

GE_GERICHTE ACJC/754/2017 vom 29. Juni 2017

GE Cour de justice, 2017-06-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ACJC_754_2017

FR: GE_GERICHTE ACJC/754/2017 du 29 juin 2017

IT: GE_GERICHTE ACJC/754/2017 del 29 giugno 2017

Erwägungen

E. 1.1

L'appel est recevable contre les décisions finales de première instance, si la valeur litigieuse au dernier état des conclusions est de 10'000 fr. au moins (art. 308 CPC), ce qui est le cas en l'espèce. Déposé selon la forme et dans le délai prescrits (art. 130, 131, 142 al. 1, 311 al. 1 CPC), l'appel principal est recevable. Il en va de même de l'appel joint, lequel a été interjeté dans le délai de trente jours suivant la notification de l'appel principal (art. 142 al. 1, 312 al. 2, 313 al. 1, CPC) et selon la forme prescrite par la loi.

E. 1.2

La Cour dispose d'un plein pouvoir d'examen (art. 310 CPC). Elle applique la maxime des débats et le principe de disposition (art. 55 al. 1 et 58 al. 1 CPC).

E. 1.3

L'appel et l'appel joint sont joints et traités dans un seul arrêt (art. 125 CPC).

E. 1.4

A_____ est désignée en qualité d'appelante et B_____ en qualité d'intimé.

E. 2

L'appelante reproche au Tribunal d'avoir admis l'existence d'un consentement hypothétique. Ses troubles visuels, lorsqu'elle avait accepté l'opération sur son œil gauche, n'étaient pas comparables à ceux préexistants à l'opération litigieuse. En effet, avant l'opération de l'œil gauche, sa vision était limitée à un seul œil et aucune autre alternative ne s'offrait donc à elle, ce qui n'était pas le cas avant l'opération litigieuse. Dans le cadre de sa réponse à l'appel principal, l'intimé fait grief au premier juge d'avoir retenu une violation de son devoir d'information. Il s'agissait d'une opération courante dont les risques étaient de moins de 1%. Il n'avait donc pas à informer sa patiente d'un risque de cécité rarissime, sans compter que celle-ci était anxieuse et qu'il incombait au médecin de ne pas susciter un état d'appréhension excessif. En tout état, un consentement hypothétique devait être retenu. En effet, les patients n'hésitaient pas à se soumettre à une opération de la cataracte, qui était très courante et comportait des risques minimes en considération de ses bénéfices. L'appelante s'était soumise à trois opérations des yeux en 2003 en toute connaissance de cause. Par ailleurs, après l'opération litigieuse, elle s'était soumise à une opération similaire, alors qu'elle en connaissant les risques, pour en avoir été victime, et qu'elle risquait une cécité complète. A titre superfétatoire, l'opération en cause était indispensable. Si elle n'avait pas été opérée de la cataracte sur son

C/18517/2012 œil droit, elle aurait, de ce fait, de toute façon perdu la vision de cet œil et donc sa vision binoculaire. 2.1.1 L'exigence d'un consentement éclairé se déduit du droit du patient à la liberté personnelle et à l'intégrité corporelle. 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 y voie la violation de ses obligations de mandataire ou une atteinte à des droits absolus. L'illicéité d'un tel comportement affecte l'ensemble de l'intervention et rejaillit sur les gestes qu'elle comporte, même s'ils ont été exécutés conformément aux règles de l'art. C'est au médecin qu'il appartient d'établir qu'il a suffisamment renseigné le patient et obtenu le consentement éclairé de ce dernier (ATF 133 III 121 consid. 4.1.1 et 4.1.3). Le médecin doit donner au patient une information sur les risques de l'opération. L'information à communiquer dépend de deux facteurs : d'une part, la gravité des risques et la fréquence de leur survenance; d'autre part, la nécessité et l'urgence de l'intervention. Moins une intervention est nécessaire (par ex. une chirurgie esthétique), plus l'information sera étendue (MANAI, Droits du patient et biomédecine, 2013, p. 88). Le médecin doit informer le malade des risques graves, même s'ils ne se réalisent qu'exceptionnellement (DUC, Responsabilité du médecin: le consentement thérapeutique et le consentement économique éclairé du patient, in AJP/PJA 2/2001 p. 255). Des exceptions au devoir d'information ne sont admises que dans des cas très précis, par exemple lorsqu'il s'agit d'actes courants sans danger particulier et n'entraînant pas d'atteinte définitive ou durable à l'intégrité corporelle, ou encore 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 d'en effectuer une autre. Par ailleurs, le médecin doit veiller à ne pas susciter chez son patient un état d'anxiété préjudiciable à la santé. 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 (ATF 133 III 121 consid. 4.1.2; 117 Ib 197 consid. 3b). Une autre exception au devoir d'informer concerne les risques rares et inhabituels, qui n'ont pas besoin d'être mentionnés suivant les circonstances et à certaines conditions (arrêt du Tribunal fédéral 4P.110/2003 du 26 août 2003 consid. 3.1.1). 2.1.2 En l'absence de consentement éclairé, la jurisprudence reconnaît au médecin la faculté de soulever le moyen du consentement hypothétique du patient. Le praticien doit établir que le patient aurait accepté l'opération même s'il avait été dûment informé. Le patient doit collaborer à cette preuve en alléguant les motifs personnels qui l'auraient incité à refuser l'opération s'il en avait connu les risques. 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 conflit

- 22/36 -

C/18517/2012 quant à la décision à prendre et qu'il aurait sollicité un temps de réflexion. 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. 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 qu'il convient de considérer objectivement s'il serait compréhensible, pour un patient sensé, de s'opposer à l'opération (ATF 133 III 121 consid. 4.1.3). Le consentement hypothétique est en principe admis lorsque le risque est exceptionnel, un risque survenant dans une proportion de l'ordre de 1% ayant été qualifié comme tel par certaines décisions du Tribunal fédéral (ATF 66 II 36: risque de rupture du tendon de l'annulaire causant le maintien

définitif du doigt en position fléchie; arrêts du Tribunal fédéral 4A_604/2008 du 19 mai 2009: risque de cicatrice douloureuse et 4P.110/2013 du 26 août 2003: risque de perte partielle de l'usage d'une jambe [deux cas connus]) ou lorsque l'intervention est nécessaire ou urgente. Plus le risque est lourd, moins il sera admis (MANAI, op. cit., p. 100 à 104).

2.2.1 En l'espèce, il est établi que l'intimé n'a pas mentionné à l'appelante le risque de cécité. Certes, l'opération de la cataracte était une intervention courante et le risque de cécité ne se réalisait que rarement. Cependant cette intervention était plus difficile en présence d'un glaucome congestif, ce qui était le cas en l'espèce. Le caractère courant de l'opération effectuée doit donc être relativisé. Par ailleurs, il s'agissait d'un risque particulièrement grave et il n'y avait aucune nécessité ni urgence à opérer l'appelante. L'intimé a certes allégué que l'opération était nécessaire, mais il ne l'a pas démontré. Seul le caractère indiqué médicalement de l'opération est établi, étant souligné que l'appelante a allégué ne pas avoir souffert de problème de vision de l'œil droit à ce stade, ce qui était théoriquement possible selon les déclarations du témoin G_____. L'intervention n'était pas non plus urgente. Au vu de ces éléments, il y a lieu d'admettre que l'intimé a violé son devoir d'information en n'informant pas sa patiente du risque grave de cécité. D'ailleurs, les médecins entendus à cet égard ont indiqué qu'ils informaient leurs patients de ce risque (H_____, G_____, I_____).

2.2.2 L'appelante a fait état de motifs personnels qui l'auraient conduite à refuser l'intervention ou à la différer si elle avait été informée du risque de cécité. Elle a en effet expliqué avoir été en mesure d'exercer son activité professionnelle et l'exercer effectivement à ce stade, ce qui n'est pas contesté. Elle a allégué que malgré une légère baisse de son acuité visuelle, elle ne se plaignait pas de

- 23/36 -

C/18517/2012 problèmes de vision au quotidien, en particulier à l'intimé, ce qui n'est pas contesté non plus. Il a d'ailleurs été mentionné par le témoin G_____ qu'il était possible d'avoir une acuité visuelle à 100% malgré une dioptrie de - 6. En outre, il ne ressort pas du dossier que l'appelante aurait demandé à l'intimé de procéder à l'opération litigieuse ou à tout autre traitement en raison d'une baisse de sa vision, mais que celui-ci le lui a spontanément proposé en lui indiquant qu'elle verrait mieux et que son problème de glaucome serait également résolu. L'appelante a allégué qu'elle aurait attendu de voir l'évolution de la situation si elle avait été informée du risque de cécité, dès lors qu'elle souhaitait continuer à travailler et qu'elle ne souffrait pas d'une baisse handicapante de sa vision. De son côté, l'intimé n'a pas démontré une urgence, ni une nécessité d'opérer à ce stade, mais seulement le caractère indiqué médicalement de l'intervention. En outre, il est établi que le caractère courant de l'opération concernée doit être relativisé dans le contexte d'un glaucome congestif. Quant au risque de cécité, dont le taux précis de survenance n'est pas établi par l'intimé, celui-ci était certes rare, mais également particulièrement grave. Du seul fait du genre et de la gravité du risque encouru, le cas d'espèce justifiait un besoin accru d'information privant d'emblée le médecin de l'objection du consentement hypothétique du patient. Au demeurant, au vu de l'ensemble des éléments précités, l'intimé échoue à démontrer que l'appelante, dont il est établi qu'elle est une personne très soucieuse, aurait, si elle avait été informée du risque de cécité - grave bien qu'exceptionnel - et de la difficulté apportée à l'opération par le contexte du glaucome, accepté de se soumettre sans délai à une intervention dont il n'est pas démontré qu'elle aurait été urgente et/ou nécessaire à ce stade et alors qu'elle ne souffrait pas à cette période d'un problème de vision la gênant de façon importante dans sa vie quotidienne, en particulier dans son travail, ce qui n'est pas contesté.

L'intimé soutient à tort que le consentement hypothétique de l'appelante à l'opération litigieuse peut être déduit du fait qu'elle avait accepté environ cinq ans auparavant de se soumettre à des opérations des yeux. En effet, les caractéristiques desdites opérations, en particulier leurs risques ainsi que leurs bénéfices, et, surtout, l'information donnée préalablement à cet égard à l'appelante sont ignorés. Rien ne peut donc être déduit du consentement intervenu. L'intimé soutient également à tort que le consentement hypothétique de l'appelante à l'opération litigieuse peut être déduit du fait qu'elle a accepté seize mois plus tard de se soumettre à la même opération. En effet, ce consentement ultérieur est intervenu dans des circonstances incomparables. En effet, l'appelante avait précisément subi le risque de cécité lors de l'opération litigieuse passée. Le chirurgien était donc particulièrement vigilant à cet égard et

- 24/36 -

C/18517/2012 en mesure de la rassurer par l'annonce de mesures de précaution spécifiques et efficaces qu'il prendrait pour parer audit risque, étant précisé que le risque dont pensait avoir été victime l'appelante, ainsi que J_____ sur la base des informations données par celle-ci, était celui d'une cécité causée par une infection. Ce médecin a d'ailleurs souligné avoir pris, en raison de l'endophtalmie passée, des mesures particulières à cet égard, qu'il ne prenait pas pour ses patients en général, ceci afin de rassurer l'appelante qui était très inquiète à ce sujet. En outre, l'appelante souffrait, après l'opération litigieuse, mais non auparavant, d'un problème de vision la gênant de façon importante dans sa vie de tous les jours et dans l'exercice de son activité professionnelle. La nécessité pour elle d'une tentative d'amélioration de sa vision est en découlée, contrairement à ce qui était le cas avant ladite opération. Au vu de ce qui précède, la conclusion du premier juge d'admettre l'objection du consentement hypothétique de l'appelante ne sera pas confirmée. Il en découle que la responsabilité de l'intimé peut être retenue au seul motif qu'il n'a pas correctement informé sa patiente. Au demeurant, même si le consentement hypothétique de l'appelante était admis, la responsabilité de l'intimé serait retenue sur la base du considérant qui suit.

E. 3

Le premier juge a retenu à juste titre une violation fautive par l'intimé de son devoir de diligence, ce qui n'est pas remis en cause par l'appelante et ne fait l'objet d'aucun grief spécifique développé par l'intimé. Point n'est donc besoin d'examiner à nouveau ce point, de sorte que seules restent litigieuses la question de l'existence d'un lien de causalité entre la violation précitée du devoir de diligence et le préjudice subi par l'appelante, de même que celle de la détermination de celui-ci. L'appelante fait grief au premier juge d'avoir nié l'existence d'un lien de causalité du fait des incertitudes qui subsistaient empêchant d'affirmer que les manquements de l'intimé avaient été la cause de la perte de la vision. En effet, les conclusions des experts renaient un tel lien de causalité. Certes, selon l'expert, un accident vasculaire rétinien pouvait théoriquement être provoqué par une cause particulière, soit une occlusion prolongée, ou, sans cause particulière, par des prédispositions. Or, dès lors qu'en l'occurrence, une cause particulière avait été établie, les éventuelles prédispositions, qui auraient spontanément causé un accident vasculaire rétinien, étaient reléguées à l'arrière-plan. Par ailleurs, certes l'expert avait indiqué ne pas pouvoir affirmer de manière catégorique que la patiente avait été victime d'un accident vasculaire rétinien. Ce diagnostic avait cependant été établi avec une vraisemblance prépondérante. Quant à l'incertitude relevée en lien avec le diagnostic de l'intimé, selon lequel une occlusion artérielle de la branche inférieure de la rétine était survenue, l'expert l'avait réfutée du fait

C/18517/2012 de son incompatibilité avec l'hypertonie oculaire prolongée dont l'existence avait été établie et avec la perte globale de la vision constatée le 25 juin 2008. Enfin, l'incertitude liée à l'affirmation de l'expert selon laquelle il ne pouvait déterminer lequel des quatre événements survenus avaient causé l'atteinte à la santé n'était pas pertinente dans le cadre de l'analyse du lien de causalité. En effet, il avait indiqué que sans le premier de ces événements, soit le manquement fautif de l'intimé, les trois autres n'auraient pas eu lieu. Selon l'intimé, une relation de causalité n'était pas démontrée. L'expert ne privilégiait pas, pour expliquer l'accident vasculaire rétinien, l'hypothèse d'une occlusion prolongée ou celle des prédispositions. En effet, celui-ci avait expliqué ne pas pouvoir affirmer de manière catégorique qu'un tel accident était survenu. L'accident vasculaire rétinien dû à une occlusion prolongée n'était qu'une des hypothèses. L'hypertonie était seulement une possibilité, loin d'être démontrée, dès lors que le généraliste ayant examiné la patiente ne l'avait pas diagnostiquée. De plus, dans le cas d'une hypertonie prolongée, la conséquence en était une occlusion de l'artère centrale et non pas d'une branche de l'artère centrale - ce qui ne rendait pas aveugle -, comme il l'avait lui-même diagnostiquée. En raison de ces deux éléments, l'expert ne pouvait pas affirmer de manière catégorique qu'il y avait eu un accident vasculaire rétinien ou que les problèmes rencontrés étaient dus à une hypertonie prolongée. S'agissant de l'infection constatée à W_____ qui avait provoqué la perte de l'œil, celle-ci pouvait intervenir dans les trois jours après l'opération, de sorte que si l'intimé avait examiné sa patiente le jour même de l'intervention, il n'aurait de toute façon rien constaté, étant précisé qu'il n'avait constaté aucune infection encore le lendemain. Par ailleurs, l'expert avait indiqué ne pas pouvoir exclure complètement que l'injection intravitréenne d'antibiotique effectuée à W_____ avait causé la perte de la vision. Ainsi, cette seule injection était peut-être à l'origine des problèmes en cause. De plus, l'expert avait déclaré que la perte de la vision était due aux multiples opérations de la rétine. Or, le décollement complet de la rétine avait été constaté seulement le 9 septembre 2008 et non pas déjà le 4 juillet 2008, ce qui signifiait que ce décollement complet avait été provoqué lors de l'opération effectuée à cette dernière date et non antérieurement. De plus, le décollement de la rétine pouvait survenir lors de la rupture de la capsule, accident dans le cadre duquel il avait été établi qu'aucune violation des règles de l'art ne pouvait être reprochée à l'intimé. L'appelante faisait valoir l'affirmation de l'expert selon laquelle sans l'hypertonie prolongée, les opérations consécutives n'auraient pas eu lieu et qu'ainsi le préjudice ne serait pas survenu. Toutefois, ladite hypertonie n'était pas démontrée et il se pouvait que les problèmes rencontrés aient été dus à des prédispositions, à une infection qui s'était développée tardivement, à un décollement de la rétine provoqué par la rupture de la capsule ou à l'injection intravitréenne d'antibiotiques. 3.1.1 La causalité naturelle entre deux événements est une relation telle que, sans le premier événement, le second ne se serait pas produit (arrêt du Tribunal fédéral

C/18517/2012 5C.125/2003 du 31 octobre 2003 consid. 3.1, paru in SJ 2004 I p. 407). Il convient en conséquence d'examiner s'il existe, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé subie par la victime, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'événement dommageable soit la cause

unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Le rapport de causalité se base sur des suppositions et ne peut être prouvé avec une certitude absolue (ATF 125 IV 195 consid. 2b). La relation de causalité naturelle entre les troubles de la santé et l'accident doit être établie avec un degré de vraisemblance prépondérante; une simple possibilité, voire une vraisemblance de 51%, ne suffit pas (arrêt du Tribunal fédéral 4A_397/2008 du 23 septembre 2008 consid. 4.1; ANGELOZZI, La dualité de la causalité adéquate en assurance accidents et en responsabilité civile sous l'angle des traumatismes de la colonne cervicale et des troubles psychiques in SJ II 2009 181 ss, p. 188 s.). Lorsque le fait générateur de responsabilité consiste en une omission, il convient de s'interroger sur le cours hypothétique des événements. Selon la jurisprudence, lorsqu'il s'agit d'établir l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique, le degré de preuve requis se limite à la vraisemblance prépondérante. La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 462 consid. 4.4.2; 133 III 81 consid. 4.2.2; arrêt du Tribunal fédéral 4A_760/2011 du 23 mai 2012 consid. 3.2). La responsabilité d'une personne n'est cependant pas engagée dans l'hypothèse où, même en l'absence d'agissement/d'omission illicite de sa part, des événements ultérieurs auraient, selon toute probabilité, causé le préjudice (WERRO, La responsabilité civile, 2e éd., 2011, p. 65 n. 203 et p. 358 n. 1270; ATF 115 II 440 consid. 4a). Lorsque l'auteur du dommage parvient à établir que, s'il avait agi de manière licite, le dommage serait de toute façon survenu, le rapport de causalité naturelle fait alors défaut. Cette objection doit être soulevée par le défendeur à l'action, auquel il incombe de la prouver (arrêts du Tribunal fédéral 2C_860/2008 du 20 novembre 2009 consid. 5.2, paru in SJ 2010 I 449; 4C.156/2005 du 28 septembre 2005 consid. 3.5.6, paru in SJ 2006 I 221; ATF 131 III 115 consid. 3.1; 122 III 229 consid. 5a/aa).

- 27/36 -

C/18517/2012 3.1.2 Constitue la cause adéquate d'un dommage tout fait qui, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, est propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, de sorte que la survenance de ce résultat paraît de façon générale favorisée par le fait en question (arrêt du Tribunal fédéral 4A_315/2011 du 25 octobre 2011 consid. 3.2; ATF 123 III 110 consid. 3a). 3.2.1 En l'espèce, il est établi que l'appelante a souffert d'une hypertonie oculaire importante et prolongée de son œil droit à la suite de l'opération litigieuse. Ce fait ressort clairement de nombreux éléments du dossier, à savoir notamment des expertises judiciaire et extrajudiciaire, des diagnostics posés par l'intimé lui-même, tant le jour de l'opération sur la base des plaintes de l'appelante à son personnel et à lui-même directement par téléphone, que le lendemain de celle-ci lors du contrôle postopératoire effectué par ses soins, des mesures effectuées sur l'œil de l'appelante ce jour-là par ses soins également et des symptômes dont elle a soufferts la veille, en particulier des vomissements. Au vu de l'ensemble de ces éléments, l'argument de l'intimé fondé sur l'examen effectué par le médecin généraliste N_____ ne convainc pas. Ce n'est pas parce que ce médecin généraliste n'a pas traité cette hypertonie et/ou ne l'a pas détectée, que celle-ci n'était pas présente. L'intimé l'a lui-même constatée et mesurée encore le lendemain et traitée avec succès, bien que tardivement. Il est au surplus établi, notamment

par les deux expertises précitées, que cette hypertonie oculaire prolongée aurait pu être évitée si l'intimé avait procédé à l'acte dont l'omission fautive lui est reprochée, à savoir s'il avait procédé en urgence le jour même de l'opération, dès les plaintes de sa patiente, à l'acte qu'il a effectué avec succès le lendemain pour la faire cesser (cf. supra D.c. 1 et 2, C.y. 14 et 15, D.b. 8). Il est par ailleurs établi que l'appelante a souffert après l'opération litigieuse, soit à tout le moins dès le 24 juin 2008 dans l'après-midi, d'une baisse sévère et persistante de la vision de son œil droit, laquelle aurait dû se rétablir, une ou deux heures après l'opération effectuée le matin, selon les allégations mêmes de l'intimé. Ce fait découle notamment des témoignages des trois personnes qui se sont succédé au chevet de l'appelante, de même que des constats de l'intimé intervenus lors de ses contrôles des 25 et 26 juin 2008 et de celui de Q_____ intervenu à W_____ le 27 juin 2008. Il ressort en outre clairement de l'expertise judiciaire, dont son auteur a confirmé la teneur lors de son audition par le Tribunal, que cette baisse sévère et persistante de la vision était due à la survenance d'un accident vasculaire rétinien d'ores et déjà intervenu le 25 juin 2008 et causé par l'hypertonie oculaire prolongée (cf. supra D.b. 5). Cette conclusion découle également de l'expertise extrajudiciaire (cf. supra C.y. 6, 14 à 17 et 19).

- 28/36 -

C/18517/2012 Certes, l'expert, lors de son audition, tout en confirmant la teneur de son rapport d'expertise, a indiqué qu'il ne pouvait confirmer la survenance d'un accident vasculaire rétinien d'une manière catégorique et avec une certitude absolue, dès lors que seule une angiographie aurait permis d'aboutir à une telle certitude, cet examen n'ayant en l'occurrence pas été effectué par l'intimé. Il ressort en outre de l'expertise judiciaire qu'un accident vasculaire rétinien pouvait être causé par une occlusion artérielle prolongée pendant plusieurs heures ou par des prédispositions de l'œil. Il n'en demeure pas moins que la survenance d'un accident vasculaire rétinien causé par une hypertonie oculaire prolongée n'apparaît pas comme une simple possibilité dont le degré de vraisemblance s'élèverait à 51%, mais qu'il est établi, à tout le moins, avec la vraisemblance prépondérante requise et suffisante dans le cadre de l'examen du lien de causalité hypothétique, dès lors qu'aucune autre possibilité ne revêt une importance significative ou n'entre raisonnablement en considération. De telles hypothèses ne sont pas mentionnées par les experts judiciaire et extrajudiciaire et ne ressortent pas non plus du dossier. Celles qui sont avancées par l'intimé ne convainquent quant à elles pas, comme il sera exposé ci-dessous. En effet, s'il ressort, certes, de l'expertise judiciaire qu'un accident vasculaire rétinien pouvait être causé par une occlusion artérielle prolongée pendant plusieurs heures ou par des prédispositions de l'œil, l'expert a également précisé ce qui suit. Si une hypertonie oculaire importante induisait rarement, à très court terme (entre une à trois heures), une occlusion de la vascularisation de la rétine avec atteinte fonctionnelle irréversible, une pression à 50 millimètres de mercure pouvait entraîner un risque de lésion définitive après cinq heures. Or, en l'occurrence, il est établi avec certitude que l'appelante a souffert d'une hypertonie oculaire importante, accompagnée des symptômes associés de nausées, fortes douleurs et vomissements, à tout le moins dès le début de l'après-midi du 24 juin 2008 (en particulier lorsque sa voisine est arrivée à son chevet) jusqu'au lendemain, le 25 juin 2008, à 13h12, lorsque sa pression oculaire a été mesurée à 51 millimètres de mercure par l'intimé. Elle a ainsi présenté une hypertonie oculaire aiguë qui s'est prolongée pendant vingt-quatre heures. L'hypothèse théorique et générale d'une prédisposition de l'oeil, en faveur de laquelle, au demeurant, aucun élément du dossier ne plaide ni n'est même allégué de façon concrète et qui apparaît

subsidaire à celle, particulière, de l'occlusion artérielle qui s'est effectivement prolongée en l'occurrence durant vingt-quatre heures, doit donc être écartée. Au vu de ces éléments, la Cour retient comme établi qu'un accident vasculaire rétinien causé par une occlusion artérielle prolongée pendant plusieurs heures était

- 29/36 -

C/18517/2012 survenu le 25 juin 2008 en début d'après-midi, en raison d'une hypertonie oculaire importante ayant duré vingt-quatre heures et non du fait de prédispositions de l'œil de l'appelante. L'hypothèse de l'infection grave soulevée par l'intimé, qui se serait développée à quelque stade que ce soit après l'opération litigieuse, doit être écartée, tant selon les deux experts, judiciaire (cf. supra D.c. 11 et 16) et extrajudiciaire (cf. supra C.y. 13, 14 et 17), que de l'avis final des médecins G_____ et Q_____ (cf. supra C.t. dernier paragraphe). Il a été fait à tort, selon les quatre médecins précités, le diagnostic d'une telle infection à W_____ le 27 juin 2008. L'intimé a lui-même constaté l'absence d'infection lors de ses contrôles des 26 et 27 juin 2008, alors que la baisse sévère de la vision était pourtant déjà intervenue et persistait en parallèle. Par ailleurs, une éventuelle infection de moindre gravité a été traitée par une injection, ce qui n'a pas eu pour effet d'améliorer la vision de l'œil droit de l'appelante (cf. supra D.c. 11). S'agissant de l'erreur de diagnostic précitée, les experts ont en effet expliqué que l'hypotonie présente au moment de la prise en charge de l'appelante à W_____, après la phase d'hypertonie, était accompagnée d'une importante inflammation qui pouvait évoquer une endophtalmie. De plus, la présence de triamcinolone qui donnait un aspect floconneux pouvait également donner l'impression clinique d'une infection endoculaire (cf. supra D.b. 11 et 12, C.y. 14). Point n'est besoin de développer de façon approfondie la question de l'hypothèse dont a fait état l'intimé auprès de l'expert judiciaire, selon laquelle une nécrose rétinienne d'origine toxique serait survenue. En effet, cette hypothèse doit être écartée en raison du motif énoncé par ce dernier, à savoir qu'une telle atteinte ne provoquait pas de douleurs aiguës avec réaction végétative (nausées et vomissements), symptômes dont il est établi qu'a souffert l'appelante le jour même de l'opération, après celle-ci (cf. supra D.b. 15 et 16). D'ailleurs, l'intimé a renoncé à continuer de se prévaloir de cette hypothèse en appel. L'hypothèse du décollement de la rétine doit également être écartée, un tel décollement n'étant pas encore survenu le 4 juillet 2008, comme le fait valoir d'ailleurs l'intimé lui-même (cf. supra D.c. 17 et infra consid. 3), tandis que la baisse sévère et persistante de la vision était déjà intervenue. L'hypothèse de l'atteinte causée par l'injection intravitréenne d'antibiotique effectuée le 27 juin 2008 n'apparaît pas même comme une simple possibilité dont le degré de vraisemblance s'élèverait à 51% et est anecdotique, l'expert ayant affirmé lors de son audition qu'une telle atteinte était à exclure, bien qu'il ne puisse l'affirmer de manière catégorique et avec une certitude absolue, au motif uniquement que, théoriquement, toute injection de ce type pouvait causer une telle

- 30/36 -

C/18517/2012 atteinte (cf. supra D.c. 16 in fine). En outre, la baisse sévère et persistante de la vision était déjà intervenue avant cette intervention. L'intimé soutient qu'il a constaté lors du contrôle postopératoire du lendemain de l'opération litigieuse une occlusion d'une branche seulement de l'artère centrale de la rétine (du fait de la présence de sang dans le fond de l'œil), ce qui ressortait de son schéma figurant au dossier. Il en déduit l'absence d'accident vasculaire rétinien du fait qu'un tel accident supposait une occlusion de l'artère centrale, non d'une branche de cette artère uniquement, et qu'une telle occlusion de l'artère

centrale était incompatible avec la présence de sang dans le fond de l'œil. Cette argumentation ne convainc pas. En effet, en premier lieu, cette hypothèse doit être appréciée avec réserve du fait qu'elle se fonde sur des prétendus constat et diagnostic de l'intimé lui-même, intervenus après qu'il ait pris conscience de l'atteinte causée à la santé de l'appelante à la suite de son opération. Ensuite, et surtout, l'intimé a lui-même relativisé fortement sa constatation d'une occlusion d'une branche de l'artère centrale seulement, indiquant que l'examen était compliqué à effectuer et qu'il doutait du résultat de son observation. Pour renforcer son hypothèse, l'intimé se fonde sur les affirmations de l'expert judiciaire, selon lesquelles, effectivement, une hypertonie oculaire prolongée causait une occlusion de l'artère centrale, non seulement d'une branche de celle-ci, et un accident vasculaire rétinien supposait une occlusion de l'artère centrale, ce qui était incompatible avec la présence de sang dans le fond de l'œil. Ces affirmations ne signifient cependant pas qu'en l'occurrence du sang était effectivement présent dans le fond de l'œil de l'appelante, ni qu'une occlusion d'une branche de l'artère centrale seulement était intervenue, ni que par conséquent un accident vasculaire rétinien n'était pas survenu. Par cette explication, l'expert a bien plutôt, sur la base de son diagnostic préalable de la survenance d'un accident vasculaire rétinien, mis en doute la constatation de l'intimé au sujet de laquelle celui-ci a lui-même exprimé des incertitudes, à savoir la survenance d'une occlusion d'une branche de l'artère centrale seulement. Il a d'ailleurs indiqué qu'"au vu des notes prises par le Dr. I_____, celui-ci a pu voir quelque chose et a conclu à une occlusion de la branche inférieure de la rétine de l'œil droit" (cf. supra D.c. 8). En outre, l'expert extrajudiciaire a expliqué que l'examen effectué par l'intimé le 25 juin 2008 avait révélé une zone blanchâtre au fond de l'œil, laquelle pouvait correspondre soit à une occlusion d'une branche de l'artère centrale soit à un dépôt de triamcinolone (cf. supra C.y. 9), et non par conséquent à du sang. Or, la présence, normale à ce stade, d'une telle substance dans l'œil droit de l'appelante a été confirmée tant par l'intimé (cf. supra C.o) que par l'expert judiciaire (cf. supra D.b. 12). Au demeurant, selon celui-ci, si effectivement seule une occlusion d'une branche de l'artère centrale était intervenue, alors l'on aurait été en présence d'un accident vasculaire partiel, causant l'atteinte partielle à l'œil constatée. L'appelante aurait

- 31/36 -

C/18517/2012 peut-être pu récupérer une partie de la vision seulement, si elle n'avait pas eu par la suite les autres complications que cette atteinte initiale - causée par l'omission fautive de l'intimé - avait entraîné (cf. supra D.c. 6), ceci de façon sine qua non, comme il sera exposé aux paragraphes suivants. Il en découle que même dans cette hypothèse d'un accident vasculaire partiel intervenu à ce stade, où le tableau clinique final de la perte totale de la vision aurait été causé en association avec une ou des atteintes complémentaires ultérieures, l'existence d'un lien de causalité naturelle devrait néanmoins être retenue, pour les motifs qui suivent. C'est en vain que l'intimé invoque une atteinte causée par les interventions pratiquées sur l'œil droit de l'appelante dès le 27 juin 2008 ou à tout le moins les incertitudes en découlant, à savoir l'injection intravitréenne effectuée à cette date à W_____ - cette hypothèse devant en tout état être écartée comme il a été exposé trois paragraphes plus haut - ainsi que les opérations pratiquées les 4 juillet et 9 septembre 2008. Certes, les experts, judiciaire et extrajudiciaire, n'excluent pas que ces actes aient pu causer une atteinte à l'œil droit de l'appelante, voire affirment qu'ils ont pu causer ou même qu'ils ont effectivement causé, certains d'entre eux et/ou de par leur enchaînement - y compris la première opération effectuée par l'intimé -, le tableau clinique final de la perte totale de la

vision. Dans la mesure, cependant, où il ressort également clairement de leurs rapports que ces trois interventions ultérieures n'auraient pas eu lieu sans l'omission fautive de l'intimé, à savoir le délai de 24 heures dans lequel a été remédié à l'hypertension oculaire présentée par l'œil droit de l'appelante, et l'atteinte initiale qu'elle a causée (cf. supra C.y. 12, 14, 15 et 16, D.c. 13 à 15), cette omission apparaît comme une condition sine qua non du préjudice final subi par celle-ci. En effet, plus précisément, l'appelante a subi les interventions ultérieures des 27 juin, 4 juillet et 9 septembre 2008 invoquées par l'intimé, car son œil droit présentait une baisse sévère et persistante de la vision depuis le 24 juin 2008, une inflammation depuis le 26 juin 2008, qui a ensuite été diagnostiquée à tort comme une infection grave, et un décollement de la rétine suspecté le 30 juin 2008, qui s'est avéré par la suite être un décollement choroïdien (cf. supra C.r. à u.). Or, l'ensemble de ces circonstances découlait directement ou indirectement de l'atteinte initiale causée par l'hypertonie oculaire importante à laquelle l'œil a été soumis pendant vingt-quatre heures et c'est précisément pour remédier à celles-ci que les trois interventions des 27 juin, 4 juillet et 9 septembre 2008 ont été effectuées. La baisse sévère de la vision et l'inflammation ont en effet été causées directement ou indirectement par l'occlusion artérielle prolongée et le décollement choroïdien par l'inflammation prolongée (cf. supra C.y. 12 et 14, D.b. 11 à 14, D.c. 12).

- 32/36 -

C/18517/2012 L'expert judiciaire en a conclu que le tableau clinique final présenté par l'œil droit de l'appelante était dû à une succession de quatre événements, à savoir le traitement postopératoire par l'intimé qui n'avait pas été immédiat ainsi que les opérations des 27 juin, 4 juillet et 9 septembre 2008, sans qu'il ne puisse déterminer lequel avait causé la perte de la vision, en particulier si le premier avait déjà causé une perte définitive de celle-ci, en soulignant que sans l'acte fautif initial reproché à l'intimé les suivants n'auraient pas eu lieu (cf. supra D.c. 13 à 15). Or, dans la mesure où il n'est pas nécessaire, pour conclure à l'existence d'un lien de causalité naturelle, que l'événement dommageable, à savoir en l'espèce l'omission fautive de l'intimé, soit la cause exclusive et directe de l'atteinte à la santé, mais qu'il faut et il suffit que cet événement, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé, ce lien a été nié à tort par le premier juge. Ainsi, la seule incertitude qui subsiste est celle qui découle de la question de savoir si le retard fautif dans la prise en charge de l'appelante par l'intimé a causé le préjudice final subi par celle-ci, à lui seul déjà, ou seulement en association avec les interventions ultérieures qu'il a provoquées, la condition de l'existence du lien de causalité naturelle étant réalisée de toute façon dans les deux cas. Aucun élément du dossier ne permet en revanche de retenir, même sous l'angle de la vraisemblance simple, et l'intimé ne l'allègue d'ailleurs même pas, que sans son omission illicite, l'atteinte finale à la santé de l'appelante se serait de toute façon produite. Au contraire, il a lui-même déclaré avoir prescrit du Xalacom à l'appelante par téléphone du 24 juin 2008 car les signes cliniques que celle-ci présentait étaient suggestifs d'une hypertonie oculaire, précisant qu'il s'agissait d'une complication relativement fréquente qui ne causait pas de séquelles, si elle était contrôlée (cf. supra C.m, D.b. 4, D.c. 10), ce qui en l'espèce n'a pas été le cas, du fait de son omission fautive. L'intimé a en outre lui-même conclu le 25 juin 2008 que la cause de la perte sévère de l'acuité visuelle de l'appelante était due à une pression trop élevée et décidé de faire baisser celle-ci par une intervention effectuée le jour même, ce qui devait, selon lui, permettre de remédier immédiatement au problème de vision (cf. supra C.o). Par ailleurs, voyant que tel n'était pas le cas, il a lui-même également conclu à une occlusion artérielle induisant cette baisse

sévère de la vision et espéré à ce stade se tromper de diagnostic et que le problème de vision s'améliorerait (cf. supra C.o). Enfin, se prononçant d'une façon générale sur le lien de causalité entre l'hypertonie oculaire prolongée à laquelle a été soumis l'œil droit de l'appelante du fait de l'omission fautive de l'intimé et l'atteinte à la santé causée à celle-ci, les

- 33/36 -

C/18517/2012 experts, judiciaire et extrajudiciaire, ont de façon concordante conclu à l'existence de ce lien, avec un degré de vraisemblance prépondérante (cf. supra C.y. 17 et D.b. 6 et 9). Il découle de l'ensemble de ce qui précède que le lien de causalité naturelle entre l'omission fautive de l'intimé et la perte de la vision de l'œil droit de l'appelante est établi à satisfaction de droit. 3.2.2 La condition de l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'omission fautive de l'intimé et l'atteinte subie par l'appelante est également réalisée. Il ressort en effet des expertises, judiciaire et extrajudiciaire, que le fait de ne pas faire baisser en urgence le jour même d'une opération telle que celle subie par l'appelante une pression oculaire importante et de laisser l'œil concerné soumis à une telle pression durant 24 heures était propre, d'après l'expérience médicale, à entraîner des complications du genre de celles qui se sont produites.

E. 3.3

En conclusion, le grief de l'appelante est fondé. Le premier juge a retenu à tort l'absence de lien de causalité entre l'acte reproché à l'intimé et le préjudice subi par l'appelante. La responsabilité de celui-ci doit ainsi être admise et le jugement entrepris annulé.

E. 4.1

Selon l'art. 318 CPC, l'instance d'appel peut confirmer la décision attaquée, statuer à nouveau ou renvoyer la cause à la première instance. Bien que principalement réformatoire, l'appel peut être aussi cassatoire, mais seulement si un élément essentiel de la demande n'a pas été examiné (art. 318 al. 1 let. c ch. 1 CPC) ou si l'état de fait doit être complété sur des points essentiels (art. 318 al. 1 let. c ch. 2 CPC).

E. 4.2

En l'espèce, le premier juge n'a pas retenu l'existence d'un lien de causalité entre la violation fautive de son devoir de diligence par l'intimé et la perte de vision de l'œil droit de l'appelante, de sorte que la question du dommage subi par celle-ci à indemniser n'a pas été analysée sous cet angle. Un élément essentiel de la demande au sens de l'art. 318 al. 1 let. c ch. 1 CPC n'a ainsi pas été examiné par le premier juge. Compte tenu de l'importance de cette problématique restant à élucider et du principe du double degré de juridiction (JEANDIN, Code de procédure civile commenté, Bohnet/Haldy/Jeandin/Schweizer/Tappy [éd.], 2011, n. 8 ad introduction aux art. 308-334), la Cour, après annulation du jugement entrepris, renverra donc la cause au Tribunal pour instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants du présent arrêt.

E. 5

Dans son appel joint, l'intimé reproche au premier juge de l'avoir condamné à verser à l'appelante une somme de 5'000 fr. au titre de tort moral en raison du suivi par celle-ci d'un traitement par anxiolytiques et d'angoisses ressenties pendant trois jours.

- 34/36 -

C/18517/2012

Point n'est besoin d'entrer en matière sur ce grief. En effet, le jugement est annulé dans son ensemble et la cause renvoyée au premier juge pour nouvelle décision sur le fond, du fait que le lien de causalité entre la violation fautive de son devoir de diligence par l'intimé et la perte de vision de l'œil droit de l'appelante a été retenu, ce qui a pour conséquence que la question du préjudice subi à indemniser doit de toute façon être examinée sur cette nouvelle base.

E. 6.1

La cause étant renvoyée au Tribunal pour nouvelle décision, aucune des parties n'obtient, en l'état, entièrement gain de cause sur le fond. L'issue du litige ne pouvant être déterminée, les frais et dépens de première instance seront réservés, leur sort devant être tranché dans le jugement à prononcer après le présent arrêt de renvoi. Point n'est ainsi besoin d'entrer en matière sur les griefs de l'intimé à cet égard.

E. 6.2

Compte tenu de l'issue du litige, les frais judiciaires de l'appel et de l'appel joint, arrêtés à 15'000 fr., respectivement à 550 fr. (art. 7, 17 et 35 RTFMC), seront mis à la charge de l'intimé, qui succombe pour l'essentiel (art. 106 al. 1 CPC), et compensés avec les avances effectuées par les parties, lesquelles sont acquises à l'Etat de Genève (art. 111 al. 1 CPC). Celle de 28'000 fr. versée par l'appelante lui sera restituée à concurrence de 13'000 fr. L'intimé sera condamné à verser à l'appelante 15'000 fr. à titre de frais judiciaires d'appel. Il versera également à l'appelante 10'000 fr., débours et TVA compris (art. 25 et 26 LaCC), à titre de dépens d'appel (art. 84, 85, 87 et 90 RTFMC), ce qui correspond à vingt-cinq heures au tarif horaire de 400 fr. débours et TVA compris, compte tenu notamment de la valeur litigieuse, de l'importance ainsi que de la complexité de la cause et des deux mémoires de 20 et 23 pages rédigés par son conseil.

E. 7

Le présent arrêt, qui ne constitue pas une décision finale, peut être porté au Tribunal fédéral, par la voie du recours en matière civile, aux conditions de l'art. 93 LTF. * * * * *

- 35/36 -

C/18517/2012 PAR CES MOTIFS, La Chambre civile : A la forme : Déclare recevables l'appel interjeté le 28 septembre 2016 par A_____ et l'appel joint interjeté le 18 novembre 2016 par B_____ contre le jugement JTPI/10604/2016 rendu le 26 août 2016 par le Tribunal de première instance dans la cause C/18517/2012-7. Au fond : Annule ce jugement. Renvoie la cause au Tribunal de première instance pour instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Réserve le sort des frais et dépens de première instance au prononcé par le Tribunal de première instance de son jugement au fond. Déboute les parties de toutes autres conclusions. Sur les frais : Arrête les frais judiciaires d'appel et d'appel joint à 15'550 fr. Les met en totalité à la charge de B_____ et les compense avec les avances versées, lesquelles restent acquises à l'Etat de Genève. Invite les Services financiers du Pouvoir judiciaire à restituer la somme de 13'000 fr. à A_____. Condamne B_____ à verser à A_____ les sommes de 15'000 fr. à titre de frais judiciaires d'appel et de 10'000 fr. à titre de dépens d'appel. Siégeant : Madame Valérie LAEMMEL-JUILLARD, présidente; Mesdames Nathalie LANDRY- BARTHE et Jocelyne DEVILLE-CHAVANNE, juges; Madame Audrey MARASCO, greffière. La présidente :

Valérie LAEMMEL-JUILLARD

La greffière : Audrey MARASCO

- 36/36 -

C/18517/2012 Indication des voies de recours :

Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par-devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile.

Le recours doit être adressé au Tribunal fédéral, 1000 Lausanne 14.

Valeur litigieuse des conclusions pécuniaires au sens de la LTF supérieure ou égale à 30'000 fr.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.