

Droit des obligations
(CO, y compris dispositions analogues)
Obligationenrecht
(OR, inkl. Spezialgesetzgebung)

TCVS C1 04 59

ATC (Ire Cour civile) du 16 août 2005, X. c. Dr Y. et Association de l'Hôpital régional de Z.

Responsabilité du médecin.

- Le traitement des malades dans les hôpitaux publics relève de l'exécution d'une tâche publique. Le droit public cantonal règle la responsabilité des médecins des hôpitaux publics (art. 61 al. 1 CO). Distinction entre hôpitaux publics et hôpitaux privés (consid. 25.1).
- Responsabilité des organes du Réseau Santé Valais (RSV). En l'espèce, les faits étant antérieurs à la création du RSV, l'art. 12 DRSV et la LRCPA ne sont pas applicables; la responsabilité de l'hôpital et du médecin-chef est soumise au droit privé (consid. 25.2 et 25.3).
- Notion de contrat d'hospitalisation de droit privé (art. 41, 55, 101, 394 ss CO, consid. 26).
- Notion de responsabilité du médecin; notion de violation des règles de l'art médical (art. 398 CO; consid. 28).
- Notion de consentement présumé du patient (consid. 29).
- En l'espèce, illicéité de l'intervention médicale (art. 101, 398 CO; consid. 30).
- Notion de trouble somatoforme douloureux persistant, limitant la capacité de travail (consid. 32).
- Notions de causalité naturelle et de causalité adéquate en cas de névrose de revendication (consid. 33).

Arzthaftung.

- Die Behandlung von Patienten in einem öffentlichen Spital gilt als Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe. Die Haftung für die amtliche Tätigkeit der Spitalärzte wird durch das kantonale öffentliche Recht geregelt (Art. 61 Abs. 1 OR). Unterscheidung zwischen öffentlichem Spital und Privatspital (E. 25.1).
- Verantwortlichkeit der Organe des Gesundheitsnetzes Wallis (GNW). Da sich der vorliegende Sachverhalt vor Schaffung des GNW ereignete, sind Art. 12 des Dekrets über das GNW und das Gesetz über die Verantwortlichkeit der öffentlichen Gemeinwesen und ihrer Amtsträger nicht anwendbar; die Haftung des Spitals und des Chefarztes richtet sich nach Privatrecht (E. 25.2 und 25.3).

- Begriff des privatrechtlichen Spitalaufnahmevertrages (Art. 41, 55, 101 und 394 ff. OR; E. 26).
- Begriff der Arzthaftung und der Verletzung der Regeln der ärztlichen Kunst (Art. 398 OR; E. 28).
- Begriff der hypothetischen Einwilligung des Patienten (E. 29)
- Widerrechtlichkeit des medizinischen Eingriffs im vorliegenden Fall (Art. 101 und 398 OR; E. 30).
- Begriff der persistierenden somatoformen Schmerzstörungen, die eine Arbeitsunfähigkeit verursachen können (E. 32).
- Begriff der natürlichen und der adäquaten Kausalität bei Begehrungsneurose (E. 33).

Considérants (extraits)

(...)

25.1. Selon la jurisprudence, le traitement des malades dans les hôpitaux publics ne relève pas de l'exercice d'une industrie, mais bien de l'exécution d'une tâche publique. Les dommages qui peuvent y survenir sont causés dans l'exercice d'une activité de puissance publique; ils ne constituent pas la violation d'un contrat de droit privé, et ce même si la relation nouée entre le patient et l'hôpital est semblable à un rapport contractuel puisque le premier accepte la prise en charge du second et lui verse une rémunération. Par conséquent, c'est donc en premier lieu sur la base du droit public cantonal que l'on détermine contre qui et à quelles conditions le patient peut agir en réparation de son dommage et de son tort moral en cas de traitement inadéquat. Il en va de même de la responsabilité des médecins des hôpitaux publics pour les soins donnés à leurs patients privés (ATF 122 III 101).

L'art. 61 al. 1 CO contient une réserve facultative ou habilitante en faveur du droit public cantonal (Huber, Commentaire bernois, n. 103 ad art. 6 CC; Liver, Commentaire bernois, n. 18 ad art. 5 CC; Deschenaux, Le Titre préliminaire du Code civil, in Traité de droit privé suisse, t. II/1, Fribourg 1969, p. 38). Les cantons sont donc libres de soumettre les actes des médecins fonctionnaires au droit public cantonal et ils peuvent le faire également pour les actes des médecins à l'égard de leurs patients privés. Si les cantons ne font pas usage de cette faculté, les actes des médecins sont régis directement par les art. 41 ss CO, à titre subsidiaire (ATF 128 III 76 consid. 1a; 126 III 431 consid. 2c/bb; 122 III 101; arrêt 4C.97/2002 du 12 juillet 2002).

La limite entre hôpitaux publics et hôpitaux privés n'est pas aisée à tracer. Le fait de qualifier un hôpital de public ou d'utilité publique n'implique pas nécessairement que cet hôpital soit soumis au droit public. Les hôpitaux de district ou régionaux, reconnus d'utilité publique, ne sont pas nécessairement, comme on pourrait le croire, régis par des règles de droit public cantonal, mais peuvent être soumis au droit privé. L'indépendance financière n'est pas non plus un critère décisif : de nombreux hôpitaux touchant des subventions, sont surveillés, quant à leur gestion, par l'Etat, mais conservent leur caractère privé. En définitive, il n'existe pas de règles absolues pour déterminer si tel hôpital relève du droit public et tel autre du droit privé. Pour trancher ce point, il convient d'examiner avant tout le statut juridique de l'établissement en cause et la législation cantonale sur la planification et l'organisation des établissements hospitaliers (Rumpf, Médecins et patients dans les hôpitaux publics, Tolochenaz 1991, p. 23 ss ; RVJ 1995 p. 63). Un hôpital privé est organisé du point de vue économique selon le droit privé, est dirigé par des personnes privées et ses relations avec les patients sont soumises au droit privé (Poledna/Berger, Öffentliches Gesundheitsrecht, Berne 2002, p. 97).

En l'espèce, l'Hôpital régional de Z. (ci-après: l'Hôpital) est organisé selon la forme d'une association de droit privé, inscrite au registre du commerce. Il ne figure pas sur la liste des établissements hospitaliers cantonaux (art. 11 du décret du 15 novembre 1989 sur le subventionnement des hôpitaux). Il bénéficie certes de subventions de collectivités publiques, mais gère librement son patrimoine. Il est dirigé non pas par une ou des collectivités, mais par des personnes privées. Ses rapports avec le personnel hospitalier sont soumis au droit privé (RVJ 1995 p. 63 ; art. 2 de l'ancien arrêté du 20 décembre 1989 concernant la rémunération et les honoraires des médecins-chefs des établissements hospitaliers subventionnés). Dans ces conditions, l'Hôpital ne saurait être qualifié d'hôpital public, de sorte que la LRCPA n'est pas directement applicable aux actes de son personnel.

Reste à examiner si cette loi s'applique par analogie.

25.2. Selon l'art. 5 du décret sur le Réseau Santé Valais, l'Hôpital est dirigé et géré par le Réseau Santé Valais (ci-après : RSV).

Le RSV est un établissement de droit public autonome, doté de la personnalité morale, ayant son siège à Sion, dont le but est d'assurer la mise en oeuvre de la planification sanitaire et de coordonner les

activités des établissements hospitaliers et des instituts médico-techniques qui relèvent de sa compétence (art. 98 de la loi sur la santé et art. 5 du décret).

Aux termes de l'art. 12 du décret, la responsabilité des membres du Conseil d'administration, de la direction du RSV et du personnel du RSV, de la direction et du personnel des établissements sanitaires cantonaux ainsi que de la direction et du personnel médical et non médical de l'ensemble des établissements relevant du RSV est régie, par analogie, par la loi du 10 mai 1978 sur la responsabilité des collectivités publiques et de leurs agents (LRCPA). Le RSV assume la responsabilité primaire envers le lésé. L'Etat du Valais est responsable à titre subsidiaire envers le lésé pour le dommage que le RSV n'est pas en mesure de réparer. Le RSV, respectivement l'Etat, disposent d'une action récursoire envers l'auteur du dommage conformément aux art. 14ss LRCPA. Les membres des organes et du personnel cités à l'alinéa premier, auteurs d'un dommage direct envers le RSV ou l'Etat, répondent à titre primaire envers ceux-ci conformément à l'art. 13 LRCPA. Si le dommage est causé à l'Etat, le RSV répond à titre subsidiaire.

Aux termes de l'art. 16 de l'ordonnance sur la transition comptable et financière entre le RSV et les établissements hospitaliers, chaque établissement est responsable des engagements qu'il a contractés jusqu'à la clôture des comptes 2003 et assume les obligations découlant de ses engagements. Selon l'art. 20, chaque établissement procède, sous sa propre responsabilité, aux encaissements des prestations fournies jusqu'au 31 décembre 2003 et honore les engagements contractés jusqu'à cette date. Demeurent réservées les dispositions concernant les éléments transitoires et la facturation des prestations en cours à la date de clôture. Les charges financières consécutives aux engagements contractés avant la clôture des comptes 2003 sont supportées par les établissements. Il en va de même des charges financières consécutives aux engagements contractés après la clôture des comptes 2003 concernant la gestion des biens qui ne sont pas directement liés aux activités hospitalières relevant du RSV. Une fois tous les actifs résultant de l'activité d'exploitation encaissés et tous les passifs résultant de l'activité d'exploitation remboursés, chaque établissement établit un compte de résultat pour la période allant du 1^{er} janvier 2004 à la liquidation de tous les engagements. Le bénéfice ou la perte, consécutifs à la liquidation de l'exploitation, relève de chaque établissement. Si la liquidation de l'exploitation se prolonge, les établisse-

ments sont tenus de dresser des bilans et des comptes de résultat annuels intérimaires jusqu'à la liquidation complète de tous les engagements.

En l'espèce, l'éventuelle créance en dommages-intérêts du demandeur a pris naissance le 28 août 1990, soit antérieurement à la création du RSV. S'agissant d'une dette antérieure au 1^{er} janvier 2004, elle n'a pas été reprise par le RSV. L'art. 12 du décret n'étant pas applicable, la LRCPA ne s'applique pas non plus par analogie.

25.3. En l'absence d'une réglementation cantonale, l'art. 61 CO ne s'applique pas et la responsabilité de l'Hôpital et de son médecin-chef doit être examinée au regard du droit privé (Martin-Achard/Thévenoz, La responsabilité civile des médecins des hôpitaux publics, in Aspects du droit médical, p. 234, n.b. 49).

26. Lorsqu'une personne est prise en charge dans un hôpital privé, il existe un contrat d'hospitalisation de droit privé entre le patient, le personnel soignant et l'institution. Parfois, le patient a conclu avec l'hôpital un contrat homogène, qui inclut à la fois le logement et la nourriture, les soins et le traitement médical par des personnes compétentes. Dans un tel cas, les médecins et le reste du personnel soignant sont des auxiliaires de l'hôpital au sens de l'art.101 CO. L'hôpital répond alors des dommages que le personnel cause dans l'accomplissement des tâches professionnelles. Une responsabilité directe des médecins peut exceptionnellement se fonder sur l'art. 41 CO. D'autres fois, le patient conclut un contrat avec le médecin pour des prestations médicales et un autre avec l'hôpital pour les soins et la pension. Dans un tel cas, le médecin peut engager sa responsabilité contractuelle sur la base des art. 394 ss CO régissant le contrat de mandat et concurremment sa responsabilité civile (art. 41 CO). L'hôpital répond quant à lui du dommage causé par le personnel hospitalier sur la base de l'art. 101 CO, voire de l'art. 55 CO en cas de faute propre de l'hôpital. Que le patient ait conclu un contrat homogène ou non, la responsabilité de l'hôpital ou du médecin doit être examinée à l'aune des règles sur le contrat de mandat (Poledna/Berger, op. cit., p. 97-98; RVJ 1995 p. 140).

En l'espèce, il n'est pas établi que le demandeur était au moment des faits un patient privé du Dr Y. En particulier, il n'avait pas consulté ce médecin avant la première intervention. Ce n'est qu'après la seconde opération que le neurologue a revu régulièrement le demandeur à son cabinet pour suivre l'évolution de ses séquelles neurolo-

giques. L'Hôpital répond dès lors de l'éventuel dommage subi par le demandeur sur la base des art. 398 et 101 CO. Le Dr Y. ne peut être recherché qu'en vertu de l'art. 41 CO. La question de la légitimation passive des défendeurs peut toutefois demeurer indécise, puisque, comme on le verra plus loin, les conditions de la responsabilité tant aquilienne que contractuelle ne sont pas remplies.

[consid. 27: exception de prescription]

28. Aux termes de l'art. 398 CO, la responsabilité du mandataire est soumise, d'une manière générale, aux mêmes règles que celle du travailleur (al. 1). Le mandataire est responsable envers le mandant de la bonne et fidèle exécution du mandat (al. 2).

Dans le cas du médecin, il y a inexécution ou mauvaise exécution du mandat, s'il viole son obligation de diligence. Ce devoir est déterminé par les règles de l'art médical (ATF 129 II 353; 113 Ib 420 consid. 2).

Les règles de l'art médical sont les principes établis par la science médicale, généralement reconnus et admis, communément suivis et appliqués par les praticiens (ATF 108 II 59 consid. 1; 64 II 200 consid. 4a). Le médecin a pour mission de s'efforcer de parvenir au résultat escompté grâce à ses connaissances et à son savoir-faire. Cela ne signifie pas qu'il doit aboutir à un résultat, ou qu'il soit tenu de le garantir. Les exigences liées au devoir de diligence du médecin ne peuvent être déterminées de manière générale et abstraite, mais d'après les circonstances de chaque cas; sont à cet égard des critères décisifs le genre d'intervention ou de traitement et les risques qui en découlent, la marge d'appréciation et le temps dont dispose le médecin, ainsi que la formation et les capacités que l'on peut objectivement en l'état exiger de lui. La responsabilité du médecin n'est pas limitée à des manquements graves aux règles de l'art médical. Il doit traiter son patient de manière appropriée et il répond en principe de toute faute professionnelle (ATF 120 II 248; 120 Ib 411 consid. 4a; 116 II 519 consid. 3a; 115 Ib 175 consid. 2b; 113 II 429 consid. 3a; cf. Kuhn, *Ärztliche Kunstfehler*, RSJ 83/1987 p. 353 ss, spéc. p. 357; arrêt 4P.271/2002 du 27 mars 2003; SJ 1999 I 499).

N'importe quelles mesures ou omissions qui, envisagées a posteriori, auraient causé ou permis d'éviter le dommage n'entrent cependant pas dans la notion de manquement aux devoirs. Le médecin ne répond pas de manière générale de tous les dangers et les risques inhérents à chaque acte médical ou dépendant de la maladie. Il exerce une activité exposée à des risques et à des dangers et il faut en tenir

compte sur le plan du droit de la responsabilité. Il dispose d'une certaine marge d'appréciation entre les différentes possibilités de diagnostic ou de thérapie qui entrent en considération, et le choix auquel il procède doit requérir toute son attention. Il n'engage pas nécessairement sa responsabilité lorsqu'il n'a pas trouvé la solution qui était objectivement la meilleure lorsqu'on en juge a posteriori. Une violation des règles de l'art médical est réalisée lorsqu'un diagnostic, une thérapie ou quelque autre acte médical est indéfendable dans l'état de la science ou sort du cadre médical considéré objectivement: le médecin ne répond d'une appréciation erronée que si celle-ci est indéfendable ou se fondait sur un examen objectivement insuffisant (ATF 120 II 248; 120 Ib 411 consid. 4a in fine; arrêt 4P.271/2002 du 27 mars 2003; SJ 1999 I 499).

Une atteinte à la santé causée par un traitement diffère du cas où le traitement médical n'a pas eu l'effet thérapeutique attendu. L'éventualité ne constitue pas en soi une violation du contrat: les traitements et interventions médicaux comportent des risques inévitables quand bien même toute la diligence requise serait observée (Honsell, in RDS 1990 I 136; Fellmann, Commentaire bernois, n. 389 ad art, 398 CO). Toutefois, s'il est prévisible que le traitement pourrait avoir des effets négatifs, le médecin fera tout pour y parer (Gross, Haftung für medizinische Behandlung im Privatrecht und im öffentlichen Recht der Schweiz, Berne 1987, p. 178). Si ces effets négatifs se produisent, on présume en fait que les mesures nécessaires n'ont pas toutes été prises; une violation objective du devoir de diligence est alors présumée (Raschein, Widerrechtlichkeit und Verschulden in der Arzthaftpflicht, in Zeitschrift für Gesetzgebung und Rechtsprechung des Kantons Graubünden, 3/1989, p. 64). Cette présomption de fait facilite la preuve mais n'en renverse pas le fardeau (ATF 117 II 256). Le médecin peut échapper à la présomption en indiquant par exemple les mesures qu'il a effectivement prises dans le cas particulier et en prouvant que, dans l'état actuel de la science médicale, un risque résiduel imparable subsistait quand bien même toute la diligence requise aurait été intégralement observée. Le médecin est aussi admis à prouver qu'un déroulement atypique du processus de causalité constituait dans le cas particulier une éventualité à ne pas négliger (Fellmann, n. 389 ad art. 398 CO; ATF 120 II 248; arrêt 4C.345/2003 du 11 janvier 2005).

La responsabilité suppose encore la commission d'une faute (ATF 120 II 248). Dans le domaine médical, il est parfois malaisé de distinguer la faute du manquement au devoir de diligence, ces deux notions se recoupant en partie (ATF 113 Ib 420; 113 II 432).

29. Le médecin qui enfreint une injonction ou une interdiction écrite ou non écrite de l'ordre légal destinée à protéger le bien juridique atteint commet un acte illicite et engage sa responsabilité délictuelle (art. 41 CO). Tel est en principe le cas lorsqu'un patient est atteint dans son intégrité corporelle, et cela dans une mesure qui excède celle que comporte l'intervention (ATF 120 Ib 411; 115 Ib 175; 113 Ib 420; arrêt 4P.271/2002 du 27 mars 2003). L'atteinte à l'intégrité corporelle n'est toutefois pas illicite s'il existe un fait justificatif. En matière de traitements médicaux, le fait justificatif sera généralement un cas de nécessité ou le consentement présumé du patient. En cas de consentement du patient, l'atteinte n'en est pas moins illicite lorsqu'elle résulte d'une erreur, d'une fausse appréciation ou d'une exécution non conforme de la part du médecin. Le défendeur recherché ne pourra s'exonérer de sa responsabilité en invoquant le consentement du patient que lorsque tant les raisons de l'intervention que sa finalité voire son opportunité ne sont pas mises en cause. La preuve d'un fait justificatif incombe au défendeur. Celui-ci doit établir que le patient a donné son consentement et qu'une intervention prudente ne permettait pas d'éviter une lésion liée au risque inhérent à l'acte médical. Le médecin ne peut se prévaloir du consentement que s'il a satisfait à son obligation d'éclairer le patient en le renseignant notamment sur les risques d'une opération (ATF 117 Ib 197; 115 Ib 175; 113 Ib 420).

30. En l'espèce, il est établi que le Dr Y., lors de la thermocoagulation du trijumeau, a causé une lésion cérébrale. Un CT-scan du 28 août 1990 et un examen par résonance magnétique cérébrale pratiqué le 18 septembre 1990 ont en effet permis de visualiser l'atteinte. Elle s'est en outre traduite dès le réveil par d'importants troubles neurologiques (diplopie, hémiparésie gauche). Les Dr A. et B. sont d'avis que les troubles neurologiques sont dus à une lésion thermique directe. Ils pensent que l'opérateur a mal positionné l'aiguille lors de la thermocoagulation. On peut se fier à ces explications qui n'ont pas été remises en cause par les différents spécialistes en neurologie qui ont consulté le dossier du demandeur [cf. en particulier, expertise du Dr C.: «Punkto Pathomechanismus schliesslich ich mich den Experten Dr. A., Facharzt Neurochirurgie Genf und Dr. B., Fachartz Neurochirurgie der Neurochirurgischen Abteilung des HCUGenf an, welche eine direkte thermische Schädigung durch die vorübergehend fehlplatzierte Sonde annehmen, da in Anbetracht der Lokalisation, Ausdehnung und Form der Schädi-

gung und pathophysiologischer Überlegung ein vaskulärer Mechanismus (Spasmus, Thrombose), wie er auch postuliert worden war, praktisch ausscheidet.»].

En causant au demandeur une atteinte à l'intégrité corporelle dans une mesure qui excédait celle que comportait l'intervention, le Dr Y. a commis un acte illicite (art. 41 CO). On peut laisser ouverte la question de savoir si le demandeur a été informé des risques inhérents à ce genre d'intervention et a néanmoins consenti à l'opération. En effet, de l'avis des Dr A. et B., la lésion subie par le demandeur ne rentre pas dans les risques que comporte ce type d'intervention. Le consentement du demandeur n'aurait dès lors de toute façon pas justifié une telle lésion.

Lors de l'opération, le Dr Y. ne s'est pas conformé aux règles de l'art médical. Le neurologue doit s'assurer de la position de l'aiguille par un contrôle radiologique avant de procéder à la thermocoagulation. Si en cours d'intervention l'aiguille vient à se déplacer ou s'il a le moindre doute sur la position de l'aiguille, il doit procéder à un nouveau contrôle. Le Dr Y. n'a pas pris ces précautions, puisqu'il a procédé à la thermocoagulation alors que l'aiguille était mal positionnée et a brûlé ainsi une région du cerveau. L'Hôpital, qui supporte le manquement de son médecin-chef (art. 101 CO), a dès lors violé l'art. 398 CO.

Pendant deux ans, le demandeur a conservé de cette atteinte des séquelles neurologiques qui l'ont empêché de travailler. Au fil du temps, elles se sont atténuées pour disparaître totalement. L'éventuelle perte de gain est, pour la période du 29 août 1990 au 31 août 1992, en rapport de causalité avec l'acte illicite et la violation contractuelle.

31. Nonobstant la récupération quasi-totale de ses fonctions neurologiques, le demandeur a continué à manifester des troubles de la marche et de l'équilibre. Il s'est plaint en outre de douleurs constantes sur toute la partie gauche du corps. Toutes les expertises neurologiques ont unanimement exclu une origine organique. La majorité des psychiatres qui ont examiné le demandeur ont attribué ces symptômes à une cause psychogène. Seul le Dr C. a imputé ces manifestations cliniques à la volonté du demandeur d'obtenir une rente. Le rapport ne dit cependant pas clairement si les troubles sont simulés ou s'ils sont la manifestation inconsciente de la volonté d'obtenir une rente. Certaines réponses données par l'expert pourraient en effet laisser croire que le demandeur ne peut pas maîtriser ses

symptômes. Ainsi, à la question posée de savoir si l'expertisé est en mesure de travailler, le Dr C. répond par l'affirmative, en réservant semble-t-il la détermination somatique. Il apporte la même réponse à la question de savoir si un reclassement professionnel serait opportun. Il n'est donc pas exclu que le Dr C. aurait également admis une origine psychogène des symptômes présentés par le demandeur si la question lui avait été posée.

En définitive, la cour de céans se rallie à l'opinion de la majorité des spécialistes en psychiatrie qui se sont penchés sur le cas du demandeur et écarte l'hypothèse de troubles volontairement simulés dans l'optique d'obtenir une indemnisation, même si certains éléments du dossier, en particulier les observations du détective privé engagé par D. et les témoignages des proches du demandeur qui frappent par leurs exagérations pourraient faire suspecter des troubles purement factices.

Différents spécialistes ont analysé le demandeur du point de vue psychique. Le Dr E. est le seul à avoir retenu un stress post-traumatique. Aucun des psychiatres, pas même le Dr E., n'ont cependant décrit de symptômes spécifiques à un stress post-traumatique, en particulier cauchemar, flash back, conduites d'évitement, retrait social, anhédonie, état anxio-dépressif franc. La cour de céans ne parvient dès lors pas à se convaincre du bien-fondé du diagnostic posé par le Dr E.

Une partie des experts en psychiatrie qui ont examiné le demandeur ont conclu à des troubles somatoformes douloureux (Dr F., Dr G., Dr H.). D'autres ont qualifié les symptômes du demandeur de troubles hystériques, appelés encore troubles conversifs, hystérie de conversion ou troubles dissociatifs de conversion (CIM-10. chap. V, ch. 44). Le diagnostic de névrose d'assurance a été émis par le Dr J., voire le Dr C. Les termes de névrose de rente, de revendication, de compensation, de traitement ou encore névrose iatrogène ne sont plus utilisés à l'heure actuelle. Ils ne désignaient du reste pas une véritable névrose et définissaient un mal qui entre dans le groupe hétérogène du trouble somatoforme douloureux (Fauchère, Trouble somatoforme douloureux et incapacité de travail, in *Revue médicale de la Suisse romande*, 118, 1998, p. 801). Le Dr J., qui n'est certes pas spécialisé dans le domaine psychiatrique, est, quant à lui, d'avis qu'il s'agit d'une fixation des symptômes neurologiques qui ne relève pas d'une maladie psychique au sens étroit. Si l'on suit les explications du Dr F., ces différents avis ne seraient en réalité pas aussi contradictoires qu'il n'y paraît, les termes d'hystérie et de conversion devant être compris comme équivalant au comportement histrionique chez un patient dit théâtral avec divers troubles du comporte-

ment, ce qui entrerait dans le cadre de la description du trouble somatoforme douloureux, et le terme de névrose de rente décrivant en réalité le processus d'invalidation, qui inclut le trouble somatoforme.

32. Selon la classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement, CIM-10, le trouble somatoforme douloureux persistant se manifeste par une douleur persistante, intense s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien. Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et des médecins. Le trouble somatoforme peut cependant prendre également la forme de tous les autres troubles des sensations, des fonctions et du comportement, non dus à un trouble physique, qui ne sont pas sous l'influence du système neurovégétatif, qui se rapportent à des systèmes ou à des parties du corps spécifiques, et qui sont étroitement liés d'un point de vue chronologique à des événements ou des problèmes stressants (cf. CIM-10, chapitre 5, ch. 45.4 et 45.8).

Selon la jurisprudence rendue en matière d'assurances sociales, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 n° U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; ATF 130 V 352). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352).

Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (ATF

130 V 352; Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in : René Schaufhauser/Franz Schlauri (éd.), *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 64 sv., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss, spéc. p. 81 sv.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi Meyer-Blaser, op. cit. p. 83, spéc. 87 sv.) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; ATF 130 V 352 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATF 130 V 352 ; Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss).

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à

l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés ci-dessus - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (cf. ATF 130 V 352 et les arrêts cités).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en oeuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés ci-dessus (cf. ATF 130 V 352; arrêt I 870/2002 du 21 avril 2004).

Pour apprécier la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant, notamment, le fait que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des éléments complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Pour déterminer si un trouble somatoforme entraîne une invalidité, l'expert doit poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur le degré de gravité de l'affection. Il

doit évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré d'une activité lucrative. Ce pronostic tiendra compte de divers critères, tels une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, une comorbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale, un éventuel profit tiré de la maladie, le caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution, l'échec de traitements conformes aux règles de l'art. Le cumul des critères précités fonde un pronostic défavorable. Enfin, l'expert doit s'exprimer sur le cadre psychosocial de la personne examinée. Au demeurant, la recommandation de refus d'une rente doit également reposer sur différents critères. Au nombre de ceux-ci figurent la divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 130 V 352; VSI 2000 p. 152).

33. En matière de responsabilité civile ou contractuelle, il faut encore, pour qu'il existe une obligation de réparer le dommage, que l'acte illicite ou la violation du contrat soit dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec la perte de gain consécutive aux troubles psychiques.

Il y a causalité naturelle lorsqu'un comportement est une condition sine qua non d'un résultat. Il n'est pas nécessaire que le fait constitue la cause exclusive et directe des troubles de la santé; pour la notion de rapport de causalité naturelle, il suffit que l'événement dommageable soit l'une des conditions rendant possible l'atteinte à l'intégrité corporelle ou mentale du demandeur, qu'on ne puisse pas en conséquence faire abstraction de l'acte illicite sans que les troubles de santé disparaissent également (ATF 96 II 392). La causalité naturelle ne cesse en outre pas lorsque le dommage résulte effectivement de la cause considérée, mais qu'il serait survenu même sans cette cause (SJ 1994 p. 283).

Pour apprécier si un fait constitue la cause naturelle d'un dommage, le juge aura recours, en matière médicale, à une expertise. En principe, il ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin

de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 290 ; VSI 2000 p. 152).

Selon la jurisprudence, un fait constitue une cause adéquate lorsque, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, il est en soi propre à provoquer un effet du genre de celui qui s'est produit et que, par conséquent, ce résultat paraît, d'une manière générale, avoir été favorisé par le fait en question. En principe, cette définition vaut également pour les séquelles psychiques, que celles-ci soient déclenchées directement par l'acte illicite ou qu'elles ne se développent et ne rendent invalide la victime qu'après coup. Sans doute, dans de tels cas, le point de savoir si les causes en question sont généralement propres à avoir des effets du genre de ceux qui se sont produits, est également déterminant pour décider si elles sont adéquates. Cependant, cela ne signifie pas, comme on le croit parfois, qu'un résultat du genre de celui qui s'est produit doit arriver régulièrement ou fréquemment.

Ainsi que le Tribunal fédéral l'a déclaré dans un cas où il s'agissait d'une névrose de revendication, notion aujourd'hui abandonnée du point de vue médical, l'exigence de causalité adéquate ne doit pas inciter à ne retenir que celles des suites d'un accident auxquelles on pouvait s'attendre normalement d'après les circonstances de l'accident et ses effets sur le corps. Au contraire, il faut considérer les effets et décider rétrospectivement si et dans quelle mesure l'accident apparaît comme leur cause essentielle (ATF 70 II 177). Si un fait est en soi propre à provoquer un effet du genre de celui qui s'est produit, même des conséquences singulières, c'est-à-dire extraordinaires, peuvent constituer des conséquences adéquates de l'accident (ATF 80 II 343). Il importe peu, pour juger si un rapport de causalité adéquate existe ou non, que la névrose de revendication se greffe le plus souvent sur une prédisposition psychique anormale et que la personne atteinte d'une telle névrose soit malade non pas à cause des suites médicales de l'accident même, mais parce que celui-ci lui ouvre la perspective d'obtenir des prestations d'autrui. Au contraire, ce qui est décisif,

c'est de savoir si les troubles provoqués par l'acte illicite peuvent encore être équitablement imputés à l'auteur de celui-ci. Selon la jurisprudence, tel n'est pas le cas lorsque l'acte illicite ne constitue que le motif extérieur des troubles mais qu'au surplus, ces derniers ont pour origine un défaut de volonté de la victime; la solution est inverse si le lésé devient invalide parce que l'accident a, en troublant son jugement et en paralysant sa volonté, créé un état dont il ne peut pas se libérer (ATF 96 II 393; Rey, *Ausservertragliches Haftpflichtrecht*, 3e éd., Zurich/Bâle/Genève 2003, p. 95 ss).

Pour apprécier si un dommage est en relation de causalité adéquate avec un fait, le juge prend en compte les objectifs de politique juridique poursuivis par la norme applicable dans le cas concret. La distinction entre les suites adéquates et inadéquates d'un accident peut par conséquent être différente en droit de la responsabilité civile ou en droit des assurances sociales. Ainsi, contrairement au droit de la responsabilité civile, le Tribunal fédéral des assurances nie en général l'existence d'un rapport de causalité adéquate et refuse toute prestation en cas de névrose de revendication. En matière de responsabilité civile, une prédisposition constitutionnelle peut constituer un facteur à prendre en considération lors du calcul de l'indemnité (ATF 123 II 110 ; 113 II 86 ; BVR 1998 p. 546).

34. En l'espèce, seuls les experts judiciaires ont été invités à se déterminer sur l'existence d'un lien de causalité entre les troubles psychiques présentés par le demandeur et l'opération du 28 août 1990. Tous ont contesté toute incidence probable de l'acte du Dr Y. sur les maux actuels du demandeur. Selon l'un d'entre eux, X. exprime par son corps toute une série de souffrances qu'il a endurée tout au long de sa vie. Il a vécu dès son plus jeune âge comme un homme devant travailler pour faire vivre sa famille d'origine puis sa famille nucléaire. Au détriment de tout, il a travaillé dès l'âge de dix ans, ne pensant jamais à lui. En Suisse, il n'a jamais pu recréer un environnement dans lequel il aurait pu s'épanouir, ceci d'autant plus que sa famille n'a jamais pu être de manière durable auprès de lui. Toute possibilité de rapprochement est impossible en raison du refus du Gouvernement suisse de délivrer à sa femme et à ses enfants un permis de séjour en Suisse. Pour sa part, X. ne peut plus en raison de la guerre s'installer de manière durable dans son pays d'origine. Cette situation est invivable pour lui et étant donné ses faibles ressources psychologiques, il ne peut exprimer sa souffrance qu'au travers de son corps. Le contenu des rapports d'expertises répond aux critères

développés par la jurisprudence rendue en matière d'assurances sociales. Les experts ont discuté des différents diagnostics posés par les autres psychiatres qui ont examiné le demandeur et ont dûment motivé leur point de vue. La cour de céans se rallie dès lors à ces analyses, qui présentent une valeur probante élevée. Elle est confortée dans sa conviction par le fait que le demandeur présentait avant même l'opération du 28 août 1990 déjà des symptômes similaires. De même, postérieurement à l'opération du trijumeau, le demandeur a manifesté d'autres troubles somatiques d'origine psychogène qui ne s'apparentaient pas de près ou de loin aux symptômes neurologiques causés par l'atteinte iatrogène (acouphènes, malaise du 12 septembre 1993, symptômes exacerbés lors de l'hospitalisation pour la hernie). Immédiatement après l'intervention, avant même que l'on ne décèle la lésion cérébrale, le demandeur présentait déjà des symptômes qui excédaient ceux relatifs à l'atteinte neurologique. En effet, le 4 septembre 1990, le Dr E. avait déjà constaté que le demandeur s'installait dans un système de revendications. Ces éléments prouvent que les troubles actuels du demandeur ne résultent pas simplement d'une fixation des symptômes neurologiques. Tout porte ainsi à croire que la lésion thermique ne constitue pas la cause de l'apparition des troubles somatoformes. Le demandeur n'a dès lors pas établi que son éventuelle incapacité de gain était en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'acte illicite.

En définitive, les défendeurs n'ont pas à répondre de l'éventuelle perte de gain subie à partir du 1^{er} août 1992, à défaut de rapport de causalité naturelle et adéquate entre les troubles et l'atteinte illicite causée.