

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

C/18517/2012

ACJC/754/2017

ARRÊT

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre civile

DU VENDREDI 23 JUIN 2017

Entre

Madame A_____, domiciliée _____, appelante et intimée sur appel joint d'un jugement rendu par la 7^{ème} Chambre du Tribunal de première instance de ce canton le 26 août 2016, comparant par Me Pierre Martin-Achard, avocat, rue du Rhône 100, case postale 3403, 1211 Genève 3, en l'étude duquel elle fait élection de domicile,

et

Monsieur B_____, domicilié _____ (GE), intimé et appelant sur appel joint, comparant par Me Michel Bergmann, avocat, rue de Hesse 8-10, case postale 5715, 1211 Genève 11, en l'étude duquel il fait élection de domicile.

Le présent arrêt est communiqué aux parties par plis recommandés du 29 juin 2017.

EN FAIT

A. Par jugement JTPI/10604/2016 du 26 août 2016, reçu par les parties le 31 août 2016, le Tribunal de première instance a condamné B_____ à verser à A_____ au titre de tort moral le montant de 5'000 fr. avec intérêts à 5% dès le 24 août 2008 (ch. 1), a arrêté les frais judiciaires à 39'300 fr. (ch. 2), les a mis à charge de chacune des parties par moitié (ch. 3), les a compensés avec les avances de frais versées par celle-ci à hauteur de 31'550 fr. et par B_____ à hauteur de 9'150 fr. (ch. 4), a ordonné à l'Etat de Genève de restituer un montant de 1'400 fr. à A_____ (ch. 5), a condamné B_____ à verser à celle-ci un montant de 10'500 fr. (ch. 6), a dit qu'il n'était pas alloué de dépens (ch. 7) et a débouté les parties de toutes autres conclusions (ch. 8).

B. a. Par acte déposé au greffe de la Cour de justice le 28 septembre 2016, A_____ appelle de ce jugement, dont elle sollicite l'annulation. Elle conclut à la condamnation de B_____ à lui payer, au titre de dommages-intérêts, les sommes de 454 fr. 95 avec intérêts à 5% dès le 1^{er} octobre 2008, 645 fr. 60 avec intérêts à 5% dès le 1^{er} octobre 2009, 26'386 fr. 55 avec intérêts à 5% dès le 1^{er} novembre 2010, 128'905 fr. 85 avec intérêts à 5% dès le 1^{er} août 2012, 381'033 fr. 60, 112'809 fr. avec intérêts à 5% dès le 1^{er} août 2012 et 231'160 fr. 80, ainsi qu'une indemnité pour tort moral de 40'000 fr. avec intérêts à 5% dès le 24 août 2008, avec suite de frais et dépens de première instance et d'appel. A titre subsidiaire, elle sollicite le renvoi de la cause au Tribunal de première instance.

b. Le 18 novembre 2016, B_____ a conclu au rejet de l'appel. Il a en outre formé un appel joint, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation du jugement et au déboutement de A_____ de toutes ses conclusions.

c. Le 13 janvier 2017, A_____ a répliqué, persistant dans les conclusions de son appel. Elle a conclu au déboutement de B_____ de ses conclusions sur appel joint.

d. Dans sa duplique du 20 février 2017, B_____ a persisté dans ses conclusions sur appel principal et appel joint.

e. Les parties ont été avisées par courrier du 24 février 2017 de ce que la cause était gardée à juger.

C. Les faits pertinents suivants résultent de la procédure :

a. A_____ est née en 1941.

En 1996, elle a débuté l'exploitation d'un salon de coiffure et s'est par la suite associée avec C_____. Ne disposant que d'une rente AVS, elle a continué à

exercer son activité au-delà de l'âge de la retraite et souhaitait le faire encore plusieurs années.

b. Ayant souffert d'un état d'anxiété en 2001, A_____, de nature très soucieuse, prenait à cette époque du Lexotanil. Dès 2003, elle a été suivie par le médecin D_____, qui ne lui en a pas prescrit.

c. Elle a consulté le médecin ophtalmologue B_____ dès 2002 pour un problème de glaucome congestif chronique aux deux yeux.

Celui-ci exerçait dans un cabinet privé à E_____ et en tant que médecin-chef à la Clinique F_____.

En janvier 2003, il a effectué une iridotomie au laser des deux yeux de A_____.

Malgré cette intervention, elle présentait une hypertonie oculaire de l'œil droit, de sorte qu'il a réalisé, en juillet 2003, une iridectomie chirurgicale complémentaire de cet œil seulement.

La pression interoculaire étant restée élevée, elle a dû prendre, dès 2003 et jusqu'à l'opération du 24 juin 2008 dont il est question ci-après, un traitement médicamenteux afin de diminuer la pression.

d. Au printemps 2008, B_____ a constaté une baisse de l'acuité visuelle de l'œil droit de A_____ qui s'était intensifiée, passant de - 3 à - 6 dioptrie entre novembre 2007 et mars 2008.

Il lui a proposé une opération de la cataracte et lui a indiqué que cette intervention devait également régler la question du glaucome.

Il n'est pas contesté que cette opération était indiquée médicalement et que B_____ disposait de l'expérience et des compétences requises en la matière.

e. L'opération de la cataracte par phacoémulsification était en 2008 une intervention courante, rendue néanmoins plus délicate dans le cas d'un patient souffrant d'un glaucome congestif, ce qui était le cas de A_____.

f. Celle-ci a allégué avoir accepté cette opération, car B_____ ne lui avait pas parlé des risques qui lui étaient liés et l'avait présentée comme un acte médical simple et sans risques particuliers.

Elle a déclaré, sans être contredite sur ce point, qu'il lui avait précisé qu'elle verrait mieux, si elle se faisait opérer. Il l'avait encouragée à subir cette opération.

Elle a ajouté que si elle avait su qu'elle risquait de perdre la vue, elle aurait renoncé à l'opération et aurait attendu de voir comment la situation évoluait. En

effet, elle ne disposait pas de prévoyance professionnelle et comptait sur sa capacité à travailler pendant encore une quinzaine d'années, ce qui n'aurait pas été possible en cas de perte de la vue d'un de ses yeux.

Certes, sa vision avait peut-être légèrement baissé, mais elle continuait d'être bonne. Elle a expliqué avoir été en mesure de travailler, ses facultés visuelles étant encore de 80%, ce que B_____ a contesté, alléguant que la baisse d'acuité visuelle était importante, passant de 0 à - 6 dioptrie de 2003 à 2008.

A_____ a souligné, sans être contredite sur ce point, qu'elle ne se plaignait pas, à cette époque, de problèmes de vision dans la vie de tous les jours.

G_____, dont B_____ était l'assistant lorsqu'il était _____ à la fin des années 1980 et qui a reçu une copie de certaines pièces du dossier de la part de celui-ci avant son audition par le Tribunal, a déclaré qu'il était possible pour un patient d'avoir une dioptrie de - 6 et une vision à 100%.

B_____ n'a pas consigné le contenu de l'information qu'il a donnée à A_____ avant l'opération. Il a déclaré avoir, depuis lors, changé sa pratique.

Il a indiqué ne pas se souvenir de ce qu'il lui avait mentionné avant l'opération, s'agissant des risques liés à celle-ci.

Il lui avait donné les informations qu'il donnait à tous ses patients, à savoir que l'opération de la cataracte était courante et présentait peu de risques. Il mentionnait un risque d'infection, qui pouvait être soignée si elle était traitée rapidement, précisant que ce risque était limité en raison de l'administration d'antibiotiques par voie orale, avant et après l'intervention, ainsi que par des gouttes.

Il ne précisait pas à ses patients qu'une opération de la cataracte pouvait leur faire perdre la vue car ce risque était rarissime, ni à ses patients atteints de glaucome que l'opération de la cataracte était rendue de ce fait plus difficile. En raison de son expérience, il s'agissait pour lui d'une opération courante.

g. H_____, médecin salarié de la F_____, principal actionnaire et associé de B_____, a déclaré qu'il expliquait à ses patients qu'un des risques d'une opération de la cataracte était la perte de la vision. Les indications qu'il donnait en cas de glaucome étaient les mêmes. Il a mentionné qu'actuellement, les médecins de la clinique demandaient à leurs patients de signer un document faisant état des risques. Aucun de ses patients n'avait renoncé à l'opération, mais certains l'avaient différée.

La Dresse I_____, épouse et associée de B_____ dans le cabinet de E_____, a déclaré que, lors d'une intervention de la cataracte, elle informait ses patients que

les risques étaient rares. Elle leur indiquait qu'il y avait un risque de 1% de rupture de la capsule postérieure, que le risque de perdre la vision était extrêmement rare et qu'il pouvait être provoqué par une hémorragie ou par une infection. A une ou deux reprises, un patient avait renoncé à l'opération. Depuis 2008, les médecins du cabinet avaient ajouté un document écrit aux informations orales qu'ils donnaient à leurs patients.

B_____ a précisé que ce document détaillé sur les risques mentionnait notamment celui de cécité. Certains patients étaient effrayés mais aucun n'avait, à ce jour, décidé de renoncer à une opération.

G_____ a allégué toujours indiquer à ses patients qu'en cas de complications graves, ceux-ci pouvaient perdre la vision. Aucun de ceux-ci n'avait renoncé à une intervention. A W_____ (ci-après : W_____), le patient devait signer un formulaire d'acceptation.

J_____, médecin exerçant à la Clinique K_____, a déclaré avoir effectué 1'300 opérations de l'œil en 2013. A de rares occasions, certains patients avaient refusé une opération de la cataracte, préférant prendre des médicaments ou subir une intervention au laser, ce qui permettait d'attendre. Il avait modifié sa pratique et faisait actuellement signer un document intitulé "consentement éclairé" à ses patients avant de les opérer.

h. Le 24 juin 2008 en début de matinée, B_____ a opéré A_____ de la cataracte de l'œil droit par phacoémulsification, à la Clinique F_____.

Lors de cette intervention, la capsule postérieure s'est rompue accidentellement et une vitrectomie a été réalisée pour y remédier.

i. Après l'opération, de son œil opéré, A_____ voyait uniquement les couleurs et pensait que c'était normal.

B_____ a confirmé qu'il était normal, juste après l'opération, de voir flou, ainsi que des couleurs et des lumières, précisant qu'en principe, après une ou deux heures, la vision réapparaissait. Pour cette raison, il ne contrôlait pas les patients lorsqu'ils sortaient de la clinique.

Il n'a pas discuté avec A_____ après l'opération car il avait d'autres patients à opérer. Il lui a prescrit du Diamox, médicament qui a pour effet de diminuer la pression à l'intérieur de l'œil, et du Xalatan.

j. Une heure trente après être rentrée chez elle, A_____ a ressenti des maux de tête et a vomi.

Elle a appelé le cabinet de B_____ et indiqué à l'assistante médicale qu'elle souffrait de maux de tête et de vomissements, qu'elle voyait des couleurs et qu'elle

avait peur de perdre son œil. Celle-ci lui a conseillé de prendre ses médicaments (Diamox), ce qu'elle a fait, sans constater d'amélioration.

L_____, une amie qui se trouvait auprès d'elle depuis la fin de l'opération, a pensé qu'elle faisait une hémorragie cérébrale, du fait de forts maux de tête. Elle lui a conseillé d'appeler à nouveau le cabinet de B_____.

Lors de ce téléphone, A_____ a indiqué à l'assistante médicale qu'elle n'allait pas bien du tout. Cette dernière lui a conseillé de prendre ses médicaments et de manger des bananes, pour augmenter le potassium, ce qu'elle a fait.

L_____ a déclaré que, lors de ces téléphones, A_____ avait indiqué à l'assistante médicale qu'elle avait mal; elle répétait cela en boucle tellement la douleur était forte.

Lorsque L_____ lui a demandé si elle voyait avec son œil opéré, A_____ lui a répondu qu'elle voyait des couleurs, mais aucune image. A aucun moment, elle ne lui a dit que sa vision s'améliorait.

En début d'après-midi, M_____, une voisine, a remplacé L_____ au chevet de A_____.

Cette voisine a constaté que celle-ci vomissait beaucoup et qu'elle se plaignait d'avoir très mal à la tête. A_____ lui a dit qu'avec son œil opéré, elle ne voyait que des couleurs.

A_____ a déclaré que, dans l'après-midi, elle n'avait subitement plus rien vu du tout de son œil droit, pas même des couleurs.

Elle avait appelé à nouveau le cabinet de B_____ et avait indiqué à l'assistante médicale que son état empirait, qu'elle avait très mal, qu'elle ne voyait rien et pensait devenir aveugle. Celle-ci lui avait conseillé de consulter son médecin traitant, indiquant qu'elle faisait peut-être une allergie aux médicaments.

M_____, paniquée, a appelé le 144 qui lui a suggéré d'amener A_____ chez son médecin traitant.

D_____ étant absent, A_____ a été reçue par le médecin de garde N_____, lequel lui a fait une injection qui a mis un terme aux vomissements.

k. O_____, assistante médicale de B_____ au sein de son cabinet de E_____, a déclaré ce qui suit devant le Tribunal :

- A_____ avait appelé deux ou trois fois après l'opération.

-
- Lors du premier téléphone, A_____ lui avait indiqué qu'elle n'était pas bien et elle semblait inquiète. Elle lui avait conseillé d'appeler B_____ à la Clinique F_____ ou un collègue de ce dernier. Elle avait également dû lui dire de suivre le traitement prescrit.
 - A_____ était inquiète car elle voyait flou et rouge. Elle ne se souvenait pas avec précision de ce que A_____ lui avait dit, ni si elle lui avait parlé de douleurs à la tête et de vomissements. En principe, elle essayait de savoir ce qui se passait mais, dans le cas d'espèce, elle ne se souvenait plus si elle avait posé des questions.
 - Elle n'était pas certaine d'avoir appelé la F_____ pour informer B_____ des appels de A_____. La plupart du temps, elle conseillait au patient d'appeler la F_____ et, lorsque les symptômes étaient inhabituels, elle le faisait elle-même également.
 - Les informations données par A_____ étaient confuses, de sorte qu'elle avait considéré qu'il était préférable que celle-ci appelle directement la F_____.
 - Elle avait informé de vive voix B_____, le lendemain, lorsqu'il était venu au cabinet.

l. B_____ a allégué ce qui suit :

- Il se trouvait au bloc opératoire jusqu'à 16h00 et n'avait pas eu de contacts directs avec son assistante médicale. Il pensait qu'elle avait téléphoné à la F_____.
- Une personne de la F_____ lui avait transmis un message selon lequel A_____ s'était plainte de vomissements et de douleurs à la tête. Il n'avait pas bien compris quelles étaient les plaintes de celle-ci lorsqu'elle avait appelé son secrétariat. Il avait pensé qu'elle voyait encore les couleurs.
- Sur la base de ces informations, il avait indiqué qu'il fallait dire à A_____ de prendre un comprimé de Diamox, ainsi que des gouttes. Comme il n'avait pas reçu d'autres messages, il en avait conclu que la situation avait été maîtrisée avec la médication prescrite.
- Il ne se souvenait plus si la personne qui lui avait transmis le message lui avait indiqué que A_____ ne voyait plus de l'œil droit. Quoiqu'il en soit, si tel avait été le cas, il aurait agi de même et prescrit les mêmes médicaments.

m. A_____ a déclaré que B_____ l'avait contactée vers 18h00. Il lui avait prescrit un médicament supplémentaire à prendre, du Xalacom, qu'elle s'était procuré. Elle lui avait indiqué qu'elle ne voyait plus rien et que tout était noir.

B_____ a allégué avoir un vague souvenir de ce téléphone. Il a indiqué avoir toujours pensé que les problèmes de vision de A_____ étaient dus à une pression trop forte et que, si celle-ci diminuait, la vision s'améliorerait.

Il a déclaré avoir prescrit à A_____ du Xalacom car les signes cliniques étaient suggestifs d'une hypertonie oculaire, complication relativement fréquente qui ne causait pas de séquelles, si elle était contrôlée.

Il a indiqué que la perte de vision en cas d'hypertonie oculaire était le signe d'un œdème, ajoutant qu'elle pouvait également être le signe d'autre chose. Une absence totale de vision, soit le fait de voir noir, était un signe de gravité.

Il a ajouté qu'aujourd'hui, avec l'expérience acquise du cas de A_____, il demanderait au patient de venir directement au cabinet.

n. C_____ s'est rendue chez A_____ vers 19h00.

Elle a déclaré que celle-ci n'était pas bien et qu'elle était très inquiète. Elle avait des douleurs et, de son œil opéré, voyait des boules rouges et de couleur. Elle ne se souvenait pas si A_____ lui avait indiqué qu'elle ne voyait plus d'un œil. Un pharmacien était venu lui amener des médicaments.

o. Le 25 juin 2008, A_____ s'est rendue chez B_____ pour le contrôle postopératoire. Celui-ci a constaté que la pression dans son œil droit était très élevée (51 millimètres de mercure à 13h12).

Il a allégué que, sauf erreur, A_____ lui avait indiqué qu'elle voyait mal et qu'elle avait une perception lumineuse. Il n'a pas noté dans son dossier quelle était sa vision.

Il a effectué un abaissement de la lèvre postérieure de la parasynthèse ce qui a fait baisser la pression intraoculaire à un niveau normal (14 millimètres de mercure à 13h30). Il a expliqué au Tribunal que ce geste devait permettre de remédier immédiatement au problème de vision de l'œil droit de sa patiente.

La vision ne s'améliorant pas, il a effectué un examen du fond de l'œil pour chercher une éventuelle infection ou une hémorragie.

Il a expliqué avoir observé comme des flocons de kenacort dans le corps vitré, soit une substance qu'il avait utilisée lors de l'opération et dont la présence était normale.

Il a allégué avoir également constaté quelque chose qui pouvait ressembler à une occlusion d'une artère temporale inférieure, mais ne pas en avoir été certain, car l'examen était difficile à effectuer en raison de l'œdème de la cornée et des flocons précités.

Il a indiqué qu'une occlusion artérielle pouvait expliquer une absence de vision, ajoutant que, pour remédier à une telle occlusion, il fallait agir dans les six minutes, une occlusion artérielle ayant pour conséquence une nécrose rétinienne. Il a ajouté qu'une occlusion artérielle de la branche suite à une opération de la cataracte n'avait jamais été démontrée.

Il a expliqué avoir espéré s'être trompé dans son diagnostic, à savoir qu'il ne s'agissait pas d'une occlusion artérielle, et que la situation allait s'arranger. Il a allégué avoir pensé qu'il devait se passer quelque chose au niveau de la rétine, puisque la vision de A_____ n'était pas du tout bonne.

Il a fixé à A_____ un rendez-vous pour le lendemain.

N'ayant pas de diagnostic ni de pronostic, il n'a rien dit à A_____. Celle-ci lui a demandé ce qu'il fallait faire et il lui a répondu qu'il ne savait pas.

p. Le 26 juin 2008, B_____ a constaté que la pression de l'œil de A_____ avait diminué et que la vision continuait cependant à ne pas être bonne. Il a également observé une inflammation intraoculaire. Il a allégué ne pas avoir constaté de signe d'infection, mais avoir, dans le doute, augmenté la dose d'antibiotiques et d'anti-inflammatoires.

Il lui a fixé un rendez-vous pour le lendemain.

q. Le vendredi 27 juin 2008, A_____ s'est rendue au cabinet de B_____ pour effectuer un test de pression. Ce dernier étant absent, O_____ a effectué le contrôle.

Celle-ci avait pour instructions de contacter B_____ si la pression avait augmenté. Tel n'étant pas le cas, elle ne l'avait pas fait. Elle n'a pas effectué d'examen de la vision.

A_____ a déclaré avoir été très mal du fait qu'elle ne voyait rien de l'œil droit. Elle voulait être reçue par B_____, mais la réceptionniste lui a dit qu'il était le week-end.

Selon P_____, qui l'accompagnait, A_____ était très perturbée et soucieuse. Elle a insisté auprès de l'assistante médicale pour que B_____ la reçoive à son retour de week-end, le dimanche.

r. De retour chez elle, A_____, qui était très mal, a décidé de se rendre au service d'ophtalmologie de W_____. Elle y a été examinée par Q_____, médecin en charge des problèmes inflammatoires et infectieux.

Il a constaté une forte inflammation intraoculaire et évoqué une endophtalmie (infection intraoculaire postopératoire). Il a effectué une injection intravitréenne d'antibiotiques et l'a hospitalisée.

Il ressort de son rapport, qu'à son arrivée à W_____, A_____ se plaignait d'une baisse de l'acuité visuelle avec une présence de points noirs. De l'œil droit, sa vision était réduite à de vagues mouvements de la main.

s. Le 30 juin 2008, un ultrason a révélé un décollement de la rétine qui s'est avéré par la suite, lors de l'intervention du 4 juillet 2008, être un décollement choroïdien, sans décollement de la rétine.

G_____ a expliqué au Tribunal que Q_____ avait diagnostiqué une endophtalmie, soit une infection grave, et avait soigné celle-ci par des antibiotiques par les trois voies possibles. Comme l'infection ne s'améliorait pas et qu'il y avait une suspicion de décollement de la rétine, il avait été convenu qu'il examine l'œil en effectuant une opération.

t. Le 4 juillet 2008, G_____ a procédé à une vitrectomie à l'œil droit, consistant en l'ablation du gel transparent situé en arrière du cristallin et la mise en place d'huile de silicone dans la cavité vitréenne.

Lors de cette intervention, G_____ a observé une inflammation sévère de l'œil, due à son avis à une infection, soit à une contamination de celui-ci durant l'opération effectuée par B_____.

Il a également constaté une infection intraoculaire et une hémorragie dans la paroi du globe. Il a nettoyé les signes d'infection et drainé l'hémorragie.

Il a indiqué que l'hémorragie avait été provoquée par l'opération (effectuée par B_____). Elle était survenue pendant cette opération ou dans les heures qui avaient suivi. Il s'agissait d'une complication rarissime qui pouvait être plus fréquente lorsque l'œil était atteint d'un glaucome. Lorsque l'hémorragie était importante, il convenait d'opérer à nouveau l'œil.

Pour ce qui est de l'infection, il a précisé qu'elle pouvait survenir dans les trois jours suivant l'opération. Une injection d'antibiotiques intraoculaires permettait d'y remédier.

Il a ajouté qu'en fonction des germes infectieux, il pouvait y avoir une perte totale de la vision. Si les germes n'avaient pas détruit la rétine, il pouvait y avoir une récupération de la vision. Le pronostic de récupération dépendait de l'agressivité du germe.

Il a indiqué que lorsqu'un patient souffrait d'une infection, il convenait de l'hospitaliser pour lui injecter des antibiotiques dans l'œil et, en fonction de

l'évolution, de l'opérer. Lorsque le patient ne percevait plus les mouvements de la main ou la lumière, il convenait de l'opérer immédiatement.

Il a ajouté qu'en cas d'endophtalmie, les antibiotiques devaient être administrés par voie intraveineuse.

G_____ est arrivé à la conclusion que A_____ n'avait pas eu d'endophtalmie. Il a indiqué que Q_____ avait eu finalement le même diagnostic.

u. Le 9 septembre 2008, A_____ a subi une seconde intervention à W_____, effectuée par le médecin R_____ du service d'ophtalmologie. Le diagnostic indiqué dans son rapport était le suivant: *"hémorragie intra-rétinienne à l'œil droit; Status post-tamponnement par huile de Silicone 1000 pour endophtalmie de l'œil droit le 4 juillet 2008; Status post-opération de la cataracte de l'œil droit"*. Le motif d'hospitalisation indiqué était le suivant: *"reprise de vitrectomie et ablation d'huile de Silicone à l'œil droit"*, à savoir la reprise de l'huile de silicone mise en place le 4 juillet 2008.

Lors de cette intervention, R_____ a constaté un décollement complet de la rétine, ainsi qu'une inflammation chronique de la cavité vitréenne associée à des processus cicatriciels également chroniques.

L'acuité visuelle de l'œil droit était réduite à une vague perception lumineuse.

v. A_____ a déclaré qu'après ces opérations, elle n'avait plus pu exercer son activité professionnelle, du fait de la perte de sa vision binoculaire, ce que C_____ a confirmé.

En raison de son champ de vision diminué, elle avait peur de prendre le volant et était rapidement fatiguée lorsqu'elle lisait.

D_____ a confirmé que A_____ ne pouvait plus ni conduire ni travailler. Elle avait besoin d'aide pour effectuer les tâches courantes. Depuis l'opération, il lui prescrit du Temesta pour lutter contre ses angoisses.

w. En avril 2009, A_____ a consulté J_____, pour avoir son avis sur le fait d'opérer ou non son œil gauche de la cataracte.

Il a déclaré au Tribunal ne pas avoir été en possession du dossier de sa patiente, ne pas savoir exactement ce qu'elle avait eu à l'œil droit, mis à part qu'elle avait présenté une endophtalmie, et que toutes les informations reçues à ce sujet lui avaient été communiquées par A_____. Au vu de ces éléments, il lui avait indiqué qu'il s'agissait d'un risque rare et qu'il valait la peine de le prendre afin d'améliorer sa vision de l'œil gauche.

Dans ce but et du fait du risque qu'elle présentait de développer un glaucome aigu, il lui a recommandé l'opération.

Il a précisé que A_____ ne voyait rien de l'œil droit et était anxieuse à l'idée d'une nouvelle opération.

J_____ a déclaré avoir informé oralement A_____ des risques d'infection, d'hémorragie et de troubles vasculaires liés à l'intervention, ainsi que du risque de décollement de rétine en cas de rupture de la capsule postérieure. Il n'a pas indiqué l'avoir informée du risque de cécité. Il a précisé ne pas se souvenir si A_____ avait signé un document écrit s'agissant des risques liés à l'opération.

Celle-ci a allégué ne pas avoir été informée par J_____ du fait qu'elle risquait de perdre la vision de son œil gauche du fait de l'opération.

Elle a accepté de se faire opérer car elle avait confiance.

x. Le 5 octobre 2009, J_____ a opéré l'œil gauche de A_____ de la cataracte par phacoémulsification.

En raison de l'état d'anxiété de A_____ en lien avec le risque d'infection et pour ne prendre aucun risque du fait de l'endophtalmie qui était intervenue par le passé à sa connaissance, il lui a donné des antibiotiques par voie intraveineuse durant l'opération puis pendant quatre jours par cachets, ce qu'il ne faisait pas en général. Il a effectué une injection d'antibiotique dans l'œil à la fin de l'opération, comme il le faisait pour tous ses patients.

Il a revu A_____ le lendemain. Sa vision était de 100% avec une correction et sa pression de 24. Il l'a encore revue à quatre reprises, jusqu'à ce que sa tension soit stabilisée, à 15.

Il a expliqué que d'une façon générale, une perte de vision chez un patient pouvait être due à une hypertension, ce qui provoquait une occlusion de l'artère centrale de la rétine. Dans ce cas, l'on ne pouvait rien faire car il fallait intervenir dès la perte brutale de la vision. Les douleurs pouvaient être fortes. Il a précisé qu'une perte de la vision pouvait également être due à une occlusion provoquée par une fragilité ou par l'injection de l'anesthésiant qui provoquait un spasme. Il a indiqué qu'en cas de perte brutale de la vision, il n'y avait pas d'urgence car il n'y avait aucun traitement possible, à l'exception du cas de pression élevée.

y. A la suite d'une demande de A_____ au S_____, le médecin T_____, de l'Unité de la rétine à la Clinique K_____, a établi, le 4 avril 2011, après audition des parties, un rapport dont il ressort les éléments suivants :

1. L'œil droit de A_____ était aveugle.

2. Dans la phase préopératoire, B_____ avait pris les mesures et effectué les examens nécessaires.
3. Les risques liés à l'opération de la cataracte avaient été expliqués de manière très sommaire à la patiente et ceux liés au glaucome n'avaient pas été évoqués.
4. Le choix de l'anesthésie avait été effectué dans les règles de l'art, de même que la prise en charge de la complication (rupture de la capsule postérieure).
5. Dans un contexte de glaucome et de complication opératoire, il aurait été souhaitable que la patiente reste plus longtemps en observation à la clinique, afin que des contrôles de la pression soient effectués. Cette approche ne faisait cependant pas partie de la pratique.
6. S'agissant du suivi postopératoire, au vu des plaintes de la patiente, B_____ aurait dû procéder à un contrôle de la tension oculaire le jour même et envisager l'hypothèse qu'une tension aussi élevée puisse causer une occlusion vasculaire rétinienne. Une intervention pour abaisser la tension oculaire aurait peut-être permis un regain partiel de la vision. Il y avait eu une erreur médicale.
7. L'intermédiaire n'avait pas su transmettre au médecin la sévérité de la situation, engendrant chez ce dernier l'impression d'avoir géré la situation de façon appropriée. B_____ devait répondre du défaut d'instruction de son personnel.
8. La prise en charge au lendemain de l'opération (25 juin 2008) avait été faite dans les règles de l'art. Toutefois, B_____ aurait pu prendre le temps d'expliquer à sa patiente la suite, au cas où la vision ne devait pas revenir. Il y avait eu une faute médicale dans cet aspect de la prise en charge.
9. L'examen effectué le lendemain de l'intervention avait révélé une zone blanchâtre au fond d'œil pouvant correspondre soit à une occlusion d'une branche de l'artère centrale soit à un dépôt de triamcinolone.
10. La prise en charge le 26 juin 2008, en présence d'une inflammation de l'œil, avait été effectuée dans les règles de l'art.
11. En raison de l'inflammation oculaire observée le 26 juin 2008, il aurait été nécessaire de voir la patiente le 27 juin 2008 ou de la faire voir par un collègue. Le constat de la situation oculaire ne pouvait pas se faire à ce stade par l'entremise d'une employée du bureau.

12. La patiente avait été hospitalisée à W_____ en raison d'un contexte évocateur, soit une opération de la cataracte récente et compliquée, une fibrine en chambre antérieure et une perte sévère de la vision.
13. Lors de l'hospitalisation, aucune culture ni examen n'avait été effectué pouvant confirmer la présence d'une endophtalmie. Dans le dossier, aucune mention n'était faite d'un hypopyon auquel on pouvait s'attendre en présence d'une endophtalmie, ni d'un sidel pouvant indiquer un port d'entrée des bactéries. La récupération suite à l'injection des antibiotiques avait été lente et suggérait qu'en réalité le diagnostic d'endophtalmie était probablement erroné.
14. Il était probable que le jour de l'opération, la pression intraoculaire soit devenue très élevée probablement de l'ordre de 60 mm Hg ou plus. Associée à une baisse de la tension artérielle, celle-ci a probablement mené à une occlusion transitoire de l'artère centrale de la rétine. Cette possibilité décrite dans le contexte du glaucome néovasculaire pourrait expliquer la baisse persistante de la vision dans le contexte d'un nerf optique pâle. Elle pourrait aussi expliquer une inflammation oculaire sans pour autant évoquer une endophtalmie (mais celle-ci y ressemblerait). La baisse de la vision aurait donc pu être due à un délai de traitement. La phtyse oculaire (état final d'un œil frappé d'un traumatisme grave ou d'une inflammation prolongée, la réduction de taille du globe s'accompagnant d'importantes modifications dégénératives et cicatricielles intraoculaires [<http://dictionnaire.academie-medecine.fr>]) était par contre une conséquence des opérations pratiquées à W_____.
15. Une prise en charge rapide, soit le jour de l'opération, aurait probablement permis d'éviter la perte sévère de la vision. Par extension, elle aurait évité les chirurgies subséquentes et la cécité qui en découlait.
16. Les interventions ultérieures n'avaient pas pu résoudre le problème initial de la patiente.
17. Le rapport de causalité entre la faute médicale de B_____ et l'atteinte à la santé constatée était très probable en ce qui concernait une occlusion de l'artère ophtalmique le jour même de l'intervention (donc la baisse de la vision chez la patiente). Ce lien de causalité était en revanche peu probable en ce qui concernait une endophtalmie menant à la cécité complète et à la phtyse de l'œil.
18. La perte de l'œil était, de l'avis de l'expert, une conséquence des opérations subséquentes sur un œil ischémique [diminution de l'apport en sang dans un organe]. Ces opérations étaient indiquées dans le contexte d'une

endophtalmie, mais elles auraient pu être évitées si le diagnostic approprié avait été posé au moment de l'arrivée de A_____ à W_____.

19. Quoiqu'il en soit le pronostic visuel restait le même, car il était peu probable qu'après une occlusion de l'artère la vision revienne.

D. a. Par acte introduit le 6 décembre 2012 devant le Tribunal de première instance, A_____ a conclu à ce que B_____ soit condamné à lui payer à titre de dommages-intérêts les sommes de 454 fr. 95 avec intérêts à 5% dès le 1^{er} octobre 2008, correspondant aux frais médicaux non pris en charge par l'assurance, 645 fr. 60 avec intérêts à 5% dès le 1^{er} octobre 2008 pour les frais d'expertise extrajudiciaire, 26'386 fr. 55 avec intérêts à 5% dès le 1^{er} novembre 2010 pour les honoraires d'avocat antérieurs à la présente procédure, 128'905 fr. 85 avec intérêts à 5% dès le 1^{er} août 2012 pour la perte de gain actuelle, 381'033 fr. 60 pour la perte de gains futurs, 112'809 fr. avec intérêts à 5% dès le 1^{er} août 2012 pour le préjudice ménager actuel, 231'160 fr. 80 pour le préjudice ménager futur ainsi qu'une indemnité pour tort moral de 40'000 fr. avec intérêts à 5% dès le 24 août 2008.

B_____ a conclu à ce que A_____ soit déboutée de ses conclusions.

b. Le 22 septembre 2015, le Dr. U_____ de V_____, nommé comme expert par le Tribunal, a rendu son rapport dont il ressort les éléments suivants:

1. B_____ avait réalisé l'opération du 24 juin 2008 conformément aux règles de l'art. La rupture de la capsule n'était pas due à une erreur médicale et les mesures pour y remédier étaient conformes.
2. La prise en charge postopératoire par B_____ et son secrétariat n'avait pas été adéquate.
3. Vu les plaintes de la patiente, le médecin aurait dû procéder à un contrôle ophtalmologique en urgence. En raison des antécédents de A_____, la complication postopératoire la plus évidente était une hypertonie oculaire. La rupture de la capsule devait aussi faire évoquer ce diagnostic, car les gestes complémentaires qui avaient été nécessaires (vitrectomie antérieure) pouvaient être associés à une hypertonie postopératoire.
4. Le traitement de Xalacom prescrit par téléphone, le 24 juin 2008 en fin d'après-midi, permettait de penser que B_____ avait envisagé comme complication possible l'hypertonie oculaire.
5. L'examen effectué le 25 juin 2008, qui retrouvait une acuité visuelle extrêmement basse, confirmait le diagnostic d'hypertonie et évoquait une atteinte vasculaire rétinienne associée.

6. B_____ aurait dû examiner la patiente en urgence et il était fort probable que ce retard dans l'évaluation clinique avait été un élément clé.
7. Une hypertonie oculaire importante induisait rarement, à très court terme (entre 1 à 3 heures), une occlusion de la vascularisation de la rétine (occlusion artérielle et/ou veineuse) avec atteinte fonctionnelle irréversible. Pour qu'un tableau clinique de la sorte soit rencontré (accident vasculaire rétinien d'origine artérielle aiguë qui est le plus probable dans ce cas ou veineux plus rare), il fallait que l'occlusion soit prolongée pendant plusieurs heures ou que l'œil présente des prédispositions.
8. Une hypertonie oculaire pouvait déclencher des sueurs, des nausées et des vomissements (réactions végétatives). Dans ce cas, la prise en charge en urgence permettait de diminuer la pression intraoculaire, de stopper la réaction végétative aiguë et permettait une bonne perfusion artério/veineuse rétinienne.
9. Il était fort probable que le retard dans la prise en charge des plaintes postopératoires de la patiente ait joué un rôle causal dans le tableau clinique final.
10. L'expert avait examiné A_____ et il avait confirmé la perte fonctionnelle de l'œil droit et la perte définitive de la vision binoculaire.
11. Pour ce qui était de la prise en charge de A_____ à W_____, celle-ci présentait alors une hypotonie.
12. Il était, selon lui, fort probable que l'hypotonie, après la phase d'hypertonie, ait été accompagnée d'une importante inflammation, qui pouvait évoquer une endophtalmie. Il existait de plus des particules de triamcinolone dans le vitré qui pouvaient donner un aspect floconneux pouvant participer à l'impression clinique d'infection endoculaire.
13. Par la suite l'hypotonie avait été associée à un décollement choroïdien. Si une déchirure de la rétine périphérique était présente à ce stade, celle-ci n'était pas forcément visible. Un décollement de la rétine avait ensuite été constaté cliniquement après l'intervention du mois de juillet 2008.
14. L'évolution progressive de l'inflammation intraoculaire avait conduit à une perte également progressive de la vision et à une atteinte irréversible de la fonction sécrétice du corps ciliaire avec apparition d'un *phtisis bulbi* constaté en août 2015.

15. L'expert ne pouvait pas exclure l'hypothèse de B_____ relative à une nécrose rétinienne d'origine toxique, secondaire à l'instillation de gentamicine dans le liquide de perfusion de la machine de phacoémulsification. Après avoir pris l'avis d'un expert rétinologue, une telle atteinte ne donnait pas de douleurs aiguës avec réaction végétative. Le diagnostic évoqué initialement par B_____ était une occlusion artérielle de la branche inférieure de la rétine de l'œil droit.
 16. Le diagnostic, qui aurait dû être posé, lors de la période postopératoire immédiate, était une hypertonie aiguë probablement importante car associée à des nausées et des vomissements (réaction végétative).
- c. Lors de son audition par le Tribunal, U_____ a ajouté ce qui suit aux conclusions de son expertise, après les avoir confirmées:
1. Si la patiente avait été évaluée immédiatement après ses plaintes, le geste effectué par B_____ le lendemain aurait pu l'être immédiatement, de sorte que l'œil n'aurait pas été exposé à une hypertonie prolongée.
 2. Certaines personnes pouvaient avoir une hypertonie oculaire pendant plusieurs heures et ne pas avoir de lésions, alors que d'autres pouvaient avoir une hypertonie plus courte et présenter des lésions définitives. A titre d'exemple, une pression à 50 millimètres de mercure pouvait entraîner un risque de lésion définitive après cinq heures. Lorsque l'on voyait un patient après une opération, il était possible de diminuer cette hypertonie rapidement, ce qu'avait fait B_____ le lendemain matin de l'opération.
 3. Il avait été diagnostiqué chez A_____ un décollement de la rétine avec une inflammation chronique qui avait entraîné la perte de la vision, due aux multiples opérations de la rétine.
 4. Si une hypertonie pouvait provoquer un accident vasculaire, la perte de la vision pouvait être aussi provoquée par autre chose.
 5. L'expert ne pouvait pas affirmer de manière catégorique qu'il y avait eu dans le cas d'espèce un accident vasculaire rétinien. Pour établir l'existence d'un tel accident avec certitude, il aurait fallu effectuer une angiographie rétinienne.
 6. Il s'était basé sur l'examen effectué par B_____ le 25 juin 2008. Il y avait à ce stade une atteinte partielle de l'œil. Si A_____ n'avait pas eu par la suite les autres complications, elle aurait peut-être pu récupérer une partie de la vision, s'il s'agissait d'un accident vasculaire partiel, soit d'une des branches seulement de l'artère centrale de la rétine.

7. En cas d'occlusion de l'artère centrale, on ne voyait pas de sang au niveau de la rétine car il était bloqué à l'entrée. En revanche, en cas d'occlusion veineuse, on voyait des hémorragies rétinienne.
8. *"Au vu des notes prises par le Dr. I_____, celui-ci a pu voir quelque chose et a conclu à une occlusion de la branche inférieure de la rétine de l'œil droit".*
9. Une occlusion de la branche artérielle inférieure ne rendait pas aveugle car plusieurs branches irriguaient la rétine. De plus, généralement, une hypertonie prolongée provoquait une occlusion de l'artère centrale. Il n'y avait pas de raison que seule une des branches soit lésée.
10. Le Xalacom prescrit par B_____ le 24 juin 2008 par téléphone est un médicament destiné à traiter l'hypertonie oculaire.
11. Il n'y avait pas d'argument permettant d'établir que l'infection intraoculaire aurait pu occasionner une perte de vision de l'œil droit, cette infection ayant été évoquée et traitée.
12. L'inflammation intraoculaire, qui avait duré deux mois, avait rétracté la rétine et l'avait décollée, ce qui avait provoqué la perte de vision.
13. La perte de la vision de l'œil droit de A_____ était due à une succession d'évènements. Il ne pouvait pas déterminer si le premier événement, soit le retard dans la prise en charge de A_____, avait déjà causé une perte définitive de la vision.
14. Il y avait eu trois ou quatre succession d'évènements, à savoir le traitement postopératoire qui n'avait pas été immédiat (1), l'opération du 27 juin 2008 (2), l'opération du 4 juillet 2008 (3) et l'opération du 9 septembre 2008 (4). Il ne pouvait pas déterminer quel était l'évènement qui avait causé la perte de la vision.
15. S'il n'y avait pas eu d'hypertonie, il n'y aurait pas eu les étapes 2 à 4.
16. Il n'était pas convaincu par le diagnostic d'endophtalmie posé à W_____ le 27 juin 2008. Ce risque devait être évoqué, mais n'était pas confirmé dans le dossier. En raison de ce risque il fallait faire une injection d'antibiotiques. L'intervention du 27 juin 2008 n'avait pas pu causer la perte de la vision, mais un tel risque ne pouvait cependant pas être totalement exclu. Il existait en effet toujours un risque lorsque que l'on faisait une injection dans l'œil.
17. L'opération du 4 juillet 2008 comportait des gestes qui pouvaient provoquer une perte de la vision. Lors de cette intervention, G_____ n'avait pas constaté de décollement de la rétine, mais un décollement choroïdien, alors

que le 9 septembre 2008, R_____ avait constaté un décollement complet de la rétine.

- E. a.** Dans la décision querellée, le Tribunal a retenu que la patiente n'avait pas reçu une information suffisante et qu'elle n'avait pas donné son consentement éclairé à l'intervention effectuée par B_____. L'existence d'un consentement hypothétique devait en revanche être admise. En effet, avant l'opération litigieuse, elle avait accepté de subir deux interventions sur l'œil droit et elle avait accepté, en connaissant le risque de cécité, de se faire opérer ultérieurement de la cataracte sur l'œil gauche. Il était par ailleurs rare que des patients renoncent à cette intervention, après avoir été informés des risques de celle-ci.

L'expert avait constaté une erreur médicale dans le suivi postopératoire de la part de B_____, faute d'avoir procédé à un contrôle en urgence le jour de l'opération. Le médecin n'avait fait valoir aucun motif propre à prouver une absence de faute. Une violation fautive du devoir de diligence était donc établie. Le lien de causalité hypothétique ne pouvait cependant être retenu avec le degré de vraisemblance prépondérante requis. Certes, selon l'expert, il était fort probable que son omission avait été un élément clé, ayant joué un rôle causal dans le tableau clinique final de la patiente. Le diagnostic qui aurait dû être posé, d'une hypertonie aiguë, entraînait en effet généralement un accident vasculaire rétinien lorsque celle-ci durait plusieurs heures. Si le geste du lendemain de l'opération, qui avait permis d'abaisser la pression, avait été effectué le jour même, l'accident vasculaire aurait pu être évité. Cependant, un tel accident vasculaire pouvait également être provoqué par des prédispositions de l'œil et, de plus, il ne pouvait pas affirmer de manière catégorique qu'un tel accident avait effectivement eu lieu. En effet, B_____ avait diagnostiqué une occlusion artérielle de la branche inférieure de la rétine, ce qui ne conduisait pas à la cécité, une partie de la vision pouvant être récupérée. L'expert avait donc conclu que la cécité était due à une succession de quatre événements, dont l'omission lors du suivi postopératoire faisait partie, sans qu'il ne soit possible de déterminer lequel avait joué un rôle causal dans la perte de la vision, les trois interventions ayant suivi comportant des gestes susceptibles d'entraîner ce tableau.

A_____ s'était sentie très mal après l'opération et avait été angoissée. Le lendemain et le surlendemain, elle n'avait reçu aucune explication de la part de B_____. D'un naturel anxieux, elle avait souffert de ce silence. Le jour suivant, elle s'était sentie livrée à elle-même du fait de l'absence de son chirurgien lorsqu'elle s'était rendue à son cabinet. Elle avait dû se rendre seule aux urgences de W_____, avait été hospitalisée et avait dû subir trois interventions. Son médecin traitant avait confirmé que depuis l'opération elle souffrait d'angoisses nécessitant la prise de Temesta. Il se justifiait de lui allouer une indemnité pour tort moral de 5'000 fr.

Dans la mesure où elle n'obtenait que partiellement gain de cause et compte tenu des circonstances du cas, il se justifiait de répartir les frais judiciaires par moitié entre les parties et de ne pas allouer de dépens.

EN DROIT

1. **1.1** L'appel est recevable contre les décisions finales de première instance, si la valeur litigieuse au dernier état des conclusions est de 10'000 fr. au moins (art. 308 CPC), ce qui est le cas en l'espèce.

Déposé selon la forme et dans le délai prescrits (art. 130, 131, 142 al. 1, 311 al. 1 CPC), l'appel principal est recevable.

Il en va de même de l'appel joint, lequel a été interjeté dans le délai de trente jours suivant la notification de l'appel principal (art. 142 al. 1, 312 al. 2, 313 al. 1, CPC) et selon la forme prescrite par la loi.

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

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

1.4 A _____ est désignée en qualité d'appelante et B _____ en qualité d'intimé.

2. L'appelante reproche au Tribunal d'avoir admis l'existence d'un consentement hypothétique. Ses troubles visuels, lorsqu'elle avait accepté l'opération sur son œil gauche, n'étaient pas comparables à ceux préexistants à l'opération litigieuse. En effet, avant l'opération de l'œil gauche, sa vision était limitée à un seul œil et aucun autre alternative ne s'offrait donc à elle, ce qui n'était pas le cas avant l'opération litigieuse.

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

œil droit, elle aurait, de ce fait, de toute façon perdu la vision de cet œil et donc sa vision binoculaire.

2.1.1 L'exigence d'un consentement éclairé se déduit du droit du patient à la liberté personnelle et à l'intégrité corporelle. Le médecin qui fait une opération sans informer son patient ni en obtenir l'accord commet un acte contraire au droit et répond du dommage causé, que l'on y voie la violation de ses obligations de mandataire ou une atteinte à des droits absolus. L'illicéité d'un tel comportement affecte l'ensemble de l'intervention et rejaillit sur les gestes qu'elle comporte, même s'ils ont été exécutés conformément aux règles de l'art. C'est au médecin qu'il appartient d'établir qu'il a suffisamment renseigné le patient et obtenu le consentement éclairé de ce dernier (ATF 133 III 121 consid. 4.1.1 et 4.1.3).

Le médecin doit donner au patient une information sur les risques de l'opération. L'information à communiquer dépend de deux facteurs : d'une part, la gravité des risques et la fréquence de leur survenance; d'autre part, la nécessité et l'urgence de l'intervention. Moins une intervention est nécessaire (par ex. une chirurgie esthétique), plus l'information sera étendue (MANAI, Droits du patient et biomédecine, 2013, p. 88). Le médecin doit informer le malade des risques graves, même s'ils ne se réalisent qu'exceptionnellement (DUC, Responsabilité du médecin: le consentement thérapeutique et le consentement économique éclairé du patient, in AJP/PJA 2/2001 p. 255). Des exceptions au devoir d'information ne sont admises que dans des cas très précis, par exemple lorsqu'il s'agit d'actes courants sans danger particulier et n'entraînant pas d'atteinte définitive ou durable à l'intégrité corporelle, ou encore s'il y a une urgence confinant à l'état de nécessité ou si, dans le cadre d'une opération en cours, il y a une nécessité d'en effectuer une autre. Par ailleurs, le médecin doit veiller à ne pas susciter chez son patient un état d'anxiété préjudiciable à la santé. S'il s'agit d'une intervention particulièrement délicate quant à son exécution ou à ses conséquences, le patient a droit à une information claire et complète à ce sujet (ATF 133 III 121 consid. 4.1.2; 117 Ib 197 consid. 3b). Une autre exception au devoir d'informer concerne les risques rares et inhabituels, qui n'ont pas besoin d'être mentionnés suivant les circonstances et à certaines conditions (arrêt du Tribunal fédéral 4P.110/2003 du 26 août 2003 consid. 3.1.1).

2.1.2 En l'absence de consentement éclairé, la jurisprudence reconnaît au médecin la faculté de soulever le moyen du consentement hypothétique du patient. Le praticien doit établir que le patient aurait accepté l'opération même s'il avait été dûment informé. Le patient doit collaborer à cette preuve en alléguant les motifs personnels qui l'auraient incité à refuser l'opération s'il en avait connu les risques. En principe, le consentement hypothétique ne doit pas être admis lorsque le genre et la gravité du risque encouru auraient nécessité un besoin accru d'information, que le médecin n'a pas satisfait. Dans un tel cas, il est en effet plausible que le patient, s'il avait reçu une information complète, se serait trouvé dans un conflit

quant à la décision à prendre et qu'il aurait sollicité un temps de réflexion. Il ne faut pas se baser sur le modèle abstrait d'un "patient raisonnable", mais sur la situation personnelle et concrète du patient dont il s'agit. Ce n'est que dans l'hypothèse où le patient ne fait pas état de motifs personnels qui l'auraient conduit à refuser l'intervention qu'il convient de considérer objectivement s'il serait compréhensible, pour un patient sensé, de s'opposer à l'opération (ATF 133 III 121 consid. 4.1.3).

Le consentement hypothétique est en principe admis lorsque le risque est exceptionnel, un risque survenant dans une proportion de l'ordre de 1% ayant été qualifié comme tel par certaines décisions du Tribunal fédéral (ATF 66 II 36: risque de rupture du tendon de l'annulaire causant le maintien définitif du doigt en position fléchie; arrêts du Tribunal fédéral 4A_604/2008 du 19 mai 2009: risque de cicatrice douloureuse et 4P.110/2013 du 26 août 2003: risque de perte partielle de l'usage d'une jambe [deux cas connus]) ou lorsque l'intervention est nécessaire ou urgente. Plus le risque est lourd, moins il sera admis (MANAI, op. cit., p. 100 à 104).

2.2.1 En l'espèce, il est établi que l'intimé n'a pas mentionné à l'appelante le risque de cécité.

Certes, l'opération de la cataracte était une intervention courante et le risque de cécité ne se réalisait que rarement.

Cependant cette intervention était plus difficile en présence d'un glaucome congestif, ce qui était le cas en l'espèce. Le caractère courant de l'opération effectuée doit donc être relativisé. Par ailleurs, il s'agissait d'un risque particulièrement grave et il n'y avait aucune nécessité ni urgence à opérer l'appelante. L'intimé a certes allégué que l'opération était nécessaire, mais il ne l'a pas démontré. Seul le caractère indiqué médicalement de l'opération est établi, étant souligné que l'appelante a allégué ne pas avoir souffert de problème de vision de l'œil droit à ce stade, ce qui était théoriquement possible selon les déclarations du témoin G_____. L'intervention n'était pas non plus urgente.

Au vu de ces éléments, il y a lieu d'admettre que l'intimé a violé son devoir d'information en n'informant pas sa patiente du risque grave de cécité.

D'ailleurs, les médecins entendus à cet égard ont indiqué qu'ils informaient leurs patients de ce risque (H_____, G_____, I_____).

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

problèmes de vision au quotidien, en particulier à l'intimé, ce qui n'est pas contesté non plus. Il a d'ailleurs été mentionné par le témoin G_____ qu'il était possible d'avoir une acuité visuelle à 100% malgré une dioptrie de - 6. En outre, il ne ressort pas du dossier que l'appelante aurait demandé à l'intimé de procéder à l'opération litigieuse ou à tout autre traitement en raison d'une baisse de sa vision, mais que celui-ci le lui a spontanément proposé en lui indiquant qu'elle verrait mieux et que son problème de glaucome serait également résolu. L'appelante a allégué qu'elle aurait attendu de voir l'évolution de la situation si elle avait été informée du risque de cécité, dès lors qu'elle souhaitait continuer à travailler et qu'elle ne souffrait pas d'une baisse handicapante de sa vision. De son côté, l'intimé n'a pas démontré une urgence, ni une nécessité d'opérer à ce stade, mais seulement le caractère indiqué médicalement de l'intervention. En outre, il est établi que le caractère courant de l'opération concernée doit être relativisé dans le contexte d'un glaucome congestif. Quant au risque de cécité, dont le taux précis de survenance n'est pas établi par l'intimé, celui-ci était certes rare, mais également particulièrement grave.

Du seul fait du genre et de la gravité du risque encouru, le cas d'espèce justifiait un besoin accru d'information privant d'emblée le médecin de l'objection du consentement hypothétique du patient.

Au demeurant, au vu de l'ensemble des éléments précités, l'intimé échoue à démontrer que l'appelante, dont il est établi qu'elle est une personne très soucieuse, aurait, si elle avait été informée du risque de cécité - grave bien qu'exceptionnel - et de la difficulté apportée à l'opération par le contexte du glaucome, accepté de se soumettre sans délai à une intervention dont il n'est pas démontré qu'elle aurait été urgente et/ou nécessaire à ce stade et alors qu'elle ne souffrait pas à cette période d'un problème de vision la gênant de façon importante dans sa vie quotidienne, en particulier dans son travail, ce qui n'est pas contesté.

L'intimé soutient à tort que le consentement hypothétique de l'appelante à l'opération litigieuse peut être déduit du fait qu'elle avait accepté environ cinq ans auparavant de se soumettre à des opérations des yeux. En effet, les caractéristiques desdites opérations, en particulier leurs risques ainsi que leurs bénéfices, et, surtout, l'information donnée préalablement à cet égard à l'appelante sont ignorés. Rien ne peut donc être déduit du consentement intervenu.

L'intimé soutient également à tort que le consentement hypothétique de l'appelante à l'opération litigieuse peut être déduit du fait qu'elle a accepté seize mois plus tard de se soumettre à la même opération. En effet, ce consentement ultérieur est intervenu dans des circonstances incomparables.

En effet, l'appelante avait précisément subi le risque de cécité lors de l'opération litigieuse passée. Le chirurgien était donc particulièrement vigilant à cet égard et

en mesure de la rassurer par l'annonce de mesures de précaution spécifiques et efficaces qu'il prendrait pour parer audit risque, étant précisé que le risque dont pensait avoir été victime l'appelante, ainsi que J_____ sur la base des informations données par celle-ci, était celui d'une cécité causée par une infection. Ce médecin a d'ailleurs souligné avoir pris, en raison de l'endophtalmie passée, des mesures particulières à cet égard, qu'il ne prenait pas pour ses patients en général, ceci afin de rassurer l'appelante qui était très inquiète à ce sujet.

En outre, l'appelante souffrait, après l'opération litigieuse, mais non auparavant, d'un problème de vision la gênant de façon importante dans sa vie de tous les jours et dans l'exercice de son activité professionnelle. La nécessité pour elle d'une tentative d'amélioration de sa vision est en découlée, contrairement à ce qui était le cas avant ladite opération.

Au vu de ce qui précède, la conclusion du premier juge d'admettre l'objection du consentement hypothétique de l'appelante ne sera pas confirmée. Il en découle que la responsabilité de l'intimé peut être retenue au seul motif qu'il n'a pas correctement informé sa patiente.

Au demeurant, même si le consentement hypothétique de l'appelante était admis, la responsabilité de l'intimé serait retenue sur la base du considérant qui suit.

3. Le premier juge a retenu à juste titre une violation fautive par l'intimé de son devoir de diligence, ce qui n'est pas remis en cause par l'appelante et ne fait l'objet d'aucun grief spécifique développé par l'intimé.

Point n'est donc besoin d'examiner à nouveau ce point, de sorte que seules restent litigieuses la question de l'existence d'un lien de causalité entre la violation précitée du devoir de diligence et le préjudice subi par l'appelante, de même que celle de la détermination de celui-ci.

L'appelante fait grief au premier juge d'avoir nié l'existence d'un lien de causalité du fait des incertitudes qui subsistaient empêchant d'affirmer que les manquements de l'intimé avaient été la cause de la perte de la vision. En effet, les conclusions des experts retenaient un tel lien de causalité. Certes, selon l'expert, un accident vasculaire rétinien pouvait théoriquement être provoqué par une cause particulière, soit une occlusion prolongée, ou, sans cause particulière, par des prédispositions. Or, dès lors qu'en l'occurrence, une cause particulière avait été établie, les éventuelles prédispositions, qui auraient spontanément causé un accident vasculaire rétinien, étaient reléguées à l'arrière-plan. Par ailleurs, certes l'expert avait indiqué ne pas pouvoir affirmer de manière catégorique que la patiente avait été victime d'un accident vasculaire rétinien. Ce diagnostic avait cependant été établi avec une vraisemblance prépondérante. Quant à l'incertitude relevée en lien avec le diagnostic de l'intimé, selon lequel une occlusion artérielle de la branche inférieure de la rétine était survenue, l'expert l'avait réfutée du fait

de son incompatibilité avec l'hypertonie oculaire prolongée dont l'existence avait été établie et avec la perte globale de la vision constatée le 25 juin 2008. Enfin, l'incertitude liée à l'affirmation de l'expert selon laquelle il ne pouvait déterminer lequel des quatre événements survenus avaient causé l'atteinte à la santé n'était pas pertinente dans le cadre de l'analyse du lien de causalité. En effet, il avait indiqué que sans le premier de ces événements, soit le manquement fautif de l'intimé, les trois autres n'auraient pas eu lieu.

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

3.1.1 La causalité naturelle entre deux événements est une relation telle que, sans le premier événement, le second ne se serait pas produit (arrêt du Tribunal fédéral

5C.125/2003 du 31 octobre 2003 consid. 3.1, paru *in* SJ 2004 I p. 407). Il convient en conséquence d'examiner s'il existe, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé subie par la victime, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'événement dommageable soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Le rapport de causalité se base sur des suppositions et ne peut être prouvé avec une certitude absolue (ATF 125 IV 195 consid. 2b).

La relation de causalité naturelle entre les troubles de la santé et l'accident doit être établie avec un degré de vraisemblance prépondérante; une simple possibilité, voire une vraisemblance de 51%, ne suffit pas (arrêt du Tribunal fédéral 4A_397/2008 du 23 septembre 2008 consid. 4.1; ANGELOZZI, La dualité de la causalité adéquate en assurance accidents et en responsabilité civile sous l'angle des traumatismes de la colonne cervicale et des troubles psychiques *in* SJ II 2009 181 ss, p. 188 s.).

Lorsque le fait générateur de responsabilité consiste en une omission, il convient de s'interroger sur le cours hypothétique des événements. Selon la jurisprudence, lorsqu'il s'agit d'établir l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique, le degré de preuve requis se limite à la vraisemblance prépondérante. La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 462 consid. 4.4.2; 133 III 81 consid. 4.2.2; arrêt du Tribunal fédéral 4A_760/2011 du 23 mai 2012 consid. 3.2).

La responsabilité d'une personne n'est cependant pas engagée dans l'hypothèse où, même en l'absence d'agissement/d'omission illicite de sa part, des événements ultérieurs auraient, selon toute probabilité, causé le préjudice (WERRO, La responsabilité civile, 2^e éd., 2011, p. 65 n. 203 et p. 358 n. 1270; ATF 115 II 440 consid. 4a).

Lorsque l'auteur du dommage parvient à établir que, s'il avait agi de manière licite, le dommage serait de toute façon survenu, le rapport de causalité naturelle fait alors défaut. Cette objection doit être soulevée par le défendeur à l'action, auquel il incombe de la prouver (arrêts du Tribunal fédéral 2C_860/2008 du 20 novembre 2009 consid. 5.2, paru *in* SJ 2010 I 449; 4C.156/2005 du 28 septembre 2005 consid. 3.5.6, paru *in* SJ 2006 I 221; ATF 131 III 115 consid. 3.1; 122 III 229 consid. 5a/aa).

3.1.2 Constitue la cause adéquate d'un dommage tout fait qui, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, est propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, de sorte que la survenance de ce résultat paraît de façon générale favorisée par le fait en question (arrêt du Tribunal fédéral 4A_315/2011 du 25 octobre 2011 consid. 3.2; ATF 123 III 110 consid. 3a).

3.2.1 En l'espèce, il est établi que l'appelante a souffert d'une hypertension oculaire importante et prolongée de son œil droit à la suite de l'opération litigieuse. Ce fait ressort clairement de nombreux éléments du dossier, à savoir notamment des expertises judiciaire et extrajudiciaire, des diagnostics posés par l'intimé lui-même, tant le jour de l'opération sur la base des plaintes de l'appelante à son personnel et à lui-même directement par téléphone, que le lendemain de celle-ci lors du contrôle postopératoire effectué par ses soins, des mesures effectuées sur l'œil de l'appelante ce jour-là par ses soins également et des symptômes dont elle a soufferts la veille, en particulier des vomissements. Au vu de l'ensemble de ces éléments, l'argument de l'intimé fondé sur l'examen effectué par le médecin généraliste N_____ ne convainc pas. Ce n'est pas parce que ce médecin généraliste n'a pas traité cette hypertension et/ou ne l'a pas détectée, que celle-ci n'était pas présente. L'intimé l'a lui-même constatée et mesurée encore le lendemain et traitée avec succès, bien que tardivement.

Il est au surplus établi, notamment par les deux expertises précitées, que cette hypertension oculaire prolongée aurait pu être évitée si l'intimé avait procédé à l'acte dont l'omission fautive lui est reprochée, à savoir s'il avait procédé en urgence le jour même de l'opération, dès les plaintes de sa patiente, à l'acte qu'il a effectué avec succès le lendemain pour la faire cesser (cf. *supra* D.c. 1 et 2, C.y. 14 et 15, D.b. 8).

Il est par ailleurs établi que l'appelante a souffert après l'opération litigieuse, soit à tout le moins dès le 24 juin 2008 dans l'après-midi, d'une baisse sévère et persistante de la vision de son œil droit, laquelle aurait dû se rétablir, une ou deux heures après l'opération effectuée le matin, selon les allégations mêmes de l'intimé. Ce fait découle notamment des témoignages des trois personnes qui se sont succédé au chevet de l'appelante, de même que des constats de l'intimé intervenus lors de ses contrôles des 25 et 26 juin 2008 et de celui de Q_____ intervenu à W_____ le 27 juin 2008.

Il ressort en outre clairement de l'expertise judiciaire, dont son auteur a confirmé la teneur lors de son audition par le Tribunal, que cette baisse sévère et persistante de la vision était due à la survenance d'un accident vasculaire rétinien d'ores et déjà intervenu le 25 juin 2008 et causé par l'hypertension oculaire prolongée (cf. *supra* D.b. 5). Cette conclusion découle également de l'expertise extrajudiciaire (cf. *supra* C.y. 6, 14 à 17 et 19).

Certes, l'expert, lors de son audition, tout en confirmant la teneur de son rapport d'expertise, a indiqué qu'il ne pouvait confirmer la survenance d'un accident vasculaire rétinien d'une manière catégorique et avec une certitude absolue, dès lors que seule une angiographie aurait permis d'aboutir à une telle certitude, cet examen n'ayant en l'occurrence pas été effectué par l'intimé.

Il ressort en outre de l'expertise judiciaire qu'un accident vasculaire rétinien pouvait être causé par une occlusion artérielle prolongée pendant plusieurs heures ou par des prédispositions de l'œil.

Il n'en demeure pas moins que la survenance d'un accident vasculaire rétinien causé par une hypertonie oculaire prolongée n'apparaît pas comme une simple possibilité dont le degré de vraisemblance s'élèverait à 51%, mais qu'il est établi, à tout le moins, avec la vraisemblance prépondérante requise et suffisante dans le cadre de l'examen du lien de causalité hypothétique, dès lors qu'aucune autre possibilité ne revêt une importance significative ou n'entre raisonnablement en considération. De telles hypothèses ne sont pas mentionnées par les experts judiciaire et extrajudiciaire et ne ressortent pas non plus du dossier. Celles qui sont avancées par l'intimé ne convainquent quant à elles pas, comme il sera exposé ci-dessous.

En effet, s'il ressort, certes, de l'expertise judiciaire qu'un accident vasculaire rétinien pouvait être causé par une occlusion artérielle prolongée pendant plusieurs heures ou par des prédispositions de l'œil, l'expert a également précisé ce qui suit. Si une hypertonie oculaire importante induisait rarement, à très court terme (entre une à trois heures), une occlusion de la vascularisation de la rétine avec atteinte fonctionnelle irréversible, une pression à 50 millimètres de mercure pouvait entraîner un risque de lésion définitive après cinq heures.

Or, en l'occurrence, il est établi avec certitude que l'appelante a souffert d'une hypertonie oculaire importante, accompagnée des symptômes associés de nausées, fortes douleurs et vomissements, à tout le moins dès le début de l'après-midi du 24 juin 2008 (en particulier lorsque sa voisine est arrivée à son chevet) jusqu'au lendemain, le 25 juin 2008, à 13h12, lorsque sa pression oculaire a été mesurée à 51 millimètres de mercure par l'intimé. Elle a ainsi présenté une hypertonie oculaire aiguë qui s'est prolongée pendant vingt-quatre heures.

L'hypothèse théorique et générale d'une prédisposition de l'oeil, en faveur de laquelle, au demeurant, aucun élément du dossier ne plaide ni n'est même allégué de façon concrète et qui apparaît subsidiaire à celle, particulière, de l'occlusion artérielle qui s'est effectivement prolongée en l'occurrence durant vingt-quatre heures, doit donc être écartée.

Au vu de ces éléments, la Cour retient comme établi qu'un accident vasculaire rétinien causé par une occlusion artérielle prolongée pendant plusieurs heures était

survenu le 25 juin 2008 en début d'après-midi, en raison d'une hypertonie oculaire importante ayant duré vingt-quatre heures et non du fait de prédispositions de l'œil de l'appelante.

L'hypothèse de l'infection grave soulevée par l'intimé, qui se serait développée à quelque stade que ce soit après l'opération litigieuse, doit être écartée, tant selon les deux experts, judiciaire (cf. *supra* D.c. 11 et 16) et extrajudiciaire (cf. *supra* C.y. 13, 14 et 17), que de l'avis final des médecins G_____ et Q_____ (cf. *supra* C.t. dernier paragraphe). Il a été fait à tort, selon les quatre médecins précités, le diagnostic d'une telle infection à W_____ le 27 juin 2008. L'intimé a lui-même constaté l'absence d'infection lors de ses contrôles des 26 et 27 juin 2008, alors que la baisse sévère de la vision était pourtant déjà intervenue et persistait en parallèle. Par ailleurs, une éventuelle infection de moindre gravité a été traitée par une injection, ce qui n'a pas eu pour effet d'améliorer la vision de l'œil droit de l'appelante (cf. *supra* D.c. 11).

S'agissant de l'erreur de diagnostic précitée, les experts ont en effet expliqué que l'hypotonie présente au moment de la prise en charge de l'appelante à W_____, après la phase d'hypertonie, était accompagnée d'une importante inflammation qui pouvait évoquer une endophtalmie. De plus, la présence de triamcinolone qui donnait un aspect floconneux pouvait également donner l'impression clinique d'une infection endoculaire (cf. *supra* D.b. 11 et 12, C.y. 14).

Point n'est besoin de développer de façon approfondie la question de l'hypothèse dont a fait état l'intimé auprès de l'expert judiciaire, selon laquelle une nécrose rétiennienne d'origine toxique serait survenue. En effet, cette hypothèse doit être écartée en raison du motif énoncé par ce dernier, à savoir qu'une telle atteinte ne provoquait pas de douleurs aiguës avec réaction végétative (nausées et vomissements), symptômes dont il est établi qu'a souffert l'appelante le jour même de l'opération, après celle-ci (cf. *supra* D.b. 15 et 16). D'ailleurs, l'intimé a renoncé à continuer de se prévaloir de cette hypothèse en appel.

L'hypothèse du décollement de la rétine doit également être écartée, un tel décollement n'étant pas encore survenu le 4 juillet 2008, comme le fait valoir d'ailleurs l'intimé lui-même (cf. *supra* D.c. 17 et *infra* consid. 3), tandis que la baisse sévère et persistante de la vision était déjà intervenue.

L'hypothèse de l'atteinte causée par l'injection intravitréenne d'antibiotique effectuée le 27 juin 2008 n'apparaît pas même comme une simple possibilité dont le degré de vraisemblance s'élèverait à 51% et est anecdotique, l'expert ayant affirmé lors de son audition qu'une telle atteinte était à exclure, bien qu'il ne puisse l'affirmer de manière catégorique et avec une certitude absolue, au motif uniquement que, théoriquement, toute injection de ce type pouvait causer une telle

atteinte (cf. *supra* D.c. 16 *in fine*). En outre, la baisse sévère et persistante de la vision était déjà intervenue avant cette intervention.

L'intimé soutient qu'il a constaté lors du contrôle postopératoire du lendemain de l'opération litigieuse une occlusion d'une branche seulement de l'artère centrale de la rétine (du fait de la présence de sang dans le fond de l'œil), ce qui ressortait de son schéma figurant au dossier. Il en déduit l'absence d'accident vasculaire rétinien du fait qu'un tel accident supposait une occlusion de l'artère centrale, non d'une branche de cette artère uniquement, et qu'une telle occlusion de l'artère centrale était incompatible avec la présence de sang dans le fond de l'œil.

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

Au demeurant, selon celui-ci, si effectivement seule une occlusion d'une branche de l'artère centrale était intervenue, alors l'on aurait été en présence d'un accident vasculaire partiel, causant l'atteinte partielle à l'œil constatée. L'appelante aurait

peut-être pu récupérer une partie de la vision seulement, si elle n'avait pas eu par la suite les autres complications que cette atteinte initiale - causée par l'omission fautive de l'intimé - avait entraîné (cf. *supra* D.c. 6), ceci de façon *sine qua non*, comme il sera exposé aux paragraphes suivants. Il en découle que même dans cette hypothèse d'un accident vasculaire partiel intervenu à ce stade, où le tableau clinique final de la perte totale de la vision aurait été causé en association avec une ou des atteintes complémentaires ultérieures, l'existence d'un lien de causalité naturelle devrait néanmoins être retenue, pour les motifs qui suivent.

C'est en vain que l'intimé invoque une atteinte causée par les interventions pratiquées sur l'œil droit de l'appelante dès le 27 juin 2008 ou à tout le moins les incertitudes en découlant, à savoir l'injection intravitréenne effectuée à cette date à W_____ - cette hypothèse devant en tout état être écartée comme il a été exposé trois paragraphes plus haut - ainsi que les opérations pratiquées les 4 juillet et 9 septembre 2008.

Certes, les experts, judiciaire et extrajudiciaire, n'excluent pas que ces actes aient pu causer une atteinte à l'œil droit de l'appelante, voire affirment qu'ils ont pu causer ou même qu'ils ont effectivement causé, certains d'entre eux et/ou de par leur enchaînement - y compris la première opération effectuée par l'intimé -, le tableau clinique final de la perte totale de la vision.

Dans la mesure, cependant, où il ressort également clairement de leurs rapports que ces trois interventions ultérieures n'auraient pas eu lieu sans l'omission fautive de l'intimé, à savoir le délai de 24 heures dans lequel a été remédié à l'hypertension oculaire présentée par l'œil droit de l'appelante, et l'atteinte initiale qu'elle a causée (cf. *supra* C.y. 12, 14, 15 et 16, D.c. 13 à 15), cette omission apparaît comme une condition *sine qua non* du préjudice final subi par celle-ci.

En effet, plus précisément, l'appelante a subi les interventions ultérieures des 27 juin, 4 juillet et 9 septembre 2008 invoquées par l'intimé, car son œil droit présentait une baisse sévère et persistante de la vision depuis le 24 juin 2008, une inflammation depuis le 26 juin 2008, qui a ensuite été diagnostiquée à tort comme une infection grave, et un décollement de la rétine suspecté le 30 juin 2008, qui s'est avéré par la suite être un décollement choroïdien (cf. *supra* C.r. à u.).

Or, l'ensemble de ces circonstances découlait directement ou indirectement de l'atteinte initiale causée par l'hypertonie oculaire importante à laquelle l'œil a été soumis pendant vingt-quatre heures et c'est précisément pour remédier à celles-ci que les trois interventions des 27 juin, 4 juillet et 9 septembre 2008 ont été effectuées. La baisse sévère de la vision et l'inflammation ont en effet été causées directement ou indirectement par l'occlusion artérielle prolongée et le décollement choroïdien par l'inflammation prolongée (cf. *supra* C.y. 12 et 14, D.b. 11 à 14, D.c. 12).

L'expert judiciaire en a conclu que le tableau clinique final présenté par l'œil droit de l'appelante était dû à une succession de quatre évènements, à savoir le traitement postopératoire par l'intimé qui n'avait pas été immédiat ainsi que les opérations des 27 juin, 4 juillet et 9 septembre 2008, sans qu'il ne puisse déterminer lequel avait causé la perte de la vision, en particulier si le premier avait déjà causé une perte définitive de celle-ci, en soulignant que sans l'acte fautif initial reproché à l'intimé les suivants n'auraient pas eu lieu (cf. *supra* D.c. 13 à 15).

Or, dans la mesure où il n'est pas nécessaire, pour conclure à l'existence d'un lien de causalité naturelle, que l'évènement dommageable, à savoir en l'espèce l'omission fautive de l'intimé, soit la cause exclusive et directe de l'atteinte à la santé, mais qu'il faut et il suffit que cet évènement, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé, ce lien a été nié à tort par le premier juge.

Ainsi, la seule incertitude qui subsiste est celle qui découle de la question de savoir si le retard fautif dans la prise en charge de l'appelante par l'intimé a causé le préjudice final subi par celle-ci, à lui seul déjà, ou seulement en association avec les interventions ultérieures qu'il a provoquées, la condition de l'existence du lien de causalité naturelle étant réalisée de toute façon dans les deux cas.

Aucun élément du dossier ne permet en revanche de retenir, même sous l'angle de la vraisemblance simple, et l'intimé ne l'allègue d'ailleurs même pas, que sans son omission illicite, l'atteinte finale à la santé de l'appelante se serait de toute façon produite.

Au contraire, il a lui-même déclaré avoir prescrit du Xalacom à l'appelante par téléphone du 24 juin 2008 car les signes cliniques que celle-ci présentait étaient suggestifs d'une hypertension oculaire, précisant qu'il s'agissait d'une complication relativement fréquente qui ne causait pas de séquelles, si elle était contrôlée (cf. *supra* C.m, D.b. 4, D.c. 10), ce qui en l'espèce n'a pas été le cas, du fait de son omission fautive. L'intimé a en outre lui-même conclu le 25 juin 2008 que la cause de la perte sévère de l'acuité visuelle de l'appelante était due à une pression trop élevée et décidé de faire baisser celle-ci par une intervention effectuée le jour même, ce qui devait, selon lui, permettre de remédier immédiatement au problème de vision (cf. *supra* C.o). Par ailleurs, voyant que tel n'était pas le cas, il a lui-même également conclu à une occlusion artérielle induisant cette baisse sévère de la vision et espéré à ce stade se tromper de diagnostic et que le problème de vision s'améliorerait (cf. *supra* C.o).

Enfin, se prononçant d'une façon générale sur le lien de causalité entre l'hypertension oculaire prolongée à laquelle a été soumis l'œil droit de l'appelante du fait de l'omission fautive de l'intimé et l'atteinte à la santé causée à celle-ci, les

experts, judiciaire et extrajudiciaire, ont de façon concordante conclu à l'existence de ce lien, avec un degré de vraisemblance prépondérante (cf. *supra* C.y. 17 et D.b. 6 et 9).

Il découle de l'ensemble de ce qui précède que le lien de causalité naturelle entre l'omission fautive de l'intimé et la perte de la vision de l'œil droit de l'appelante est établi à satisfaction de droit.

3.2.2 La condition de l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'omission fautive de l'intimé et l'atteinte subie par l'appelante est également réalisée. Il ressort en effet des expertises, judiciaire et extrajudiciaire, que le fait de ne pas faire baisser en urgence le jour même d'une opération telle que celle subie par l'appelante une pression oculaire importante et de laisser l'œil concerné soumis à une telle pression durant 24 heures était propre, d'après l'expérience médicale, à entraîner des complications du genre de celles qui se sont produites.

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

4. 4.1 Selon l'art. 318 CPC, l'instance d'appel peut confirmer la décision attaquée, statuer à nouveau ou renvoyer la cause à la première instance. Bien que principalement réformatoire, l'appel peut être aussi cassatoire, mais seulement si un élément essentiel de la demande n'a pas été examiné (art. 318 al. 1 let. c ch. 1 CPC) ou si l'état de fait doit être complété sur des points essentiels (art. 318 al. 1 let. c ch. 2 CPC).

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

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

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

- 6. 6.1** La cause étant renvoyée au Tribunal pour nouvelle décision, aucune des parties n'obtient, en l'état, entièrement gain de cause sur le fond.

L'issue du litige ne pouvant être déterminée, les frais et dépens de première instance seront réservés, leur sort devant être tranché dans le jugement à prononcer après le présent arrêt de renvoi.

Point n'est ainsi besoin d'entrer en matière sur les griefs de l'intimé à cet égard.

6.2 Compte tenu de l'issue du litige, les frais judiciaires de l'appel et de l'appel joint, arrêtés à 15'000 fr., respectivement à 550 fr. (art. 7, 17 et 35 RTFMC), seront mis à la charge de l'intimé, qui succombe pour l'essentiel (art. 106 al. 1 CPC), et compensés avec les avances effectuées par les parties, lesquelles sont acquises à l'Etat de Genève (art. 111 al. 1 CPC). Celle de 28'000 fr. versée par l'appelante lui sera restituée à concurrence de 13'000 fr. L'intimé sera condamné à verser à l'appelante 15'000 fr. à titre de frais judiciaires d'appel.

Il versera également à l'appelante 10'000 fr., débours et TVA compris (art. 25 et 26 LaCC), à titre de dépens d'appel (art. 84, 85, 87 et 90 RTFMC), ce qui correspond à vingt-cinq heures au tarif horaire de 400 fr. débours et TVA compris, compte tenu notamment de la valeur litigieuse, de l'importance ainsi que de la complexité de la cause et des deux mémoires de 20 et 23 pages rédigés par son conseil.

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

* * * * *

PAR CES MOTIFS,

La Chambre civile :

A la forme :

Déclare recevables l'appel interjeté le 28 septembre 2016 par A_____ et l'appel joint interjeté le 18 novembre 2016 par B_____ contre le jugement JTPI/10604/2016 rendu le 26 août 2016 par le Tribunal de première instance dans la cause C/18517/2012-7.

Au fond :

Annule ce jugement.

Renvoie la cause au Tribunal de première instance pour instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

Réserve le sort des frais et dépens de première instance au prononcé par le Tribunal de première instance de son jugement au fond.

Déboute les parties de toutes autres conclusions.

Sur les frais :

Arrête les frais judiciaires d'appel et d'appel joint à 15'550 fr.

Les met en totalité à la charge de B_____ et les compense avec les avances versées, lesquelles restent acquises à l'Etat de Genève.

Invite les Services financiers du Pouvoir judiciaire à restituer la somme de 13'000 fr. à A_____.

Condamne B_____ à verser à A_____ les sommes de 15'000 fr. à titre de frais judiciaires d'appel et de 10'000 fr. à titre de dépens d'appel.

Siégeant :

Madame Valérie LAEMMEL-JUILLARD, présidente; Mesdames Nathalie LANDRY-BARTHE et Jocelyne DEVILLE-CHAVANNE, juges; Madame Audrey MARASCO, greffière.

La présidente :

Valérie LAEMMEL-JUILLARD

La greffière :

Audrey MARASCO

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.