

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

C/14308/2006

ACJC/432/2010

**ARRÊT**

**DE LA COUR DE JUSTICE**

**Chambre civile**  
statuant par voie de procédure ordinaire

**AUDIENCE DU VENDREDI 16 AVRIL 2010**

Entre

**X**\_\_\_\_\_, domiciliée \_\_\_\_\_, appelante d'un jugement rendu par la 8<sup>ème</sup> Chambre du Tribunal de première instance de ce canton le 15 septembre 2009, comparant par Me Mauro Poggia, avocat, en l'étude duquel elle fait élection de domicile aux fins des présentes,

et

**LES HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG)**, sis rue Micheli-du-Crest 24, 1204 Genève, intimés, comparant par Me Michel Bergmann, avocat, en l'étude duquel ils font élection de domicile,

Le présent arrêt est communiqué aux parties par plis recommandés du 20.04.2010.

---

**EN FAIT**

- A.** Par acte déposé au greffe de la Cour du justice le 16 octobre 2009, X\_\_\_\_\_ appelle du jugement du Tribunal de première instance du 15 septembre 2009, notifié le lendemain, qui l'a déboutée de toutes ses conclusions et l'a condamnée aux dépens, y compris une indemnité de procédure de 3'000 fr. valant participation aux honoraires d'avocat des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après : HUG).

Elle demande l'annulation de ce jugement, concluant, principalement, au renvoi de la cause au Tribunal de première instance pour ordonner une contre-expertise sur les causes du décès de Y\_\_\_\_\_ ; subsidiairement, elle sollicite la condamnation des HUG à lui verser 40'000 fr. avec intérêts à 5% dès le 25 novembre 2003 à titre de réparation morale et la réserve de ses droits civils pour le surplus.

Les intimés concluent à l'irrecevabilité des conclusions tendant à une indemnité pour tort moral et à la confirmation du jugement attaqué.

A l'audience du 19 février 2010, les parties ont persisté dans leurs conclusions.

- B.** Les faits pertinents suivants résultent du dossier :

- a.** Y\_\_\_\_\_, né 1943, a été hospitalisé dès le 10 novembre 2003 en chirurgie cardiovasculaire aux HUG pour y subir une intervention de chirurgie.

L'opération consistait en un remplacement de la racine de l'aorte avec une prothèse et en une réimplantation des coronaires. Elle a été pratiquée, le 13 novembre 2003, par le chirurgien Z\_\_\_\_\_. Le suivi postopératoire n'a révélé aucune complication particulière. Des tests d'efforts ont été effectués, avant que le patient ne quitte l'hôpital, le 25 novembre 2003, pour se rendre au Centre jurassien de réadaptation cardio-vasculaire du Noirmont (JU).

Le 25 novembre 2003, Y\_\_\_\_\_ a été pris en charge en voiture par un couple d'amis ainsi que par son épouse afin d'être transféré dans le centre de convalescence du Noirmont. Avant de s'y rendre, Y\_\_\_\_\_ est passé dans son appartement à A\_\_\_\_\_ pour y emporter quelques affaires personnelles. A cet effet, il a pris l'ascenseur et ses amis ont porté sa valise.

Une fois chez lui, Y\_\_\_\_\_ a eu un malaise et s'est écroulé. Son décès a été officiellement constaté à 13h15 le même jour.

- b.** Une autopsie a été effectuée le 26 novembre 2003 sous la responsabilité du Dr B\_\_\_\_\_, médecin directeur d'un département de pathologie de la fondation C\_\_\_\_\_, et en présence du Dr Z\_\_\_\_\_.

Cette autopsie a révélé l'existence d'un écartement (déhiscence) de 1,2 centimètre, entre la prothèse placée lors de l'opération et l'implantation de l'artère coronaire droite du défunt. Cet écartement avait laissé passer un important flux de sang qui avait étouffé le cœur.

**c.** En réponse aux questions de X\_\_\_\_\_, veuve de Y\_\_\_\_\_, sur les causes du décès, les HUG lui ont fait parvenir un rapport médical établi le 16 février 2004 par le Dr D\_\_\_\_\_, médecin chef du Service de chirurgie cardio-vasculaire. Selon ce document, l'opération de chirurgie cardiovasculaire pratiquée sur Y\_\_\_\_\_ s'était déroulée sans complication et son état aux soins intensifs avait évolué favorablement. En effet, dès le lendemain, le patient avait retrouvé une mobilité normale et les divers examens consécutifs à son opération n'avaient révélé aucune anomalie, le seul risque étant lié à une éventuelle détérioration de la prothèse.

Le 26 mai 2004, le Dr D\_\_\_\_\_ a établi un rapport complémentaire qui confirme l'existence d'une déhiscence entre la prothèse et l'ostium de la coronaire droite, ayant entraîné la mort rapide de Y\_\_\_\_\_. Cette séparation soudaine était due soit à la déchirure de la prothèse sur le site d'implantation de la coronaire droite, soit à la rupture du fil qui avait servi à implanter la coronaire droite sur le trou effectué sur la prothèse, étant précisé que le matériel utilisé avait subi les contrôles de qualité prévus par les normes de la Communauté européenne. En réponse à l'hypothèse formulée par l'avocat de X\_\_\_\_\_, le Dr D\_\_\_\_\_ relevait qu'une suture effectuée de manière incorrecte aurait eu comme conséquence une hémorragie persistante et importante sur le site d'implantation de la coronaire droite lors de l'intervention initiale, ce qui aurait alerté le chirurgien qui aurait ajouté des points. Or une telle hémorragie n'avait pas été constatée. La thèse la plus réaliste était celle de la rupture du fil utilisé lors de l'opération en raison d'une montée abrupte de la pression artérielle du patient une douzaine de jours après l'intervention. Une recherche dans la littérature avait mis en évidence l'existence d'un seul cas, bernois, d'hémorragie provoquée par une rupture du fil qui avait toutefois pu être contrôlée grâce à une intervention effectuée en urgence.

**d.** Les HUG ont ainsi écarté toute faute médicale de leur part, ce que X\_\_\_\_\_, par le biais de son conseil, a contesté. Un échange de correspondance a suivi, sans aucun résultat concret.

**e.** Le 13 février 2006, la E\_\_\_\_\_, assureur responsabilité civile des HUG, a rejeté la demande d'indemnisation formulée par X\_\_\_\_\_, faisant référence aux conclusions du rapport médical du 26 mai 2004 et aux courriers consécutifs des HUG.

**f.** Par acte déposé au greffe du Tribunal première instance le 14 juin 2006, X\_\_\_\_\_ a assigné les HUG en paiement de 40'000 fr., avec intérêts à 5% dès le

25 novembre 2003, à titre de réparation de son tort moral, concluant pour le surplus à la réserve de ses droits civils.

Selon elle, la déhiscence entre la prothèse et l'implantation de la coronaire droite ne pouvait être due qu'à deux causes, soit la déchirure de la prothèse soit la rupture du fil. Dans les deux cas, les HUG étaient responsables du choix et de la qualité du matériel utilisé lors de l'opération, de sorte qu'il convenait de présumer que toutes les mesures pour éviter la déhiscence n'avaient pas été prises, ce qui constituait une violation du devoir de diligence des HUG. Il incombait ainsi à ceux-ci d'établir qu'un événement extérieur majeur, autre qu'une mauvaise fixation de la prothèse ou une défaillance du matériel utilisé, était à l'origine de la déhiscence.

Les HUG se sont opposés à la demande, faisant notamment valoir qu'il appartenait à X\_\_\_\_\_ de prouver l'existence d'une violation des règles de l'art. Or, selon toute vraisemblance, la déhiscence ayant provoqué le décès de Y\_\_\_\_\_ était due à une montée de la pression artérielle supérieure à la résistance des fils ou de la prothèse, risque qui était rarissime, imprévisible et contre lequel on ne pouvait pas se prémunir.

**g.** Lors de son audition par le Tribunal, le Dr D\_\_\_\_\_ a confirmé le contenu des rapports médicaux qu'il avait établis les 16 février et 26 mai 2004. Selon lui, l'accident dont le patient avait été la victime était rarissime. Durant ses 24 années de pratique, il n'avait eu connaissance que d'un seul autre cas similaire, pour lequel une intervention rapide avait toutefois permis de sauver le patient. Ce témoin a écarté la thèse du défaut de qualité du fil utilisé, précisant que celui-ci respectait les normes européennes et américaines et que la suture n'avait nécessité qu'un seul fil, qui, en l'espèce, ne s'était rompu qu'à un seul endroit. Par ailleurs, le fil choisi avait fait l'objet de trois contrôles successifs. La cause la plus plausible de la rupture du fil restait la montée de la tension artérielle du patient au cours d'un effort particulier, comme l'action de soulever une valise par exemple. S'agissant de la prothèse elle-même, aucune déchirure à son endroit n'avait été constatée non plus. Sa pose ne pouvait être à l'origine de la rupture du fil, car elle n'avait pas de relation anatomique proche de l'endroit où le fil avait cassé. Le témoin a précisé avoir établi ses rapports en examinant notamment une photographie faite lors de l'autopsie.

Le Dr Z\_\_\_\_\_ a confirmé avoir opéré Y\_\_\_\_\_ avec un fil et une prothèse non résorbables. Pendant l'opération, le fil de suture ne s'était pas cassé. Lors de l'autopsie, ce médecin avait constaté qu'il s'était rompu à un seul endroit. A son avis, la montée d'une pression artérielle avait dilaté la coronaire suturée, ce qui avait cassé le fil de suture. En revanche, le nœud à la fin des points de suture était en place.

Selon le Dr B\_\_\_\_\_, le fil de suture était intact. Le décès était survenu à cause du déchirement du tissu de la prothèse cousu à la coronaire, et non consécutivement à une rupture du fil. Toutes les sutures étaient en place et la déchirure s'était produite entre deux trous assez proches faits par le fil dans le tissu de la prothèse. De telles déchirures pouvaient s'expliquer par le fait que la prothèse avait été découpée avec des ciseaux, affaiblissant ainsi son tissu. Le témoin ignorait quelles étaient les règles de l'art en matière de découpe de prothèse dans ces circonstances. La date du décès, soit 12 jours après l'opération, coïncidait avec le moment de la cicatrisation, lors duquel les tissus humains ont tendance à se rétracter, contrairement au tissu de la prothèse. Il était possible que, ensuite de la rétractation du tissu humain, une pression artérielle trop élevée exercée sur les sutures ait provoqué un déchirement. Le temps écoulé entre l'opération et le décès du patient prouvait toutefois que l'opération s'était correctement déroulée. Le témoin a produit deux photographies à l'appui de ses déclarations.

Entendu une nouvelle fois en présence du Dr B\_\_\_\_\_, Z\_\_\_\_\_ a confirmé son témoignage précédent et a produit également deux photographies. B\_\_\_\_\_ a alors déclaré ne pas se souvenir d'avoir abordé la problématique de la rupture du fil avec le Dr Z\_\_\_\_\_ lors de l'autopsie. Elle a ajouté qu'il y avait beaucoup de fils dans le cœur après une opération. Elle avait vu de nombreux fils intacts, ce qui lui permettait de penser que le fil en question n'avait pas cédé à l'endroit de la déhiscence.

**h.** Compte tenu de ces versions contradictoires, le Tribunal a ordonné, à la demande des parties, une expertise qu'il a confiée au Professeur F\_\_\_\_\_, chef de chirurgie cardiaque au Cardiocentro Ticino (Tessin). Ce dernier s'est rendu à Neuchâtel pour examiner le cœur de Y\_\_\_\_\_ conservé à l'Institut de pathologie. Les éléments suivants peuvent être tirés du rapport qu'il a établi le 6 novembre 2008 :

Y\_\_\_\_\_ souffrait d'une valvulopathie aortique (bicuspidie) évolutive, qui est l'anomalie cardiaque la plus fréquente de l'âge adulte. Cette anomalie était associée à une insuffisance aortique et un anévrisme de l'aorte ascendante (dilatation de l'aorte de plus de 50% de son diamètre normal).

Lors de l'examen du cœur, l'expert n'a constaté aucune lésion des tissus adjacents à la suture ni aucun affaiblissement du tissu de la prothèse au niveau de l'écartement. La distance entre les points de suture lui est parue adéquate. L'hypothèse la plus probable était, selon lui, celle d'une rupture de la suture avec déhiscence consécutive.

Au nombre des complications postopératoires, le lâchage de la suture comme cause de décès était très rare. S'agissant du cas de Y\_\_\_\_\_, les examens cardiaques après l'opération étaient normaux, mais une poussée hypertensive

ayant contribué au lâchage de la suture n'était pas exclue. Une lésion du fil pouvait survenir au moment des manipulations chirurgicales, mais dans le cas d'espèce, aucune négligence, inexpérience ou autre imprudence ne s'était produite.

S'agissant du matériel utilisé, le diamètre du fil de suture - soit du prolène - et la prothèse étaient adéquats. La résistance du fil de prolène dépendait de son diamètre, les fils plus épais ayant une plus grande résistance aux tensions. Toutefois, une rupture de fil épais n'était pas exclue même avec des tensions basses, sans que l'on puisse mettre en évidence une cause spécifique. Le matériel utilisé était adapté à l'opération pratiquée, et la cassure du fil n'avait pas été causée par le diamètre utilisé.

Dans son rapport, l'expert a indiqué que seule la rupture du fil de suture était à l'origine de la déhiscence de 8 à 10 mm au niveau de la suture entre l'artère coronaire droite et la paroi de la prothèse, laissant ainsi passer un important flux sanguin. L'augmentation de la pression artérielle était une cause possible de cet écartement.

Etant donné que le cœur avait été manipulé lors de l'autopsie, il était impossible de déterminer l'endroit exact de la rupture du fil. Selon l'expert, la thèse de la cassure du fil plutôt que celle d'un lâchage du nœud de suture était, en l'espèce, plus probable.

Le décès de Y\_\_\_\_\_ avait eu lieu avant la période moyenne de cicatrisation complète (3-4 semaines). Lors de cette cicatrisation, on pouvait généralement constater une rétractation tissulaire qui n'influeait toutefois pas sur la pression artérielle.

En résumé, tant les indications opératoires que l'intervention et le suivi postopératoire aux HUG avaient été effectués conformément aux règles de l'art.

Lors de son audition par le Tribunal, l'expert a confirmé le contenu et les conclusions de son rapport. A son avis, il était évident, à l'examen du cœur, que c'était le fil qui avait lâché. Il avait constaté deux cassures. Le fil s'était rompu en tout cas à un endroit, étant précisé qu'il était possible qu'une seconde cassure soit intervenue postérieurement au décès, lors de la manipulation du cœur. L'expert n'avait pas retrouvé le morceau de fil avec le nœud final. Il n'était pas exclu que le fil ait lâché au niveau du nœud. Aucun déchirement du tissu de la prothèse ou au niveau de la coronaire n'avait été constaté.

i. Considérant que le rapport d'expertise contenait des faits nouveaux en ce sens qu'il retenait qu'il y avait eu deux ruptures du fil de suture et aucune déchirure visible de la prothèse, X\_\_\_\_\_ a demandé la réaudition du Dr B\_\_\_\_\_ et,

---

subsidiairement, une contre-expertise "*aux fins de concilier les versions contradictoires des médecins intervenus postérieurement au décès de Y\_\_\_\_\_*".

**j.** Dans son appel, X\_\_\_\_\_ reprend ses conclusions tendant à l'établissement d'une contre-expertise, estimant que les conclusions du Professeur F\_\_\_\_\_ ne sont pas convaincantes. La constatation d'une rupture du fil de suture à deux endroits n'était conforme ni aux déclarations du Dr Z\_\_\_\_\_, ni à celle du Dr B\_\_\_\_\_. Il était dès lors impératif d'ordonner une contre-expertise pour déterminer le nombre de cassures du fil et leurs causes.

L'argumentation juridique des parties sera examinée ci-après dans la mesure utile.

### **EN DROIT**

**1. 1.1** L'appel a été interjeté dans le délai prescrit par la loi (art. 296 LPC).

**1.2** Les intimés soutiennent que les conclusions en paiement de l'appelante sont irrecevables, dans la mesure où ses écritures d'appel n'indiquent pas quels sont les faits qui permettraient de lui allouer une indemnité pour tort moral de 40'000 fr.

Le mémoire d'appel doit contenir des conclusions suffisamment explicites (BERTOSSA/GAILLARD/GUYET/SCHMIDT, Commentaire de la loi de procédure civile genevoise, n. 9 ad art. 300 LPC). En effet, hormis les cas où le juge doit statuer d'office en vertu des règles du droit matériel, il est lié par les conclusions des parties, qui forment le cadre des débats. Ces dernières doivent donc être formulées clairement de manière à éviter toute hésitation sur l'objet de la demande (BERTOSSA/GAILLARD/GUYET/SCHMIDT, op. cit., n. 8 ad art. 7 LPC).

En l'espèce, l'appelante fait clairement valoir une indemnité pour tort moral à la suite du décès de son époux. L'argument des intimés doit donc être rejeté.

L'appel est recevable quant à sa forme (art. 300 LPC)

**1.3** Les dernières conclusions de première instance ayant porté sur une valeur litigieuse supérieure à 8'000 fr., le Tribunal a statué en premier ressort (art. 22 LOJ). La Cour revoit la cause avec un plein pouvoir d'examen (art. 291 LPC).

**1.4** Le Tribunal de première instance s'est, à juste titre, déclaré compétent pour statuer sur le présent litige (K.2.05, art. 5 al. 2 LEPM; A.2.40, art. 7 al. 1 LREC). La LPC est applicable (art. 7 al. 2 LREC).

**2.** L'appelante sollicite le renvoi de la cause au Tribunal afin qu'il ordonne une contre-expertise.

**2.1** Selon l'art. 267 LPC, si le juge n'est pas suffisamment éclairé par le rapport d'expertise, il peut en ordonner un nouveau par le même expert ou par un autre.

Le juge ne saurait se fonder sur un rapport d'expertise incomplet, obscur ou équivoque ou rendu par un expert incompetent ou peu digne de confiance. Si la comparution personnelle de l'expert ne suffit pas à réparer les vices du rapport, le juge pourra le charger d'un rapport complémentaire, ordonner une contre expertise ou une expertise nouvelle. Une contre-expertise a pour but de faire vérifier par un autre expert la conformité des résultats auxquels le premier spécialiste est parvenu; elle ne sera ordonnée que si des doutes sérieux apparaissent sur le bien-fondé des conclusions du premier expert, mais il n'y sera pas recouru au motif qu'une partie critique l'opinion du premier expert. L'expertise nouvelle ne peut être ordonnée que si le premier spécialiste paraît incompetent ou peu digne de confiance et que son rapport ne saurait ainsi servir de fondement sérieux au jugement du litige (BERTOSSA/GAILLARD/GUYET/SCHMIDT, op. cit., n. 1 et 2 ad art. 267).

L'avis des spécialistes mandatés par les parties peut parfois "ébranler" la conviction du juge quant à l'exactitude ou à la pertinence du rapport établi par l'expert judiciaire et il peut y être fait référence pour s'écarter du rapport officiel, voire pour provoquer un complément d'expertise, une contre-expertise ou une expertise nouvelle (BERTOSSA/GAILLARD/GUYET/SCHMIDT, op. cit., n. 2 ad art. 255 LPC).

**2.2** En l'espèce, l'appelante ne peut pas être suivie, lorsqu'elle soutient que le témoignage du Dr B\_\_\_\_\_ est propre à remettre en question les conclusions de l'expert sur la cause de la déhiscence. En effet, l'avis de ce médecin ne saurait l'emporter sur celui de l'expert, spécialiste en chirurgie cardiaque. Interpellé sur les causes du décès, ce dernier a clairement écarté l'hypothèse d'une déchirure de la prothèse. S'il est vrai qu'il a constaté, par rapport au Dr Z\_\_\_\_\_, une cassure supplémentaire du fil de suture, il a toutefois expliqué que celle-ci avait pu intervenir postérieurement au décès, lors de la manipulation du cœur. Le rapport de l'expert est ainsi clair et complet. Aucun élément ne permet de douter des compétences de ce spécialiste; celles-ci n'ont pas été spécifiquement remises en cause par l'appelante; de plus, il a été choisi en dehors du Centre romand de transplantation, ce qui assure une impartialité totale; dès lors, il n'y a pas lieu d'ordonner une contre-expertise sur des questions qu'il a déjà traitées.

**3.** Reste à examiner si les prétentions de l'appelante sont fondées.

**3.1** La LREC prévoit que les corporations et établissements de droit public dotés de la personnalité répondent du dommage résultant pour des tiers d'actes illicites commis soit intentionnellement, soit par négligence ou imprudence par leurs agents dans l'accomplissement de leur travail (art. 2 al. 1 et art. 9 LREC). Les

règles générales du Code civil suisse s'appliquent à titre de droit cantonal supplétif (art. 6 LREC).

Aux termes de l'article 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. L'action en réparation du tort moral a pour but de compenser, par une somme d'argent, les souffrances physiques et morales subies par la victime, et augmenter ainsi d'une autre manière le bien-être de celle-ci ou de rendre plus supportables les atteintes subies (WERRO, Commentaire romand, Code des Obligations I, n. 2 ad art. 47 et 49 CO). Les art. 47 et 49 CO ne constituent pas des normes de responsabilité indépendantes; ils servent à l'évaluation de la responsabilité fondée sur d'autres dispositions légales (art. 41 CO par exemple). A l'exception du dommage, les conditions usuelles de la responsabilité en cause doivent être remplies pour que la réparation du tort moral soit possible (WERRO, op. cit., n. 6 ad art. 47 et 49 CO).

La responsabilité aquilienne suppose, outre l'existence d'un dommage, la réalisation de trois autres conditions, à savoir, un acte illicite ou contraire aux mœurs, un rapport de causalité entre l'acte ou omission fautif de l'auteur et le dommage, et une faute (WERRO, op. cit., n. 7 ad art. 41 CO).

**3.2** Selon la jurisprudence, un comportement est illicite s'il enfreint une prescription ou une interdiction de l'ordre juridique destinée à protéger un bien défini par le droit. Si un patient est atteint dans son intégrité corporelle lors d'un traitement, l'illicéité résulte de la norme sur laquelle se fondent les art. 122 et suivants CP. D'après la jurisprudence et l'opinion dominante en doctrine, la diligence objectivement requise est définie par la violation du contrat en cas de responsabilité contractuelle, par l'illicéité elle-même en cas de responsabilité extra-contractuelle (laquelle comprend la responsabilité de l'Etat). Dans l'un et l'autre cas, le fardeau de la preuve est à la charge du lésé (ATF 120 Ib 411 = JT 1995 I 555 consid. 4a; cf. ég. TF 4P.271/2002 du 27 mars 2003, consid. 3).

Qu'il soit fonctionnaire ou mandataire du patient, le médecin n'est pas tenu d'une obligation de résultat. Son obligation n'a pas pour objet une guérison mais seulement un traitement conforme aux règles de l'art, tendant à la guérison. Le médecin a un devoir de diligence, dont on ne saurait fixer les éléments une fois pour toutes. Ces éléments dépendent des particularités du cas, à savoir 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. D'une manière générale, il sied d'observer que la responsabilité du médecin n'est pas limitée à des manquements graves aux règles de l'art médical. Il doit bien plus se comporter en professionnel lorsqu'il soigne ses malades et observer la diligence que les circonstances permettent et requièrent pour protéger

leur vie ou leur santé. Il répond en principe de toute faute professionnelle (ATF 120 II 248 = JT 1995 I 559 consid. 2c; ATF 120 Ib 411 = JT 1995 I 555 consid. 4a; cf. ég. TF 4P.271/2002 du 27 mars 2003, consid. 3).

Une atteinte à la santé causée par le traitement diffère du cas où le traitement médical n'a pas eu l'effet thérapeutique attendu. L'éventualité ne constitue pas en soi un manquement aux devoirs du médecin : les traitements et interventions médicaux comportent des risques inévitables quand bien même toute la diligence requise serait observée. Toutefois, s'il est prévisible que le traitement pourrait avoir des effets négatifs, le médecin fera tout pour y parer. Si ces effets négatifs se produisent, on présume en fait que les mesures nécessaires n'ont pas toutes été prises. Une violation du devoir de diligence est alors présumée. Il s'agit d'une présomption de fait qui facilite la preuve mais n'en renverse pas le fardeau (ATF 120 II 248 = JT 1995 I 559 consid. 2c).

**3.3** L'appelante se fonde sur l'arrêt précité, ATF 120 II 248, pour soutenir une présomption de fait de la violation du devoir de diligence des intimés.

Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral avait retenu qu'une injection intra-articulaire était susceptible d'entraîner une infection si les conditions d'asepsie n'étaient pas respectées (ATF 120 II 248 = JT 1995 I 559 consid. 2c). Constatant qu'une infection était survenue après l'injection, il en a été déduit, dans le cadre de l'appréciation des preuves, par une présomption de fait, que le médecin n'avait pas suivi rigoureusement les règles d'asepsie et qu'il avait donc transgressé son devoir de diligence. Dans sa jurisprudence ultérieure, le Tribunal fédéral a cependant précisé 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 n. p. 4C.53/2000 du 13 juin 2000, consid. 2b).

Le cas d'espèce n'est pas comparable à celui visé dans l'ATF 120 II 248. Le fait que le résultat escompté n'ait pas été obtenu n'implique pas encore une violation de l'obligation de diligence (cf. ég. ATF 133 III 121 consid. 3.4). Il appartient donc à l'appelante d'établir un manquement du médecin.

**3.4** L'appelante soutient encore qu'il incombait aux intimés d'établir que le fil de suture et la prothèse utilisés étaient adéquats, voire non défectueux, dans la mesure où, selon elle, le caractère non adapté, voire non conforme, de ce matériel constituait un fait négatif.

Cet argument doit être écarté, dès lors que la défectuosité du matériel est un fait positif, dont elle pouvait rapporter la preuve.

A cet égard, on relèvera que, d'après le témoignage du Dr D\_\_\_\_\_, le fil de suture choisi avait fait l'objet de trois contrôles successifs avant l'intervention. L'expert a, en outre, retenu que le fil utilisé était adéquat et que la prothèse ne présentait aucun affaiblissement au niveau de la déhiscence. Il a écarté la possibilité de la déchirure de la prothèse, précisant au demeurant que les points de suture avaient été effectués conformément aux règles de l'art. Son avis rejoint celui des deux autres médecins, spécialistes en chirurgie cardiovasculaire, en ce qu'ils considèrent que la cause la plus vraisemblable du décès soit une rupture du fil de suture. Il s'agit d'un accident très rare pouvant survenir, selon l'expert, ensuite d'une augmentation de la pression artérielle, mais également sans cause spécifique, et ce même avec des fils épais et résistants. Ce risque subsiste quand bien même toute la diligence requise est observée. Ainsi qu'il a été exposé plus haut, rien ne permet de mettre en doute les conclusions de l'expert, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter.

L'administration des preuves permet ainsi de retenir que tant les indications opératoires que l'intervention et le suivi postopératoire ont été effectués conformément aux règles de l'art. Aucun manquement au devoir de diligence ne peut, par conséquent, être reproché aux intimés.

L'existence d'un acte illicite doit ainsi être niée. Comme l'une des conditions nécessaires à l'application de l'art. 41 CO n'est pas remplie, les intimés n'ont pas engagé leur responsabilité.

L'appel est donc rejeté et le jugement attaqué confirmé.

4. L'appelante, qui succombe, est condamnée aux dépens d'appel (art. 176 al. 1, 308 et 313 LPC), qui comprennent une indemnité de procédure à titre de participation aux honoraires de l'avocat des intimés.
5. La valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (art. 74 al. 1 let. b LTF). La présente décision est ainsi susceptible d'un recours en matière civile (art. 72 al. 1 LTF).

\* \* \* \* \*

**PAR CES MOTIFS,  
LA COUR :**

**A la forme :**

Déclare recevable l'appel interjeté par X\_\_\_\_\_ contre le jugement JTPI/10406/2009 rendu le 15 septembre 2009 par le Tribunal de première instance dans la cause C/14308/2006-8.

**Au fond :**

Confirme ce jugement.

Condamne X\_\_\_\_\_ aux dépens d'appel, qui comprennent une indemnité de procédure de 1'500 fr. à titre de participation aux honoraires de l'avocat des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE.

Déboute les parties de toutes autres conclusions.

**Siégeant :**

Monsieur François CHAIX, président; Madame Renate PFISTER-LIECHTI et Monsieur Jean RUFFIEUX, juges; Madame Nathalie DESCHAMPS, greffière.

Le président :

François CHAIX

La greffière :

Nathalie DESCHAMPS

**Indication des voies de recours :**

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

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

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