon inadmissible, lorsque celle-ci était prévisible à terme (Poledna/Berger, op. cit., p. 113 n. 362; Wolfgang Wiegand, Die Aufklärungspflicht und die Folgen ihrer Verletzung, in: Handbuch des Arztrechts, Zurich 1994, p. 156; Doris Voll, Die Einwilligung im Arztrecht, Francfort 1996, p. 108).

L'octroi au patient d'un délai raisonnable pour se déterminer prend ainsi une importance primordiale. En conséquence, le moment où l'information est donnée doit être choisi suffisamment tôt pour que le malade puisse se décider sans être soumis à la pression du temps. Pendant cette période de réflexion, qui doit en particulier permettre au patient de requérir le conseil de proches ou d'amis, ce dernier ne doit en principe pas être déjà hospitalisé, car l'influence, même positive, du milieu médical et hospitalier est impropre à favoriser la formation de la volonté objective du patient. A défaut de telles précautions, le consentement donné doit être considéré comme inefficace pour justifier l'opération, du moment qu'il y a alors lieu d'admettre que des facteurs extérieurs (manque de temps, circonstances ressenties subjectivement comme des pressions) ont altéré la volonté effective du malade (Pascal Payllier, Rechtsprobleme der ärztlichen Aufklärung, Zurich 1999, p. 116/117).
5.3 En l'espèce, la Cour de justice a retenu que le Professeur F._____ avait expliqué au malade la nécessité d'une intervention, le déroulement de l'opération et les risques éventuels, en rappelant que toute intervention intracrânienne comportait un risque mortel.

Il n'est pas contesté que le patient connaissait la nature de son affection, soit le diagnostic d'angiome caverneux, pour laquelle aucune thérapie n'était possible en 1988, l'opération étant en particulier exclue en raison du risque de mortalité de l'ordre de 80%. Après l'épisode de 1993, qui s'est révélé léger au point que l'intéressé n'est pas allé consulter de médecin, le recourant a été hospitalisé du 6 au 12 janvier 1996 au service de neurologie des Hôpitaux X._____. A cette occasion, les neurologues lui ont clairement indiqué que la seule thérapie envisageable consistait dans une opération, à propos de laquelle ils l'ont invité à discuter avec le neurochirurgien. Il a aussi été constaté qu'à la sortie du malade de la clinique de neurologie, les symptômes allaient nettement en régressant. Il s'ensuit qu'au moment de se présenter chez le Professeur F._____, le 24 janvier 1996, le

malade savait que la seule action thérapeutique envisageable était l'opération, voie qui était inacceptable en 1988 au vu d'un risque létal majeur.

L'autorité cantonale a retenu que, pendant la consultation, le Professeur F._____ a tout d'abord confirmé la nécessité de cette intervention chirurgicale. Au sujet des risques de l'opération elle-même, il a déclaré que le malade pouvait certes se retrouver dans une situation pire que celle qu'il avait vécue en 1988, voire même temporairement plus grave, mais qu'il y avait de très grandes chances de récupération. Le chirurgien ne pense pas avoir communiqué les pourcentages de risques de complication (de 20 à 30%) et de décès (inférieurs à 5%), mais a rappelé qu'il y avait un risque de mort. Pour le déroulement de l'opération, il a indiqué qu'il devait pratiquer une ouverture du crâne dans sa partie postérieure, sous monitoring électrique. Il ne se souvenait plus s'il avait parlé de la durée de l'intervention (4 à 5 heures) et s'il avait utilisé un cerveau de démonstration en plastique, éléments contestés par le malade. Le chirurgien a déclaré à son patient qu'il n'y avait pas de réelle urgence, mais que l'intervention devait avoir lieu dans le mois à venir pour en faciliter le déroulement.

Enfin, comme une salle d'opération spécialement équipée s'était libérée pour le lendemain matin à 8 h., le chirurgien a estimé qu'il était de son devoir de l'utiliser. A._____ n'avait au demeurant pas souhaité de deuxième avis médical, entreprise qui aurait été encouragée si elle avait été formulée. Selon le neurochirurgien, le malade a accepté tout à fait librement que l'opération soit effectuée le lendemain de la consultation.
Entendu à titre de renseignement, le demi-frère du patient a rapporté qu'un médecin (une assistante du Professeur F._____) était passé dans la chambre du malade pour parler de l'anesthésie et avait indiqué que l'opération n'était pas grave et ne comportait pas de risque. Entendu en qualité de témoin, le voisin de chambre du recourant a déclaré que ce dernier s'était installé dans sa chambre le 24 janvier en fin de journée et qu'il était très confiant en ce qui concernait l'opération à venir.
5.4 Il appert ainsi que la cour cantonale a fait une appréciation de la déposition du Professeur F._____, sans tenir compte du fait que le devoir d'informer est d'autant plus grand que l'opération s'accompagne de risques importants, susceptibles d'avoir des conséquences graves (ATF 117 Ib 197 consid. 3b p. 204; arrêt 4C.276/1993 du 1er décembre 1998 consid. 3b, in Pra 2000 28 p. 163 ss; arrêt 2P.101/1994 du 5 mai 1995 consid. 4a, in Zbl 97 1996 p. 278 ss; arrêt 4C. 348/1994 du 31 mai 1995 consid. 5a, in SJ 1995 p. 708 ss; Engel, op. cit., p. 13 in fine; Poledna/Berger, op. cit., n. 132, p. 65/66).

Or, en l'espèce, le Professeur F._____ a donné des informations générales au patient, sans mettre l'accent sur les risques sérieux que comportait immanquablement une intervention lourde au cerveau. Même si le risque létal avait considérablement diminué entre 1988 et 1996, il n'avait pas pour autant disparu. De surcroît, le risque de l'apparition de complications n'était pas du tout négligeable. Il était donc essentiel de fournir des précisions à ce propos au patient pour qu'il puisse se déterminer en toute connaissance de cause, sans tomber dans l'optimisme qu'il a manifesté après la consultation du 24 janvier 1996.

Surtout, il était indispensable de permettre au malade de faire le point en lui accordant une journée ou deux de réflexion avant d'être opéré, afin qu'il puisse discuter avec ses proches ou ses amis de l'opportunité de subir l'intervention proposée. On voit ainsi que le patient a été mis sous pression, à telle enseigne qu'il a été en pratique détourné de solliciter un second avis médical. Pourtant, le neurochirurgien lui-même a admis qu'une telle démarche aurait eu tout son sens.

Le comportement du patient à l'issue de la consultation et à la veille de l'opération ne peut s'expliquer que par une mise en confiance excessive, à laquelle a encore contribué la doctoresse K._____, assistante du Professeur F._____, en affirmant au malade qu'il ne courait aucun risque, hormis un problème passager de déglutition.

Au vu de ces données, la juridiction cantonale ne pouvait pas estimer que le recourant, "lorsqu'il s'(était) trouvé confronté à la proposition thérapeutique de l'opération, a(vait) pu (y) réfléchir pendant plus de dix jours après sa sortie de l'hôpital, avant d'être reçu par le professeur, le 24 janvier 1996".

En effet, si le recourant savait alors que la seule issue thérapeutique possible résidait dans l'opération, les

médecins du service de neurologie dans lequel il avait été hospitalisé du 6 au 12 janvier 1996 ne lui avaient fourni aucune explication quant à cette dernière, laissant intégralement cette responsabilité aux neurochirurgiens, plus spécifiquement au professeur chargé de la pratiquer. Ainsi, les éléments décisifs que le patient avait à sa disposition pour se faire une idée des conséquences et des risques de l'intervention ne pouvaient résulter que de la consultation du 24 janvier 1996 et du délai de réflexion qui devait la suivre. Contrairement à l'opinion de l'autorité cantonale, les hypothèses que pouvait auparavant développer le recourant à partir des indications médicales relatives au diagnostic qui lui avait été donné ou de son expérience personnelle de vie depuis 1988 avec la maladie ne pouvaient servir à éclairer correctement le patient.

Or, face à une opération qui n'était pas urgente, même s'il y avait lieu de l'effectuer dans un délai de quelques semaines, un bref délai de réflexion devait être pour le moins laissé au recourant pour qu'il se détermine librement, et cela sans que sa volonté soit altérée par l'environnement hospitalier (cf. consid. 5.2 ci-dessus). C'est donc arbitrairement que la Cour de justice a admis que le consentement du recourant, délivré à l'issue même d'une consultation aux Hôpitaux X._____ qui n'a pas dépassé la demi-heure, constituait un fait justificatif de l'atteinte à l'intégrité corporelle qu'il a subie le lendemain.

Il n'importe que la bonne gestion des établissements hospitaliers commande qu'une salle d'opération spécialement équipée, devenue tout d'un coup disponible comme ce fut le cas en l'occurrence, soit utilisée dans la mesure du possible. Cette circonstance ne permet aucunement d'abréger le délai de réflexion qui doit impérativement être accordé au malade avant qu'il ne fournisse son consentement éclairé à l'opération. L'usage rationnel et planifié des équipements hospitaliers, qui est un but en soi parfaitement louable, ne saurait pourtant être utilisé comme un moyen de pression pour contraindre le malade à accepter une lourde opération (cf. Manaï, op. cit., p. 137; Payllier, op. cit., p. 116/117).

Sur ces points, la motivation de la cour cantonale ne résiste pas au grief d'arbitraire. Toutefois, l'annulation de la décision entreprise ne peut intervenir que si elle s'avère arbitraire dans son résultat, question qui se confond, dans le cas présent, avec celle du consentement hypothétique.

5.5 La jurisprudence et la doctrine majoritaire reconnaissent au médecin, respectivement à celui qui répond de lui, la faculté de soulever le moyen du consentement hypothétique du patient. Si le médecin parvient à établir que le malade concerné se serait tout de même décidé en faveur de l'intervention proposée à supposer qu'il ait reçu une information complète et appropriée, l'illicéité de l'intervention, et par conséquent l'obligation de réparer, disparaissent ipso facto. Le fardeau de la preuve du consentement hypothétique incombe au médecin, à charge pour le patient de collaborer à cette preuve en rendant vraisemblable ou au moins en alléguant les motifs personnels qui l'auraient incité à refuser l'opération s'il en avait notamment connu les risques (ATF 122 III 229 consid. 5a/aa p. 233; 119 II 456 consid. 4; 117 Ib 197 consid. 5c p. 209; Poledna/Berger, op. cit., p. 115; Payllier, op. cit., p. 229-231). En principe, le consentement hypothétique ne doit pas être admis lorsque le genre et la gravité du risque encouru auraient nécessité un besoin accru d'information, que le médecin n'a pas satisfait. Dans un tel cas, il est en effet plausible que le patient, s'il avait reçu une information complète, se serait trouvé dans un réel
conflit quant à la décision à prendre et qu'il aurait sollicité un temps de réflexion (Geisseler, op. cit., p. 171).

Selon la jurisprudence, il ne faut pas se baser sur le modèle abstrait d'un "patient raisonnable", mais sur la situation personnelle et concrète du patient dont il s'agit (ATF 117 Ib 197 consid. 5a et les références; BVR/JAB 1994 p. 324 ss, consid. 3c p. 328). Ce n'est que dans l'hypothèse où le patient ne fait pas état de motifs personnels qui l'auraient conduit à refuser l'intervention proposée qu'il convient de considérer objectivement s'il serait compréhensible, pour un patient sensé, de s'opposer à l'opération (ATF 117 Ib 197 consid. 5c p. 209; arrêt 2P.101/1994 du 5 mai 1995 consid. 5b, in ZBL 97 1996 p. 284).

En l'occurrence, il est incontestable que la rareté de l'opération (pratiquée environ deux fois par année par le Professeur F._____, cf. procès-verbal d'enquêtes du 31 mai 1999, p. 13 in medio), sa gravité et les risques encourus impliquaient un devoir d'information accru de la part du médecin. Or, on vient de le voir, le neurochirugien n'a pas attiré spécialement l'attention du malade sur les dangers éventuels entraînés par l'intervention

litigieuse. A cela s'ajoute que le patient n'a même pas disposé du temps de réflexion usuel et nécessaire, à passer en dehors du milieu hospitalier, pour savoir s'il acceptait l'opération ou s'il entendait poursuivre son existence avec les risques inhérents à l'absence de traitement, comme il l'avait fait de 1988 à 1996. Dans ces conditions, il n'est pas certain que les intimés puissent soulever pour leur défense l'objection du consentement hypothétique. La question peut toutefois demeurer indécise.
5.6 L'autorité cantonale a admis que l'opération proposée était la seule thérapie envisageable - point qui n'est pas contesté - et que si un "patient raisonnable" avait connu les pourcentages de risques, respectivement du traitement et de l'absence de thérapie, il aurait accepté l'intervention. Conformément à la jurisprudence rappelée au considérant 6.1 supra, il ne fallait pourtant pas se fonder sur le comportement d'un tel patient, mais sur la situation personnelle du recourant, dès l'instant où ce dernier a fait état en procédure de motifs qui commandaient en 1996, au moins temporairement, le refus d'une intervention chirurgicale à ce moment-là.

D'entrée de cause, A._____ a soutenu que s'il avait bénéficié de toute l'information voulue, il aurait en définitive renoncé à l'opération. Cette opinion est plausible à considérer les circonstances de l'espèce.
Liminairement, il sied de préciser que le droit d'autodétermination du patient est extrêmement large, et qu'il inclut pour l'intéressé le refus de toutes mesures curatives, même si cela doit le conduire à la mort (Poledna/Berger, op. cit., p. 64/65 n. 131). La liberté personnelle consacre en effet pour le patient le droit de vivre sa maladie comme il l'entend (cf. Jean-Emmanuel Rossel, L'effet horizontal des droits fondamentaux et son application en droit médical, in: Aspects du droit médical, Fribourg 1987 p. 70; Manaï, op. cit., p. 125 s., auteur qui parle du droit à la maladie). In casu, même si A._____ avait été nanti des explications complètes, on ne saurait nier qu'il se serait trouvé au moins dans un profond dilemme (Echter Entscheidungskonflikt) (cf. ZR 2002, p. 25/26), car aucune des branches de l'alternative entre lesquelles il devait choisir ne lui garantissait réellement de pouvoir mener une vie normale.

Il convient à ce stade du raisonnement de prendre en compte la personnalité du patient ainsi que son anamnèse. Ce dernier a connu une première atteinte à fin juillet 1988, laquelle a permis de poser le diagnostic d'angiome caverneux. Aucun traitement n'a alors été prescrit au malade, car l'ablation du cavernome comportait un risque mortel massif. Il lui a simplement été recommandé de s'abstenir de pratiquer des sports violents. Il a ainsi pu continuer à exercer des activités professionnelles assez astreignantes au plan physique (chauffeur de poids lourd, agent de sécurité) et à pratiquer de nombreuses activités sportives (moto, cyclisme, natation, équitation, tir). La récidive de troubles neurologiques survenue en 1993 a été si légère que le patient n'a consulté aucun médecin et que les symptômes ont très rapidement disparu. Quant aux nouveaux troubles qui sont apparus au tout début janvier 1996 après une séance de fitness, ils n'ont justifié qu'une brève hospitalisation (moins d'une semaine), à l'issue de laquelle le malade est sorti en ayant retrouvé la quasi-totalité de ses réflexes et de sa sensibilité, et sans se voir imposer aucune prescription particulière. Le recourant a pu de nouveau circuler à motocyclette. C'est
d'ailleurs au guidon de cet engin qu'il s'est rendu à la consultation du Professeur F._____, fixée au 24 janvier 1996.

Partant, il apparaît que le patient concerné, qui était un homme très sportif n'ayant pas encore 30 ans, pouvait choisir de refuser l'intervention, dans l'espoir de profiter pleinement de la vie encore quelques années, comme il l'avait fait entre 1988 et 1996. Hormis la brève alerte de 1993, il ne s'était en effet plaint d'aucun symptôme pendant tout cette période. Et après l'hospitalisation de janvier 1996, il se sentait de nouveau bien au point de circuler à moto en plein hiver. Le recourant était au demeurant en droit d'escompter que la science médicale fasse dans un avenir proche des progrès aussi considérables que ceux qui s'étaient réalisés entre juillet 1988 en janvier 1996 (passage du risque de décès opératoire immédiat de 80 % à 5 %), de sorte que le danger de la survenance de complications graves postopératoires se réduise encore dans une large mesure.

En l'absence de conditions permettant aux intimés de soulever l'objection du consentement hypothétique, la Cour de justice, qui a admis le moyen, a violé gravement les principes juridiques le régissant. Comme la cour cantonale a versé dans l'arbitraire, le recours doit être admis et l'arrêt cantonal annulé.
6.
Les atteintes à l'art. 9 Cst. retenues ci-dessus impliquent aussi la violation de l'art. 10 al. 2 Cst., dans la mesure

où le droit d'autodétermination du patient est fondé sur les droits de la personnalité et de la liberté personnelle, au sens de cette norme constitutionnelle (Rainer J. Schweizer, op. cit., n. 19 ad art. 10 Cst., p. 158; Ulrich Häfelin/Walter Haller, Schweizerisches Bundesstaatsrecht, 5e éd., p. 111).

7.
Vu l'issue du litige, les intimés, qui succombent, paieront l'émolument de justice et verseront des dépens aux recourants, créanciers solidaires.

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce:
1.
Le recours est admis et l'arrêt attaqué est annulé.
2.
Un émolument judiciaire de 12 000 fr. est mis à la charge des intimés.
3.
Les intimés verseront aux recourants, créanciers solidaires, une indemnité de 13 000 fr. à titre de dépens.
4.
Le présent arrêt est communiqué en copie aux mandataires des parties et à la Chambre civile de la Cour de justice du canton de Genève.
Lausanne, le 28 avril 2003
Au nom de la Ire Cour civile
du Tribunal fédéral suisse
Le président: Le greffier: