

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

C/11667/2008

ACJC/600/2013

ARRÊT

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre civile

DU VENDREDI 10 MAI 2013

Entre

Madame A_____, domiciliée _____, 1226 Thônex, appelante d'un jugement rendu par la 15ème Chambre du Tribunal de première instance de ce canton le 2 novembre 2012, comparant par Me Mauro Poggia, avocat, rue de Beaumont 11, 1206 Genève, en l'étude duquel elle fait élection de domicile,

Et

Mesdames B_____ **et C**_____, **Messieurs D**_____ **et E**_____, tous les quatre domiciliés _____, 1208 Genève, hoirs BCDE_____ comparant par Me Michel Bergmann, avocat, rue de Hesse 8-10, case postale 5715, 1211 Genève 11, en l'étude duquel ils font élection de domicile.

Le présent arrêt est communiqué aux parties par plis recommandés du 13.05.2013.

EN FAIT

- A. Par jugement du 2 novembre 2012, communiqué pour notification aux parties le jour même, le Tribunal de première instance a débouté A_____ (ci-après également : la patiente) de sa demande en paiement du 28 mai 2008 contre les consorts B_____, C_____, D_____ et E_____ (ci-après également : les hoirs BCDE_____), héritiers du Dr F_____ (ch. 1 du dispositif), et l'a condamnée en tous les dépens, lesquels comprenaient une indemnité de procédure de 9'500 fr. valant participation aux honoraires d'avocat des hoirs BCDE_____ (ch. 2).

Dans le cadre de cette procédure, A_____ sollicitait la réparation du dommage matériel et du tort moral qu'elle soutenait avoir subis en raison de l'intervention chirurgicale de gastroplastie laparoscopique avec anneau gastrique (ci-après : la gastroplastie) pratiquée le 17 avril 2000 par le Dr F_____ (ci-après également : le chirurgien), sans son consentement. Ce dernier étant décédé le 11 octobre 2005, A_____ avait attrait l'ensemble de ses héritiers en justice.

Dans son jugement, le Tribunal a refusé d'ordonner l'expertise sollicitée par A_____, dès lors qu'il se jugeait suffisamment informé, sur la base de l'instruction de la cause et des pièces produites par les parties, pour examiner le dommage et le lien de causalité naturelle et adéquate entre celui-ci et les faits reprochés au chirurgien. Au fond, il a considéré qu'il n'était pas démontré que A_____ avait donné son consentement éclairé au Dr F_____ pour qu'il pratique une gastroplastie au lieu d'un *bypass* bilio-digestif, tel que cela avait été initialement convenu. Le comportement du chirurgien constituait dès lors une violation fautive de son mandat. Après ce constat, il a jugé qu'il n'existait toutefois pas de lien de causalité naturelle et adéquate entre la violation fautive du mandat et les différentes atteintes à la santé alléguées par A_____ et le dommage en résultant, de sorte que le Dr F_____ ne pouvait pas être tenu pour responsable du dommage. Le premier juge a également retenu que l'intervention du 17 avril 2000 était aisément réversible, que A_____ avait d'ailleurs fait retirer l'anneau ainsi posé et fait pratiquer un *bypass* bilio-digestif par un autre chirurgien en date du 23 novembre 2001. L'instruction de la cause n'avait pas permis d'établir que la première intervention chirurgicale était "*à l'origine et la cause unique*" des atteintes à la santé de A_____ et du dommage en résultant, mais avait en revanche démontré que la seconde intervention était la cause de graves complications, telles que le *dumping syndrom*, précoce et tardif, et les douleurs abdominales persistantes qui péjoraient l'état de santé de A_____.

Par ailleurs, l'état dépressif chronique d'intensité sévère et le syndrome de stress post-traumatique allégués par A_____ comme étant des conséquences de la gastroplastie ne pouvaient pas, selon le premier juge, être en lien avec cette intervention, dès lors que la première de ces pathologies existait bien avant celle-ci et que le syndrome de stress post-traumatique n'était apparu qu'après la seconde intervention (le *bypass* bilio-digestif). A_____ n'avait en outre pas requis de

suivi psychiatrique après la gastroplastie. Le trouble dépressif récurrent et l'état de stress post-traumatique n'étaient donc pas en lien de causalité avec l'intervention du 17 avril 2000.

A défaut de lien de causalité entre la violation fautive de son mandat par le chirurgien, les atteintes dont souffre A_____ et le dommage allégué par cette dernière, le premier juge l'a déboutée de sa demande des dommages-intérêts.

- B. a.** Par acte du 5 décembre 2012, A_____ appelle de ce jugement, dont elle sollicite l'annulation. Cela fait, elle conclut, principalement, au renvoi de la cause au premier juge afin qu'il ordonne une expertise psychiatrique et statue à nouveau.

A titre subsidiaire, elle conclut, sous suite de frais judiciaires et de dépens, à ce que la Cour condamne les hoirs BCDE_____ à lui verser 50'000 fr. avec intérêts à 5% l'an dès le 17 avril 2000 au titre de tort moral, 808'173 fr. au titre de perte de gain, ainsi que les intérêts à 5% l'an sur un montant de 771'437 fr. dès le 1er juin 2007.

Elle prend également des conclusions subsidiaires tendant à ce que la Cour condamne les hoirs BCDE_____ aux dépens de première instance et d'appel et statue sur l'appel sans frais à charge des parties.

b. Les hoirs BCDE_____ concluent, sous suite de frais judiciaires et de dépens, à la confirmation du jugement querellé et prennent, dans la mesure où la Cour ne confirmerait pas ledit jugement, des conclusions subsidiaires tendant au renvoi de la cause au Tribunal pour qu'il mette en œuvre une expertise judiciaire en vue de déterminer quelles sont les atteintes à la santé dont souffre A_____ des suites exclusives de la gastroplastie pratiquée le 17 avril 2000 par le Dr F_____.

En substance, ils reprochent au premier juge d'avoir établi de façon lacunaire les faits de la cause et d'avoir considéré, à tort, que A_____ n'avait pas donné son consentement à la gastroplastie. Ils estiment, au contraire, ce fait comme établi et partant que le Dr F_____ n'a commis aucune violation fautive de son mandat.

- C.** La Cour retient les faits pertinents suivants du dossier qui lui est soumis :

a. A_____ est née le _____ 1961 au Portugal. Elle a suivi sa scolarité obligatoire jusqu'à 13 ans, puis a commencé à travailler dans une usine. En raison de violences que lui faisait subir sa mère, A_____ a fait une première tentative de suicide à l'âge 15 ans.

b. A 17 ans, A_____ est tombée enceinte et a épousé le père de son enfant, avec lequel elle a ensuite eu un deuxième enfant. Compte tenu des sévices que son époux lui infligeait depuis leur mariage, elle a fait une autre tentative de suicide, durant sa deuxième grossesse. Après ces événements, elle a quitté son époux et s'est réfugiée, avec ses enfants, chez l'un de ses frères. Elle s'est ensuite installée

en Suisse en 1985, où elle a rencontré son second époux. Ils se sont mariés en 1992.

c. Son deuxième époux est décédé en 1993. Cette dernière a alors souffert d'une dépression passagère, de deux ou trois mois, et a consulté pour la première fois, dans une permanence médicale, le médecin G_____ (ci-après également : le médecin généraliste ou traitant).

d. En 1995, A_____ a, à nouveau, subi un épisode dépressif sévère avec perte de mémoire, en lien avec des problèmes que traversait alors sa fille. Le Dr G_____, compte tenu du refus de sa patiente de consulter un psychiatre, lui a lui-même prescrit des antidépresseurs. A cette époque, A_____ s'est mise à prendre beaucoup de poids, dévorant les aliments et buvant beaucoup d'alcool.

e. Compte tenu de sa surcharge pondérale, A_____ a commencé à souffrir de dorso-lombalgies, de gonalgies (atteintes aux genoux), de douleurs dans les pieds et a dû subir plusieurs interventions, dont un curetage du tunnel tarsien et l'ablation d'un kyste synovial en novembre 1999. Cette intervention a été compliquée par l'apparition d'une thrombose veineuse profonde. A_____ n'a, depuis lors, jamais cessé de souffrir de douleurs persistantes l'obligeant notamment à porter des chaussures et des semelles orthopédiques. Elle a également dû subir un curetage du canal carpien en 2000. Pour ces motifs, elle a été en arrêt de travail total dès le 14 octobre 1999.

f. Constatant que sa patiente souffrait d'une obésité morbide (soit un poids entre 108 et 110 kg, pour une taille de 155 cm et un indice de masse corporelle (BMI) de 45 à 46), d'alcoolisme et compte tenu du fait que les régimes qu'elle avait suivis n'avaient pas donné de résultats, le Dr G_____ lui a conseillé une intervention de chirurgie bariatrique pour l'aider à perdre du poids. Il lui a exposé les deux méthodes chirurgicales envisageables, soit le *bypass* bilio-digestif comprenant la création d'une poche gastrique par agrafage, sur laquelle est suturée une portion de l'intestin grêle, de façon à ce qu'une portion d'intestin ne reçoive plus d'aliments, soit la gastroplastie, impliquant l'installation d'un anneau siliconé dans l'estomac relié à une chambre d'injection, par laquelle est injecté un liquide pour le gonfler et réduire la capacité de l'estomac. Refusant l'implantation d'un corps étranger dans son abdomen, A_____ avait alors indiqué à son médecin généraliste préférer le *bypass* bilio-digestif.

En raison d'un délai d'attente d'environ un an pour faire cette intervention aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), le Dr G_____ a adressé sa patiente à son confrère le Dr F_____, spécialiste FMH en chirurgie, qui pratiquait la chirurgie bariatrique aux HUG et également à l'Hôpital de Nyon, où les délais d'attente étaient plus courts. Le Dr G_____ avait établi une ordonnance à l'attention de son confrère lui indiquant le type d'intervention à pratiquer, soit un *bypass* bilio-digestif.

g. A_____ s'est rendue à une première consultation chez le Dr F_____, le 20 juillet 1998, puis est revenue le voir le 15 mars 2000. Les notes manuscrites du chirurgien lors de cette consultation indiquent que la patiente désirait un *bypass* bilio-digestif. Une autre annotation semble indiquer que la gastroplastie serait plus indiquée. Après ce second entretien, le chirurgien a néanmoins sollicité auprès de l'assurance-maladie de la patiente une prise en charge d'un *bypass* bilio-digestif, que celle-ci a confirmée par pli du 31 mars 2000.

h. Lors d'une troisième consultation, le 11 avril 2000, le Dr F_____ a proposé à A_____ de pratiquer l'intervention le 17 avril 2000, dès lors que l'une de ses patientes - qui devait être opérée ce jour-là - s'était désistée. Il a exposé à la patiente l'opportunité de procéder à une gastroplastie en lieu et place d'un *bypass* bilio-digestif, ses habitudes alimentaires et le fait que le *bypass* bilio-digestif était plus mutilant que la gastroplastie plaidant en faveur de cette dernière intervention. A l'issue de cette consultation, le chirurgien a considéré que sa patiente avait accepté qu'il pratique une gastroplastie au lieu d'un *bypass* bilio-digestif et a adressé à l'Hôpital de Nyon un bon d'admission en vue de cette intervention. Le chirurgien a inscrit dans son dossier médical qu'il pratiquerait une gastroplastie à l'Hôpital de Nyon le 17 avril 2000 à 8h15, sans mentionner que la patiente avait donné son consentement et les raisons de son changement d'avis.

i. En date du 17 avril 2000, le chirurgien a procédé à une gastroplastie. L'opération a été réalisée dans les règles de l'art et les suites opératoires ont été simples et afebriles.

j. Après trois jours d'hospitalisation, A_____ est rentrée à son domicile, au bénéfice d'un arrêt de travail à 100% jusqu'au 25 avril 2000. Censée revoir le Dr F_____ le 22 avril 2000, elle ne l'a plus recontacté.

k. Se plaignant auprès de son médecin traitant d'avoir subi une gastroplastie au lieu d'un *bypass* bilio-digestif, A_____ lui a expliqué qu'elle n'avait pas donné son consentement au Dr F_____ et n'avait pris connaissance de la nature de l'intervention pratiquée qu'après celle-ci de la bouche d'une infirmière.

l. Considérant que son confrère n'aurait pas dû pratiquer une gastroplastie contrairement au souhait de sa patiente, le Dr G_____ a alors adressé celle-ci à un autre chirurgien, le Dr H_____, pour qu'il assure le suivi postopératoire et procède au gonflage de l'anneau mis en place le 17 avril 2000. A_____ a rencontré ce dernier pour arrêter la date du gonflage. Une salle d'intervention avait été réservée à cet effet. Cependant, peu avant l'intervention, A_____ a annoncé au Dr H_____ qu'elle renonçait à faire gonfler l'anneau.

m. Le 23 mai 2001, A_____, qui était en incapacité totale et durable de travail depuis le 14 octobre 1999, a fait une demande de rente auprès de l'assurance-invalidité (ci-après : l'AI). Celle-ci lui a été octroyée avec effet rétroactif au 15 octobre 2000, compte tenu du fait que le droit à une rente d'invalidité ne prend

naissance, en cas d'invalidité reconnue (art. 8 LPGA - RS 830.1) qu'à l'issue d'une période d'incapacité de travail ininterrompue d'un an (art. 28 LAI - RS 831.20), comme c'était le cas en l'espèce entre le 14 octobre 1999 et le 15 octobre 2000.

n. Invoquant un défaut de consentement, A_____ a déposé une plainte contre le Dr F_____ auprès du Département de l'action sociale et de la santé du Canton de Genève (ci-après : le Département) le 14 février 2001. Sur préavis de la Commission de surveillance des professions de la santé, qui avait instruit la cause et entendu les parties, le Département a constaté, dans une décision du 27 août 2003, que le Dr F_____ n'était pas parvenu à démontrer qu'il avait recueilli le consentement éclairé de sa patiente en vue de la gastroplastie.

o. Dès lors que sa patiente avait renoncé à faire gonfler l'anneau gastrique, le Dr G_____ a demandé au Dr I_____, chirurgien aux HUG, de retirer l'anneau de sa patiente et d'effectuer un *bypass* bilio-digestif. L'intervention a été pratiquée aux HUG le 23 novembre 2001 et prise en charge par l'assurance-maladie de A_____. A la suite de celle-ci, elle a perdu 45 kg mais a également souffert d'une complication rare due au *bypass* bilio-digestif, soit une problématique extrêmement douloureuse et gênante faite de douleurs abdominales immédiatement post prandiales extrêmes accompagnées de vomissements et de diarrhées profuses, imputées à un *dumping syndrom* et à une déformation du moignon gastrique en cascade.

p. Par acte du 28 mai 2008, A_____, considérant qu'elle était atteinte dans sa santé en raison d'une intervention chirurgicale à laquelle elle n'avait pas consenti, a actionné devant le Tribunal de première instance les héritiers du Dr F_____, ce dernier étant décédé le 11 octobre 2005, en réparation de son dommage et de son tort moral. Elle invoquait la responsabilité du chirurgien pour la violation de son contrat de mandat et avait sollicité à titre de dommages et intérêts les montants de, respectivement, 50'000 fr. avec intérêts à 5% dès le 17 avril 2000 pour tort moral, 808'173 fr. pour la perte de gain et des intérêts de 5% l'an sur un montant de 771'437 fr. dès le 1er juin 2007.

Elle a soutenu qu'elle n'avait découvert qu'à son réveil à l'hôpital, de la bouche d'une infirmière, qu'une gastroplastie avait été pratiquée sans son consentement. Elle tentait d'expliquer l'acte du chirurgien, en soutenant que ce dernier avait dû confondre son traitement avec celui qui était destiné à la patiente dont elle avait pris la place à l'Hôpital de Nyon le jour de l'intervention litigieuse, ou qu'il avait volontairement pratiqué l'intervention contestée car il préférait cette méthode à celle du *bypass* bilio-digestif ou encore qu'il avait choisi cette intervention car elle était plus courte à pratiquer que celle qui avait été initialement convenue. Elle exposait avoir été choquée par le fait que cette intervention ne correspondait pas à celle envisagée, avoir souffert de crises d'angoisse, d'insomnies et de cauchemars, l'ayant peu à peu fait sombrer dans un état dépressif. Elle considérait qu'elle avait

été atteinte dans sa santé en raison de ce choc, du refus du Dr F_____ de reconnaître son erreur ainsi qu'en raison du fait de douleurs abdominales.

A_____ a versé une avance de frais de 20'403 fr.

q. Les hoirs BCDE_____ ont conclu au déboutement de A_____ de toutes ses conclusions, contestant la responsabilité du Dr F_____, le défaut de consentement et le lien de causalité entre l'intervention du 17 avril 2000 et les dommages allégués par A_____.

A cet égard, le Dr F_____ avait toujours affirmé avoir obtenu le consentement préalable de A_____. Lors de son audition devant la Commission de surveillance des professions de la santé, il avait précisé avoir indiqué à sa patiente, durant la consultation du 11 avril 2000, qu'une gastroplastie était plus justifiée dans son cas. Compte tenu de l'anamnèse de la patiente, de ses habitudes alimentaires et de ses besoins, il avait préconisé une gastroplastie, soit une intervention moins invasive que le *bypass* bilio-digestif et réversible. Les complications médicales alléguées par A_____ étaient sans lien direct avec cette intervention mais en lien avec l'opération de *bypass* bilio-digestif de 2001. A_____ n'avait d'ailleurs pas été suivie par un psychiatre après la première intervention.

r. Au nombre des pièces produites par A_____ figure l'intégralité du dossier AI la concernant, et en particulier un rapport d'expertise pluridisciplinaire établi par le Service régional médical de l'AI le 1er mai 2006.

Ce rapport indique que, sur le plan psychiatrique, la patiente souffre d'un trouble de l'attention, de la concentration et de la mémoire, d'une tristesse exprimée accompagnée d'un sentiment de désespoir, d'inutilité, de perte de confiance en soi ainsi que des ruminations existentielles, sans idées suicidaires, d'une diminution de la libido, de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et des activités agréables.

L'anamnèse psychiatrique révèle que A_____ a vécu un premier épisode dépressif ayant nécessité l'introduction d'un traitement antidépresseur en 1993, un deuxième épisode d'intensité sévère avec symptômes psychotiques (stupeur dépressive) en 1995 et un troisième épisode en 2000, à la suite de l'intervention chirurgicale digestive pratiquée par le Dr F_____, à l'origine d'un état de "stress traumatique". En outre, selon les experts, le *dumping syndrom* dont l'apparition remonte à 2003 est la conséquence du *bypass* bilio-digestif qui a provoqué chez A_____ "l'installation d'un état de stress post traumatique chronique, avec effondrement progressif des ressources psychiques". Le trouble dépressif récurrent avec épisodes moyens à sévères, symptômes psychotiques et l'état de stress post-traumatique (selon CIM-10, modification durable de la personnalité) ont été considérés par les experts comme étant à l'origine de

l'atteinte à la santé mentale de la patiente justifiant son incapacité de travail de longue durée.

Le rapport établit qu'en sus de ses troubles psychologiques, la patiente souffre d'atteintes à sa santé physique qui réduisent entièrement sa capacité de travail depuis 1999 déjà, à savoir de nombreuses atteintes ostéoarticulaires (syndrome rotulien, fracture de vertèbre L1, périarthrite scapulo-humérale et des lombalgies chroniques). Par ailleurs, les experts ont constaté que A_____ présentait depuis 2003 une problématique complexe concernant la sphère intestinale, lui causant des douleurs abdominales intermittentes violentes et imprévisibles associées à un *dumping syndrom*, en lien avec le *bypass* bilio-digestif pratiqué en 2001 et à la forme apparemment singulière du moignon gastrique.

Il est également exposé que A_____ a fait deux chutes durant l'année 2003 et souffre depuis lors de l'épaule droite et de lombalgies aggravées. Elle a subi une hystérectomie en 2004 et plusieurs traitements par infiltrations pour des douleurs dans les genoux.

Il ressort par ailleurs du dossier AI de A_____ que le Dr G_____, dans un courrier à l'AI du 23 mai 2001, affirmait que le problème principal de sa patiente était son excès pondéral, ses autres problèmes physiques et psychologiques n'étant que secondaires, et que celui-ci pourrait être résolu au moyen d'une nouvelle intervention à l'occasion de laquelle l'anneau posé le 17 avril 2000 serait enlevé et un *bypass* bilio-digestif pratiqué. Sa patiente pourrait ensuite recommencer à travailler.

s. Lors des enquêtes, le Dr J_____, qui avait assisté le Dr F_____ lors de l'intervention du 17 avril 2000 et suivi la patiente les trois jours suivant l'intervention, a indiqué que la patiente avait paru étonnée du type d'intervention subie. Il a indiqué que l'intervention pratiquée correspondait à celle qui avait été convenue avec le Dr F_____, qui figurait dans le bon d'admission de la patiente et pour laquelle il avait été sollicité. Il a précisé que le *dumping syndrom* ne pouvait pas être considéré comme une complication du *bypass* bilio-digestif mais plutôt comme un effet secondaire. La gastroplastie n'engendrait en tous les cas pas ce type de problème.

Le Dr H_____ a, pour sa part, indiqué qu'il n'y avait eu aucune complication avec l'anneau gastrique et que A_____ ne lui avait pas demandé de l'enlever.

Le Dr G_____ a soutenu que l'état dépressif et le syndrome post traumatique dont souffrait sa patiente étaient uniquement dus au fait que cette dernière avait subi - sans son consentement - une gastroplastie le 17 avril 2000 en lieu et place d'un *bypass* bilio-digestif.

t. Au terme des auditions de témoins, A_____ a annoncé qu'elle sollicitait une expertise sur le dommage et le lien de causalité entre celui-ci et la faute du

chirurgien. Les hoirs BCDE_____ ont pris note de cette annonce, sans s'y rallier et la cause a été remise à plaider sur l'expertise et sur le fond.

- D. L'argumentation des parties devant la Cour sera reprise ci-après dans la mesure utile.

EN DROIT

1. L'appel est recevable contre les décisions finales de première instance (art. 308 al. 1 let. a CPC), dans les causes patrimoniales dont la valeur litigieuse au dernier état des conclusions dépasse 10'000 fr. (art. 308 al. 2 CPC).

En l'espèce, l'appel a été formé en temps utile (art. 311 al. 1 CPC) par une partie qui y a intérêt (art. 59 al. 2 let. a CPC), contre une décision finale de première instance rendue dans une cause patrimoniale dont les conclusions, dans leur dernier état devant le Tribunal de première instance, portent sur un montant supérieur à 10'000 fr.

L'appel est recevable à la forme.

2. L'appel peut être formé pour violation du droit ou pour constatation inexacte des faits (art. 310 CPC). 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 (JEANDIN, CPC, Code de procédure civile commenté, Bohnet/Haldy/Jeandin/Schweizer/Tappy (éd.), 2011, n° 2 ss ad art. 310 CPC). Elle peut revoir librement l'appréciation des faits sur la base des preuves administrées en première instance (JEANDIN, op. cit., n° 6 ad art. 310 CPC).
3. L'appelante fait grief au premier juge d'avoir violé son droit à la preuve, en refusant d'ordonner l'expertise qu'elle sollicitait. Pour ce motif, elle conclut à titre principal au renvoi de la cause au premier juge pour qu'il ordonne ladite expertise en vue d'établir l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre la violation fautive de son mandat par le chirurgien et le dommage et le tort moral subis par elle à la suite de la gastroplastie.

3.1 Le droit à la preuve et à la contre-preuve se déduit d'une manière générale du droit d'être entendu et de l'art. 8 CC (ATF 137 I 279 consid. 2.3; 135 II 286 consid. 5.1; 135 V 465 consid. 4.3.2). Le juge viole cette disposition s'il refuse d'administrer une preuve régulièrement offerte, dans les formes et les délais prévus par la loi de procédure, et portant sur un fait pertinent pour l'appréciation juridique de la cause (ATF 133 III 189 consid. 5.2.2 et les références citées; arrêts du Tribunal fédéral 5A_726/2009 du 30 avril 2010 consid. 3.1 non publié in ATF 136 III 365; 5A_620/2007 du 7 janvier 2010 consid. 6.1 publié in SJ 2010 I p. 568).

Cette disposition ne régit cependant pas l'appréciation des preuves et elle n'exclut pas non plus que le juge puisse, sur la base d'une appréciation anticipée des

preuves déjà disponibles, refuser l'administration d'une preuve supplémentaire au motif qu'il la tient pour impropre à modifier sa conviction (ATF 138 III 374 consid. 4.3.1 et 4.3.2; 131 III 222 consid. 4.3).

En l'occurrence, le Tribunal a examiné la requête d'expertise à l'aune de l'ancienne loi de procédure civile genevoise (aLPC), la demande ayant été introduite avant l'entrée en vigueur du CPC (art. 404 al. 1 CPC).

L'aLPC instituait la preuve par expertise à son art. 255 al. 1, lequel autorisait le juge, pour s'éclairer sur une question de fait requérant l'avis d'un spécialiste, à ordonner qu'il soit procédé à une expertise. Le fait nécessitant le recours à un spécialiste devait être allégué avec précision, en temps utile et devait être pertinent, auquel cas la partie qui l'alléguait disposait d'un droit à l'ordonnance d'une expertise. Cette mesure avait toutefois un caractère subsidiaire par rapport à l'enquête par témoins; l'on ne pouvait y recourir pour remédier à l'absence de preuve portant sur des faits de nature non technique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 4A_390/2012 du 13 novembre 2012 consid. 2 citant BERTOSSA/GAILLARD/GUYET/SCHMIDT, Commentaire de la loi de procédure civile genevoise, vol. II, n° 4 ad art. 255 aLPC).

3.2 En l'espèce, se jugeant suffisamment renseigné sur le dommage et le lien de causalité entre la violation fautive du mandat qu'il a imputée au chirurgien et le dommage de l'appelante, compte tenu du résultat des enquêtes et des pièces produites par les parties, le premier juge a écarté, par une appréciation anticipée des preuves, l'expertise sollicitée.

Figure au nombre des pièces au dossier le rapport d'expertise pluridisciplinaire de l'AI, dans lequel l'état de santé de l'appelante, avant et après l'intervention litigieuse, ainsi que son évolution après la seconde intervention bariatrique en 2001 ont été expliqués par plusieurs médecins. Ce rapport met en évidence les atteintes à la santé de l'appelante qui existaient déjà avant la première intervention et celles qui ne découlent pas de l'intervention litigieuse mais de l'intervention subséquente. Ces éléments ressortent également des déclarations des médecins entendus en qualité de témoins par le premier juge, et notamment celles du médecin généraliste de l'appelante. En sus du diagnostic des atteintes psychiques et physiques de l'appelante, les médecins mandatés par l'AI et les témoins se sont prononcés sur les causes de ces atteintes et sur les conséquences des deux interventions bariatriques. Les éléments du dossier étaient donc pertinents et suffisants pour permettre au premier juge de trancher la question du dommage et du lien de causalité naturelle et adéquate entre le comportement reproché au chirurgien et le dommage subi par l'appelante, sans qu'une expertise judiciaire ne soit mise en œuvre.

Le premier juge pouvait dès lors, sans violer le droit à la preuve de l'appelante, refuser d'ordonner l'expertise judiciaire sollicitée.

La cause étant en état d'être jugée, il appartient à la Cour de trancher la question de la causalité naturelle et adéquate qui est contestée devant elle, en se fondant sur le dossier qui lui a été soumis. L'administration des preuves ne nécessitant pas de complément, la Cour ne renverra pas la cause au premier juge. La conclusion principale de l'appelante tendant à ce renvoi sera donc rejetée.

4. Le premier juge a considéré sur la base des preuves administrées, à l'instar du Département et de la Commission de surveillance des professions de la santé qui s'étaient préalablement prononcés sur ce point, que le chirurgien n'avait pas démontré qu'il avait obtenu le consentement éclairé de l'appelante avant de pratiquer la gastroplastie litigieuse. Il a dès lors retenu que le chirurgien avait commis une violation fautive de son mandat.

4.1 Lorsqu'un médecin entreprend une opération chirurgicale, celle-ci se caractérise comme une atteinte portée au corps humain. Or, l'intégrité corporelle est un droit absolu et toute lésion corporelle est en principe illicite. L'illicéité ne peut être levée, pour des actes thérapeutiques, que si le médecin apporte la preuve qu'il a obtenu le consentement éclairé du patient, sauf consentement hypothétique ou état de nécessité. C'est dans ce contexte qu'ont été développés les principes jurisprudentiels évoqués par le recourant (cf. ATF 133 III 121 consid. 4.1.1 et 4.1.3).

Le médecin est tenu de 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 celui-ci, éventuellement sur l'évolution spontanée de la maladie et les questions financières, notamment relatives à l'assurance (art. 394 al. 1 et 398 al. 2 CO; ATF 133 III 121 consid. 4.1.2).

4.2 En l'occurrence, il n'est pas contesté que l'appelante avait manifesté sa volonté d'être opérée au moyen de la technique du *bypass* bilio-digestif. Elle refusait la gastroplastie, jugeant que cette intervention imposait l'implantation d'un corps étranger dans son abdomen. Il ressort de l'instruction de la cause que le médecin généraliste de l'appelante l'avait envoyée chez l'un de ses confrères chirurgiens pour qu'il pratique un *bypass* bilio-digestif en rédigeant une ordonnance en ce sens à l'attention de ce chirurgien. Ce dernier connaissait donc la volonté de la patiente et l'avait inscrite dans son dossier médical. Toutefois, il a indiqué dans une note manuscrite un mois avant l'intervention qu'il pratiquerait une gastroplastie.

S'il jugeait que la gastroplastie était plus indiquée, alors qu'il savait que sa patiente ne voulait pas de ce type d'intervention, il devait obtenir son consentement éclairé, après lui avoir donné une information suffisante démontrant le bien-fondé de cette intervention. Cela se justifiait d'autant plus qu'il avait jusqu'alors accepté de faire un *bypass* bilio-digestif et sollicité, à cette fin, la prise en charge de cette intervention par l'assurance-maladie de l'appelante. Or, rien dans le dossier

médical n'indique que l'appelante a changé d'avis après avoir reçu une information convaincante sur la gastroplastie.

Compte tenu de ces éléments, l'on ne saurait conclure que le chirurgien a obtenu le consentement de sa patiente sur la base d'une information suffisante. L'on ne peut pas davantage déduire du fait que le chirurgien a indiqué dans le bon d'admission adressé à l'Hôpital de Nyon qu'il pratiquerait une gastroplastie le 17 avril 2000, ni de la lettre qu'il a adressée au médecin généraliste de la patiente le jour de l'intervention, qu'il aurait donné une information suffisante à sa patiente et recueilli son consentement. Contrairement à ce que soutiennent les hoirs BCDE_____, il n'a dès lors pas été établi que l'appelante avait donné son consentement.

Il faut ainsi admettre, à l'instar du Tribunal, que le chirurgien a violé fautivement ses obligations contractuelles envers l'appelante et commis un acte illicite en procédant à une intervention chirurgicale non indispensable en l'absence de l'accord de sa patiente.

Le jugement entrepris est exempt de toute critique sur ce point.

5. L'appelante fait grief au premier juge d'avoir nié le lien de causalité naturelle et adéquate entre son dommage et la violation fautive du mandat par le chirurgien. Elle soutient que l'intervention litigieuse est la cause de son état dépressif, d'un stress post-traumatique et de douleurs abdominales.

5.1 En sus de la violation fautive de l'une de ses obligations contractuelles par le mandataire, le patient doit avoir subi un dommage ou un tort moral donnant lieu à indemnité (art. 97, 99 al. 3 et 47 CO) et il doit exister un rapport de causalité naturelle et adéquate entre la violation fautive de l'obligation contractuelle et le dommage ou le tort moral subis. Il incombe au patient d'apporter la preuve des faits correspondant à chacune de ces conditions, sauf pour la faute qui est présumée (art. 8 CC; art. 97 al. 1 CO). Si l'une des quatre conditions n'est pas réalisée, l'action doit être rejetée, sans qu'il soit nécessaire d'examiner les autres (arrêts du Tribunal fédéral 4A_737/2011 du 2 mai 2012 consid. 2.2; 4A_266/2011 du 19 août 2011 consid. 2.1.1).

S'agissant du lien de causalité naturelle, un fait est la cause naturelle d'un résultat s'il en constitue l'une des conditions *sine qua non*. En d'autres termes, il existe un lien de causalité naturelle entre deux événements lorsque, sans le premier, le second ne se serait pas produit; il n'est pas nécessaire que l'événement considéré soit la cause unique ou immédiate du résultat (ATF 133 III 462 consid. 4.2.2; 128 III 174 consid. 2b, 128 III 180 consid. 2d; 125 IV 195 consid. 2b; 122 IV 17 consid. 2c/aa; 119 V 335 consid. 1; arrêt du Tribunal fédéral 4A_760/2011 du 23 mai 2012 consid. 3.2). L'existence d'un lien de causalité naturelle entre le fait générateur de responsabilité et le dommage est une question de fait que le juge doit trancher selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. En pareil

cas, l'allégement de la preuve se justifie par le fait que, en raison de la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée de celui qui en supporte le fardeau (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2; 132 III 715 consid. 3.1; 130 III 321 consid. 3.2 et les références citées).

Quant à la causalité adéquate, un fait constitue la cause adéquate d'un résultat s'il est propre, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit; le constat de la causalité adéquate relève du droit (ATF 123 III 110 consid. 2 et 3a; arrêt du Tribunal fédéral 4A_266/2011 du 19 août 2011 consid. 2.1.3).

5.2 En l'espèce, l'instruction de la cause n'a pas permis de démontrer que la gastroplastie pratiquée sans l'accord de l'appelante le 17 avril 2000 était non conforme aux règles de l'art ou qu'elle avait donné lieu à des complications. Les différents médecins entendus à ce sujet ont exposé que l'anneau gastrique avait été correctement posé et avait pu être retiré sans séquelles pour l'appelante. Les vomissements et les douleurs allégués par l'appelante ne sont pas démontrés pour la période suivant la gastroplastie. Elles ont en revanche été mises en lien de causalité avec l'intervention de *bypass* bilio-digestif par les médecins du Service régional médical de l'AI.

Le Dr G_____ est le seul médecin à avoir soutenu que l'appelante avait souffert d'un stress post-traumatique après la pose de l'anneau gastrique. Les déclarations de ce médecin doivent être prises avec circonspection dans le cas d'espèce, compte tenu du fait qu'il est le médecin traitant de l'appelante et qu'il n'est ni chirurgien ni psychiatre. Par ailleurs, quand bien même il a affirmé que son confrère chirurgien avait violé son mandat et causé des atteintes psychologiques et physiques à sa patiente, il n'a pas immédiatement jugé qu'il était utile de faire retirer l'anneau gastrique mais il a, au contraire, conseillé à sa patiente de le faire gonfler comme il est usuel de le faire. Il jugeait donc que la gastroplastie avait été effectuée conformément aux règles de l'art et que sa patiente pouvait en tirer un avantage. Il a en sus affirmé, dans un courrier à l'AI du 23 mai 2001, que le problème principal de sa patiente était son excès pondéral, ses autres problèmes physiques et psychologiques n'étant que secondaires, et que celui-ci pourrait être résolu au moyen d'une nouvelle intervention à l'occasion de laquelle l'anneau posé le 17 avril 2000 serait enlevé et un *bypass* bilio-digestif pratiqué.

Il a également été démontré que le *bypass* bilio-digestif a été suivi d'une complication rare, à savoir un *dumping syndrom*, précoce et tardif, et de douleurs abdominales nécessitant l'injection de morphine. Cette intervention a irrémédiablement péjoré la qualité de vie de l'appelante. Le *dumping syndrom* ne pouvant pas être une conséquence d'une gastroplastie, les atteintes qu'il a générées sur le plan physique et la dégradation de la qualité de vie qui en a résulté pour

l'appelante ne peuvent donc pas être en lien de causalité naturelle avec l'intervention litigieuse.

S'agissant de l'état dépressif sévère chronique dont souffre l'appelante, cette atteinte psychique avait déjà été diagnostiquée avant l'intervention litigieuse. En effet, l'appelante avait déjà souffert de dépression en 1993 et en 1995. Elle avait cependant toujours refusé de consulter un psychiatre. Elle y a recouru pour la première fois à la suite de l'intervention du *bypass* bilio-digestif qui avait eu lieu en novembre 2001. Le stress post-traumatique est apparu, si l'on suit les avis des experts de l'AI et non l'avis du médecin traitant de l'appelante qui n'est lui-même pas psychiatre, après l'intervention du *bypass* bilio-digestif, le dossier AI de l'appelante indiquant à cet égard que cette dernière a "*provoqu[é] l'installation d'un état de stress post traumatique chronique, avec effondrement progressif des ressources psychiques. Le trouble dépressif récurrent avec des épisodes sévères avec symptômes psychotiques et l'état de stress post traumatique (selon la CIM-10 modification durable de la personnalité) est à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ayant pour conséquence une incapacité de travail de longue durée*" et non pas après l'intervention litigieuse.

Ainsi, le trouble dépressif était préexistant à la gastroplastie, de sorte que celle-ci ne pouvait pas être une cause *sine qua non* de celui-ci, et l'état de stress post-traumatique chronique, avec effondrement progressif des ressources psychiques, était l'une des conséquences du *bypass* bilio-digestif et non pas de l'intervention litigieuse.

En tout état de cause, l'incapacité de travail de l'appelante était la conséquence de diverses atteintes à la santé déjà diagnostiquées en 1999, telles que les lombalgies, les problèmes de pieds, de genoux et un état dépressif. Ces atteintes affectaient la capacité de travail de l'appelante avant même que la gastroplastie ne soit réalisée. Le droit à la rente d'invalidité de l'appelante s'est à cet égard ouvert le 15 octobre 2000, soit après le délai légal d'attente d'un an depuis l'incapacité durable de travail (Partie en fait let. m *supra*). Ces atteintes préexistantes constituaient dès lors les causes *sine qua non* de l'incapacité de travail de l'appelante, de sorte que les atteintes subséquentes ne pouvaient pas réduire une capacité de travail déjà nulle.

Eu égard à ce qui précède, c'est à juste titre que le premier juge a nié le lien de causalité naturelle entre l'intervention pratiquée sans le consentement de l'appelante le 17 avril 2000, les atteintes physiques, la dépression et le choc post-traumatique allégués par celle-ci et son incapacité de travail et de gains. Le Tribunal n'était dès lors pas tenu d'examiner l'existence d'un lien de causalité adéquate ni la condition du dommage.

Infondé, le grief de l'appelante doit être rejeté. Le jugement sera confirmé sur ce point.

-
6. L'appelante reproche encore au premier juge de ne pas lui avoir alloué d'indemnité pour tort moral.

6.1 Selon l'art. 47 CO, le juge peut, en tenant compte de circonstances particulières, allouer à la victime de lésions corporelles ou, en cas de mort d'homme, à la famille, une indemnité équitable à titre de réparation morale. Ces circonstances particulières doivent consister dans l'importance de l'atteinte à la personnalité du lésé, l'art. 47 CO étant un cas d'application de l'art. 49 CO. Les lésions corporelles, qui englobent tant les atteintes physiques que psychiques, doivent donc en principe impliquer une importante douleur physique ou morale ou avoir causé une atteinte durable à la santé; parmi les circonstances qui peuvent, selon les cas, justifier l'application de l'art. 47 CO, figurent une longue période de souffrance et d'incapacité de travail, de même que les préjudices psychiques importants tel qu'un état post-traumatique conduisant à un changement durable de la personnalité (arrêts du Tribunal fédéral 4A_489/2007 du 22 février 2008 consid. 8.2 et les références citées; 4C.283/2005 du 18 janvier 2006 consid. 3.1.1; GUYAZ, L'indemnisation du tort moral en cas d'accident, in SJ 2003 II p. 1 ss, 16). L'indemnité pour tort moral a pour but exclusif de compenser le préjudice que représente une atteinte au bien-être moral; le principe d'une indemnisation du tort moral et l'ampleur de la réparation dépendent d'une manière décisive de la gravité de l'atteinte et de la possibilité d'adoucir de façon sensible, par le versement d'une somme d'argent, la douleur physique ou morale. La fixation de l'indemnité satisfaisante relève de l'appréciation du juge (arrêt du Tribunal fédéral 4A_266/2011 du 19 août 2011 consid. 2.1.4).

Lorsque - comme c'est le cas en l'espèce - la demande porte sur une indemnité pour tort moral, la partie demanderesse doit prouver non pas l'existence d'un dommage, mais d'un tort moral qui soit en relation de causalité avec la violation fautive du contrat (arrêts du Tribunal fédéral 4A_266/2011 du 19 août 2011 consid. 2.1.1; 4A_227/2007 du 26 septembre 2007 consid. 3.7.2).

En matière médicale, le patient ne peut obtenir une indemnité pour tort moral que s'il prouve que l'opération pratiquée faute de consentement éclairé est en relation de causalité naturelle et adéquate avec la survenance d'un tort moral (art. 8 CC, art. 97 al. 1 CO; arrêts du Tribunal fédéral 4A_266/2011 du 19 août 2011 consid. 2.1.3; 4C.9/2005 du 24 mars 2005 consid. 5.5).

6.2 Le lien de causalité naturelle et adéquate entre l'intervention litigieuse et le tort moral allégué n'a pas été retenu par le premier juge.

A cet égard, il est établi que l'appelante était déjà dans une grande souffrance avant l'intervention du 17 avril 2000 en raison de troubles physiques et psychiques préexistants ayant notamment conduit à son obésité morbide. Ensuite, il est apparu que le stress post-traumatique était la conséquence de la deuxième intervention, ce qui a modifié de façon durable la personnalité de l'appelante. L'intervention litigieuse n'a certes pas amélioré l'état de santé préexistant chez

l'appelante mais elle ne saurait être considérée comme la cause *sine qua non* des souffrances dont elle a été victime à la suite du *bypass* bilio-digestif. En outre, l'appelante a vraisemblablement subi des souffrances à la suite de l'intervention qui a été pratiquée sur elle sans son consentement, mais celles-ci ne doivent pas être confondues avec celles qu'elle endurait déjà avant l'intervention litigieuse ni avec les souffrances qui sont la conséquence du stress post-traumatique consécutif à la seconde intervention.

Les souffrances consécutives à l'intervention litigieuse, qui ont duré au maximum jusqu'à la deuxième intervention, ne constituent, dans ce contexte, pas une atteinte à la santé suffisamment importante et durable pour justifier l'allocation d'une indemnité.

Le grief de l'appelante sera dès lors rejeté et le jugement querellé confirmé dans son intégralité.

7. Les frais judiciaires d'appel seront fixés à 20'000 fr. (art. 13, 17 et 35 du Règlement fixant le tarif des frais en matière civile (RTFMC) - E 1 05.10) et mis à la charge de l'appelante, qui succombe entièrement dans ses conclusions (art. 95 al. 2, 104 al. 1, 105 al. 1 et 106 al. 1 CPC).

L'appelante sera également condamnée à verser aux hoirs BCDE_____, conjointement et solidairement, à titre de dépens d'appel, un montant de 20'000 fr., débours et TVA compris (art. 85 et 90 RTFMC; art. 95 al. 3, 104 al. 1, 105 al. 2 et 106 al. 1 CPC; art. 20 al. 1 et 4 et 26 al. 1 LaCC).

Compte tenu du sort de la cause, il n'y a pas lieu de modifier les frais judiciaires et les dépens arrêtés en première instance (art. 318 al. 3 CPC).

8. La valeur litigieuse étant supérieure à 30'000 fr., le présent arrêt est susceptible d'un recours en matière civile au Tribunal fédéral (art. 72 LTF).

* * * * *

PAR CES MOTIFS,

La Chambre civile :

A la forme :

Déclare recevable l'appel interjeté par A_____ contre le jugement JTPI/15831/2012 rendu le 2 novembre 2012 par le Tribunal de première instance dans la cause C/11667/2008-15.

Au fond :

Confirme ce jugement.

Déboute les parties de toutes autres conclusions.

Sur les frais :

Arrête les frais judiciaires d'appel à 20'000 fr.

Les met à la charge de A_____ et dit qu'ils sont entièrement compensés par l'avance de frais de 36'000 fr. versée par cette dernière, le solde de 16'000 fr. devant lui être restitué par l'Etat.

Condamne A_____ à verser à B_____, C_____, D_____ et E_____, conjointement et solidairement, un montant de 20'000 fr. à titre de dépens d'appel.

Siégeant :

Monsieur Jean-Marc STRUBIN, président; Monsieur Grégory BOVEY et Madame Daniela CHIABUDINI, juges; Madame Barbara SPECKER, greffière.

Le président :

Jean-Marc STRUBIN

La greffière :

Barbara SPECKER

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 à 30'000 fr.