

VD_GERICHTE JI21.019782 vom 28. Januar 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-01-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_JI21.019782

FR: VD_GERICHTE JI21.019782 du 28 janvier 2025

IT: VD_GERICHTE JI21.019782 del 28 gennaio 2025

Erwägungen

E. 1

L'intimée, née le [...] 1955, souffre depuis 1975 de problèmes liés à son genou droit, qui l'ont contrainte à subir plusieurs opérations, dont une ménissectomie partielle externe en 1975.

E. 1.1

L'appel est ouvert contre les décisions finales de première instance (art. 308 al. 1 let. a CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]) au sens de l'art. 236 CPC, dans les causes non

- 24 - patrimoniales ou patrimoniales dont la valeur litigieuse au dernier état des conclusions devant l'autorité précédente est de 10'000 fr. au moins (art. 308 al. 2 CPC).
Ecrit et motivé, l'appel doit être introduit dans les 30 jours à compter de la notification de la décision motivée ou de la notification postérieure de la motivation (art. 311 al. 1 CPC). La réponse doit également être déposée dans un délai de 30 jours (art. 312 al. 2 CPC) ; l'appelant à l'appel peut former un appel joint dans la réponse (art. 313 al. 1 CPC).

E. 1.2

Formé en temps utile contre une décision finale dans une cause patrimoniale dont la valeur litigieuse est supérieure à 10'000 fr. par une partie disposant d'un intérêt digne de protection (art. 59 al. 2 let. a CPC), l'appel est recevable. Il en va de même de la réponse sur appel et de l'appel joint formé dans celle-ci. 2.

E. 2

De 2003 à 2010, les douleurs de l'intimée à son genou droit ont été traitées par des infiltrations, réalisées à raison de deux fois l'an par la Dre Q._____.

E. 2.1

L'art. 310 CPC dispose que l'appel peut être formé pour violation du droit (let. a), ainsi que pour constatation inexacte des faits (let. b). L'autorité d'appel peut revoir l'ensemble du droit applicable, y compris les questions d'opportunité ou d'appréciation laissées par la loi à la décision du juge, et doit le cas échéant appliquer le droit d'office conformément au principe général de l'art. 57 CPC. Elle peut revoir librement l'appréciation des faits sur la base des preuves administrées en première instance (ATF 138 III 374 consid. 4.3.1 ; TF 5A_340/2021 du 16 novembre 2021 consid. 5.3.1). Sous réserve des vices manifestes, l'application du droit d'office ne signifie pas que l'autorité d'appel doive étendre son examen à des moyens qui n'ont pas été soulevés dans l'acte d'appel. Elle doit se limiter aux griefs motivés contenus dans cet acte et dirigés contre la décision de première instance ; l'acte d'appel fixe en principe le cadre des griefs auxquels l'autorité d'appel doit répondre eu égard au principe d'application du droit d'office (ATF 147 III 176 consid. 4.2.1 et 4.2.2 ;

TF 5A_873/2021 du 4 mars 2022 consid. 4.2 applicable en appel).

- 25 -

E. 2.2

L'art. 311 al. 1 CPC impose au justiciable de motiver son appel. Même si l'instance d'appel applique le droit d'office, le procès se présente différemment en deuxième instance, vu la décision déjà rendue. L'appelant doit donc tenter de démontrer que sa thèse l'emporte sur celle de la décision attaquée. Il ne saurait se borner à simplement reprendre des allégués de fait ou des arguments de droit présentés en première instance, mais il doit s'efforcer d'établir que, sur les faits constatés ou sur les conclusions juridiques qui en ont été tirées, la décision attaquée est entachée d'erreurs. Il ne peut le faire qu'en reprenant la démarche du premier juge et en mettant le doigt sur les failles de son raisonnement. A défaut, l'appel est irrecevable (ATF 147 III 176 loc. cit. ; TF 4A_439/2023 du 9 septembre 2024 consid.

4.1.1). Ainsi, lorsque l'appelant retranscrit ce qu'il considère être les faits déterminants et établis, sans faire la moindre allusion à l'état de fait contenu dans le jugement attaqué et sans rien indiquer sur l'objet et le fondement de ses éventuelles critiques, en particulier sans faire référence à des pièces précises du dossier de première instance, cette partie du mémoire d'appel est irrecevable. Il n'appartient pas à la Cour d'appel de comparer l'état de fait présenté en appel avec celui du jugement attaqué pour y déceler les éventuelles modifications apportées et en déduire les critiques de l'appelant (parmi d'autres CACI 22 janvier 2025/25 et les réf. citées). 3. A titre liminaire, on constate que les parties commencent leurs écritures respectives par une présentation des faits de la cause. Dès lors qu'elles n'accompagnent aucun desdits faits d'un grief de constatation inexacte, les allégués y relatifs s'avèrent irrecevables, dans la mesure où ils s'écartent des faits retenus par le premier juge. Il en va de même des faits contenus dans la partie « en droit » de la réponse et appel joint, qui ne sont pas constatés par l'autorité précédente et qui ne sont pas non plus accompagnés d'un grief de constatation inexacte des faits et sont partant impropres à appuyer les moyens de droit soulevés par les parties.

- 26 - 4. L'intimée veut voir l'appelant condamné pour tous les manquements qui lui étaient reprochés en première instance. L'appelant souhaite que le seul manquement qui a finalement été retenu à son encontre soit écarté. Il convient d'analyser ces différents griefs chronologiquement.

E. 3

a) En 2010, l'état du genou de l'intimée a empiré. Celle-ci s'est soumise le 18 novembre 2010 à l'examen médical d'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) effectué par le Dr H._____, qui a conclu en substance que la chondropathie – ou préarthrose – du compartiment interne du genou droit de l'intimée avait nettement progressé. b) Le traitement conservateur par infiltrations n'étant plus suffisant, la Dre Q._____ a recommandé à l'intimée de consulter le Dr N._____, chirurgien orthopédiste, en vue d'une intervention chirurgicale, devenue nécessaire pour apaiser ses douleurs. Lors de la consultation du 20 décembre 2010, le chirurgien prénommé a préconisé la mise en place d'une prothèse totale du genou (ci-après : PTG). A son sens, le mauvais état du compartiment interne du genou, notamment la chondrocalcinose interne, ne se prêtait pas à la pose d'une prothèse unicompartimentale externe (ci-après : PUC). c) Le 14 janvier 2011, l'intimée a consulté l'appelant, médecin depuis [...] et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur depuis [...]. Celui-ci a diagnostiqué

– selon le rapport dicté du même jour adressé à sa consœur, la Dre Q. _____ – une « gonarthrose essentiellement fémoropatellaire externe » ainsi qu’une chondrocalcinose du compartiment interne. Dans le rapport précité, l’appelant a indiqué qu’il avait « longuement » discuté avec la patiente,

- 5 - soit l’intimée, de l’existence des deux formes de prothèses, à savoir la PTG et la PUC, précisant que « le jeune âge de la patiente laiss[ait] favoriser la solution partielle mais la chondrocalcinose méniscale interne p[ouvait] donner des résultats aléatoires, voire défavorables dans la littérature en cas d’arthroplastie partielle » et « qu’en cas d’échec de l’arthroplastie partielle externe, une arthroplastie prothétique totale (prothèse totale de genou) p[ouvait] être envisagée ». L’appelant a en outre relevé que l’intimée, avec qui il avait longuement discuté des deux modalités thérapeutiques, avait bien compris « cette problématique » et qu’il lui laissait un délai de réflexion. Au pied dudit courrier, il a été précisé que celui-ci avait été dicté « en présence de la patiente ». Toujours à cette occasion, l’appelant, qui avait connaissance de la littérature ancienne qui déconseillait la pose d’une PUC en cas de chondrocalcinose, a indiqué à l’intimée que la PUC – opération moins invasive à son sens – avait le mérite de retarder la pose de la PTG. A l’issue de la consultation, l’intimée n’avait pas encore fait son choix entre les deux prothèses. d) Après avoir consulté trois spécialistes, l’intimée s’est encore entretenue avec la Dre Q. _____ au sujet des options thérapeutiques. Dans le cadre de son audition, la Dre Q. _____ a déclaré qu’elle avait déjà proposé des prothèses unicompartimentales à des personnes en dessous de 60 ans pour garder un peu plus de mobilité et dans l’optique de pouvoir la changer par la suite afin de retrouver une mobilité totale d’une manière plus facile, précisant qu’elle avait évoqué cette hypothèse avec l’intimée, qui avait été « très choquée » à l’idée d’une prothèse au vu de son âge.

E. 3.1

; voir aussi : ATF 130 IV 7 consid. 3.3 ; ATF 120 Ib 411 consid. 4). Toute atteinte à la santé ne constitue ainsi pas en soi une violation du contrat, car les interventions et les traitements médicaux comportent des risques inévitables quand bien même toute la diligence requise est observée (ATF 120 II 248 consid. 2c, JdT 1995 I 559 ; ATF 120 Ib 411 consid. 4 ; TF 4A 403/2007 du 24 juin 2008 consid. 6). Une réserve particulière s’impose dans le domaine chirurgical. En effet, la chirurgie comporte nécessairement une certaine hardiesse, une certaine acceptation des risques. Condamner un chirurgien pour le seul motif qu’il a décidé d’opérer, alors que l’intervention n’était peut-être pas indispensable, ou parce qu’il a commis une erreur de technique opératoire, pourrait avoir pour conséquence d’empêcher les chirurgiens d’intervenir dans les cas douteux, leur abstention pouvant être fatale au patient. Le chirurgien doit donc jouir d’une grande liberté d’appréciation dans sa décision sur l’opportunité d’une opération et la façon d’y procéder. Il est cependant tenu, lors de son intervention, de prendre toutes les précautions commandées par la technique opératoire et par les circonstances du cas pour réduire le plus possible les dangers de l’opération. On est en droit d’exiger de lui une attention particulière puisque les suites d’une négligence peuvent être des plus graves (ATF 105 II 284 consid. 1, JdT 1980 I 169). Il doit en outre se tenir au courant des progrès de sa spécialité (ATF 66 II 34). Les principes exposés ci-avant valent aussi pour les cas dans lesquels l’acte médical a eu de graves conséquences. La raison en est que le droit suisse de la responsabilité civile, dans son état actuel, ne permet pas au juge de moduler le degré de la diligence requise selon la gravité de l’atteinte subie par le lésé, pas plus qu’il n’autorise à reconnaître la responsabilité du médecin (ou de ses auxiliaires) au seul

motif que cette solution serait équitable, étant donné la gravité des suites que l'acte médical a eues pour le patient ou ses proches (TF 4C.53/2000 du 13 juin 2000 consid. 1c).

- 29 - En matière de responsabilité médicale, l'illicéité peut reposer sur deux sources distinctes : la violation des règles de l'art, d'une part, et la violation du devoir de recueillir le consentement éclairé du patient (cf. infra consid. 4.2), d'autre part (Guillod, Le consentement éclairé du patient, autodétermination ou paternalisme ? thèse Neuchâtel 1986, p. 68). Les règles de l'art constituent des principes établis par la science médicale, généralement reconnus et admis, communément suivis et appliqués par les praticiens (ATF 133 III 121 consid. 3.1, rés. in JdT 2008 I 103 ; ATF 108 II 59 consid. 1, rés. in JdT 1982 I 285 ; ATF 64 consid. 4a ; Müller, Responsabilité civile du médecin, in Quelques actions en responsabilité, Neuchâtel 2008, n. 17). Il s'agit donc d'appliquer les usages professionnels, les devoirs s'imposant à tous les membres d'une même corporation, les règles générales dont l'ignorance serait une faute grave, de même que les soins usuels. Il n'existe toutefois aucune définition des règles de l'art médical. La jurisprudence a du reste reconnu que dans une profession si complexe où les opinions sont multiples et parfois divergentes et dans une science si évolutive, il est difficile de fixer des procédés constants ou de codifier les règles trop mouvantes. Aussi, les tribunaux, s'appuyant sur l'avis des experts, doivent-ils donner de cas en cas une portée juridique aux règles de l'art (Ney, La responsabilité des médecins et de leurs auxiliaires notamment à raison de l'acte opératoire, thèse Lausanne 1979, pp. 160-161). Savoir si le médecin a violé son devoir de diligence est une question de droit ; dire s'il existe une règle professionnelle communément admise, quel était l'état du patient et comment l'acte médical s'est déroulé relève en revanche du fait (ATF 133 III 121 consid. 3.1, JdT 2008 I 103). En règle générale, le juriste est incapable de savoir si le médecin a fait « ce qu'il fallait faire » dans un cas concret. C'est à l'expert de trancher cette question scientifique (Müller, loc. cit.).

E. 4

a) La gonarthrose ou l'arthrose du genou – pouvant toucher la totalité ou une partie du genou – est l'usure du cartilage présent au niveau des surfaces de glissement. Cette usure, qui est irréversible et ne guérit pas spontanément, s'accompagne aussi d'atteinte de l'os sous-jacent. L'articulation touchée par l'arthrose se dégrade de manière progressive, ce qui entraîne une limitation de plus en plus importante de la mobilité.

- 6 - Le but de la pose d'une prothèse du genou est d'enlever les zones d'os et de cartilages touchées par l'usure et de les remplacer par des pièces artificielles ayant la même forme. Quand l'usure touche l'ensemble du genou, la pose d'une prothèse totale est proposée ; lorsqu'elle ne touche qu'une partie du genou, une prothèse partielle peut être indiquée. Lorsque l'usure touche un compartiment du genou, une prothèse unicompartmentale peut être envisagée. L'avantage de la PTG est qu'elle présente moins de risques qu'une PUC, tandis que l'intérêt de la pose d'une PUC est de préserver les parties non usées du genou et de ne remplacer que la partie abîmée. Lors de l'intervention, le cartilage usé est enlevé. Il en va de même des parties usées du fémur et du tibia. La prothèse comporte une pièce fémorale et une pièce tibiale destinées à remplacer les zones usées des os de l'articulation. Le compartiment interne du genou est l'espace entre le fémur et le tibia du côté interne de la jambe. Le compartiment fémoro-patellaire est l'espace entre le fémur et la rotule. La durée de vie habituelle d'une prothèse du genou est de 15 à 20 ans b) L'intimée présentait une chondropathie – soit une atteinte du cartilage de l'articulation du niveau du genou qui peut évoluer vers l'arthrose – fémoro-tibiale externe de stade IV selon Ahlbäck. Au niveau du

compartiment externe de son genou droit, l'os était mis à nu sur plusieurs centimètres carrés. Au vu de l'état du genou, la pose d'une prothèse était indispensable. La seule problématique était celle de choisir entre la PUC et la PTG.

- 7 -

E. 4.1

Il n'est pas contesté, ni contestable, que les parties étaient liées par un mandat (art. 394 ss CO [Code des obligations du 30 mars 1911 ; RS 220] ; cf. également sur la question de la responsabilité du médecin en cas de pose d'une prothèse : ATF 133 III 121 ; également ATF 119 II 456 consid. 2 et les réf. citées).

E. 4.1.1

L'art. 398 al. 2 CO rend le mandataire responsable envers le mandant de la bonne et fidèle exécution du mandat. L'alinéa 1 de cette disposition renvoie aux règles régissant la responsabilité du travailleur dans les rapports de travail, soit à l'art. 321e CO. Cette disposition prévoit que le travailleur est responsable du dommage qu'il cause à l'employeur intentionnellement ou par négligence (al. 1) et elle détermine la mesure de la diligence requise (al. 2 ; ATF 133 III 121 consid. 3.1)

E. 4.1.2

En sa qualité de mandataire, le médecin répond de la bonne et fidèle exécution du mandat. Si le propre de l'art médical consiste, pour le médecin, à obtenir le résultat escompté grâce à ses connaissances et à ses capacités, cela n'implique pas pour autant qu'il doive atteindre ce résultat ou même le garantir, car le résultat en tant que tel ne fait pas partie de ses obligations. L'étendue du devoir de diligence qui incombe au médecin se détermine selon des critères objectifs. Les exigences qui doivent être posées à cet égard ne peuvent pas être fixées une fois pour toutes ; elles dépendent des particularités de chaque cas, telles que la nature de l'intervention ou du traitement et les risques qu'ils comportent, la marge d'appréciation, le temps et les moyens disponibles, la formation et les capacités du médecin et de ses auxiliaires (ATF 133 III 121 consid. 3.1). La violation, par celui-ci, de son devoir de diligence – communément,

- 27 - mais improprement, appelée « faute professionnelle » – constitue, du point de vue juridique, une inexécution ou une mauvaise exécution de son obligation de mandataire et correspond ainsi, sur le plan contractuel, à la notion d'illicéité propre à la responsabilité délictuelle. Si elle occasionne un dommage au mandant et qu'elle se double d'une faute du médecin, le patient pourra obtenir des dommages-intérêts (art. 97 al. 1 CO). Comme n'importe quel autre mandataire, le médecin répond en principe de toute faute ; sa responsabilité n'est pas limitée aux seules fautes graves (ATF 115 lb 175 consid. 2b ; ATF 113 II 429 consid. 3a et les réf. citées). Lorsqu'une violation des règles de l'art est établie, il appartient au médecin de prouver qu'il n'a pas commis de faute (art. 97 al. 1 CO ; ATF 133 III 121 consid. 3.1). Le médecin qui doit s'occuper des patients conformément aux règles de l'art afin de protéger leur vie ou leur santé, en particulier en observant la diligence requise par les circonstances et que l'on peut attendre de lui, répond en principe de tout manquement à ses devoirs. Cependant, n'importe quelles mesures ou omissions qui, envisagées a posteriori, auraient causé ou permis d'éviter le dommage n'entrent pas dans la notion de manquement aux devoirs. En effet, le médecin ne répond pas de manière générale de tous les dangers et risques inhérents à chaque acte médical ou dépendant de la maladie ;

il exerce une activité exposée à des dangers et il faut en tenir compte sur le plan du droit de la responsabilité. Tant lors du diagnostic qu'au moment de décider d'un traitement ou d'une mesure d'une autre nature, le médecin doit souvent procéder, selon l'état de la science considérée objectivement, à une appréciation et choisir parmi les différentes possibilités. En optant pour l'une ou l'autre, il fait usage de son pouvoir d'appréciation conformément à ses devoirs. Il n'engage donc pas sa responsabilité si la solution adoptée, envisagée après coup, n'apparaît pas comme la meilleure d'un point de vue objectif. Il ne manque à son devoir que si un diagnostic, une thérapie ou quelque autre acte médical apparaît indéfendable au regard de l'état de la science médicale et sort donc du cadre de l'art médical considéré de manière objective (ATF 148 IV 39 consid. 2.3.4 ; TF 6B_1177/2022 du 21

- 28 - février 2023 consid. 2.3.3 ; TF 4A_315/2011 du 25 octobre 2011 consid.

E. 4.1.3

Il appartient au lésé d'établir la violation des règles de l'art médical (ATF 133 III 121 consid. 3.1 ; ATF 120 Ib 411 consid. 4 in fine ; ATF

- 30 - 115 lb 175 consid. 2b et les réf. citées). Sous l'angle du fardeau de la preuve, le Tribunal fédéral a jugé dans un arrêt qu'une atteinte à la santé causée par un traitement médical diffère du cas d'un traitement médical qui n'a pas eu l'effet thérapeutique attendu. Lorsqu'il est prévisible qu'un traitement pourrait avoir des effets négatifs, le médecin doit tout faire pour y parer. Si ces effets négatifs se produisent, il y a présomption de fait que les mesures nécessaires n'ont pas toutes été prises et, dès lors, présomption d'une violation objective du devoir de diligence. Cette présomption facilite la preuve d'une telle violation, mais ne renverse pas le fardeau de la preuve. Les conclusions que le juge en tire relèvent de l'appréciation des preuves et ne peuvent pas être revues dans un recours en réforme (ATF 120 II 248 consid. 2c p. 250 et les réf. citées). Il a cependant été précisé ultérieurement que cette jurisprudence, en tant qu'elle admettait l'existence d'une telle présomption, devait être relativisée, en ce sens qu'elle visait spécifiquement le traitement dont il était question dans l'arrêt précité et qu'elle ne pouvait, dès lors, pas être transposée à n'importe quel autre traitement (ATF 133 III 121 consid. 3.1 ; TF 4C.53/2000 du 13 juin 2000 consid. 2b).

E. 4.1.4

Dans le cas précité, publié aux ATF 133 III 121, le Tribunal fédéral a rappelé qu'il appartenait au créancier d'une obligation de moyens ou de diligence de prouver le manquement à la diligence due par le débiteur. Le fait que le résultat escompté n'ait pas été obtenu n'impliquait pas encore une violation de cette obligation. Ainsi, de même que la perte d'un procès ne permettait pas de présumer la faute de l'avocat, l'absence de guérison ne permettait pas non plus de présumer la faute du médecin. En juger autrement reviendrait à conclure à une violation du contrat par le débiteur chaque fois que le créancier subit un dommage. Tel n'était toutefois pas le sens à donner à l'art. 97 al. 1 CO (consid. 3.4). Dans le même ordre d'idées, le Tribunal fédéral a souligné que toute nouvelle atteinte à la santé ne constituait pas en soi une violation du contrat, car les traitements et interventions médicaux comportaient des risques inévitables quand bien même toute la diligence requise avait été observée (ATF 133 III 121 consid. 3.4 et les réf. citées). Dans le cas en question, traitant de problème survenu lors de la pose

- 31 - d'une prothèse à la hanche, le Tribunal fédéral a ainsi estimé qu'il appartenait à la demanderesse, en sa qualité de mandante, d'établir que la lésion du nerf crural survenue au cours de l'opération litigieuse résultait d'une violation par le défendeur, c'est-à-dire le

mandataire, de son obligation de diligence. C'était donc à elle de prouver que le chirurgien n'avait pas respecté les règles de l'art médical durant cette opération. A supposer donc que la cour cantonale ait estimé ne pas être en mesure de constater si la violation des règles de l'art médical imputée au défendeur était avérée ou non, les règles régissant le fardeau de la preuve auraient dû la conduire à trancher en défaveur de la demanderesse (consid. 3.4).

E. 4.2

L'intimée reproche tout d'abord à l'autorité précédente de n'avoir pas retenu une violation par l'appelant de son devoir d'information.

E. 4.2.1

Selon la jurisprudence, en matière de responsabilité médicale, l'illicéité peut reposer sur la violation du devoir de recueillir le consentement éclairé du patient (TF 4A_547/2019 du 9 juillet 2020 consid. 4.2). 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 133 III 121 consid. 4.1.1). 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 133 III 121 consid. 4.1.1). Une atteinte à l'intégrité corporelle, à l'exemple d'une intervention chirurgicale, est 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

- 32 - 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 133 III 121 consid. 4.1.1 ; TF 4A_614/2021 du

E. 4.2.2

En l'espèce, le premier juge a nié la violation par l'appelant de son devoir d'information, considérant qu'il découlait du rapport établi le 14 janvier 2011 par l'appelant et adressé à la Dre Q._____, ainsi que du formulaire de consentement éclairé et attestation de l'entretien du 21 janvier 2011, que l'intimée avait été informée avant l'intervention litigieuse des risques spécifiques et des complications liées à la pose d'une PUC, de sorte que c'est en toute connaissance de cause qu'elle y avait consenti, ce que les experts avaient pu confirmer.

E. 4.2.3

L'intimée conteste ce raisonnement, indiquant que des informations auraient été nécessaires et n'auraient pas été données. Elle se réfère pour tout élément à l'expertise privée du Prof. K._____. Le

- 33 - président s'est fondé sur les informations données à la patiente et résultant du dossier ainsi que sur l'expertise extrajudiciaire, qu'il a jugé convaincante, et dont les auteurs ont conclu à l'absence de violation du devoir d'information de l'appelant. Le premier juge a en outre exposé pour quel motif il écartait l'expertise privée précitée, soit en raison de l'animosité alléguée par l'appelant et dès lors que l'expert privé avait atténué, voire contredit ses propos à plusieurs reprises dans le cadre de son audition. L'intimée ne conteste pas

l'appréciation faite en première instance des différents avis médicaux au dossier. Se contenter de se référer à un rapport dont la valeur probante a été niée, sans contester, de manière qui plus est convaincante, cette appréciation des preuves, ne constitue pas un grief dûment motivé (cf. supra consid. 2.2). Il est partant irrecevable. Les griefs que l'intimée fonde sur des faits qu'elle articule librement, qui n'ont pas été constatés par l'autorité précédente et ne sont pas accompagnés d'un grief de constatation inexacte des faits, suivent le même sort.

E. 4.3

L'intimée fait grief au premier juge de ne pas avoir retenu une violation par l'appelant des règles de l'art, alors que celui-ci avait choisi une prothèse, à savoir une PUC, qui n'était pas adaptée à l'état de son genou.

E. 4.3.1

Le président a relevé que les avis des professionnels divergeaient quant au choix de la prothèse qui aurait dû être utilisée et que les experts avaient considéré que le choix de la PUC ne pouvait constituer une faute, dès lors que les éléments, tels que le jeune âge de la patiente et les résultats fonctionnels meilleurs en cas de PUC, avaient créé une hésitation à choisir d'emblée une PTG. Partant, le premier juge a retenu que le choix de poser une PUC n'était pas inadéquat ni indéfendable, de sorte que l'appelant n'avait pas violé les règles de l'art à cet égard.

E. 4.3.2

Comme il découle de la jurisprudence qui précède, la question n'est pas de savoir si l'appelant a fait le meilleur choix, mais si son choix constitue une violation des règles de l'art, soit s'il était indéfendable.

- 34 - A l'appui de son grief, l'intimée rappelle tous les problèmes de santé qu'elle a connus ainsi que l'état de son genou à différents moments et conclut qu'il est clair que le compartiment interne n'était pas intact et que l'usure touchait l'ensemble du genou, de sorte que c'est une PTG, et non une PUC, qui aurait dû être posée. Elle se réfère pour appui d'une telle assertion scientifique à la pièce 1, soit l'avis exprimé par le professeur mandaté par ses soins, le Prof. K._____. Or, la valeur probante des déclarations de ce médecin a été écartée par le premier juge, sans que cela ne soit valablement critiqué en appel par l'intimée. Faute de contester la valeur probante à donner à cet avis, qui ne devait selon le premier juge pas l'emporter notamment sur ceux objectifs des experts extrajudiciaires, le grief, fondé sur un tel avis, ne peut qu'être écarté. L'intimée invoque également des avis, notamment ceux des Drs N._____, B._____ et T._____, pour conclure que la mise en place d'une PUC était inadéquate, ce sans une fois encore invoquer de constatation incomplète des faits. Or, les faits constatés par l'autorité précédente ne permettent pas de retenir que l'un ou l'autre de ces professionnels auraient considéré que le choix effectué en 2010 par l'appelant était indéfendable et constituerait une violation des règles de l'art, le Dr B._____ la niant, de même que les experts extrajudiciaires et le Dr V._____. L'intimée, qui cite de nombreux passages des différents avis qu'elle invoque, n'expose du reste pas non plus que l'un ou l'autre des médecins consultés aurait conclu que le choix de l'appelant de poser une PUC aurait été indéfendable et que cela devrait au surplus prévaloir sur l'avis des experts extrajudiciaires notamment. Dans ces conditions, le grief de violation des règles de l'art dans le choix de poser une PUC au lieu d'une PTG ne peut qu'être rejeté.

E. 4.4

L'intimée fait grief au premier juge de ne pas avoir retenu une violation par l'appelant des règles de l'art s'agissant du choix des implants.

- 35 -

E. 4.4.1

Se fondant sur les déclarations du Prof. K. _____ et du Dr V. _____ ainsi que sur l'expertise FMH, le président a considéré qu'en dépit de certaines critiques relatives à la taille des implants tibial et fémoral composant la prothèse posée, aucune violation des règles de l'art ne pouvait être imputée à l'appelant pour son choix relatif auxdits implants.

E. 4.4.2

L'intimée se borne à relever que l'implant tibial, selon les personnes interpellées, était « un peu épais » ou inadapté et que la taille du composant fémoral choisie par l'appelant était inadéquate. Elle ne conteste en revanche pas que cela étant, l'ensemble des médecins interpellés ont nié que le choix de tels implants soit constitutif d'une violation des règles de l'art, faisant ainsi fi de la distinction entre geste inadéquat et geste violant les règles de l'art. Dans ces conditions, la responsabilité du médecin ne saurait être engagée. Le grief est infondé.

E. 4.5

L'intimée invoque enfin que l'appelant aurait violé les règles de l'art en procédant à une patellectomie, de même qu'en procédant à la pose d'une PUC sans disposer de l'expérience suffisante pour ce faire.

E. 4.5.1

Se fondant sur le témoignage du Dr V. _____ ainsi que sur le rapport d'expertise extrajudiciaire, le premier juge a retenu que la patellectomie effectuée durant l'intervention s'était avérée nécessaire, de sorte qu'aucune faute ne pouvait être imputée à l'appelant. En outre, les experts FMH avaient retenu que l'appelant disposait des compétences et d'une expérience suffisantes pour mettre en place une PUC, ce que les témoins P. _____ et M. _____ avaient confirmé.

E. 4.5.2

Une fois encore, l'intimée n'expose pas en quoi les avis retenus par l'autorité précédente pour nier la violation des règles de l'art dans l'exécution de la patellectomie devraient être écartés et son propre avis s'imposer sur eux, respectivement n'invoque aucun avis de professionnels retenant que l'exécution de la patellectomie était indéfendable et donc constitutive d'une violation des règles de l'art. Dans ces conditions, son grief ne peut qu'être rejeté.

- 36 - Quant à l'expérience qu'avait l'appelant au moment de la pose de la PUC, l'intimée ne conteste pas la valeur probante des éléments pris en compte par l'autorité précédente pour retenir une expérience suffisante, ni même ces éléments en tant que tels. Le grief est dans cette mesure irrecevable. L'avis du Prof. K. _____ n'est au demeurant pas probant pour les raisons exprimées ci-dessus et ne saurait partant l'emporter sur les différentes preuves retenues par l'autorité précédente. Quant à l'avis exprimé par le Dr T. _____, l'intimée le reproduit de manière peu fidèle aux propos réels de l'intéressé (PV, p. 41 ad all. 842). Pris correctement, ils ne sauraient toutefois remettre en question le fait, reposant sur plusieurs

preuves, que l'appelant disposait de l'expérience suffisante pour procéder à l'opération litigieuse. Le grief est donc infondé.

E. 4.6

L'appelant reproche quant à lui au premier juge d'avoir considéré qu'il avait manqué fautivement à son devoir de diligence en réalisant d'emblée une résection tibiale de 9 mm lors de la pose de la prothèse.

E. 4.6.1

Le jugement entrepris a retenu que si l'appelant avait respecté les recommandations contenues dans le manuel établi par le fabricant de la prothèse (P. 105), lequel préconisait une résection tibiale entre 7 et 11 mm, l'instruction avait néanmoins démontré que la résection réalisée par l'appelant, de 9 mm, était excessive. Le premier juge s'est fondé sur les témoignages des Drs T._____ et V._____ ainsi que sur le rapport d'expertise FMH. Le principe de précaution, applicable à toute intervention chirurgicale, commandait de commencer par une résection minimale de 7 mm, tel que cela avait précisément été envisagé au départ par l'appelant, puis d'augmenter progressivement la profondeur de la coupe en cas de besoin. Le président a donc considéré que l'appelant avait violé les règles de l'art, manquant ainsi fautivement à son devoir de diligence, de sorte qu'il devait répondre du dommage causé à l'intimée.

E. 4.6.2

A l'encontre de ce raisonnement, l'appelant invoque tout d'abord que le fait d'avoir procédé à une coupe de 9 mm ne pouvait être

- 37 - considéré dans le cas d'espèce comme une violation des règles de l'art. Il rappelle ensuite que le jugement entrepris retient que la coupe initialement prévue était de 7 mm, la coupe obtenue étant donc plus importante de 2 mm de ce qu'il avait planifié. Il estime que le jugement n'établit pas qu'il était possible d'éviter cette différence de coupe et qu'il aurait en conséquence manqué à son obligation de diligence à cet égard. On ne pouvait donc lui reprocher la coupe excessive de 9 mm.

E. 4.6.3

Il n'est pas contesté que l'appelant voulait procéder initialement à une coupe de 7 mm, l'intimée le rappelant d'ailleurs dans sa réponse (réponse, p. 3 ch. 21). Il n'est pas contesté non plus que la résection a finalement été de 9 mm. L'appelant invoque, après l'avoir dûment allégué en première instance, ce que l'intimée feint d'ignorer et que les preuves au dossier permettent de retenir, que le système de coupe à l'époque de l'opération consistait à fixer un plateau, fourni avec la prothèse, sur l'os avec des broches, le plateau étant posé à la hauteur de coupe voulue. Le plateau servait alors de guide de coupe en ce sens que l'opérateur appuyait la scie sur le plateau. La scie n'était en revanche pas fixée durant la coupe, contrairement à ce qui peut être le cas aujourd'hui, vu l'arrivée sur le marché depuis 2021 environ d'un système non pas de plateau mais de fente. Le témoin M._____ a ainsi indiqué que les mouvements de la scie étaient inévitables, que « ça bouge[ait], ça vibr[ait] fortement » et qu'une différence entre la coupe envisagée et celle obtenue arrivait régulièrement (PV, p. 51 ad all. 406 et 407). Une différence de 2 mm entre la coupe voulue et celle obtenue était ainsi acceptable selon le témoin précité (PV, p. 51 ad all. 402). Le témoin P._____ a quant à lui affirmé que même avec le système actuel – système de fente – la possibilité que cela bouge persistait (PV, p. 54 ad all. 405). Ces témoignages, dès

lors qu'ils sont concordants, seront reconnus comme probants des faits qui précèdent. En l'état, il n'est aucunement établi que l'appelant aurait changé la hauteur du plateau pour une coupe à 9 mm. Il est au contraire probable, vu son intention initiale, le système de coupe à disposition au moment de l'opération, les témoignages recueillis à cet égard et l'absence d'autres éléments, que ce soit en raison de ce système de coupe, n'assurant pas une coupe correspondant

- 38 - exactement à celle voulue, que la coupe voulue à 7 mm a finalement mesuré 9 mm. Dans ces conditions et compte tenu des règles de répartition du fardeau de la preuve, on ne saurait retenir que l'appelant avait voulu couper à 9 mm, ni lui reprocher une violation des règles de l'art en voulant faire une coupe à 7 mm qui s'est finalement avérée mesurer 9 mm. On notera à l'appui d'une telle appréciation que la Dre M._____, présente au moment de l'opération, n'a rien noté d'anormal et a en outre attesté qu'une différence de 2 mm entre la coupe voulue et celle obtenue était acceptable. La Dre Q._____, médecin orthopédiste de l'intimée, qui a elle aussi assisté à l'opération, a quant à elle indiqué qu'elle n'avait pas constaté de problème particulier. Ici encore, l'attitude des deux médecins présentes durant l'opération, qui n'ont pas réagi lors de la coupe, montre bien que celle-ci s'est déroulée normalement et qu'il n'est à tout le moins pas établi que le système de coupe pouvait assurer à l'époque une coupe parfaitement conforme à l'intention de départ. On ne saurait donc reprocher à l'appelant, encore moins y voir une violation des règles de l'art, d'avoir effectué une coupe à 9 mm alors qu'il avait l'intention de procéder à une coupe de 7 mm.

E. 4.6.4

L'expertise extrajudiciaire ne saurait à cet égard avoir un quelconque poids. En effet, ses auteurs ont retenu un excès de coupe sur la base d'un manuel qui préconisait une résection de 5 à 7 mm, sans que ne soit établi qu'ils se soient fondés sur le bon manuel (cf. consid. 4.6.9 ci- après). Or, d'une part, les experts ont reconnu n'être « pas familiers avec cette prothèse ». D'autre part, le témoin P._____, responsable de la société S._____AG, dont vient la prothèse posée, a indiqué que la résection minimale proposée par le fabricant était de 7 mm (PV, p. 53 ad all. 385). Dans ces conditions et au vu des règles applicables en matière de répartition du fardeau de la preuve, on ne saurait retenir que la résection de 9 mm excédait les prescriptions prévues par le manuel pour la pose de la prothèse litigieuse et considérer par conséquent la coupe de 7 mm voulue et de 9 mm obtenue comme excessive de ce fait. Au demeurant, même en se fondant sur le manuel qu'ils ont alors utilisé, dont

- 39 - il n'est donc pas établi qu'il s'agisse du bon, les experts extrajudiciaires concluent qu'« on peut se demander si l'on peut reprocher un manque de prudence » à l'appelant ayant « d'emblée effectué une coupe de 9 mm ». C'est dire qu'ils ne concluent pas à la commission d'une violation des règles de l'art par l'appelant du fait de la coupe. D'ailleurs, ils concluent en retenant « une faute, sans que son origine ait pu être précisée », ce qui prête à confusion : en effet on ne peut retenir une faute, soit ici une violation des règles de l'art, si on ne peut déterminer le comportement ou le geste ayant donné lieu à cette violation. A cela s'ajoute en outre que les experts ne disent rien du mode de coupe au moment de l'opération litigieuse et de la précision de la coupe vu les moyens à disposition au moment de l'opération, de tels paramètres semblant leur avoir totalement échappé alors qu'ils sont pourtant pertinents pour déterminer si la différence de coupe, respectivement la hauteur de la coupe finalement exécutée, pouvait être reprochée à l'appelant.

E. 4.6.5

Le témoignage du Dr T. _____ doit sur ce point être écarté. En effet, s'il juge que la coupe obtenue était trop importante, il affirme que l'instrumentation permet de mesurer précisément la coupe (PV, p. 41 ad all. 806). Or, quelques instants après, il admet avoir peu d'expérience au sujet de la PUC posée (PV, p. 41 ad all. 842), ce qui rend non crédibles ses affirmations selon lesquelles l'instrumentation, qui plus est en 2011 et non en 2023 lors de son interrogatoire, permettait de mesurer précisément la coupe. A cet égard, on ajoute que la question ici n'était pas seulement de mesurer la coupe que l'on voulait obtenir, mais surtout de savoir si l'on pouvait à coup sûr l'obtenir précisément, alors que la coupe était faite à l'aide d'une scie uniquement posée sur un plateau et non « coincée » dans une fente. En outre même dans cette dernière hypothèse, la scie pouvait bouger, créant des imprécisions entre la coupe voulue et celle obtenue, tel que cela a été confirmé par les témoins M. _____ et P. _____ (PV, pp. 51 et 54 ad all. 405). S'agissant encore du témoignage du Dr T. _____, on relève qu'il estime que la violation par l'appelant des règles de l'art, même s'agissant de la coupe, découlait du fait qu'il ne s'était pas accompagné d'un chirurgien expérimenté (PV, pp. 40 et 41 ad all. 775 et 842), ce qui est faux, la Dre M. _____ ayant assisté l'appelant et la Dre Q. _____

- 40 - ayant également observé l'opération. Dans ces conditions, son témoignage, fondé sur des affirmations dont on ignore d'où il les tirait alors qu'il avait en 2023 peu d'expérience en matière de pose de PUC, respectivement fausses, ne saurait asseoir l'existence d'une violation par l'appelant des règles de l'art s'agissant de la coupe litigieuse. De manière générale, on doit en outre douter de la partialité du témoin T. _____, lequel a indiqué que ses rapports avec l'appelant s'étaient dégradés au point qu'ils avaient cessé de travailler ensemble (PV, p. 40 ad all. 768).

E. 4.6.6

L'appréciation est identique, en plus du conflit personnel entre lui et l'appelant rendant son témoignage peu probant, des déclarations du Prof. K. _____. En effet, celui-ci reconnaît en 2023 n'avoir « pas d'expérience en matière de pose de PUC », ayant assisté à des poses – sans en préciser le nombre – sans l'avoir fait lui-même (PV, p. 39 ad all. 820). Il indique même, en 2023 encore, se « méfier des PUC, d'autant qu'on a moins d'expérience » (PV, p. 39 ad all. 820). On voit mal dans ces circonstances qu'il puisse correctement évaluer l'exécution par l'appelant, qui plus est en 2011 et avec les moyens alors à disposition, de la coupe pour la PUC litigieuse. Au demeurant, il part de la prémisse, sans l'expliquer et alors que l'on a vu que ce n'est pas établi, que l'appelant aurait fait « immédiatement une coupe à 9 millimètres » (PV, p. 39 ad all. 842), soit qu'il aurait eu l'intention d'emblée de faire une telle coupe. A cela enfin s'ajoute que même si ce témoin considère que la coupe effectuée est trop basse, il estime ne pas savoir « si c'est une faute » (PV, p. 38 ad all. 806) et qu'il s'agirait d'une mauvaise estimation, pas d'une violation des règles de l'art (PV, p. 39 ad all. 842). Ici encore, ce témoignage, dût-on lui accorder une valeur probante, n'assoierait pas la commission par l'appelant d'une violation des règles de l'art lors de la coupe effectuée.

E. 4.6.7

Les autres témoignages n'apportent rien contre l'appelant. En effet, si le Dr V. _____ estime que la coupe obtenue est trop grande, il ne dit toutefois rien de la précision à l'époque des coupes, de la marge acceptable et indique au surplus ne pas pouvoir juger si l'appelant a commis une faute (PV, p. 44, ad all. 805 et 806), estimant finalement que

- 41 - l'appelant là non plus n'avait pas commis de violation des règles de l'art (PV, p. 44 ad all. 842). Or la force probante de ce témoignage est élevée, en particulier car il émane du médecin qui a retiré la prothèse litigieuse pour mettre en place une prothèse totale, et assoie l'appréciation qu'aucune violation des règles de l'art n'est ici établie.

E. 4.6.8

Dans ces conditions, la seule invocation du principe de la prudence ne saurait permettre de retenir une violation des règles de l'art dès lors qu'il n'est pas établi que l'appelant, qui a voulu procéder à la coupe minimale prescrite pour la pose de la prothèse, ait eu les moyens techniques, à l'époque, lui permettant d'assurer la coupe exactement à la taille souhaitée. Au vu de ce qui précède, on ne peut retenir qu'il serait établi que l'appelant, en voulant procéder à une résection de 7 mm, mesurée finalement à 9 mm, ait violé les règles de l'art. Il s'ensuit par conséquent que l'on ne saurait retenir de violation de son devoir de diligence. Sa responsabilité ne pouvait être engagée de ce fait.

E. 4.6.9

A l'encontre des griefs de l'appelant, l'intimée invoque des étapes de la procédure d'expertise extrajudiciaire. Ces faits n'ont pas été constatés par l'autorité précédente et l'intimée n'indique pas quelle preuve au dossier les établirait. Ils sont irrecevables et avec lui les griefs que l'intimée tente d'en tirer. Elle invoque ensuite qu'aucun élément du dossier ne permet de retenir que les experts extrajudiciaires se seraient basés sur le mauvais manuel, l'appelant ne l'ayant en outre pas contesté assez tôt. Ce faisant, l'intimée perd de vue qu'il n'appartenait pas à l'appelant de supporter le fardeau de la preuve que le manuel utilisé par les experts n'était pas le bon. Il appartenait au contraire à l'intimée, face à ses contestations, d'établir que le manuel sur lequel s'étaient fondés les experts était le bon, ce qui permettait seul d'assurer une valeur probante à leur appréciation sur le point litigieux. Or, cette preuve n'a pas été apportée à satisfaction de droit, l'intimée reconnaissant elle-même que l'appelant avait produit un

- 42 - manuel « dont on ignore s'il s'agit réellement du bon manuel » (réponse, p. 7 ch. 55). C'est dire que la question n'était pas tranchée et que partant on ne savait pas si les experts avaient utilisé le bon manuel, différent de celui produit par l'appelant. L'intimée souligne que la coupe effectuée était excessive et, comme pour ses autres griefs, conclut à une violation des règles de l'art. Comme pour ses autres moyens, l'un n'implique aucunement l'autre. L'intimée invoque au demeurant plusieurs appréciations médicales sans aucunement démontrer que l'une ou l'autre aurait retenu une violation des règles de l'art du fait de la coupe importante. C'est dire que les médecins ont fait la distinction que l'intimée ne fait pas dans ses écritures. S'agissant de la possibilité de s'assurer que la coupe visée soit exactement obtenue, l'intimée se réfère en vain, pour les motifs qui précèdent, au témoignage du Dr T._____. Elle invoque pour le surplus le manuel produit par l'appelant qui indique que le guide permet d'atteindre avec précision la profondeur de coupe souhaitée et de contrôler la coupe dans les plans frontal et sagittal. Cela n'aborde a priori pas la précision quant à la hauteur. En outre, cette seule affirmation ne permet pas d'écarter les déclarations concordantes des témoins M._____ et P._____ au sujet du caractère difficilement prévisible de la coupe, étant rappelé que la différence ici est de 2 mm seulement. Enfin, l'intimée fait fausse route en soutenant que c'est à l'appelant qu'il appartenait de démontrer qu'il n'avait pas violé les règles de l'art. C'est ici ignorer la jurisprudence en la matière, rappelée ci-dessus. Pour le surplus, il ne se justifie pas d'écarter les déclarations de la Dre

M. _____ car elle aurait collaboré avec l'appelant ou aurait déclaré que P. _____ avait assisté à l'opération alors qu'il ne s'en rappelle pas douze ans après et que le protocole opératoire ne l'indique pas. Il convient en revanche, au vu de ce lien et comme l'a fait l'autorité précédente, de ne retenir les déclarations de ce témoin que si elles sont corroborées par d'autres preuves, ce qui a été fait ci-dessus.

- 43 -

E. 4.7

Au vu de ce qui précède, à défaut de violation des règles de l'art par l'appelant, on ne saurait en droit retenir une violation par lui de ses obligations contractuelles. Cela exclut que sa responsabilité puisse être engagée et partant qu'il puisse être astreint à un quelconque versement envers l'intimée. Dans ces conditions, les griefs de l'intimée en rapport avec le remboursement de frais médicaux sont sans objet. 5.

E. 5

Au vu de la moindre invasité chirurgicale, de l'âge relativement jeune de la patiente et du retour plus rapide à la fonction, l'appelant a estimé qu'une PUC était plus appropriée. Lors d'une consultation du 21 janvier 2011, l'appelant a exposé à l'intimée que l'intervention projetée était la pose d'une PUC partielle externe et qu'en cas d'échec, une PTG serait nécessaire. L'appelant a en outre évoqué les risques suivants liés à l'opération : - infections ; - lésions neurovasculaires (nerfs et vaisseaux) ; - thrombose et embolies pulmonaires ; - hématomes et troubles de cicatrisation ; - persistance des symptômes ; - persistance des douleurs ; - descellement de la prothèse (non-intégration ou déplacement des éléments prothétiques. A l'appui de ses explications, l'appelant a utilisé des supports, soit les radiographies du genou de l'intimée ainsi que les photos de la prothèse qui serait utilisée et de son instrumentation. A l'issue de l'entretien, l'intimée a signé le consentement éclairé ainsi que l'attestation d'entretien, par laquelle elle a confirmé avoir reçu la notice d'information, avoir notamment obtenu des informations détaillées sur l'intervention et sur les extensions pour le cas où celles-ci s'avéraient nécessaires et accepté « l'intervention et l'anesthésie proposées ainsi que les éventuelles extensions discutées ».

E. 5.1

Vu l'issue de la cause, l'appel doit être admis et l'appel joint, manifestement infondé, rejeté, le jugement étant réformé en ce sens que la demande de l'intimée est rejetée.

E. 5.2

Selon l'art. 318 al. 3 CPC, si l'instance d'appel statue à nouveau, elle se prononce sur les frais – soit les frais judiciaires et les dépens (art. 95 al. 1 CPC) – de la première instance. L'appelant obtenant gain de cause, les frais judiciaires de première instance, d'ores et déjà arrêtés à 4'300 fr. et non contestés, seront mis à la charge de l'intimée (art. 106 al. 1 CPC). Celle-ci remboursera à l'appelant la somme de 1'240 fr., correspondant à l'avance de frais effectuée par celui-ci (art. 111 al. 2 aCPC). L'intimée versera en outre à l'appelant la somme de 5'625 fr. (4'500 fr. x 10 / 8) à titre de pleins dépens de première instance, soit un montant total de 6'865 fr. (1'240 fr. + 5'625 fr.).

E. 5.3

Pour les mêmes motifs, les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 1'452 fr. au total, soit 608 fr. pour l'appel principal et 844 fr. pour l'appel joint (art. 62 al. 1 TFJC [tarif des

frais judiciaires civils du 28 septembre 2010 ; BLV 270.11.5]), seront mis à la charge de l'intimée, qui succombe tant sur l'appel principal que sur l'appel joint. L'intimée versera à l'appelant la somme de 608 fr., à titre de remboursement de son avance de frais (art. 111 al. 2 aCPC).

- 44 - L'intimée versera en outre à l'appelant la somme de 2'000 fr. (art. 7 TDC) à titre de dépens de deuxième instance, débours et TVA compris, pour l'appel principal uniquement, l'intéressé n'ayant pas été invité à se déterminer sur l'appel joint.

E. 6

Le 3 mars 2011, l'intimée a effectué une radiographie des membres inférieurs afin d'obtenir un bilan avant la mise en place d'une prothèse du genou droit qui a conclu à une arthrose fémoro-tibiale externe du genou droit, avec accentuation du valgus du membre inférieur droit.

E. 7

a) Le 10 mars 2011, l'intimée a été opérée à la Clinique de [...] à [...] par l'appelant. Celui-ci était assisté de la Dre M._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

- 8 - Etait également présente la Dre Q._____, tel que cela ressort du protocole opératoire établi par l'appelant à l'issue de l'intervention (P. 7). La Dre M._____ a indiqué que P._____, gérant et membre du conseil d'administration de la société S._____AG, qui a fourni la prothèse litigieuse, était présent lors de l'intervention, mais n'avait pas eu à intervenir car il n'y avait pas eu de problème particulier (procès-verbal des opérations [ci-après : PV], p. 52 ad all. 890). La Dre Q._____ a également déclaré qu'elle n'avait pas constaté de problème durant l'opération (PV, p. 59). b) L'appelant a procédé à la pose d'une PUC externe de type Sled St-George de S._____AG, composée de deux éléments : un implant tibial ainsi qu'un implant fémoral. Dite prothèse était fournie avec une instrumentation par la société précitée, comportant une tige qui se fixe à la cheville du patient, dont la partie supérieure comporte une pièce graduée, qui permet de mesurer la hauteur de la résection tibiale nécessaire. Au regard de cette pièce graduée, le dispositif comprend un plateau, qui sert de guide de coupe. Une fois la hauteur de la résection arrêtée, le plateau est fixé sur l'os avec des broches en regard de la graduation correspondante (P. 105, p. 11 ; PV, pp. 50 et 54 ad all. 395). L'opérateur appuie la scie sur le plateau, ce qui lui permet de réséquer l'os à la hauteur décidée (P. 105, p. 12 ; PV, pp. 51 et 54 ad all. 397). Lorsque le guide de coupe est un plateau, la scie n'est pas « tenue », de sorte que les mouvements de la scie sont inévitables (PV, p. 51 ad all. 406). Les guides de coupe ont évolué depuis et sont aujourd'hui le plus souvent des fentes, système apparu en 2021, qui permet de limiter les mouvements de la scie (P. 111 ; PV, pp. 51 et 54 ad all. 404 et 405). Le témoin P._____ a confirmé que le fabricant avait établi un manuel décrivant la technique chirurgicale pour la pose de la prothèse en question. c) Après avoir procédé à la résection du tibia de l'intimée au moyen de la scie, l'appelant a mesuré la pièce osseuse réséquée et a

- 9 - constaté que celle-ci mesurait 9 mm, alors que la coupe initialement prévue était de 7 mm. La coupe était donc plus importante de 2 mm que ce qui avait été planifié par l'appelant. Pour la pose de la prothèse utilisée, le fabricant préconise une résection tibiale entre 7 et 11 mm, comme le démontre le tableau figurant en page 9 du manuel « Mitus, Minimally Invasive Technique for Unicondylar Sled Prothesis » produit par l'appelant en

première instance (P. 105) et reproduit ci-après : d) Entendus à ce sujet, les témoins P. _____ et M. _____ ont tous deux confirmé qu'une résection de 9 mm était tout à fait compatible avec les instructions du fabricant. La Dre M. _____ a néanmoins précisé que « lorsqu'on procédait à une coupe, on commençait par la plus fine envisagée ». Le Dr V. _____, chirurgien orthopédiste, a indiqué que la coupe tibiale devait « être adaptée à la situation du patient » et déclaré que celle réalisée par l'appelant était « plus importante » que ce qu'il aurait fait, sans pouvoir juger si celui-ci avait commis une faute (PV, p. 44 ad all. 805-806), estimant que l'appelant n'avait pas commis de violation des règles de l'art à cet égard ou des prescriptions des fabricants de la prothèse (PV, p. 44 ad all. 842). Selon le témoin T. _____, chirurgien orthopédiste FMH, qui a admis avoir peu d'expérience au sujet de la PUC posée (PV, p. 41 ad all. 842), la « coupe trop importante du plateau tibial » effectuée par

- 10 - l'appelant avait entraîné un risque plus important de descellement ou de subsidence de la prothèse et avait compliqué le changement de PUC vers une PTG, avec la nécessité de réaliser une greffe osseuse. Selon lui, en voulant être « stricte (sic) », cela représente bien une faute, « car l'instrumentation permet de mesurer précisément la coupe ». Ce témoin a en outre déclaré que l'appelant « [avait] pratiqué en solo », sans assistant médical, uniquement assisté d'un représentant médical (PV, p. 42, ad all. 775), soit d'une personne externe qui représentait l'entreprise ayant fourni la prothèse. Selon lui, la violation par l'appelant des règles de l'art découlait surtout du fait de ne pas s'être accompagné d'un chirurgien expérimenté (PV, p. 41 ad all. 842). Ce témoin a relevé qu'il avait tout d'abord travaillé avec l'appelant de façon constructive et qu'ils s'étaient ensuite séparés, la situation entre eux s'étant dégradée (PV, p. 40 ad all. 768). Le témoin P. _____ a indiqué que la question de savoir si on recommandait la coupe la plus fine possible dépendait des circonstances et qu'au vu de la forme du tibia, il pouvait arriver qu'une coupe trop fine ait pour conséquence que le plateau implanté débordait de l'os et provoquait des douleurs, de sorte qu'il était parfois nécessaire de couper de façon plus large (PV, p. 55 ad all. 385). Ce témoin a en outre expliqué que le système de fente pour la coupe était apparu « depuis 2 ans », soit, au vu de l'année de son audition, en 2021, mais qu'il y avait néanmoins « toujours une possibilité que ça bouge devant » (PV, p. 54 ad all. 404 et 405). Selon la Dre M. _____, P. _____ est très compétent et connaît très bien son matériel (PV, p. 52 ad all. 890). e) La composante tibiale de la prothèse existe en taille 45, 50 et 55 mm et en épaisseur de 9, 11 et 13 mm. L'appelant a utilisé le plateau tibial « All poly » mesurant 50 mm en antéro/postérieur et 27 mm en médio/latéral. Au niveau de l'épaisseur, il a d'abord opté pour une prothèse de 9 mm, puis pour celle de 11 mm, car le battement était trop important avec celle de 9 mm.

- 11 - Quant à l'implant fémoral, qui existe en quatre tailles différentes, l'appelant a choisi celui de taille M (18 x 52 mm), qui a présenté un conflit avec le massif des épines tibiales ainsi qu'avec la rotule. Le Dr T. _____ a déclaré que l'implant tibial choisi par l'appelant, qui débordait le cadre osseux antérieurement de plusieurs centimètres, était « indéniablement trop grand ». De son côté, le Dr V. _____ a confirmé que, selon la littérature, des problèmes techniques menaient souvent au descellement de la prothèse tibiale. Au sujet du choix de dite prothèse, il a indiqué qu'elle était effectivement trop grande, car elle débordait légèrement sur la partie antérieure. Le témoin P. _____ a indiqué que la PUC était recommandée pour les jeunes patients ayant les ligaments « en ordre » et confirmé que la prothèse utilisée par l'appelant était considérée comme une

référence dans les milieux orthopédiques. f) Confronté à un conflit important entre la composante fémorale de la prothèse et la rotule durant l'opération, l'appelant a dû procéder à une patellectomie – soit une résection de la rotule – latérale, nécessaire afin de supprimer ledit conflit. Bien qu'une éventuelle patellectomie n'avait pas été évoquée avec l'intimée avant son intervention, elle a été rendue nécessaire au vu de l'anatomie particulière du genou de la patiente, puisque sa rotule était très large et recouvrait complètement le compartiment externe. A la suite de l'opération, l'appelant a informé l'intimée qu'il avait dû effectuer ce geste supplémentaire, qui n'allait pas avoir de conséquences sur le résultat de l'intervention chirurgicale. A ce moment-là, l'intimée a exprimé à l'appelant son inquiétude liée à l'hématome qu'elle avait constaté sur sa cheville droite et qui s'étendait sur toute la jambe jusqu'à la fesse droite.

- 12 - Le Dr V. _____ a expliqué que la patellectomie, pas souvent décrite en cas de PUC externe, pouvait être ajoutée en cas de conflit, voire être nécessaire selon le type de conflit afin de réduire la pression et les douleurs résiduelles. A son sens, la patellectomie n'avait pas d'effet sur le descellement de la prothèse.

E. 8

L'intimée a quitté la Clinique de [...] six jours après l'opération. Elle a ensuite intégré la Clinique de [...] pour une réadaptation.

E. 9

Le 17 mars 2011, l'intimée a ressenti une douleur violente à son genou droit, avec sensation de blocage, après avoir fait un faux mouvement en voulant se lever. Elle est donc retournée d'urgence à la Clinique de [...], où elle a subi une arthrotomie effectuée par le Dr T. _____, en raison d'un hématome important sous-cutané. Lors de cette reprise chirurgicale, un fragment libre de ciment de 5 à 6 mm a été retiré du genou de l'intimée. Le chirurgien prénommé, entendu en qualité de témoin, a indiqué qu'il avait constaté une artériole sectionnée à côté de la rotule qu'il avait dû cautériser. A la suite de cette intervention, l'intimée a été hospitalisée durant douze jours.

E. 10

Les divers examens auxquels s'est soumise l'intimée entre mars et octobre 2011 ont confirmé que la PUC était en place, sans signe de descellement et sans lésion osseuse en regard décelable, que le statut postopératoire était normal et qu'il n'y avait aucun épanchement intra- articulaire significatif.

E. 11

Par la suite, l'intimée a présenté une raideur articulaire au niveau du genou, avec une limitation de la flexion limitée à 80 degrés, liée à l'arthrofibrose qu'elle avait développée et qui était la conséquence de l'hématome postopératoire, complication connue de toute intervention chirurgicale.

- 13 - Afin de libérer son genou des fibroses, l'appelant lui a proposé une nouvelle intervention chirurgicale sous forme de synovectomie, débridement et adhésiolyse, effectué le 6 octobre 2011 par l'appelant lui-même, assisté du Dr T. _____. Le résultat de cette intervention a été moyen. L'intimée s'est vu prescrire des séances de physiothérapie – toujours nécessaires après la pose d'une prothèse du genou – sur le long terme, alors que généralement, la physiothérapie cesse entre trois et six mois après la pose de la prothèse.

E. 12

Le 23 janvier 2015, sur demande de la Dre Q._____, l'intimée s'est soumise à une radiographie, qui a révélé un liséré au niveau de la pièce tibiale ainsi que des signes dégénératifs fémoro-patellaires et fémoro-tibial interne et une possible chondrocalcinose, ainsi qu'à une échographie, qui a mis en évidence une tendinopathie et enthésopathie rotulienne supéro-externe, un conflit antéro-latéral fémoro-tibial par pincement de récessus ainsi qu'une gonarthrose interne. La Dre Q._____ a alors à nouveau adressé l'intimée à l'appelant, qui, soupçonnant un descellement de l'implant, lui a prescrit une scintigraphie osseuse afin de rechercher une éventuelle surinfection de la prothèse. Cet examen a mis en évidence une hyperfixation intense du versant tibial de la prothèse unicompartmentale externe du genou droit compatible avec un descellement, associée à une composante inflammatoire modérée en phase précoce ainsi qu'une hyperfixation également en patellaire droite avec une discrète composante inflammatoire en phase précoce.

E. 13

Sur conseil de la Dre Q._____, le 8 avril 2015, l'intimée a consulté le Prof. G._____, chirurgien orthopédiste, pour un deuxième avis médical. Celui-ci a constaté que l'os tibial était coupé très bas et a observé que le compartiment interne du genou droit ne présentait aucune amélioration depuis 2011 et que l'état de celui-ci s'était plutôt empiré au vu de la calcification qu'il présentait. Le Prof. G._____ a diagnostiqué un

- 14 - descellement d'une PUC externe du genou droit ainsi qu'une extension de l'arthrose fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire. Il a préconisé la ré- opération de l'intimée pour l'ablation de la PUC et réalisation d'une PTG, en précisant qu'en raison de la coupe généreuse initiale, un rééquilibrage du compartiment externe était nécessaire. Pour cela, il a adressé la demanderesse au Service d'orthopédie des [...], « qui a[vait] la plus grande routine de ce genre de révision actuelle », en particulier au Dr V._____.

E. 14

Afin d'avoir un troisième avis, l'intimée a également consulté le Dr T._____ en date du 28 avril 2015, qui a diagnostiqué notamment des kystes de résorption osseuse et décelé la présence de chondrocalcinose bien visible dans le compartiment interne. Il a en outre identifié un pincement et une ostéophytose.

E. 15

Le 21 mai 2015, l'intimée a consulté aux [...], où les médecins ont confirmé le diagnostic du Prof. G._____.

E. 16

Le 11 août 2015, l'intimée a subi une nouvelle intervention, lors de laquelle le Dr V._____ a procédé à l'ablation de la PUC et à la mise en place de la PTG, accompagnée d'une greffe osseuse afin de combler la perte osseuse liée à la prothèse unicompartmentale posée par l'appelant. Entendu à ce sujet, le Dr V._____ a déclaré que le descellement aseptique de la pièce tibiale avait rendu indispensable cette nouvelle opération et que la greffe osseuse était un « geste supplémentaire », « nécessaire en raison de la coupe tibiale externe ». Lors de cette intervention, le chirurgien prénommé a constaté la présence d'une arthrose du compartiment fémoro-tibial interne et fémoro-patellaire avec des chondropathies de grade III à IV, une importante usure postérieure sur la surface de la PUC ainsi qu'une usure cartilagineuse au niveau de la rotule.

E. 17

Par courrier du 29 juin 2015, l'intimée a requis de l'appelant qu'il prenne position sur les soupçons de faute qu'elle formulait à son encontre. Il a rejeté toute responsabilité.

E. 18

Par correspondance du 22 février 2016, [...] Assurance SA, assurance responsabilité civile de l'appelant, a remis à l'intimée un rapport de son médecin conseil, le Dr B. _____, chirurgien orthopédiste, établi le 3 février 2016, dont la teneur est notamment la suivante : «
Appréciation : Il est certain que le traitement conservateur ayant été tenté et pour finir étant insuffisant, une indication opératoire était posée début 2011 ; peu d'options à choix, prothèse unicompartementale ou totale ? Il ne semble pas qu'une ostéotomie de varisation ait été discutée en raison de l'atteinte globale du genou. Il y a peu d'indications dans le dossier du Dr D. _____ sur les antécédents de sa patiente, antécédents que l'on retrouve dans les dossier [sic] des [...] en 2015 et qui mentionnent 3 interventions préalables sur ce genou dont une avec excision partielle du ménisque interne. Selon le rapport du Dr N. _____ du 28.1.2016, elle a signalé une méniscectomie externe du genou D ouverte en 1975 puis une méniscectomie interne par le Dr [...] en 1999. Cet élément aurait peut-être dû faire opter pour une prothèse totale, d'autant que le Dr D. _____ avait relevé la chondrocalcinose du compartiment interne (pensait éventuellement à une prothèse partielle uni condylienne interne ensuite, selon son rapport de consultation du 14.1.2011). Toutefois à 55 ans il est considéré comme peu judicieux de mettre en place une prothèse totale.

- 16 - Le choix entre une prothèse uni condylienne externe et une prothèse totale dépasse la simple compétence de l'orthopédiste moyen et un spécialiste de la chirurgie prothétique du genou a également quelques difficultés à se déterminer : Ce qui fait opter pour une prothèse totale d'emblée dans le cas présent, comme le proposait le Dr N. _____ lors de sa consultation du 20.12.2010, c'est l'atteinte du compartiment interne avec chondrocalcinose., le fait que le genou était déjà atteint dans compartiments fémoro tibiaux interne et externe mais également fémoro rotulien. Par ailleurs les prothèses unicompartementale [sic] externes ayant en général des résultats moyens, certains chirurgiens pourtant sur spécialisés en chirurgie prothétique du genou l'ont abandonnée. On ne sait que penser de l'idée de compléter la prothèse unicondylienne externe par une prothèse interne au besoin. Ceci fait poser des doutes sur l'indication initiale. On ne peut toutefois dire que le choix était une faute grave, car d'autres orthopédistes auraient probablement opté pour ce choix. La patiente a été dument informée du risque d'échec et de devoir ensuite poser une prothèse totale (consentement signé et courrier au médecin traitant dicté en présence de la patiente précisant bien ce point). Au départ, fin 2010, les examens radiologiques (avec IRM, voire extraits) montraient une atteinte de la fémoro-rotulienne (lésions grade 11-111 de la trochlée) et la chondrocalcinose est signalée comme facteur de risque par le chirurgien. Le choix d'une prothèse S. _____ AG St George est original, ce modèle étant peu implanté chez nous ; toutefois il n'est pas considéré comme expérimental.

- 17 - La pose de cet implant n'a pas été aisée, le chirurgien ayant dû opter pour un insert plus épais que prévu (11mm) et surtout pratiquer une importante résection du bord externe de la rotule afin d'éviter un conflit ; il est aussi tout à fait inhabituel que l'on ajoute à l'intervention une arthroscopie pour réséquer des ostéophytes. Ces "adaptations" en cours d'intervention ont vraisemblablement joué un rôle négatif dans l'évolution ultérieure

(hématome, raideur, douleurs) ». Le Dr B. _____ a en outre indiqué que « la pose d'une prothèse uni condylienne externe [était] plus complexe, les résultats moins bons que lors de la pose d'une uni condylienne interne », précisant que l'appelant avait été confronté à des « difficultés techniques (hauteur, conflit de la rotule entraînant une résection externe massive, arthroscopie) » et que « l'évolution ultérieure a[vait] été vraisemblablement liée à ces difficultés initiales, les douleurs persistant entre 2011 et 2014, se terminant par un descellement précoce confirmé dès début 2015 ». S'agissant de la résection de la facette externe de la rotule, il a relevé que celle-ci était « très importante, ce qui [était] anormal ». A la question de savoir si une erreur médicale, respectivement une faute de l'art avait été commise par l'appelant lors de l'intervention du 10 mars 2011, le médecin conseil de l'assurance a notamment répondu qu'« on ne [pouvait] parler de faute de l'art mais d'une mauvaise appréciation de la situation initiale », précisant que cela « ne constitu[ait] pas une faute, une minorité d'orthopédistes FMH opéreraient également pour ce type de prothèse au départ ».

E. 19

a) Une expertise extrajudiciaire de la FMH a été réalisée – à l'initiative de l'intimée et avec l'accord de l'appelant – par trois spécialistes indépendants, à savoir les Drs C. _____, L. _____ et U. _____, tous trois spécialistes FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Les experts, choisis et mandatés par le Bureau d'expertises extrajudiciaires de la FMH, ont rendu leur rapport d'expertise le 4 août 2017. Dans ce cadre, les parties ont toutes deux pu exposer leur version des faits respective.

- 18 - b) Les experts ont retenu que l'appelant « bénéfici[ait] des compétences et de l'expérience pour la mise en place de PUC », précisant qu'il s'était formé au sein de l'[...] à [...] pour la mise en place de prothèses unicompartmentales S. _____ AG, éléments également confirmés par les témoins P. _____ et M. _____. Les experts ont considéré que l'appelant avait documenté de manière « adéquate » les antécédents du genou droit de l'intimée, que son anamnèse concernant les douleurs et leur localisation était « suffisamment détaillée » et que son examen clinique était également « adéquat et bien décrit ». Ils ont ajouté que « les examens complémentaires sous forme d'IRM et de radiographie (face-profil, Schuss et membres inférieurs totaux) [étaient] décrits et sembla[ient] avoir été étudiés ». A leur sens, « il n'y a[vait] pas de faute à relever à ce niveau ». S'agissant du diagnostic, les experts ont exposé que « le diagnostic retenu de gonarthrose fémoro-tibiale externe stade IV selon Ahlback avec chondrocalcinose du compartiment interne [était] correct », précisant qu'une erreur – manifestement une imprécision lors de la dictée – s'était glissée sur le rapport de l'appelant du 14 janvier 2011, à savoir que la gonarthrose était fémoro-tibiale externe et non fémoro-patellaire. Ils ont en outre relevé que « le rapport d'IRM (pièce 1) parl[ait] d'un aspect quasi-normal du compartiment interne et fémoro-patellaire », que « le rapport de consultation du Dr. N. _____ (pièce 3) parl[ait] d'une gonarthrose externe, d'un pincement externe complet. Il n'y a[vait] pas de mention de lésions du compartiment interne, sauf la présence de lésions de chondrocalcinose » et que « finalement, le rapport de radiologie du 3.3.2011 (pièce 5) parl[ait] d'arthrose fémoro-tibiale externe du genou droit et précis[ait] l'absence d'autre anomalie ». Selon les experts, « la littérature scientifique actuelle ne considère pas qu'une chondrocalcinose soit une contre-indication à la pose d'une PUC. Il est vrai que par le passé, il avait été proposé quelques réserves quant au choix d'une PUC chez un patient souffrant de chondrocalcinose ». En outre, « le choix d'une PTG est une option avec

- 19 - moins de risques, mais donne des résultats fonctionnels moins bons qu'une PUC. Le choix d'une PUC donne des résultats fonctionnels meilleurs et le jeune âge de la patiente fait hésiter à choisir d'emblée une PTG ». A cet égard, ils ont conclu que « le choix d'une PUC ne p[ouvait] pas constituer une faute dans cette situation ». A propos du devoir d'information, les experts ont relevé que la littérature médicale n'était pas unanime sur la question relative à la difficulté d'une conversion d'une PUC en PTG, admettant qu'il s'agissait tout de même « d'une chirurgie plus difficile avec, dans 50% des cas, la nécessité d'utiliser des cales ou des quilles au niveau du tibia ». Ils ont néanmoins précisé que « la révision d'une PUC [était] plus facile à réaliser qu'une révision d'une PTG ». D'après eux, dans la pratique, ils évoquent « les complications les plus fréquentes, sans détailler quelles seraient les complications d'un nouveau geste lié à la survenue d'une complication ». Selon leur connaissance, il n'y a pas de recommandation de la société suisse d'orthopédie sur la manière d'évoquer les complications et les complications d'une complication. A cet égard, les experts sont parvenus à la conclusion que le devoir d'information n'avait pas été violé par l'appelant. En ce qui concerne le modèle de prothèse choisi par l'appelant, les experts ont mentionné le fait que celui-ci était « peu utilisé en Suisse », mais « largement utilisé dans le monde », notamment en Suède où il avait été « le deuxième plus posé » en 2010 et 2011, précisant que « son taux de révision [était] celui utilisé comme valeur de référence pour évaluer les autres implants et [était] légèrement inférieur au taux de révision de nombreux implants ». A leur sens, la prothèse en question « a[vait] fait ses preuves sur la durée, ce qui [était] un élément majeur en orthopédie ». Ils ont conclu qu'« ils ne p[ouvaient] pas retenir de reproche contre [l'appelant] pour le choix d'un implant disponible sur le marché, ce qui impliqu[ait] qu'il a[vait] reçu les certifications nécessaires, avec de solides résultats à long terme et qu'il [était] bien connu [de l'appelant] ».

- 20 - Les experts ont toutefois retenu une faute de la part de l'appelant, jugeant que celui-ci avait procédé d'emblée à une résection tibiale importante, soit une résection de 9 mm, précisant que « la technique chirurgicale du fabricant propos[ait] des coupes de 5 ou 7 mm au niveau du tibia ». Les experts ont cependant ajouté que l'origine de la faute n'avait pas pu être « précisée ». Les experts ont retenu qu'il était « toujours possible d'augmenter l'épaisseur de la coupe » et que le contraire était « bien évidemment impossible », précisant que dans le cas de l'intimée, « la coupe tibiale trop basse [avait] impliqu[é] que l'implant a[vait] été fixé dans un os de moins bonne qualité, ce qui [avait] entraîn[é] un risque plus important de descellement ou de subsidence et a[vait] compliqué le changement de PUC vers une PTG, avec la nécessité de réaliser une greffe osseuse ». Au sujet de la patellectomie effectuée par l'appelant, les experts ont retenu que la pièce fémorale, qui avait fait conflit à la fois avec le massif des épines tibiales et la rotule, n'avait pas été suffisamment latéralisée, tout en relevant que cela restait, selon eux, acceptable. A leur sens, le choix d'effectuer une patellectomie latérale était « à ce moment-là la seule option envisageable », que ce geste – qui « sembl[ait] être la cause du saignement qui avait contribué à l'arthrofibrose » – « n'[était] pas en soi délétère et qu'il [était] parfois planifié lors de mise en place de PUC latérale avec arthrose fémoro- patellaire, avec des résultats tout à fait satisfaisants » et qu'il ne pouvait pas « être qualifié de faute à proprement parler vu qu'elle [était] parfois pratiquée volontairement, voire même recommandée par certains experts ». Les experts ont encore ajouté que « l'anatomie de la rotule [de l'intimée] très large [...] recouvrant le compartiment externe a[vait] contribué à rendre ce geste nécessaire ». Selon eux, sans que cela constitue une faute d'information, il aurait été « opportun de signaler l'éventualité de ce geste en pré-opératoire ». Quant au suivi post-opératoire, les

experts sont parvenus à la conclusion qu'il n'y avait pas de faute de la part de l'appelant.

- 21 - Selon les experts, « [l'intimée] a dû subir un changement de la PUC pour une PTG en raison du descellement aseptique de la pièce tibiale et de la nécessité d'une greffe osseuse », engendrés par « la coupe tibiale importante effectuée par [l'appelant] » c) En première instance, l'intimée n'a fait valoir aucun grief à l'encontre de l'expertise FMH susmentionnée, qu'elle estimait constituer le meilleur moyen d'établir les responsabilités éventuelles de l'appelant. Elle n'a d'ailleurs pas déposé de demande de complément d'expertise. De son côté, l'appelant n'a soulevé aucun motif de récusation à l'encontre des experts. Sans remettre en question l'expertise, qui à son sens « satisfait aux exigences d'indépendance et d'impartialité requises », l'appelant a tout de même relevé que les experts n'avaient pas disposé du manuel correct relatif à la prothèse employée et que l'on ignorait quel était le manuel auquel ceux-ci s'étaient référés. A cet égard, il a souligné que les experts avaient évoqué une instruction du fabricant de réséquer le tibia de 5 ou 7 mm, alors que « le fabricant ne propose pas de coupe de 5 mm pour la prothèse utilisée », mais préconise « une résection jusqu'à 13 mm ».

E. 20

a) L'intimée a unilatéralement mandaté le Prof. K. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dont les domaines de spécialité sont l'épaule et le coude, afin de réaliser une expertise privée. Celui-ci a rendu son rapport le 2 avril 2019. Il s'est basé sur l'anamnèse et l'examen clinique des 14 et 24 janvier 2019, sur les certificats d'incapacité de travail de l'intimée, sur « la prothèse unicompartimentale St Georg S. _____ AG excisée » et sur divers documents et radiographies. b) Dans son appréciation, le Prof. K. _____ a retenu que « la coupe tibiale profonde [avait] entraîné une implantation de la prothèse dans un os de mauvaise qualité ». A son sens, la « coupe tibiale trop généreuse » effectuée par l'appelant constituait une « erreur technique ».

- 22 - c) Entendu en qualité de témoin, le Prof. K. _____ a indiqué qu'il estimait que la coupe tibiale était trop basse, mais qu'il ne savait pas si c'était une faute (PV, p. 38 ad all. 806). Il a admis ne pas avoir d'expérience en matière de pose de PUC, ayant assisté à des poses, sans l'avoir fait lui-même (PV, p. 39 ad all. 820). Il a encore précisé se méfier des PUC, « d'autant plus qu'on a moins d'expérience » (PV, p. 39 ad all. 820). Il a également déclaré que l'appelant « a[vait] fait immédiatement une coupe à 9 mm, ce qui [était] trop », ce qui serait selon lui « une mauvaise estimation, pas une violation des règles de l'art » (PV, p. 39 ad ad all. 842). d) L'appelant et le Prof. K. _____ se connaissent parfaitement dès lors qu'ils ont collaboré étroitement pendant de nombreuses années. L'appelant a soutenu en première instance que leur relation de travail était litigieuse et que le Prof. K. _____ n'aurait jamais dû accepter de rédiger un rapport à son sujet. L'intéressé a quant à lui contesté tout conflit avec l'appelant, déclarant que leur relation de travail « était bonne », du moins « pas litigieuse à sa connaissance ».

E. 21

décembre 2023 consid. 5.2). Le devoir d'information du médecin résulte également de ses obligations contractuelles (ATF 133 III 121 consid. 4.1.2 ; TF 4A_547/2019 du 9 juillet 2020 consid. 4.2.2). 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 133 III 121 consid. 4.1.2). La portée du devoir d'information du médecin (y compris sur les risques de l'opération), est fonction de l'état de la science médicale et on ne saurait imposer au médecin de donner au patient des renseignements qui ne sont pas encore compris dans cet état (TF 4A_547/2019 précité consid. 4.2.2). Il appartient au médecin d'établir qu'il a suffisamment renseigné le patient et obtenu le consentement éclairé de ce dernier préalablement à l'intervention (ATF 133 III 121 consid. 4.1.3 ; TF 4A_547/2019 précité consid. 4.2.2 ; TF 4A_487/2016 du 1er février 2017 consid. 3.2).

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