

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

C/30695/2010

ACJC/1232/2014

ARRÊT

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre civile

DU VENDREDI 10 OCTOBRE 2014

Entre

Madame A _____, domiciliée _____ à Genève, appelante d'un jugement rendu par la 20^{ème} Chambre du Tribunal de première instance de ce canton le 3 février 2014, comparant par Me Jacques Roulet, avocat, 9, boulevard des Philosophes, 1205 Genève, en l'étude duquel elle fait élection de domicile,

et

LES HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG), Direction générale, sis 4, rue Gabrielle-Perret-Gentil, 1211 Genève 1, intimés, comparant par Me Michel Bergmann, avocat, 8-10, rue de Hesse, case postale 5715, 1211 Genève 11, en l'étude duquel ils font élection de domicile.

Le présent arrêt est communiqué aux parties par plis recommandés du 16 octobre 2014.

EN FAIT

A. Par jugement JTPI/1777/2014 rendu le 3 février 2014, notifié aux parties le 6 février suivant, le Tribunal de première instance a débouté A_____ des fins de sa demande en paiement formée à l'encontre des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ch. 1 du dispositif), a condamné en conséquence celle-ci en tous les dépens, comprenant une indemnité de procédure de 10'000 fr. à titre de participation aux honoraires d'avocat des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ch. 2), et a débouté les parties de toutes autres conclusions (ch. 3).

B. a. Par acte déposé le 10 mars 2014 au greffe de la Cour, A_____ appelle de ce jugement, dont elle sollicite l'annulation.

Elle conclut à ce que les HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE soient condamnés à lui payer les sommes de 243'333 fr. 60 avec intérêts à 5% dès le 1^{er} juillet 2014 et de 22'583 fr. 35 avec intérêts à 5% dès le 1^{er} décembre 2010, subsidiairement, à ce que la cause soit renvoyée au Tribunal pour nouvelle décision, avec suite de frais et dépens.

b. Le 28 mai 2014, soit dans le délai de réponse, les HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après : les HUG) concluent à la confirmation de la décision entreprise, avec suite de frais et dépens.

c. Par réplique du 23 juin 2014 et duplique du 17 juillet 2014, les parties ont persisté dans leurs explications et conclusions respectives.

d. Les parties ont été informées par la Cour de ce que la cause a été gardée à juger, par courrier du 22 juillet 2014.

C. Les faits pertinents suivants résultent du dossier soumis à la Cour de justice :

a. A_____, née le _____ 1949, est mère de trois enfants majeurs et partage sa vie avec son compagnon, B_____, depuis une quinzaine d'années.

b. Aide hospitalière de formation, A_____ est, depuis 1995, au bénéfice d'une demi-rente de l'assurance invalidité en raison d'une hernie discale et d'un état dépressif, rente qui a été augmentée à trois-quarts en 2004 à la suite de problèmes d'épaule.

Depuis 2003 environ, elle souffre également de polyarthralgie, de fibromyalgie, d'arthrose et d'infections génitales à répétition.

c. Du 21 septembre au 2 octobre 2007, A_____ a séjourné aux HUG afin d'y subir une opération du dos (herniectomie et discectomie gauche).

d. En date du 3 avril 2008, A_____ a été opérée aux HUG pour une hystérectomie.

La veille de l'opération, la patiente a signé un document intitulé "*consentement pré-opératoire*", lequel mentionne qu'elle certifiait avoir reçu une information complète sur l'intervention chirurgicale qui lui avait été proposée, soit une hystérectomie et annexectomie bilatérale par laparoscopie, qu'elle comprenait qu'il s'agissait d'une ablation de l'utérus, avec les annexes, par laparoscopie, engendrant trois à quatre cicatrices sur la paroi abdominale. Elle certifiait en outre que les complications et risques potentiels liés à cette intervention lui avaient été exposés et pouvaient comprendre des saignements, une lésion des organes du voisinage (intestins, vaisseaux, vessie), une thrombose, une embolie, une infection, une transfusion et une laparotomie.

A_____ est rentrée chez elle avec son compagnon le 6 avril 2008.

e. Dès le 10 avril 2008, A_____ a commencé à ressentir des nausées et une diminution de l'appétit.

Elle s'est rendue aux HUG le 12 avril 2008 avec son compagnon, après avoir constaté la présence d'une boule de la taille d'un pamplemousse dans son ventre à droite ("*voussure*"). Elle y a été hospitalisée et les examens pratiqués semblaient indiquer une occlusion intestinale ("*un iléus d'intestin grêle de topographie iléale avec saut de calibre au niveau de la fosse iliaque droite, correspondant très probablement à un iléus sur bride*") que seule une opération était en mesure de confirmer.

f. Avant d'opérer A_____, le Dr C_____, Chef de Clinique, lui a exposé tous les risques et les complications qu'elle pouvait encourir, soit notamment un risque de perforation de l'intestin, un risque de conversion (changement de mode opératoire pendant l'intervention) et un risque de devoir pratiquer une stomie (branchement de l'intestin sur une poche extérieure).

A cette occasion, la patiente lui aurait, selon lui, fait part de ses craintes d'avoir une cicatrice médiane (verticale), effrayée à l'idée que son ventre soit ouvert.

Il a également présenté le cas à son supérieur, le Professeur _____, lequel a avalisé sa stratégie, à savoir de procéder à une laparoscopie exploratrice.

g. A_____ a ainsi été opérée en urgence par le Dr C_____ durant la nuit du 12 au 13 avril 2008.

Durant l'examen par laparoscopie, qui a confirmé le pré-diagnostic d'occlusion intestinale, le Dr C_____ a perforé, avec une pince de Johan pourtant atraumatique, l'intestin grêle devenu distendu et fragile en raison de l'occlusion. Il

a alors décidé de convertir son intervention en laparatomie de Pfannenstiel, c'est-à-dire de poursuivre l'opération en procédant à une incision transversale (horizontale) au niveau du pubis. Il a alors découvert quatre autres perforations, qu'il a toutes réparées.

h. Le 14 avril 2008, A_____ s'est plainte au Dr C_____ de douleurs abdominales intenses sur le flanc droit.

Un examen par scanner pratiqué en urgence le 16 avril 2008 a mis en évidence une "*fuite digestive d'origine iatrogène*", c'est-à-dire provoquée par le traitement médical.

A_____ a été opérée en urgence le jour même par la Dresse D_____, qui a effectué une "*laparotomie exploratrice par médiane à cheval sur l'ombilic*", à savoir une incision verticale pour voir la totalité du contenu du ventre, qui a permis de diagnostiquer une péritonite des quatre quadrants avec environ deux litres de liquide grêle.

La Dresse D_____ a déclaré avoir procédé au nettoyage du liquide et avoir trouvé une lésion de 3mm sur l'intestin grêle, qu'elle a fermée. Elle a ensuite vérifié s'il y avait d'autres lésions et a constaté que les sutures préexistantes étaient bien fermées et imperméables.

i. Par la suite, A_____ a en outre souffert d'une infection de la plaie, ainsi que d'un épanchement pleural causé par une pneumonie nosocomiale diagnostiquée le 25 avril 2008.

Elle a finalement pu quitter l'hôpital le 6 mai 2008.

j. Le 10 septembre 2008, A_____ s'est rendue aux HUG pour une visite de contrôle, lors de laquelle une hernie cicatricielle d'environ 10 cm de hauteur a été observée. La Dresse D_____ a alors proposé une cure d'événtration, la pose de filets abdominaux, ainsi que l'ablation de la vésicule biliaire, celle-ci étant "*symptomatique occasionnellement*".

Cette opération a été effectuée le 10 février 2009 par la doctresse précitée.

A_____ a regagné son domicile le 15 février 2009.

k. La Dresse D_____ a revu A_____ le 13 mars 2009 pour un contrôle, lors duquel le médecin a constaté que sa patiente était "*en excellent état général*" et que le traitement était terminé.

l. A_____ a sollicité une expertise médicale de la part du Dr E_____, spécialiste en chirurgie générale et viscérale en Suisse et en Allemagne, lequel lui a transmis son rapport le 12 octobre 2009.

Selon lui, l'occlusion grêle précoce est une complication exceptionnelle, mais possible, de l'opération d'hystérectomie, le chirurgien en charge ne pouvant être tenu responsable du développement de cette complication, laquelle doit être considérée comme fatidique.

S'agissant de l'intervention du 12-13 avril 2008, le Dr E_____ estime que "*le choix de l'abord (incision) et la technique chirurgicale (respect des tissus) ne correspondent pas aux standards thérapeutiques habituels*". Ainsi, non seulement l'opérateur n'avait pas procédé avec la prudence et le soin nécessaire - puisque deux à cinq lésions avaient été créées -, mais en plus une lésion iatrogène n'avait pas été reconnue, ce qui avait conduit à une péritonite sévère, dont le diagnostic et le traitement n'étaient intervenus que de façon retardée. Il y avait dès lors eu violation des règles de l'art.

m. A_____ a été mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à partir du 30 juin 2010, soit dès le lendemain de la demande de révision de sa rente, sur la base d'une incapacité de travail totale dans toute activité dès le mois de septembre 2007.

n. Par acte déposé en vue de conciliation le 21 décembre 2010, A_____ a assigné les HUG en paiement des sommes de 438'898 fr. 65 et de 22'583 fr. 35 avec intérêts à 5% dès le 1^{er} décembre 2010, avec suite de frais et dépens.

Elle a fondé sa demande sur l'expertise médicale du Dr E_____, selon laquelle la première opération avait conduit aux graves complications subies et celle du 12 avril 2008 s'était déroulée en violation des règles de l'art engendrant une troisième opération, une pneumonie à streptocoques, une infection de la paroi et la quatrième opération de février 2009. Elle a ainsi fait valoir un dommage engendré par les atteintes dont elle avait été victime lors de ces différentes opérations constitué d'un dommage ménager - dans la mesure où elle ressentait une gêne physique au quotidien, l'empêchant d'exécuter les tâches ménagères qui nécessitaient un certain effort, telles que porter des charges lourdes, passer l'aspirateur, laver les vitres ou faire les lits - ainsi que d'un tort moral, ayant été à ce point atteinte qu'elle ne pouvait depuis se départir d'un sentiment de tristesse.

Les HUG ont conclu au déboutement de A_____ de toutes ses conclusions. Ils ont contesté toute violation des règles de l'art, soutenant que les complications survenues - inhérentes aux interventions pratiquées dans les règles de l'art - avaient été discutées lors des entretiens préopératoires avec la patiente, qui avait valablement consenti à ces interventions et que l'expertise médicale réalisée par le Dr E_____ n'avait que la valeur d'allégués d'une partie. Les HUG niaient enfin le dommage allégué, compte tenu des atteintes préexistantes dont A_____ souffrait.

o. Entendu par le Tribunal le 8 avril 2013, le Dr C_____ a expliqué que l'intestin devient en général très fragile après une occlusion et peut être facilement perforé,

ce qui s'était passé. Il a déclaré qu'il serait étonné de ne pas avoir réparé tous les trous de l'intestin de A_____, mais qu'il était possible qu'un des trous qu'il avait réparé se soit ouvert, le fil ayant lâché, ce qui pouvait arriver en cas de tissus fragiles. Selon lui, une laparotomie par incision transverse était utilisée dans les interventions concernant les parties basses de l'intestin et de l'abdomen, mais il ne s'agissait pas du premier choix si on suspectait de devoir remonter haut dans l'abdomen. Lorsqu'il avait ouvert le ventre de A_____, il n'avait pas suspecté de perforation dans le haut de l'abdomen.

p. Désigné par le Tribunal en qualité d'expert médical chargé de répondre aux questions des parties, F_____, Chef du service de chirurgie viscérale [*dans un autre centre hospitalier*], a rendu son rapport le 22 avril 2013.

L'expert a considéré, de manière globale, qu'il n'y avait pas eu de violation des règles de l'art dans le traitement médical de A_____ intervenu entre avril et mai 2008 aux HUG.

Selon lui, la première intervention, soit l'hystérectomie pratiquée le 3 avril 2008, avait été réalisée dans les règles de l'art. Le développement d'une occlusion de l'intestin grêle précoce, soit dix jours après une hystérectomie par laparoscopie, était une complication classique, même si elle restait rare, et ne résultait pas d'un manquement de l'opérateur.

S'agissant de la seconde opération réalisée dans la nuit du 12 au 13 avril 2008, l'indication opératoire était correcte et il n'y avait pas d'alternative à une intervention chirurgicale. Concernant l'abord par laparoscopie effectué par le Dr C_____, celui-ci disposait de l'expérience nécessaire pour réaliser cette laparoscopie en urgence dans une situation d'occlusion et il était parfaitement licite de choisir en premier lieu la voie d'abord par laparoscopie.

L'expert a pu déterminer, à teneur des rapports opératoires et des autres rapports rédigés par le Dr C_____ et la Dresse D_____, que quatre à cinq perforations grêles iatrogènes avaient été effectuées lors de cette opération, lesquelles avaient toutes été traitées. On ne pouvait retenir l'hypothèse de perforations faites lors de la première intervention. Selon lui, ce type de lésion iatrogène au cours d'une intervention pour occlusion intestinale était malheureusement une complication classique et connue, même si elle restait rare (5 à 10%). La cause principale de ces lésions était la grande fragilité des tissus, provoquée par l'occlusion. La nature même de l'intervention rendait la manipulation de ces tissus obligatoire et leur grande fragilité pouvait expliquer les multiples lésions, de sorte que la cause de ces lésions était mixte - c'est-à-dire due à l'état des tissus et à leur manipulation physique -, mais résidait principalement dans cette grande fragilité des tissus et non dans un manquement de l'opérateur. Même en cas de chirurgie ouverte, le

risque de lésions iatrogènes restait élevé. En l'occurrence, aucune faute ne pouvait être imputée au Dr C_____.

Le choix d'une conversion en mini-laparotomie par Pfannenstiel avait été dicté par un souci d'esthétique et en vue de poursuivre dans une intervention de type minimal invasif. Il s'agissait, selon l'expert, d'un choix discutable vu l'apparition de deux complications successives et la complexité de la situation. Selon lui, il aurait été préférable et plus sûr de choisir une voie d'abord médiane pour avoir une exploration optimale de la cavité abdominale, car il n'était pas possible de réviser l'ensemble de l'intestin grêle par une incision de Pfannenstiel ou alors dans de mauvaises conditions. Un chirurgien se mettait dans de meilleures conditions pour traiter une situation complexe avec une voie d'abord optimale et large. Ainsi, *"sans qu'il y ait un manquement grave de l'opérateur, cette décision est critiquable puisqu'elle ne permet pas une bonne révision de la cavité abdominale. Egalement dans le rapport opératoire du 12 avril 2008, le nombre exact de lésions peut prêter à confusion et surtout le nombre exact de réparations réalisées. On se trouve face à deux erreurs d'appréciation, à savoir la décision de réviser une cavité abdominale par une incision inappropriée et une imprécision dans la rédaction du rapport opératoire. Ceci n'est pas conforme aux règles de l'art, mais ne constitue pas une faute grave de l'opérateur"* (question n° 2 p. 8).

Selon l'expert, la perforation traitée lors de l'opération du 16 avril 2008 résultait d'un lâchage de suture, l'intervalle libre entre le 12 et le 16 avril permettant d'exclure, avec une haute probabilité, une lésion méconnue. A la question de savoir si une laparotomie médiane aurait permis d'éviter cette troisième complication, l'expert a déclaré qu'il était *"extrêmement difficile de répondre à cette question, la science étant une science suffisamment inexacte pour ne pas être compliquée par des exercices divinatoires. L'expérience montre cependant qu'une exposition optimale permet d'un côté une exploration complète de la cavité abdominale et de s'assurer de manière quasi certaine que cette exploration est complète. La réalisation de sutures se fait dans les meilleures conditions possibles, ce qui laisse à penser de manière probable voire hautement probable, que les sutures étant réalisées dans de meilleures conditions, le risque de lâchage sera beaucoup plus faible. En résumé, il est à considérer que la révision du 12 avril 2008 a été réalisée dans des conditions sub-optimales et qu'une des sutures de l'intestin grêle a lâché, nécessitant une nouvelle intervention en date du 16 avril 2008"*.

Il a ajouté que l'intervention du 16 avril 2008 s'était déroulée dans les règles de l'art, de même que l'intervention du 10 février 2009. L'épanchement pleural identifié le 23 avril 2008 était une complication post-opératoire suite aux trois interventions et n'était pas imputable à une violation des règles de l'art. Quant à la hernie cicatricielle opérée le 10 février 2009, il s'agissait d'une suite des trois

laparotomies, ainsi que de l'état infectieux des plaies qui en avait suivi, mais cela ne résultait pas d'une violation des règles de l'art.

Selon l'examen pratiqué par l'expert, l'état de santé de A_____ en avril 2013 était satisfaisant. Malgré une impression subjective d'avoir un ventre de bois, son ventre était souple, les cicatrices "calmes" et esthétiques. Elle pouvait vivre comme avant l'intervention du 3 avril 2008. L'octroi d'une rente AI entière était indépendante et sans aucune relation avec les complications survenues lors de son séjour à l'hôpital des mois d'avril et mai 2008, l'expert précisant à cette occasion qu'il n'y avait pas eu de violation des règles de l'art durant le séjour hospitalier des mois d'avril à mai 2008 (question n° 14 p. 10).

En conclusion, l'expert a relevé que la patiente avait finalement dû être hospitalisée pendant trente-quatre jours et qu'elle avait vécu l'ensemble de ces complications avec une grande souffrance physique et psychologique entraînant un syndrome subjectif similaire au syndrome subjectif post-traumatique. *"Cet état a été aggravé par le manque d'humanisme de certains collaborateurs du HUG et par des tentatives maladroites et malheureuses de faire de l'humour dans une situation de complications chirurgicales dans laquelle la patiente se sentait terrorisée et désemparée. Ce contexte défavorable est malheureux et imputable à une cascade d'évènements et de complications et, même si pour l'intervention du 12 avril 2008, certains points stratégiques sont discutables, on ne peut pas considérer qu'il y a eu dans le traitement médical de A_____ de violations des règles de l'art, ni de manquement des différents opérateurs impliqués. On peut au plus comprendre le désarroi d'une patiente ayant souffert de multiples complications face à une institution aussi grande et complexe que les HUG"* (question n° 17 p. 10). Cela étant, A_____ avait parfaitement reconnu les hautes compétences et l'empathie des Dr C_____ et D_____.

q. Entendu par le Tribunal le 14 octobre 2013, F_____ a confirmé les conclusions de son rapport du 22 avril 2013. Il a expliqué qu'une occlusion de l'intestin grêle précoce pouvait survenir après n'importe quelle intervention chirurgicale dans l'abdomen. Il a exclu une quelconque lésion iatrogène pendant la première opération. Il a déclaré que, lors de la deuxième opération, il aurait été préférable de choisir une incision médiane, qui aurait permis de voir toutes les lésions plus facilement, au lieu de procéder par laparoscopie, puis par laparotomie en effectuant une incision de Pfannenstiel, certes moins incisive. Le choix d'une incision de Pfannenstiel n'était pas une violation des règles de l'art pour autant; il s'agissait d'une erreur d'appréciation, mais pas d'une faute grave. En tout état, chacune des techniques pouvait causer le même type de lésions sur l'intestin. Par ailleurs, le nombre de lésions était irrelevant d'un point de vue médical, puisqu'une seule pouvait entraîner une péritonite. En revanche, le nombre de ces lésions pouvait dépendre, comme chez A_____, de la qualité des tissus qui étaient très fragiles, à la suite d'une occlusion. Il considérait qu'il n'y avait pas eu

violation des règles de l'art dans le choix de la voie d'abord, parce que toutes les lésions avaient pu être suturées par le Dr C_____. Par conséquent, le choix qu'il avait fait était sans conséquences sur la suite des événements.

r. Aux termes du jugement entrepris, le Tribunal a retenu qu'il était établi par l'expertise médicale que les opérations des 3 et 16 avril 2008 avaient été réalisées conformément aux règles de l'art et que tant l'occlusion intestinale que l'épanchement pleural et la hernie cicatricielle constituaient des complications post-opératoires qui ne résultaient pas d'une violation desdites règles. S'agissant de l'intervention du 12 avril 2008 visant à traiter l'occlusion intestinale consécutive à l'hystérectomie, le Tribunal a fait siennes les considérations de l'expert selon lesquelles l'abord par laparoscopie exploratrice était licite dans le cas particulier. Des lésions iatrogènes de l'intestin constituaient une complication classique, dans la mesure où l'intestin devenait très fragile après une occlusion et pouvait être facilement perforé, de sorte qu'aucune violation des règles de l'art ne pouvait être imputée à l'opérateur lors de cette première phase de l'opération. Ayant perforé l'intestin grêle, ce dernier a décidé de changer de mode opératoire en procédant à une mini-laparotomie de Pfannenstiel, dictée par un souci d'esthétique. Constatant une contradiction dans l'expertise sur la licéité de cette mini-laparotomie, le Tribunal - à qui il appartenait de qualifier juridiquement les termes employés par l'expert - a considéré comme établi que les règles de l'art auraient commandé de choisir la voie de l'incision médiane, qui aurait permis une exploration optimale de la cavité abdominale, et que l'opérateur avait dès lors violé les règles de l'art et commis une faute. Cela étant, la décision critiquable du médecin avait été réparée par le fait que toutes les lésions iatrogènes avaient été suturées. Il était hautement vraisemblable, voire certain, que la perforation traitée quatre jours plus tard résultait d'un lâchage de suture et non d'une lésion méconnue.

Le Tribunal a ainsi considéré que l'acte reproché au Dr C_____, soit la décision de procéder par incision de Pfannenstiel au lieu d'une incision médiane, était, avec une vraisemblance prépondérante, la cause naturelle et adéquate de l'opération du 16 avril 2008, dans la mesure où si l'opérateur avait eu une exposition optimale de la cavité abdominale, la réalisation des sutures se serait faite dans les meilleures conditions possibles, ce qui laissait à penser de manière probable, voire hautement probable, que les sutures étant réalisées dans de meilleures conditions, le risque de lâchage aurait été beaucoup plus faible.

Il n'était en revanche pas établi que ladite violation des règles de l'art était en relation de causalité avec le dommage invoqué par la patiente. En effet, tant la Dresse D_____ que l'expert - dont les avis primaient les déclarations des proches de la demanderesse - avaient constaté l'excellent état général de celle-ci et le fait qu'elle pouvait vivre comme avant l'intervention du 3 avril 2008. Par ailleurs, l'octroi de la rente entière AI reposait sur une incapacité de travail totale dès le

mois de septembre 2007, antérieure aux opérations de 2008. Enfin, l'observation effectuée par l'expert, selon laquelle la patiente avait vécu l'ensemble des complications avec une "*grande souffrance physique et psychologique entraînant un symptôme subjectif similaire au syndrome subjectif post-traumatique*" qui avait été aggravée par le manque d'humanisme de certains collaborateurs des HUG, n'était pas en lien de causalité naturelle et adéquate avec la violation des règles de l'art intervenue lors de l'opération du 12 avril 2008.

- D. Les arguments des parties en appel seront examinés ci-après dans la mesure utile à la solution du litige.

EN DROIT

1. Aux termes de l'art. 405 al. 1 CPC entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011 (RS 272), les recours sont régis par le droit en vigueur au moment de la communication de la décision entreprise. S'agissant en l'espèce d'un appel dirigé contre un jugement notifié aux parties après le 1^{er} janvier 2011, le recours exercé contre la décision est régi par le nouveau droit de procédure.

En revanche, la procédure de première instance est demeurée régie par l'ancien droit de procédure dès lors que la demande a été introduite avant le 1^{er} janvier 2011 (art. 404 al. 1 CPC), soit par l'ancienne Loi genevoise de procédure civile du 10 avril 1987 (ci-après : aLPC) et l'ancien Règlement fixant le tarif des greffes en matière civile (ci-après : aRTGMC).

2. **2.1** L'appel est recevable contre les décisions finales de première instance, dans les causes non patrimoniales ou dont la valeur litigieuse, au dernier état des conclusions devant l'autorité inférieure, est supérieure à 10'000 fr. (art. 308 al. 1 let. a et al. 2 CPC).

En se référant au dernier état des conclusions, l'art. 308 al. 2 CPC vise les conclusions litigieuses devant l'instance précédente, non l'enjeu de l'appel (TAPPY, Les voies de droit du nouveau Code de procédure civile, in JdT 2010 III 126).

La valeur litigieuse étant, en l'espèce, supérieure à 10'000 fr., le présent appel, motivé et formé par écrit dans un délai de trente jours à compter de la notification de la décision (art. 311 al. 1 CPC), est recevable (art. 130, 131 et 311 al. 1 CPC).

2.2 L'appelante a, en appel, réduit ses prétentions fondées sur le dommage ménager qu'elle allègue, en diminuant celles-ci de 438'898 fr. 65 avec intérêts à 5% dès le 1^{er} décembre 2010 à 243'333 fr. 60 avec intérêts à 5% dès le 1^{er} juillet 2014.

Une demande en justice peut être restreinte, dans le sens d'un désistement d'action partiel, en tout état de la cause (art. 227 al. 3 CPC) et y compris en instance

d'appel, malgré l'absence d'une mention explicite de ce cas de figure à l'art. 317 CPC (STERCH, Berner Kommentar, 2012, n. 13 ad art. 317 CPC; KUNZ, ZPO-Rechtsmittel Berufung und Beschwerde, Bâle 2013, n. 99 ad art. 308 ss CPC; TAPPY, Code de procédure civile commenté, BOHNET/HALDY/JEANDIN/SCHWEIZER/TAPPY [éd.], 2011, n. 12 ad art. 241 CPC).

2.3 La Cour revoit la cause avec un plein pouvoir d'examen (art. 310 CPC; HOHL, Procédure civile, tome II, 2^{ème} éd., 2010, n. 2314 et 2416).

En vertu de la présomption de l'art. 150 al. 1 CPC, il est admissible, dans le cadre de la maxime des débats, de considérer comme non contestés les faits retenus dans la décision attaquée s'ils ne sont pas critiqués par l'appelante (TAPPY, Les voies de droit du nouveau Code de procédure civile, *in* JdT 2010 III p. 115 ss, p. 137; REETZ/THEILER, Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung, 2013, n. 38 zu Art. 311).

- 3.** La présente cause est régie par la Loi genevoise sur la responsabilité de l'Etat et des communes (LREC; A 2 40), applicable aux intimés en vertu de l'art. 5 al. 2 de la Loi genevoise sur les établissements publics médicaux (LEMP; K 2 05), ainsi que de l'art. 61 CO.

La LREC prévoit que les corporations et établissements de droit public dotés de la personnalité juridique répondent du dommage résultant pour les tiers d'actes illicites commis soit intentionnellement, soit par négligence ou imprudence par leurs fonctionnaires ou agents dans l'exercice de leur travail (art. 2 al. 1 et 9 LREC). Elle n'institue pas une responsabilité de type objectif ou causal, mais une responsabilité pour faute dont les conditions correspondent à celles de l'art. 41 CO, ce qui implique la réalisation des quatre conditions cumulatives suivantes : un acte illicite commis par un agent ou un fonctionnaire, une faute de la part de celui-ci, un dommage subi par un tiers et un lien de causalité (naturelle et adéquate) entre l'acte illicite et le dommage (arrêts du Tribunal fédéral 4A_329/2012 du 4 décembre 2012 consid. 2.1 et 4A_315/2011 du 25 octobre 2011 consid. 2.1). L'art. 6 LREC précise en outre que le droit civil fédéral s'applique à titre de droit cantonal supplétif (arrêts du Tribunal fédéral 4A_329/2012 du 4 décembre 2012 consid. 2.1 et 4A_315/2011 du 25 octobre 2011 consid. 2.1).

- 4.** Les intimées contestent toute violation des règles de l'art. Ils se fondent pour ce faire sur le rapport de l'expert, lequel a tout au plus émis une réserve quant au choix par le Dr C_____ du type d'incision par laparatomie au moment de la conversion, en soulignant néanmoins que ce choix n'était pas constitutif d'une violation des règles de l'art. Le déroulement des événements litigieux ne s'expliquaient donc pas par de quelconques défaillances du personnel des intimés,

mais par la réalisation de risques rares, mais typiques, d'une intervention pratiquée en urgence sur des tissus fragilisés.

Les intimés reprochent au premier juge d'avoir retenu une violation des règles de l'art sur la seule base du constat formel d'une contradiction apparente dans le rapport d'expertise, en omettant de tenir compte de l'expertise et de la procédure dans son ensemble, du fardeau de la preuve selon lequel un doute aurait dû conduire à retenir l'absence de violation des règles de l'art et de principes jurisprudentiels prônant un examen avec retenue dans ce domaine.

Le centre hospitalier nie par ailleurs toute relation de causalité entre la violation des règles de l'art retenue par le Tribunal et l'opération subséquente du 16 avril 2008.

4.1 La notion d'illicéité est la même en droit privé fédéral et en droit public cantonal de la responsabilité. Le personnel chargé des soins (médecins, infirmiers, sages-femmes, etc.) est tenu de respecter les règles de l'art médical, afin de protéger la vie ou la santé du patient. Il doit observer la diligence requise, déterminée selon des critères objectifs. La notion d'illicéité rejoint ici celle de violation du devoir de diligence, appliquée en matière de responsabilité contractuelle (arrêt du Tribunal fédéral 4A_315/2011 du 25 octobre 2011 consid. 3.1).

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'il comporte, 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" - correspond à la notion d'illicéité propre à la responsabilité délictuelle (ATF 133 III 121 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral 4A_315/2011 précité consid. 3.1).

Dès lors que le médecin doit s'occuper des patients de façon conforme aux règles de l'art, afin de protéger leur vie ou leur santé, en particulier en observant la diligence requise par les circonstances et que l'on peut attendre de lui, il répond en principe de tout manquement à ses devoirs. Le praticien ne répond pas toutefois de manière générale de tous les dangers et risques inhérents à chaque acte médical ou dépendant de la maladie; il exerce une activité exposée à des dangers et il faut en tenir compte sur le plan du droit de la responsabilité. Dans le diagnostic

comme dans le choix d'une thérapie ou d'autres mesures, le médecin dispose souvent, selon l'état objectif de la science, d'une marge d'appréciation qui autorise un choix entre les différentes possibilités entrant en considération. Il n'y a violation des devoirs de diligence que lorsqu'un diagnostic, un traitement ou un acte médical particulier est indéfendable dans l'état de la science et sort donc du cadre de l'art médical considéré objectivement, étant précisé que la violation des règles de l'art s'apprécie *ex ante* (ATF 130 I 337 consid. 5.3, *in* JdT 2005 I p. 95; arrêt du Tribunal fédéral 4A_315/2011 précité consid. 3.1 et les réf. citées.). Les règles de l'art médical constituent des principes établis par la science médicale, généralement reconnus et admis, communément suivis et appliqués par les praticiens (ATF 133 III 121 consid. 3.1).

Il appartient au lésé d'établir la violation des règles de l'art médical (ATF 133 III 121 consid. 3.4 et 120 Ib 411 consid. 4 *in fine*; arrêt du Tribunal fédéral 4A_315/2011 précité consid. 3.5).

4.2 La faute, dont l'art. 2 al. 1 LREC fait une condition de la responsabilité de l'intimé, suppose que l'acte illicite ait été commis soit intentionnellement, soit par négligence ou imprudence, la disposition citée reprenant en cela le texte de l'art. 41 al. 1 CO. Dans le domaine médical, la réalisation de cette condition devra être admise, en règle générale, lorsqu'une violation du devoir de diligence aura été constatée (arrêt du Tribunal fédéral 4A_315/2011 consid. 3.3).

4.3 Il existe un lien de causalité naturelle entre deux événements lorsque, sans le premier, le second ne se serait pas produit; il n'est pas nécessaire que l'événement considéré soit la cause unique ou immédiate du résultat. L'existence d'un lien de causalité naturelle entre le fait générateur de responsabilité et le dommage est une question de fait que le juge doit trancher selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. En pareil cas, l'allègement de la preuve se justifie par le fait que, en raison de la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée de celui qui en supporte le fardeau (ATF 133 III 462 consid. 4.4.2; arrêt du Tribunal fédéral 4A_315/2011 précité consid. 3.2).

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 81 consid. 4.2.2 et les réf. citées).

La causalité adéquate existe lorsque le comportement incriminé était propre, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit (arrêt du Tribunal fédéral 4A_315/2011 précité consid. 3.2).

4.4 Le juge apprécie librement la force probante d'une expertise. Dans un domaine exigeant des connaissances professionnelles particulières, il ne peut toutefois

s'écarter de l'opinion de l'expert que pour des motifs importants qu'il lui incombe d'indiquer, par exemple lorsque le rapport d'expertise présente des contradictions ou attribue un sens ou une portée inexacts aux documents et déclarations auxquels il se réfère. En se fondant sur une expertise non concluante ou en renonçant à procéder aux enquêtes complémentaires requises, le juge pourrait commettre une appréciation arbitraire des preuves et violer l'art. 9 Cst. (ATF 138 III 193 consid. 4.3.1 p. 199; 136 II 539 consid. 3.2 p. 547 s.; 130 I 337 consid. 5.4.2 p. 346; arrêt du Tribunal fédéral 5A_795/2013 du 27 février 2014 consid. 5.1.2.). De même, la divergence entre la solution de l'expert privé et celle de l'expert judiciaire ne justifie pas l'ordonnance d'une seconde expertise (BETTEX, L'expertise judiciaire, 2006, p. 190).

Le résultat d'une expertise privée n'a pas valeur de preuve et, si elle est contestée, il n'est retenu, sur le plan procédural, qu'en tant que simple allégué d'une partie (arrêt du Tribunal fédéral 4A_294/2009 du 25 août 2009 consid. 5.2; BERTOSSA/GAILLARD/GUYET/SCHMIDT, Commentaire de la loi de procédure civile genevoise, n. 2 ad art. 255).

4.5 Les parties ne contestent pas que les opérations des 3 et 16 avril 2008 aient été réalisées conformément aux règles de l'art et que tant l'occlusion intestinale que l'épanchement pleural et la hernie cicatricielle aient constitué des complications post-opératoires ne résultant pas d'une violation desdites règles.

Seule est dès lors litigieuse l'intervention chirurgicale réalisée durant la nuit du 12 au 13 avril 2008 par le Dr C_____ pour traiter l'occlusion intestinale de l'intestin grêle dont a souffert l'appelante consécutivement à l'opération du 3 avril 2008.

4.6 En l'espèce, l'expert judiciaire a considéré que l'indication opératoire en urgence était correcte dans un contexte d'occlusion intestinale et que l'abord par laparoscopie exploratrice était également licite dans le cas particulier. Durant la première phase de l'intervention (laparoscopie), l'opérateur avait perforé l'intestin grêle de la patiente à quatre ou cinq endroits. A la suite d'une occlusion intestinale, les tissus de l'intestin devenaient très distendus et très fragiles, ce qui rendait leur manipulation délicate bien qu'indispensable. Des lésions iatrogènes dans ce contexte étaient une complication classique et connue, même si elles restaient rares, et résultaient tant de la manipulation de l'intestin que - et surtout - de la très grande fragilité des tissus intestinaux. En tout état, chacune des techniques disponibles pouvait causer des lésions iatrogènes sur l'intestin. L'expert a ainsi conclu qu'aucune violation des règles de l'art ne pouvait être retenue s'agissant tant de l'abord par laparoscopie que des lésions iatrogènes causées par l'opérateur.

C'est à raison que le premier juge a fait siennes les considérations de l'expert qui précèdent. En effet, le rapport de ce dernier est, sur ces points, explicite, clair et univoque, de sorte que rien ne justifierait de s'en écarter.

Constatant que son intervention avait provoqué une perforation de l'intestin grêle, l'opérateur a décidé de convertir cette intervention en laparotomie : là encore, cette décision ne donne en soi lieu à aucune critique de la part de l'expert. Pour des raisons sur lesquelles il s'est expliqué lors de son audition (souhait exprimé par la patiente, absence de suspicion de lésion la partie haute de l'abdomen), l'opérateur a toutefois opté pour une incision transversale (laparotomie de Pfannenstiel) plutôt que pour une incision médiane. L'expert est d'avis que ce choix, bien que moins invasif et dicté par un souci d'esthétique, était discutable dans le cas d'espèce compte tenu de l'accès plus réduit à l'intestin grêle et qu'il aurait été plus sûr, au vu des complications d'ores et déjà survenues, d'opter pour une incision médiane qui aurait permis une exploration optimale de la cavité abdominale. Selon lui, il n'était en effet pas possible de réviser l'ensemble de l'intestin grêle par une incision de Pfannenstiel ou alors dans de mauvaises conditions. L'expert a alors indiqué, à la p. 8 de son rapport, que le choix de l'opérateur - qui était une erreur d'appréciation - n'était "*pas conforme aux règles de l'art, mais ne constituait pas une faute grave*", puis il a considéré à la p. 10, que "*même si certains points stratégiques sont discutables, on ne peut considérer qu'il y a eu, dans le traitement médical de [l'appelante] de violations de règles de l'art, ni de manquement des différents opérateurs impliqués*".

Lors de son audition, l'expert judiciaire a confirmé que, s'il aurait été préférable de choisir une incision médiane, le choix d'une incision de Pfannenstiel n'était pas une violation des règles de l'art pour autant; il s'agissait d'une erreur d'appréciation, mais pas d'une faute grave. Cela était confirmé par le fait que toutes les lésions avaient pu être suturées et que cela avait dès lors été sans conséquences sur la suite des événements.

Après avoir relevé le contenu contradictoire du rapport et considéré qu'il lui appartenait de qualifier juridiquement les termes employés par l'expert, le premier juge a retenu comme établi que les règles de l'art auraient commandé de choisir une incision médiane, qui aurait permis d'explorer de manière optimale la cavité abdominale, et que le médecin avait violé les règles de l'art et commis une faute.

On ne saurait suivre le raisonnement du Tribunal sur ce point.

En effet, il convient d'apprécier les considérations de l'expert judiciaire dans son ensemble. Si le rapport contient certes une apparente contradiction entre les conclusions de la page 8 et celles de la page 10, il n'en demeure pas moins que l'expert a, à plusieurs reprises, indiqué qu'il excluait toute violation des règles de

l'art lors de l'opération du 12-13 avril 2008 et qu'il a clairement confirmé sa position lors de son audition devant le Tribunal.

Ainsi, il convient au contraire de retenir que le choix de faire une incision de Pfannenstiel était discutable au vu des circonstances et qu'une incision médiane aurait permis des conditions d'intervention plus optimales. Il résulte, cela étant, de l'expertise que le mode opératoire choisi par l'opérateur lui a effectivement permis d'atteindre le but poursuivi, soit la découverte et la suture de la totalité des perforations : en ce sens tout au moins, il n'était donc pas inadéquat.

En définitive, ce choix, même critiquable, relevait de la marge d'appréciation de l'opérateur, amené à se décider dans le feu de l'action. Il ne peut être assimilé à un manquement fautif indéfendable dans l'état de la science ou sortant du cadre de l'art médical considéré objectivement, qui aurait été constitutif d'une violation des règles de l'art dans le domaine médical.

S'agissant de la perforation traitée le 16 avril suivant, il n'est pas contesté qu'elle a résulté d'un lâchage de suture. Selon les considérations de l'expert, une incision médiane aurait permis la réalisation des sutures dans de meilleures conditions, de sorte que le risque de lâchage aurait été beaucoup plus faible. Néanmoins, il est également établi qu'en raison de l'occlusion intestinale, les tissus de l'intestin étaient très fragiles. Il existe ainsi un doute sur la question de savoir si le lâchage était le résultat d'une suture mal exécutée par l'opérateur ou d'un déchirement des tissus intestinaux fragilisés.

Par conséquent, quand bien même l'on voudrait admettre une violation des règles de l'art, l'on ne saurait retenir, comme l'a fait le Tribunal, que la décision de procéder à une mini-laparotomie le 12-13 avril 2008 a été, avec une vraisemblance prépondérante, la cause naturelle et adéquate de l'opération subséquente du 16 avril 2008.

Au vu de ce qui précède, point n'est dès lors besoin d'examiner l'existence d'un dommage.

Le jugement entrepris sera, par conséquent, confirmé par substitution de motifs.

5. L'appelante, qui succombe entièrement en appel, sera condamnée aux frais d'appel, fixés à 9'500 fr. et couverts par l'avance de frais déjà fournie par cette dernière, qui reste acquise à l'Etat de Genève (art. 95, 104 al. 1, 105, 106 al. 1 et 111 al. 1 CPC; art. 17 et 35 RTFMC- RS/GE E 1 05.10).

L'appelante sera également condamnée aux dépens d'appel de sa partie adverse, arrêtés à 8'000 fr., TVA et débours compris, au regard de l'activité déployée par le conseil des intimés (art. 95, 104 al. 1, 105 al. 1 et 106 al. 1 CPC; art. 20, 25 et 26 al. 1 LaCC; art. 25 al. 1 LTVA; art. 84, 85 al. 1 et 90 RTFMC).

PAR CES MOTIFS,

La Chambre civile :

A la forme :

Déclare recevable l'appel interjeté le 10 mars 2014 par A_____ contre le jugement JTPI/1777/2014 rendu le 3 février 2014 par le Tribunal de première instance dans la cause C/30695/2010-20.

Au fond :

Confirme le jugement entrepris.

Déboute les parties de toutes autres conclusions.

Sur les frais :

Arrête les frais judiciaires d'appel à 9'500 fr., les met à la charge de A_____ et dit qu'ils sont entièrement compensés avec l'avance de frais, laquelle reste acquise à l'Etat de Genève.

Condamne A_____ à verser aux HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE la somme de 8'000 fr. à titre de dépens d'appel.

Siégeant :

Madame Valérie LAEMMEL-JUILLARD, présidente; Madame Nathalie LANDRY-BARTHE, Monsieur Patrick CHENAUX, 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.