

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

C/26580/2009

ACJC/1380/2017

ARRÊT

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre civile

DU MARDI 31 OCTOBRE 2017

Entre

Monsieur A_____, domicilié _____ (GE), appelant d'un jugement rendu par la 2ème Chambre du Tribunal de première instance de ce canton le 2 février 2017, comparant par Me Guy Zwahlen, avocat, 1, rue Monnier, 1206 Genève, en l'étude duquel il fait élection de domicile,

et

Monsieur B_____, domicilié _____ (GE), intimé, comparant par Me Philippe Ducor et Me Joëlle Becker, avocats, 10, rue de Berne, 1201 Genève, en l'étude desquels il fait élection de domicile.

Le présent arrêt est communiqué aux parties par plis recommandés du 15.11.2017.

EN FAIT

- A.** Par jugement JTPI/1600/2017 du 2 février 2017, reçu par les parties le 7 février 2017, le Tribunal de première instance a débouté A_____ de toutes ses conclusions en paiement à l'encontre de B_____ (ch. 1 du dispositif) et l'a condamné à tous les dépens de la cause, lesquels comprenaient une indemnité de 8'000 fr. à titre de participation aux honoraires d'avocat de sa partie adverse (ch. 2).
- B.**
- a.** Par acte expédié à la Cour de justice le 9 mars 2017, A_____ a formé appel de ce jugement, concluant à son annulation et, cela fait, à ce que la Cour condamne B_____ à lui verser les montants suivants : 222'300 fr. avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} juin 2007 au titre de dommage et intérêts pour la perte de revenu; 144'792 fr. avec intérêts à 5% dès le 17 mai 2001 pour atteinte à l'activité domestique, 25'000 fr. avec intérêts à 5% dès le 17 mai 2001 au titre de tort moral et 9'000 fr. au titre de dommage supplémentaire au sens de l'art. 106 CO, prononce à due concurrence la mainlevée de l'opposition formée au commandement de payer poursuite n° 1_____, le tout avec suite de frais et dépens.
- b.** Le 22 mai 2017, B_____ a conclu à la confirmation du jugement querellé avec suite de frais et dépens.
- c.** Les parties ont répliqué et dupliqué, persistant dans leurs précédentes conclusions.
- d.** Elles ont été informées le 27 juin 2017 de ce que la cause était gardée à juger.
- C.** Les éléments pertinents suivants résultent de la procédure.
- a.** A_____, né le _____ 1961, a travaillé comme menuisier depuis l'âge de 14 ans, au Portugal puis en Suisse.
- b.** A partir de 1990, il a été victime de plusieurs accidents, le plus souvent dans l'exercice de son travail, se blessant notamment aux doigts de la main gauche et au dos. Il a également été suivi en raison d'une cirrhose découlant d'une consommation excessive d'alcool.
- c.** En 1995, il a subi un traumatisme à l'épaule gauche, puis un second, au même endroit, en 1996.
- d.** En 1997, il est allé consulter divers médecins en raison de la persistance de ses douleurs suite à l'accident de 1996. Il se plaignait en particulier de n'avoir plus de force dans la main gauche. Il faisait également état de douleurs à l'épaule et au bras gauche, ainsi qu'au dos.

En avril 1997, il a déposé une demande de prestations AI qui a été refusée.

e. Une électroneuromyographie (ENMG), réalisée le 23 décembre 1997 a permis de diagnostiquer un syndrome canalaire carpien.

f. A_____ a alors consulté le Dr B_____, spécialiste en chirurgie de la main, qui l'a reçu pour une première consultation le 11 juin 1998 en vue d'une intervention chirurgicale prévue le 19 juin 1998.

g. Entre ces deux rendez-vous, le 16 juin 1998, A_____ a été victime d'un nouvel accident de travail, recevant une traverse sur le poignet gauche puis chutant et heurtant un mur en béton.

h. Le 19 juin 1998, le Dr B_____ a réalisé l'opération prévue du tunnel carpien, y ajoutant une plastie ligamentaire afin de réparer, ou à tout le moins renforcer, le ligament touché lors de l'accident du 16 juin 1998.

h.a Les Dr C_____ et D_____, nommés par la FMH dans le cadre d'une expertise extra-judiciaire réalisée le 1^{er} novembre 2006, ont relevé que l'indication pour un clivage du tunnel carpien était discutable au vu des antécédents du patient. L'opération avait été correctement effectuée. Les indications pour une opération de plastie ligamentaire n'étaient pas données en l'absence d'instabilité significative ou de signe clinique de rupture du ligament. Cette opération n'était pas propre à corriger les symptômes décrits par le patient. En outre, le devoir d'information du médecin n'avait pas été respecté, dans la mesure où, ni la lésion soupçonnée, ni la procédure prévue et les effets à en attendre n'avaient été correctement expliqués au patient.

Lors de son audition par le Tribunal en septembre 2012, le Dr C_____ a précisé que les méthodes de réparation ligamentaires étaient un sujet très discuté, un des thèmes les moins clairs de la chirurgie de la main et le plus en évolution. Dans les années 1990, les chirurgiens étaient plus interventionnistes et recouraient plus fréquemment à l'opération qu'en 2012. Il y avait, ce qui était toujours le cas, plusieurs méthodes et opérations possibles pour un même problème; beaucoup de médecins inventaient leur propre méthode, n'étant pas satisfaits de celles proposées.

h.b Le Dr E_____, expert nommé par le Tribunal, a quant à lui indiqué dans son rapport du 22 avril 2016, que cette opération avait été un échec. Elle avait d'ailleurs été le préalable à une longue série d'échecs successifs de toutes les interventions effectuées, avec des douleurs persistantes, une mobilité réduite et une incapacité du patient à reprendre le travail.

Entendu par le Tribunal le 16 septembre 2016, le Dr E_____ a indiqué que le patient souffrait, avant l'opération de juin 1998, d'une déchirure d'un ligament très

particulier. Les opérations pour ce type de lésions ne donnaient pas toujours le résultat escompté, encore actuellement.

Il a ajouté, après relecture d'un passage de l'expertise de la FMH, que, dans le cas de A_____, il y avait un doute clinique sur la question de savoir s'il y avait une rupture du ligament. Il se pouvait que le Dr B_____ ait surévalué l'importance de la déchirure, mais, avec les moyens d'investigation de l'époque, moins fiables que ceux actuels, celle-ci était difficile à déterminer. Le Dr B_____ n'avait pas procédé à cette opération sans raison. Comme les experts de la FMH l'avaient relevé, il n'était en principe pas indiqué d'opérer en cas d'instabilité légère ou très légère. La méthode utilisée par le Dr B_____ n'était pas éprouvée. Ceci dit, il y avait à l'époque autant de techniques d'opération pour ce type de lésions que de chirurgiens. A l'heure actuelle, même avec des techniques nouvelles, ces opérations ne donnaient pas toujours le résultat escompté et il y avait, encore aujourd'hui, des catastrophes avec ce type de lésion.

i. A_____ ayant continué à se plaindre de douleurs plusieurs mois après l'opération, en dépit de divers traitements médicamenteux et du port constant d'une attelle, et n'ayant pas été en mesure de reprendre son travail, une ENMG a été effectuée le 16 septembre 1998. Cette dernière n'a toutefois révélé aucune lésion objective du nerf médian gauche.

j. Le 14 octobre 1998, A_____ a été victime d'un nouvel accident et s'est fait une entorse du poignet droit en chutant dans sa salle-de-bain.

k. En novembre 1999, le Dr B_____ a constaté que les possibilités thérapeutiques étaient épuisées, à l'exception d'une éventuelle arthrodèse du poignet. Il a toutefois précisé, dans le dossier médical de A_____, que l'indication à un tel geste ne pouvait être posée.

l. Dans un rapport de consultation adressé à la SUVA le 31 août 2000, le Dr B_____ a indiqué que les douleurs dans le poignet de A_____ persistaient à un degré quasi insupportable, ce dernier ne se séparant plus de son attelle le jour comme la nuit. Toutes les ressources thérapeutiques avaient été épuisées et l'arthrodèse du poignet n'était certainement pas indiquée dans ce cas particulier. Il était ainsi probable que le patient ne serait jamais en mesure de reprendre son ancien métier. Le Dr B_____ a encore précisé qu'un ultime examen radiologique du poignet avait été effectué mais n'avait mis en évidence aucune altération du squelette, l'interligne étant respecté et les osselets étant normalement axés.

m. Le 17 mai 2001, le Dr B_____ a néanmoins procédé à une arthrodèse du poignet gauche de A_____. Il a expliqué à cet égard que l'opération en question n'était pas un blocage définitif du poignet, mais seulement un blocage temporaire, au moyen d'un implant qui devait être retiré par la suite.

Il ressort d'un rapport rédigé par le Dr B_____ en 2005 que les tenants et aboutissants de l'intervention ont été expliqués plusieurs fois à A_____ et qu'un long délai de réflexion lui a été laissé. L'opération avait été réalisée, en dépit des réticences du médecin, à la demande expresse du patient, qui précisait à chaque consultation que seul le port ininterrompu d'une attelle lui rendait la vie possible. Le patient avait été informé du fait que le blocage était provisoire, qu'il s'agissait "d'un test grandeur nature pour qu'il puisse évaluer si vraiment [c'était] le blocage définitif qu'il souhaitait". Le médecin espérait qu'au bout d'un certain temps le patient souhaiterait lui-même l'ablation de l'implant, estimant que la guérison était intervenue et étant content de retrouver la mobilité du poignet.

A_____ a indiqué à l'expert judiciaire qu'il ne se souvenait pas des entretiens et des explications données par le Dr B_____ et qu'il ne pouvait pas dire si un blocage définitif ou temporaire de son poignet lui avait été proposé. Sur ce point, l'expert a relevé que, comme la pose de la plaque devait être temporaire, le patient avait forcément dû être informé du caractère temporaire du blocage.

n.a Les experts de la FMH ont relevé, dans leur rapport de 2006, complété par leur audition par le Tribunal en 2012, que l'indication pour cette opération du 17 mai 2001 correspondait à une idée spontanée du chirurgien qui pensait pouvoir aider le patient et éliminer ses douleurs. La technique utilisée, consistant à bloquer temporairement la mobilité du poignet avec une plaque n'était pas connue en 2006. Entre-temps, soit en 2012, une revue scientifique importante avait publié un article duquel il résultait que cette technique était maintenant connue et utilisée avec de bons résultats une fois la plaque enlevée. Ce type d'opération restait spécial et n'était effectué que dans des cas un peu désespérés.

La réalisation de l'opération par le Dr B_____ était "chirurgicalement malheureuse" car les deux vis posées n'avaient pas d'appui fixe et il avait été renoncé à l'introduction d'une troisième vis. Une instabilité en était résultée, ce qui avait engendré une aggravation de la douleur suite à l'opération et un dérangement esthétique visible au niveau sous-cutané.

Enfin, la teneur de l'information donnée au patient n'était pas établie.

n.b Dans le cadre d'une évaluation médicale du 19 juin 2002, le Dr F_____, mandaté par la SUVA, a confirmé les conclusions des experts de la FMH en ce sens que l'indication de l'arthrodèse du poignet gauche était incertaine, cette intervention représentant le dernier recours dans les arthroses destructives sévères du poignet.

En mars 2003, le Dr F_____ a ajouté que le chirurgien opérateur n'avait pas agi *lege artis* et avait commis une grave erreur de traitement en pratiquant une arthrodèse du poignet en l'absence de substrat organique expliquant les troubles persistants du poignet et d'aggravation objectivable jusqu'à l'opération.

Le 13 mai 2003, le Dr F_____ a encore précisé que, selon lui, les deux interventions étaient incompréhensibles, le problème résidant uniquement dans l'indication (non donnée) de ces interventions, et non dans leur mode d'exécution. Les comptes-rendus opératoires extrêmement succincts ne permettaient pas de déduire de grave confusion, de maladresse, voire d'atteinte intentionnelle. Il n'apparaissait pas non plus que le Dr B_____ ait choisi un procédé opératoire inhabituel ou s'écartant des standards opératoires applicables à la date de l'expertise.

o. En juin 2004, A_____ a consulté une nouvelle fois le Dr B_____ en raison de la persistance des douleurs au poignet. Ce dernier a alors préconisé le retrait du matériel d'ostéosynthèse en raison d'une menace de migration des vis, mais A_____ a refusé cette proposition.

p.a Le 20 janvier 2006, le Dr G_____, chirurgien de la main, a effectué l'extraction de la plaque de métal de l'arthrodèse. Dans son rapport opératoire, il a notamment indiqué ce qui suit : "Au vu de l'instabilité du montage, celui-ci a progressivement lâché réalisant un décollement distal de la plaque engendrant actuellement une ténosynovite des extenseurs, associée à une menace cutanée rendant l'intervention d'ablation du matériel nécessaire. Au vu des antécédents du patient, notamment d'une lésion ligamentaire ayant engendré un poignet chronique douloureux, il aurait été souhaitable de pratiquer en même temps que l'ablation du matériel une réarthrodèse *lege artis* de son poignet droit. Toutefois, au vu des procédures d'expertises en cours, il est convenu avec le patient et son avocat de pratiquer ces gestes en deux temps, le premier temps opératoire se limitant à l'ablation stricte du matériel suivi d'un constat pre-opératoire et post-opératoire, puis dans un deuxième temps de pratiquer l'arthrodèse totale de ce poignet."

p.b Concernant l'extraction du matériel posé le 17 mai 2001, l'expert nommé par le Tribunal a quant à lui relevé que "l'essai thérapeutique" du Dr B_____ était volontairement provisoire, aurait dû être limité dans le temps et le matériel enlevé avant 2006. Un délai de trois ans était excessivement long pour un blocage temporaire de ce type.

Sur ce point, le Dr B_____ a indiqué que A_____ avait refusé à plusieurs reprises qu'il ôte le blocage temporaire, ce que ce dernier conteste.

q. Une quatrième intervention a été effectuée en avril 2008 - par un chirurgien autre que le Dr B_____, qui n'a plus opéré ce patient - avec l'idée de conserver une mobilité au poignet, réduire les douleurs et permettre à A_____ d'augmenter sa capacité de travail.

Cette opération n'a pas eu l'effet escompté et n'a pas permis d'améliorer l'état du patient, les douleurs persistant.

r. En décembre 2010 une cinquième opération avec arthrodèse (blocage complet du poignet) a été effectuée.

Cela a permis à A_____ de reprendre brièvement un travail allégé, jusqu'en 2012.

s. En 2012, A_____ a eu un nouvel accident de travail, recevant une poutre sur l'épaule gauche, ce qui a nécessité une opération fin 2012 aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

t. Fin 2014, il a été constaté que le blocage définitif du poignet effectué en 2010 avait échoué puisque la radiographie mettait en évidence une instabilité avec les trois vis distales métacarpiennes totalement cassées, les têtes de vis saillantes sous la peau et la plaque désolidarisée. Ceci expliquait en partie les douleurs résiduelles annoncées par A_____. L'état du patient n'était pas stabilisé et une nouvelle intervention chirurgicale était à prévoir.

u. Cette opération a été effectuée le 15 avril 2015 aux HUG et a été compliquée par une chute supplémentaire sur le poignet ayant entraîné une rupture d'une des deux plaques de synthèse, ce qui a prolongé de plusieurs mois le délai de consolidation de cette dernière intervention.

v. Dans son rapport du 22 avril 2016, l'expert judiciaire relève que, finalement, après six interventions sur le poignet, celui-ci est enfin bloqué définitivement en bonne position mais reste très douloureux et limité fonctionnellement. Le patient se plaignait toujours de douleurs, qu'il soignait avec des antalgiques mineurs; il n'avait pas de suivi médical particulier.

w.a Dès 1997 A_____ a été très fréquemment en incapacité de travail, totale ou partielle, et a sollicité des prestations de la part de différentes institutions.

A_____ allègue en particulier avoir été à 50% en incapacité de travail avant la première opération effectuée par le Dr B_____, puis à 100% après cette opération, et ce jusqu'à l'opération effectuée par un autre chirurgien en 2010.

w.b Après la première décision de refus de l'AI en 1997, A_____ a été mis, le 20 décembre 2001, au bénéfice d'une rente d'invalidité entière, pour maladie de longue durée, dès le 16 juin 1999.

w.c La SUVA lui a en outre versé des prestations pour la période du 16 juin 1998 au 30 juin 2003. Par décision du 21 février 2002, elle a informé l'intéressé de ce qu'il avait été surindemnisé jusqu'au 1^{er} février 2002. Les prestations de la SUVA ont alors été réduites.

w.d Le 1^{er} mars 2004, la SUVA a mis un terme, au 30 juin 2003, à l'avance de prestations d'assurance et refusé de prendre en charge l'événement du 16 juin 1998 comme accident ainsi que les opérations susmentionnées et leurs conséquences.

w.e Alors qu'il était prétendument en incapacité de travail totale, A_____ a été surpris à travailler sur un chantier à deux reprises, en janvier 2009, puis en décembre de la même année.

w.f Selon un rapport d'expertise rendu le 1^{er} octobre 2009 à la demande de l'assurance-invalidité, il a été retenu que A_____ était désormais capable de travailler à 40% dans son activité de menuisier. Sa capacité de travail était en outre de 100% dans une activité adaptée telle que magasinier, surveillance, accueil, vente d'objets légers, etc.

w.g La rente d'invalidité allouée à A_____ a été supprimée avec effet rétroactif au deuxième semestre 2010.

w.h En décembre 2011, il a repris un travail de menuisier à temps partiel.

w.i Après son accident à l'épaule gauche de 2012, il n'a plus jamais repris officiellement le travail.

w.j La compagne de A_____, H_____, et la fille de cette dernière, I_____, entendues comme témoins par le Tribunal, ont toutes deux déclaré que A_____ connaissait aujourd'hui encore de nombreuses limitations à l'utilisation de son poignet gauche, ce qui l'empêchait notamment de cuisiner, de faire le ménage ou de porter des objets lourds.

Le témoin J_____, ancienne amie de A_____, a quant à elle déclaré avoir hébergé ce dernier en 2003-2004 et n'avoir pas constaté quelque handicap que ce soit.

x.a S'agissant de l'atteinte à l'état de santé du patient, les experts de la FMH se sont exprimés comme suit :

"La première intervention a, autant d'après les dires du patient que lors de la comparaison des valeurs mesurées et des symptômes par les différents examinateurs, engendré une aggravation significative. Avant l'intervention, le patient travaillait à 50%, ce qu'il ne pourra plus jamais faire après l'opération et il ne s'en croit d'ailleurs plus jamais capable. La seconde intervention (celle de fixation du poignet) a par contre été effectuée dans une situation où la main n'était déjà plus utilisable à cause d'une progression psychogène du symptôme, bien qu'objectivement il restait encore une mobilité moyennement bonne. L'intervention a déclenché durant quelques mois de très fortes douleurs et donc une amplification de la souffrance. On ne peut cependant pas ici parler d'une

aggravation significative car l'état du patient est ensuite de nouveau revenu à celui d'avant l'intervention.

On ne peut exclure que l'état du patient se serait développé de la même manière même sans les deux interventions. Des indications explicites pour une telle évolution sont documentées mais on ne peut établir clairement ni leur ampleur ni leur vraisemblance."

Ces propos ont été confirmés par le Dr C_____ lors de son audition par le Tribunal en septembre 2012.

Les experts ont encore relevé que l'on ne pouvait pas mettre en relation directe l'aggravation de l'état du patient avec l'opération d'arthrodèse du Dr B_____ car les racines du problème existaient déjà au stade du premier événement de mars 1998. On pouvait se demander dans quelle mesure l'incapacité de A_____ de se débrouiller à la maison et sa dépendance concordaient avec la réalité, laquelle était confuse. Il n'y avait apparemment aucune pathologie psychiatrique ayant valeur de maladie. Par ailleurs, des signes objectifs d'un usage normal de la main, avec des ampoules et des diamètres de muscles normaux avaient été constatés. En outre, la fonction mesurée d'après chaque sorte de technique de recherche était très variable.

x.b.a S'agissant du lien de causalité entre les opérations et les atteintes à la santé du patient, les experts de la FMH ont encore ajouté ce qui suit :

"Le syndrome de douleurs de la main avec raidissement qui s'est de suite développé indépendamment est une suite directe de la première intervention du 19.6.1998. On a constaté à propos de cette intervention une faute de diagnostic ainsi qu'une faute de traitement. On doit ici retenir que l'ampleur de l'aggravation était difficile à prévoir mais on aurait pu l'estimer par une clarification soigneuse sur la base des déroulements précédents.

La seconde intervention (fixation du poignet) était complètement inutile, contre-indiquée et n'a pas été soigneusement effectuée mais n'a pas causé une aggravation plus étendue de la situation générale.

[...] Nous devons dans ce cas complexe bien faire la différence entre les atteintes objectives engendrées par les interventions (surtout la première) et le développement subjectif bien plus dramatique qui est déterminé par la maladie préexistante dans un contexte psychosocial."

x.b.b L'expert judiciaire a quant à lui constaté que l'état de A_____ n'était pas la conséquence directe des interventions de 1998 et 2001, mais bien la conséquence globale des six opérations sur son poignet gauche (lettre de l'expert au Tribunal du 16 décembre 2014).

x.c A la question de savoir si l'évolution de A_____ avait été influencée par d'autres pathologies que les opérations du Dr B_____ litigieuses, l'expert judiciaire a répondu que "le nombre impressionnant de traumatismes professionnels et non professionnels subis par M. A_____ depuis 1985 interpelle forcément et l'on pourrait être en droit de savoir si des phénomènes extérieurs auraient pu jouer un rôle dans le déclenchement de ces divers traumatismes. En dehors de ces accidents, il n'y a dans l'anamnèse pas d'éléments probants qui permettent d'expliquer ces traumatismes répétés (...). La perturbation modérée des différents tests hépatiques permet certes de conclure à une consommation d'alcool, (niée), mais les faits étant là, rien ne permet de la relier d'une quelconque façon ou de l'impliquer comme facteur favorisant, voire aggravant lors des accidents recensés."

y.a Le 26 novembre 2007, A_____ a fait notifier à B_____ un commandement de payer, poursuite n° 2_____, portant sur le montant de 500'000 fr. avec intérêts à 5% dès le 17 mai 2001, ainsi qu'un commandement de payer, poursuite n° 1_____, pour le même montant, en date du 15 janvier 2009, auxquels il a été fait opposition.

y.b Le 26 novembre 2009, A_____ a assigné B_____ en paiement par devant le Tribunal de première instance, prenant les mêmes conclusions que celles figurant dans son appel.

y.c Le 24 février 2012, B_____ a conclu au rejet de la demande.

y.d Le Tribunal a en particulier ordonné un complément d'expertise portant sur la question de savoir quelles avaient été les conséquences des opérations de juin 1998 et mai 2001 sur l'état de santé de A_____, ainsi que sur sa capacité de travail et de tenue du ménage.

y.e La cause a été gardée à juger par le Tribunal à l'issue de l'audience de plaidoiries du 2 décembre 2016.

D. Les arguments des parties devant la Cour seront traités ci-après en tant que de besoin.

EN DROIT

1. **1.1** Aux termes de l'art. 405 al. 1 CPC, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011, les recours sont régis par le droit en vigueur au moment de la communication de la décision entreprise. S'agissant en l'espèce de la contestation d'une décision notifiée après le 1^{er} janvier 2011, la voie de droit est régie par le nouveau droit de procédure.

1.2 Le jugement attaqué constitue une décision finale de première instance (art. 308 al. 1 let. a CPC). La voie de l'appel est ouverte, dès lors que la valeur litigieuse au dernier état des conclusions de première instance est de 10'000 fr. au moins (art. 308 al. 2 CPC).

L'appel a été formé dans le délai de 30 jours prévu par l'art. 311 al. 1 CPC et selon la forme prévue par la loi de sorte qu'il est recevable.

1.3 La Cour revoit la cause avec un plein pouvoir d'examen (art. 310 CPC). En particulier, elle contrôle librement l'appréciation des preuves effectuée par le juge de première instance (art. 157 CPC en relation avec l'art. 310 let. b CPC). Elle applique en outre la maxime des débats et le principe de disposition (art. 55 al. 1 et 58 al. 1 CPC).

- 2.** Le Tribunal a retenu que la question de savoir si l'intimé avait violé son devoir de diligence pouvait rester ouverte. En effet l'appelant n'avait pas prouvé l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre le dommage allégué et le comportement reproché à l'intimé.

L'appelant critique cette appréciation, relevant notamment que les experts de la FMH ont souligné que le syndrome douloureux et le raidissement de la main étaient une suite directe de l'opération de 1998. Les constatations de l'expert-judiciaire sur ce point excédaient le cadre de sa mission. Il ressortait des déclarations de tous les médecins consultés que les deux opérations effectuées par l'intimé étaient contre-indiquées. Il était dans le cours ordinaire des choses que des opérations contre-indiquées provoquent des atteintes à sa santé et à la capacité de gain du patient.

2.1 Le mandataire est responsable envers le mandant de la bonne et fidèle exécution du mandat (art. 398 al. 2 CO). L'art. 398 al. 1 CO renvoie aux règles régissant la responsabilité du travailleur dans les rapports de travail, soit à l'art. 321e CO. Cette disposition prévoit, à son al. 1, que le travailleur est responsable du dommage qu'il cause à l'employeur intentionnellement ou par négligence et détermine, à son al. 2, la mesure de la diligence requise (ATF 133 III 121 consid. 3.1 p. 123 s.). En cas d'inexécution ou de mauvaise exécution de son obligation de diligence, le mandataire est tenu de réparer le dommage qui en résulte, à moins qu'il ne prouve qu'aucune faute ne lui est imputable (art. 97 al. 1 CO).

La responsabilité du mandataire suppose donc la réunion de quatre conditions qui sont cumulatives: une violation d'un devoir de diligence, une faute, un dommage et une relation de causalité (naturelle et adéquate) entre la violation fautive du devoir de diligence et le dommage survenu; il appartient au demandeur d'apporter la preuve des faits permettant de constater que chacune de ces conditions est

remplie (art. 8 CC), sauf pour la faute qui est présumée (art. 97 al. 1 CO) (ATF 133 III 121 consid. 3.1 p. 124; 132 III 379 consid. 3.1 p. 381).

En sa qualité de mandataire, le médecin répond de la bonne et fidèle exécution du mandat. Si le propre de l'art médical consiste, pour le médecin, à obtenir le résultat escompté grâce à ses connaissances et à ses capacités, cela n'implique pas pour autant qu'il doive atteindre ce résultat ou même le garantir, car le résultat en tant que tel ne fait pas partie de ses obligations. L'étendue du devoir de diligence qui incombe au médecin se détermine selon des critères objectifs. Les exigences qui doivent être posées à cet égard ne peuvent pas être fixées une fois pour toutes; elles dépendent des particularités de chaque cas, telles que la nature de l'intervention ou du traitement et les risques qu'ils comportent, la marge d'appréciation, le temps et les moyens disponibles, la formation et les capacités du médecin. La violation, par celui-ci, de son devoir de diligence - communément, mais improprement, appelée "faute professionnelle" - constitue, du point de vue juridique, une inexécution ou une mauvaise exécution de son obligation de mandataire et correspond ainsi, au plan contractuel, à la notion d'illicéité propre à la responsabilité délictuelle. Si elle occasionne un dommage au mandant et qu'elle se double d'une faute du médecin, le patient pourra obtenir des dommages-intérêts. Lorsqu'une violation des règles de l'art est établie, il appartient au médecin de prouver qu'il n'a pas commis de faute (art. 97 al. 1 CO) (ATF 133 III 121 consid. 3.1).

Il y a causalité naturelle entre deux événements lorsque, sans le premier, le second ne se serait pas produit; il n'est pas nécessaire que l'événement considéré soit la cause unique ou immédiate du résultat. L'existence d'un lien de causalité naturelle entre le fait générateur de responsabilité et le dommage est une question de fait que le juge doit trancher selon la règle de la vraisemblance prépondérante lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée de celui qui en supporte le fardeau (état de nécessité en matière de preuve); tel est en particulier le cas de l'existence d'un lien de causalité hypothétique. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 4A_297/2015 du 7 octobre 2015, consid. 4.2).

2.2 En l'espèce, la question d'une éventuelle violation par l'intimé de son devoir de diligence peut rester ouverte pour les raisons exposées ci-après.

Il convient en effet d'examiner en premier lieu si l'existence d'un lien de causalité naturelle entre le dommage que l'appelant allègue avoir subi et les violations de ses obligations qu'il reproche à l'intimé a été établie au stade de la vraisemblance prépondérante.

Il sera relevé d'entrée de cause que, contrairement à ce que prétend l'appelant pour la première fois devant la Cour, il n'y a pas lieu d'écarter du dossier les constatations de l'expert judiciaire sur la question du lien de causalité car l'examen de celle-ci était inclus dans le cadre de sa mission. En outre, la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle relève du fait.

A cet égard, c'est à juste titre que le Tribunal a retenu que les experts entendus au cours de la procédure ont unanimement déclaré que la seconde opération, effectuée en 2001, n'avait pas causé d'aggravation de la situation de l'appelant, même si l'indication pour cette opération était incertaine.

En particulier, il est établi que l'intimé concevait cette opération comme uniquement provisoire. L'on ne saurait lui reprocher de n'avoir pas retiré le matériel d'ostéosynthèse plus tôt car les éléments figurant à la procédure, en particulier le rapport d'expertise effectué le 1^{er} octobre 2009 à la demande de l'AI, attestent du fait que l'appelant s'est opposé à ce que l'intimé procède à ce retrait.

Le rapport rédigé par l'intimé en décembre 2005 et les constatations de l'expert judiciaire permettent en outre de retenir que l'appelant a été informé du caractère provisoire de l'opération de 2001 et du fait que le matériel devrait être retiré. Les explications de l'intimé selon lesquelles l'appelant refusait de le faire car il tenait à ce que son poignet reste immobilisé sont convaincantes, au regard du fait, non contesté, qu'avant la réalisation de l'arthrodèse l'appelant estimait que seul le port ininterrompu d'une attelle lui "rendait la vie possible".

En ce qui concerne la première opération, les experts de la FMH ont indiqué qu'il ne pouvait pas être exclu que l'état du patient se serait développé de la même manière, même sans les deux interventions.

Dans leur rapport de 2006, les experts ont retenu que la première intervention avait été la cause de douleurs de la main avec raidissement et avait engendré une aggravation significative de l'état de l'intimé puisqu'il travaillait à 50% avant l'opération, et, qu'à leur connaissance, il n'avait plus travaillé après l'opération, et ne s'en pensait pas capable.

La suite des événements a cependant établi que les prévisions de l'appelant sur ce point étaient inexactes puisqu'il ressort du dossier qu'il a travaillé par la suite, alors même qu'il touchait une rente d'invalidité à 100%. L'expertise effectuée par l'AI en 2009 a finalement conclu à une capacité de travail de l'appelant à 40% dans son activité de menuisier et à 100% dans une activité adaptée, telle que magasinier, surveillance, accueil, vente d'objets légers, etc.

Les experts de la FMH avaient d'ailleurs, déjà en 2006, relativisé la constatation précitée concernant les conséquences de la première opération, en soulignant qu'il convenait, "dans ce cas complexe" de "bien faire la différence entre les atteintes

objectives engendrées par les interventions (surtout la première) et le développement subjectif bien plus dramatique qui est déterminé par la maladie préexistante dans un contexte psychosocial."

Il n'est de plus pas établi au stade de la vraisemblance prépondérante que les douleurs en liens avec l'opération de 1998 aient perduré sur une longue période.

L'intimé a toujours fait état de douleurs au poignet gauche, déjà avant la première opération, a été victime d'un nombre exceptionnellement élevé d'accidents successifs, notamment au poignet gauche, et a fait l'objet de quatre autres opérations en plus des deux interventions litigieuses.

Or, l'instruction du dossier n'a pas permis d'établir que les douleurs dont se plaint l'appelant seraient en lien plus étroit avec l'opération effectuée par l'intimé en 1998 qu'avec l'un ou l'autre des accidents dont il a souffert ou avec l'une ou l'autre des opérations effectuées par d'autres médecins.

Le fait que l'appelant ait déposé une demande d'AI – refusée - en lien avec des douleurs dans l'épaule gauche déjà en avril 1997, soit avant la première opération litigieuse intervenue en juin 1998, corrobore cette constatation. Les experts de la FMH l'ont confirmé, puisqu'ils ont relevé dans leur rapport que les causes du mal étaient antérieures à mars 1998.

L'expert judiciaire a également considéré que l'état actuel de l'appelant n'était pas directement dû aux interventions de 1998 et 2001 pratiquées par l'intimé, mais qu'il s'agissait de la conséquence globale des six opérations successives, lesquelles avaient toutes été des catastrophes et avaient amené l'appelant à avoir un poignet bloqué et douloureux de manière chronique.

L'existence d'un lien de causalité naturelle entre le dommage allégué et le comportement reproché à l'intimé n'est ainsi pas établie au stade de la vraisemblance prépondérante.

Une des conditions posées par la loi pour fonder la responsabilité de l'intimé n'étant pas remplie, il n'est pas nécessaire d'examiner la réalisation des autres conditions.

Le jugement querellé sera par conséquent confirmé.

3. L'appelant, qui succombe, sera condamné aux frais de la procédure d'appel (art. 106 al. 1 CPC).

Les frais judiciaires seront arrêtés à 8'000 fr. (art. 17 et 35 RTFMC) et compensés avec l'avance en 12'500 fr. versée par l'appelant qui reste acquise à l'Etat de Genève à due concurrence, le solde lui étant restitué (art. 111 al. 1 CPC).

L'appelant sera en outre condamné à verser à sa partie adverse un montant de 10'000 fr., débours et TVA compris, à titre de dépens (art. 85 et 90 RTFMC).

* * * * *

PAR CES MOTIFS,

La Chambre civile :

A la forme :

Déclare recevable l'appel interjeté par A_____ contre le jugement JTPI/1600/2017 rendu le 2 février 2017 par le Tribunal de première instance dans la cause C/26580/2009-2.

Au fond :

Confirme le jugement querellé.

Déboute les parties de toutes autres conclusions.

Sur les frais :

Arrête les frais judiciaires d'appel à 8'000 fr., les compense avec l'avance versée, qui reste acquise à l'Etat de Genève à due concurrence et les met à charge de A_____.

Invite les Services financiers du Pouvoir judiciaire à restituer à A_____ le solde de l'avance de frais en 4'500 fr.

Condamne A_____ à verser à B_____ 10'000 fr. à titre de dépens d'appel.

Siégeant :

Monsieur Laurent RIEBEN, président; Madame Paola CAMPOMAGNANI, Madame Fabienne GEISINGER-MARIETHOZ, juges; Madame Anne-Lise JAQUIER, greffière.

Le président :

Laurent RIEBEN

La greffière :

Anne-Lise JAQUIER

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.