

C1 16 32

**JUGEMENT DU 11 MARS 2021**

**Le juge I du district de Sion**

M. François Vouilloz, juge ; Mme Camille Duroux, greffière ad hoc,

**en la cause**

**X** \_\_\_\_\_, demanderesse, représentée par Maître M \_\_\_\_\_,

**contre**

**Y** \_\_\_\_\_, défendeur, représentés par Maître N \_\_\_\_\_.

(responsabilité civile)

## Procédure

A. Le 29 juin 2006, l'Office cantonal AI du Valais a rendu la décision suivante s'agissant de la demande d'octroi d'une rente invalidité formée par X \_\_\_\_\_ :

1. L'opposition est rejetée.
2. Les décisions de refus de mesures d'ordre professionnel et de refus de rente du 28 mars 2006 sont confirmées.
3. La requête d'assistance judiciaire est écartée.
4. Il n'est pas perçu de frais.

Le 22 février 2011, l'Office cantonal AI du Valais a rendu la décision suivante s'agissant de la demande d'octroi d'une allocation pour impotent formulée par X \_\_\_\_\_ :

Vous avez droit à une allocation pour impotent de l'AI de degré moyen.

Le droit à l'allocation débute le 01.08.2009, soit dès l'échéance du délai de carence d'une année, à compter du mois d'août 2008.

Le 8 avril 2011, l'Office cantonal AI du Valais a rendu la décision suivante s'agissant de la demande de rente invalidité formée par X \_\_\_\_\_ :

Dès le 01.08.2009, le droit à une rente entière d'invalidité est reconnu.

Le 21 février 2014, X \_\_\_\_\_, représentée par Me A \_\_\_\_\_, a déposé une requête de preuve à futur à l'encontre de Y \_\_\_\_\_, de siège social à B \_\_\_\_\_, en concluant (do xxx C2 14 xxx) :

1. La requête est admise.
2. Une expertise pluridisciplinaire est mise en œuvre. Elle est confiée au Dr C \_\_\_\_\_, orthopédiste à D \_\_\_\_\_, lequel se fera assister d'un neurologue de son choix.
3. Tous les frais de procédure et de jugement sont mis à la charge de Y \_\_\_\_\_ qui versera en outre une juste indemnité à X \_\_\_\_\_ à titre de dépens.

Le 25 février 2014, le tribunal a impartit à Y \_\_\_\_\_ (ci-après : Y \_\_\_\_\_) un unique délai de détermination de 15 jours. Le même jour, le tribunal a impartit un délai de 10 jours à Me A \_\_\_\_\_ pour verser l'avance de frais de 1'000 fr. Le 27 février 2014, Me E \_\_\_\_\_ a informé le tribunal de la constitution de son mandat, afin de

représenter les intérêts de Y \_\_\_\_\_, et a requis une prolongation de délai au 15 avril 2014 pour déposer sa détermination, prolongation de 30 jours accordée par le tribunal le même jour. Le 7 mars 2014, Me A \_\_\_\_\_ a requis du tribunal une prolongation des délais impartis par correspondance du 25 février 2014 jusqu'au 11 avril 2014. Le 2 avril 2014, le tribunal a imparti à Me E \_\_\_\_\_ un dernier délai de 10 jours pour déposer sa réponse. Le 3 avril 2014, Me E \_\_\_\_\_ a déposé sa détermination, en concluant :

1. Y \_\_\_\_\_ se joint à la requête de preuve à futur de X \_\_\_\_\_.
2. Une expertise pluridisciplinaire est confiée au Dr F \_\_\_\_\_.
3. Les frais d'expertise sont renvoyés à fin de cause au fond et demeureront à charge des parties à raison de 50% à chacune si aucune action judiciaire n'est introduite.
4. Les frais de procédure et de décisions sont renvoyés à fin de cause au fond et demeureront à charge des parties à raison de 50% à chacune si aucune action judiciaire n'est introduite.
5. Les dépens sont renvoyés à fin de cause au fond et demeureront à charge de chaque partie pour ses dépens si aucune action judiciaire n'est introduite.

Le 5 mai 2014, Me A \_\_\_\_\_ a déposé sa détermination, en confirmant maintenir ses conclusions.

Le 22 mai 2014, s'agissant de la requête de preuve à futur, le tribunal a prononcé :

1. La requête de preuve à futur est admise.
2. Il est ordonné une expertise médicale pluridisciplinaire confiée au Dr F \_\_\_\_\_, orthopédiste à G \_\_\_\_\_, lequel peut s'associer un expert neurologue.
3. Tout autre ou plus ample conclusion est rejetée.
4. Les frais de la procédure de preuve à futur seront avancés provisoirement par X \_\_\_\_\_.
5. Les parties conservent à titre provisoire les frais liés à leur intervention en justice.

Le 22 mai 2014, le tribunal a informé le Dr F \_\_\_\_\_ qu'il le désignait en qualité d'expert et lui a imparti un délai de 5 jours pour lui communiquer l'estimation de ses frais et honoraires. Le 3 juin 2014, le tribunal a adressé un rappel au Dr F \_\_\_\_\_ qui l'a informé, le 4 juin 2014, qu'il pouvait se charger de l'expertise en automne 2014, que celle-ci serait en allemand et que les frais de dite expertise s'élèveraient à 4'400 francs. Le 16 juin 2014, le tribunal a imparti un délai de 10 jours à Me A \_\_\_\_\_ pour verser l'avance de frais de 4'400 francs. Le 8 juillet 2014, il a adressé un premier rappel à Me A \_\_\_\_\_, puis un second le 4 août 2014. Le 18 août 2014, le tribunal a classé la procédure de preuve à futur en raison du non-paiement de l'avance de frais dans le délai requis. Il a en outre mis les frais de procédure par 400 fr. à charge de X \_\_\_\_\_. Le 19 août 2014, le tribunal a adressé un avis de crédit à Me A \_\_\_\_\_. Le 21 août 2014, Me A \_\_\_\_\_ a indiqué au tribunal qu'il considérait que le délai imparti le 4

août 2014 pour verser l'avance de frais de 4'400 fr. n'était pas encore échu en raison des feries et que dès lors la décision de classement du 18 août 2014 devait être purement et simplement annulée. Le même jour, le tribunal a indiqué à Me A \_\_\_\_\_ se référer à l'art. 145 al. 2 let. b CPC. Le 16 décembre 2014, le tribunal a restitué à Me E \_\_\_\_\_ le dossier médical en original qu'il avait déposé.

**B.** Le 29 février 2016, X \_\_\_\_\_, représentée par Me A \_\_\_\_\_, a déposé un mémoire-demande à l'encontre de Y \_\_\_\_\_, de siège social à B \_\_\_\_\_, représenté par Me E \_\_\_\_\_, avocat à B \_\_\_\_\_, en concluant (do xxx C1 16 xxx) (p. 17) :

1. Il est constaté que la responsabilité de Y \_\_\_\_\_ est engagée et que la situation actuelle de X \_\_\_\_\_ est en relation de causalité adéquate avec la faute et la violation des règles de l'art constatées.
2. Y \_\_\_\_\_ est condamné à verser à X \_\_\_\_\_ un montant fixé globalement à CHF x'xxx'xxx à titre de réparation, avec intérêt à 5% l'an dès le 27 août 2008.
3. Tous les frais de procédure sont mis à la charge de Y \_\_\_\_\_, qui s'acquittera en outre des dépens de X \_\_\_\_\_.

Le même jour, Me A \_\_\_\_\_ a déposé une demande d'assistance judiciaire, en relevant notamment (do xxx C2 16 xxx) :

Les époux X-H \_\_\_\_\_ n'ont aucune fortune. Par ailleurs, H \_\_\_\_\_ est contraint de jouer le rôle d'homme au foyer pour s'occuper de son épouse et de sa famille.

Je demande en conséquence que X \_\_\_\_\_ soit mise au bénéfice de l'assistance judiciaire totale et que je sois désigné en qualité d'avocat d'office.

Toujours le 29, Me A \_\_\_\_\_ a informé le tribunal que le mémoire-demande avait été envoyé sous pli séparé (p. 29). Le 1<sup>er</sup> mars 2016, Me A \_\_\_\_\_ a informé le tribunal que le dossier des pièces avait été envoyé le même jour que le mémoire-demande, mais par courrier séparé (p. 24). Le même jour, le tribunal a communiqué le mémoire-demande à Me E \_\_\_\_\_ et lui a imparti un délai de 30 jours pour déposer son mémoire-réponse (p. 26). Le même jour, ont été fixés un délai de 15 jours à Me A \_\_\_\_\_ pour effectuer le paiement de l'avance de frais à hauteur de xx'xxx fr. (p. 27), un délai de 10 jours à Me A \_\_\_\_\_ pour déposer les pièces et les renseignements nécessaires pour justifier la situation de fortune et les revenus de X \_\_\_\_\_, un délai de 20 jours à Me E \_\_\_\_\_ pour se déterminer sur la requête d'assistance judiciaire déposée par Me A \_\_\_\_\_. Le 3 mars 2016, Me E \_\_\_\_\_

a transmis au tribunal la procuration justifiant de ses pouvoirs et lui a indiqué qu'il s'en remettait à sa décision s'agissant de la requête d'assistance judiciaire. Le même jour, Me A \_\_\_\_\_ a requis une prolongation de délai d'au moins 20 jours pour déposer les documents requis dans la correspondance du 1<sup>er</sup> mars 2016. Le 4 mars 2016, le tribunal a prolongé de 20 jours le délai de Me A \_\_\_\_\_ pour déposer les pièces et documents requis. Le 10 mars 2016, Me E \_\_\_\_\_ a requis du tribunal que le délai pour déposer le mémoire-réponse soit agendé au 30 mai 2016 (p. 147). Le 11 mars 2016, le tribunal a prolongé le délai pour déposer le mémoire-réponse au 30 mai 2016 (p. 149). Le 30 mars 2016, Me A \_\_\_\_\_ a déposé les pièces concernant la situation financière de X \_\_\_\_\_.

Le 29 avril 2016, Y \_\_\_\_\_, représenté par Me E \_\_\_\_\_, a déposé un mémoire-réponse, en concluant (xxx C1 16 xxx) (p. 172) :

1. La demande est rejetée.
2. Les frais de procédure et de jugement sont mis à charge de X \_\_\_\_\_.
3. X \_\_\_\_\_ paiera à Y \_\_\_\_\_ l'indemnité de dépens que fixera le Tribunal.

Le 3 mai 2016, un délai de 30 jours a été fixé à Me A \_\_\_\_\_ pour déposer sa réplique (p. 176). Le même jour, le tribunal a retourné à Me E \_\_\_\_\_ l'original du dossier médical, qui était annexé au mémoire-réponse daté du 29 avril 2016 (p. 177). Le 6 juin 2016, le tribunal a imparté à Me A \_\_\_\_\_ un dernier délai de dix jours pour déposer la réplique (p. 178). Le 15 juin 2016, Me A \_\_\_\_\_ a déposé son mémoire-réplique en confirmant les conclusions du mémoire-demande (p. 187). Il ne se déterminait pas quant à la question de la prescription.

Dans le cadre de la requête d'assistance judiciaire (do xxx C2 16 xxx), le tribunal du district de Sion a prononcé le 21 juin 2016 :

1. La requête d'assistance judiciaire déposée le 29 février 2016 par X \_\_\_\_\_ est rejetée.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Le tribunal relevait notamment :

qu'en l'espèce, vu la situation financière précaire de la famille X \_\_\_\_\_, la condition d'indigence paraît réalisée (art. 117 let. a CPC) ; qu'au vu de la complexité de l'affaire, l'assistance d'un mandataire professionnel paraît également nécessaire (art. 118 al. 1 let. c CPC) ;

qu'il reste à examiner si la cause de l'instante n'est pas dénuée de toute chance de succès ; que X \_\_\_\_\_ réclame au Y \_\_\_\_\_ x'xxx'xxx fr. à titre de réparation du dommage subi à la suite des interventions chirurgicales des 27 et 28 août 2008 et du traitement qui en a suivi;

que les soins dispensés aux malades dans les hôpitaux publics ne se rattachent pas à l'exercice d'une industrie (cf. art. 61 al. 2 CO), mais relèvent de l'exécution d'une tâche publique (Guillod, La responsabilité de l'Etat dans le domaine sanitaire, in : La responsabilité dello Stato, Commissione ticinese per la formazione permanente dei giuristi [CFPG], 2014, p. 86), qu'en vertu de la réserve prévue à l'art. 64 al. 1 CO, les cantons sont libres de soumettre au droit public cantonal la responsabilité des médecins engagés dans un hôpital public pour le dommage ou le tort moral qu'ils causent dans l'exercice de leur charge (ATF 139 111 252 consid. 1.3 ; 133 III 462 consid. 2.1) ; que le canton du Valais a fait usage de cette faculté ; qu'aux termes de l'art. 36 al. 1 LEIS/2014 (qui correspond pour l'essentiel à l'art. 21 LEIS/2006), la responsabilité des organes et du personnel de Y \_\_\_\_\_ est régie, par analogie, par la loi cantonale sur la responsabilité des collectivités publiques et de leurs agents ; que Y \_\_\_\_\_ assume la responsabilité primaire envers le lésé et l'Etat est responsable à titre subsidiaire envers ce dernier (art. 36 al. 2 LEIS/2014) ; que ces principes ne s'appliquent pas à l'activité ambulatoire privée des médecins-cadres dans leurs cabinets privés au sein de Y \_\_\_\_\_ (art. 36 al. 5 LEIS/2014).

que l'art. 4 de la loi du 10 mai 1978 sur la responsabilité des collectivités publiques et de leurs agents (LRCPA ; RS/VS 170.1) dispose, à son alinéa premier, que l'Etat et les collectivités communales répondent du dommage causé illicitement à un tiers par un agent dans l'exercice de sa fonction ; qu'en vertu de l'art. 5 LRCPA, l'agent n'est pas tenu personnellement envers le lésé de réparer le dommage et il peut être appelé en garantie par la collectivité publique ; quant à l'art. 6 LRCPA, il prévoit que le juge peut, en tenant compte de circonstances particulières, allouer à la victime de lésions corporelles ou, en cas de mort d'homme, à la famille, une indemnité équitable à titre de réparation morale, dans la mesure où il y a eu faute de l'agent ; que, pour le surplus, les dispositions du code des obligations sont applicables à titre de droit cantonal supplétif (art. 9 LRCPA) ; que le droit cantonal institue ainsi une responsabilité causale (ou objective ; cf. Bulletin des séances du Grand Conseil du canton du Valais, session prorogée de novembre 1977 [janvier-février 1978], p. 199 ; Rumpf, Médecins et patients dans les hôpitaux publics, thèse, Lausanne 1991, p. 137), qui suppose la réunion de trois conditions, un acte illicite, un dommage et un rapport de causalité (naturelle et adéquate) entre l'acte illicite et le dommage (ATF 133 111 462 consid. 4.1) ; qu'en revanche, à rigueur du texte de l'art. 6 LRCPA, l'allocation d'une indemnité pour tort moral à la victime de lésions corporelles exige, en plus, une faute de l'« agent » (Guillod, La responsabilité dans les hôpitaux publics, in : Favre/Martenet/Poltier [édit.], La responsabilité de l'Etat, 2012, pp. 247 et 269 ; Rumpf, op. cit., P. 186) ; que les actions fondées sur la LRCPA ressortissent aux tribunaux civils, le code de procédure civile suisse étant applicable (art. 19 al. 1 LRCPA) ;

qu'en l'occurrence, la responsabilité du défendeur n'étant pas de nature contractuelle (arrêt non publié du tribunal cantonal du 27 mai 2016 dans la cause C/RVS), c'est le droit public cantonal qui détermine exhaustivement la durée du délai de prescription de l'action y relative (ou, à défaut, l'art. 60 CO ; Landolt/Herzog-Zwitter, Arzthaftungsrecht, 2015, n. 431 ; Guillod, La responsabilité dans les hôpitaux publics, p. 266), soit, en l'espèce, l'art. 8 LRCPA, dont le premier alinéa dispose que l'action en dommages-intérêts ou en paiement d'une somme d'argent à titre de réparation morale se prescrit par un an à compter du jour où la partie lésée a eu connaissance du dommage et de la collectivité qui en est responsable, et, dans tous les cas, par dix ans dès le jour où le fait dommageable s'est produit ; que, selon l'art. 60 CO, l'action en dommages-intérêts ou en paiement d'une somme d'argent à titre de réparation morale se prescrit par un an à compter du jour où la partie lésée a eu connaissance du dommage ainsi que de la personne qui en est l'auteur, et, dans tous les cas, par dix ans dès le jour où le fait dommageable s'est produit ; que, selon la jurisprudence, le créancier connaît suffisamment le dommage lorsqu'il apprend, touchant son existence, sa nature et ses éléments, les circonstances propres à fonder et à motiver une demande en justice (ATF 131 111 61 consid. 3.1 ; 111 II 55 consid. 3a p. 57) ; que, vu la brièveté du délai de prescription d'un an, on ne saurait se montrer trop exigeant à ce sujet à l'égard du créancier ; que, suivant les circonstances, un certain temps doit encore lui être laissé pour lui permettre d'estimer l'étendue définitive du dommage, seul ou avec le concours de tiers ; que le délai de l'art. 60 al. 1 CO part du moment où le lésé a effectivement connaissance du dommage, et non de celui où il aurait pu découvrir l'importance de sa créance en faisant preuve de l'attention commandée par les circonstances ; que le doute quant à l'existence de faits suffisants pour motiver une demande en justice doit être interprété au préjudice du débiteur qui invoque l'exception de prescription, auquel incombe le fardeau de la preuve (art. 8 CC ; ATF 111 II 55 consid. 3a p. 57 s.).

qu'en l'espèce, les interventions chirurgicales incriminées ont été réalisées les 27 et 28 août 2008 ; que la lésion du nerf fémoral subie a été révélée en novembre 2008 ; que X \_\_\_\_\_ a quitté le service orthopédique de l'hôpital d I \_\_\_\_\_ le 7 octobre 2008 et a séjourné à la clinique J \_\_\_\_\_ du 7 octobre 2008 au 11 novembre 2008, date à laquelle elle a regagné son domicile ; que X \_\_\_\_\_ connaissait sa situation médicale, comme l'attestent les actes de la cause, ainsi que ses demandes auprès de l'AI (pces 9 ss) ; qu'elle a d'ailleurs obtenu une rente AI par décision du 8 avril 2011, avec effet dès le 1<sup>e</sup> août 2009 (do xxx CI 16 xxx ; pce 27) ; qu'elle était alors déjà représentée par K \_\_\_\_\_, à L \_\_\_\_\_ (do xxx CI 16 xxx pce 24, 25, 27 notamment) ; que, bien que déjà alors assistée d'avocats professionnels (avocats de K \_\_\_\_\_ ; xxx), elle a attendu plusieurs années avant de déposer une action par laquelle elle réclame x'xxx'xxx fr. à Y \_\_\_\_\_ ; que la demanderesse n'a pas déposé en cause le dossier de K \_\_\_\_\_, ni l'avis quant à l'éventuelle action contre Y \_\_\_\_\_ ; qu'agissant pour Y \_\_\_\_\_, Me E \_\_\_\_\_ a expressément relevé la prescription de l'action, car selon l'art. 8 LRC, l'action en dommages et intérêts ou en paiement d'une somme d'argent à titre de réparation morale se prescrit par un an à compter du jour où la partie lésée a eu connaissance du dommage ; que, de surcroît, tant sous l'angle d'une éventuelle responsabilité pour actes illicites (art. 41 ss CO ; art. 60 CO), que sous l'angle d'une éventuelle responsabilité contractuelle (art. 60 CO par le renvoi de l'art. 99 al. 3 CO), l'action est prescrite depuis de nombreuses années ; qu'agissant pour X \_\_\_\_\_, Me A \_\_\_\_\_, dans son mémoire-réplique, n'a pas contesté la prescription de l'action, ni n'a communiqué d'éventuels actes interruptifs ; que l'examen attentif des actes de la cause ne permet pas non plus d'établir d'éventuels actes interruptifs ; que dans ces conditions, l'action introduite le 29 février 2016 est prescrite depuis plusieurs années ;

que, s'agissant d'une action d'une valeur supérieure à 1'000'000 fr. (x'xxx'xxx fr.), l'émolument est fixé dans les limites de 27'000 à 120'000 fr. (art. 16 LTar) ; que, selon les montants indicatifs du Tribunal cantonal, l'émolument est de 47'785 fr. pour une cause normale et de 65'910 fr. pour une cause difficile ; que, s'agissant d'une action d'une valeur supérieure à 1'000'000 fr. (x'xxx'xxx fr.), les honoraires sont de 3.3 %, à savoir 39'600 fr. (art. 32 LTar) ; que, selon les montants indicatifs du Tribunal cantonal, l'honoraire de l'avocat est de 42'676 fr. pour une cause normale et de 47'294 fr. pour une cause difficile ; qu'à cela s'ajoutent les frais de l'expertise requise (all. 65 ss) ; que le budget du tribunal pour l'assistance judiciaire a été revu à la baisse par le Tribunal cantonal pour 2016 (300'000 fr.) par rapport au compte 2015 (399'496 fr. 90) ; que, sous l'angle de l'assistance judiciaire, la présente cause pourrait ainsi représenter plus du tiers du budget retenu ;

que, dans ces conditions, la cause de l'instante apparaît en l'état dénuée de toute chance de succès (art. 117 let. b CPC), de sorte que sa requête d'assistance judiciaire doit être rejetée ;

qu'il n'est pas perçu de frais judiciaires (art. 119 al. 6 CPC et 8 al. 1 OAJ), ni alloué de dépens ;

Le 4 juillet 2016, Me A \_\_\_\_\_ a formé appel contre cette décision. Le 5 juillet 2016, le Tribunal cantonal a communiqué au tribunal de céans un double du recours formé par X \_\_\_\_\_ contre la décision rendue dans la cause xxx C2 16 xxx. Il lui impartissait également un délai de 10 jours pour détermination (p. 190). Le 24 octobre 2016, le Tribunal cantonal a rendu sa décision s'agissant de l'appel de Me A \_\_\_\_\_ du 4 juillet 2016. Il a prononcé :

1. Le recours est admis et la décision du 21 juin 2016 est annulée.
2. Le dossier est renvoyé au Juge du district de Sion pour nouvelle décision dans le sens des considérants.
3. Les frais, par 700 fr., sont mis à charge de l'Etat du Valais.
4. L'Etat du Valais versera à X \_\_\_\_\_ une indemnité de 600 fr. à titre de dépens.

Le 27 octobre 2016, le tribunal a impartit aux parties un délai de détermination de 15 jours suite à la décision rendue par le Tribunal cantonal. Le 3 novembre 2016, Me E \_\_\_\_\_ a indiqué au tribunal se référer à la décision judiciaire. Le 15 novembre 2016, Me A \_\_\_\_\_ a communiqué sa détermination.

Le 30 novembre 2016, conformément à la décision du Tribunal cantonal, le tribunal de B \_\_\_\_\_ a prononcé (xxx C2 16 xxx) :

1. X \_\_\_\_\_, née le 18 octobre 1963, chemin xxx, O \_\_\_\_\_, est mise au bénéfice de l'assistance judiciaire totale avec effet au 29 février 2016.
2. Me A \_\_\_\_\_, est désigné avocat d'office dès cette date.
3. L'octroi de l'assistance judiciaire est subordonnée à la signature par X \_\_\_\_\_, dans un délai de 20 jours, d'une cession en faveur de l'Etat du Valais du gain éventuel obtenu dans la procédure xxx C1 16 xxx (action en responsabilité et dommages-intérêts), et ce à concurrence du montant des frais judiciaires mis éventuellement à sa charge et des frais de représentation de son avocat d'office, avancés par l'Etat du Valais au titre de l'assistance judiciaire.
4. A défaut de signature de la cession de créance X \_\_\_\_\_, l'assistance judiciaire ne sera pas accordée.
5. Il n'est pas perçu de frais pour la présente décision.
6. Le sort des dépens est renvoyé à fin de cause.

Le 12 décembre 2016, Me A \_\_\_\_\_ a transmis au tribunal la cession de créance originale signée par X \_\_\_\_\_.

Le 6 décembre 2016, le tribunal a imparté un délai de 30 jours à Me E \_\_\_\_\_ pour déposer sa duplique (p. 199). Le 15 décembre 2016, Me E \_\_\_\_\_ a déposé sa duplique par laquelle il confirmait les conclusions de la réponse (p. 205).

Le 16 décembre 2016, le tribunal a adressé la duplique à Me A \_\_\_\_\_ et lui a imparté un délai de 30 jours pour se déterminer (p. 250). Le 19 décembre 2016, Me E \_\_\_\_\_ a indiqué au tribunal qu'un lapsus calami figurait dans son écriture et qu'à l'allégué 204, il s'agissait du Dr P \_\_\_\_\_ en lieu et place du Dr Q \_\_\_\_\_ (p. 251). Le 30 janvier 2017, Me A \_\_\_\_\_ a déposé sa détermination sur la duplique déposée par la partie adverse, par laquelle il indiquait maintenir les conclusions formulées dans le mémoire-demande (p. 256). Le 14 février 2017, Me E \_\_\_\_\_ a déposé sa détermination sur la détermination de Me A \_\_\_\_\_ (p. 263), en concluant :

1. La demande est rejetée.
2. Les frais de procédure et de jugement sont mis à charge de X \_\_\_\_\_.
3. X \_\_\_\_\_ paiera à Y \_\_\_\_\_ l'indemnité de dépens que dira le Juge.

Le 16 février 2017, le tribunal a imparté aux parties un délai de trois jours pour indiquer leurs disponibilités en mars et avril 2017 (les mardis et les mercredis) (p. 267). Le 17 février 2017, Me E \_\_\_\_\_ a indiqué ses dates pour les débats. Le même jour, Me A \_\_\_\_\_ a indiqué ses disponibilités (p. 270). Le 23 février 2017, le tribunal a cité les parties aux débats d'instruction qui ont été fixés au mercredi 22 mars 2017 à 14 heures 30 (p. 272). Le 27 février 2017, Me A \_\_\_\_\_ s'est déterminé sur les allégués n<sup>os</sup> 231 et 232 de la détermination de Me E \_\_\_\_\_ (p. 273). Le 14 mars 2017, Me A \_\_\_\_\_ a indiqué au tribunal que sa cliente ne serait pas présente à l'audience du 22 mars 2017, a déposé les pièces complémentaires n<sup>os</sup> 62 et 63 et a requis à titre de moyen de preuve complémentaire l'édition par R \_\_\_\_\_ du dossier médical de X \_\_\_\_\_, y compris les examens radiologiques sur CD Rom (p. 275). Le 21 mars 2017, Me E \_\_\_\_\_ a sollicité l'administration de preuves en vue de la séance du 22 mars 2017 (p. 285).

**C.** Le 22 mars 2017, les débats d'instruction se sont tenus au tribunal de district de Sion (p. 287). Le 23 mars 2017, le tribunal a rendu son ordonnance de preuves suivante (p. 294) :

Vu l'article 154 CPC,

Prend acte de l'admission des allégués suivants :

nos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 17, 18, 20, 21, 23, 24, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 58, 61, 62, 63, 64, 66, 73, 77, 81, 83, 85, 105, 107, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 122, 126, 127, 129, 130, 131, 133, 134, 136, 138, 142, 143, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 155, 156, 158, 163, 165, 186, 189, 190, 193, 202, 204, 211, 212, 213, 214, 216, 217, 224, 225, 226

Admet les offres de preuve des parties

Ordonne l'interrogatoire des parties :

- X \_\_\_\_\_, xxx, O \_\_\_\_\_ (allégués n° 14, 15, 16, 37, 42, 44, 89, 90, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 169, 170, 171, 172, 173, 199, 228, 229, 230 ; 104, 106, 108, 110, 111, 113, 116, 118, 144, 156, 158, 166, 167, 203, 218), à entendre par le tribunal du district de Sion

Ordonne l'audition des témoins :

- H \_\_\_\_\_, époux de X \_\_\_\_\_, xxx, O \_\_\_\_\_ (allégués n° 44, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 170, 171, 172, 173, 175, 176, 177, 178, 191, 196, 199, 200, 228, 229, 230), à entendre par le tribunal du district de Sion conformément à l'avis de Me A \_\_\_\_\_, le témoin pouvant se présenter au tribunal du district de Sion.

- Dr Q \_\_\_\_\_, (allégués n° 169, 170,

171, 172 ; 110, 111, 113, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 168, 201, 202, 203), à entendre dans un premier temps par écrit

- Dr P \_\_\_\_\_, (allégués n° 169, 170, 171,

174, 175, 176, 177, 178, 180, 228, 229, 230 ; 108, 110, 111, 113, 120, 121, 128, 159, 161, 201, 202, 203, 218), à entendre dans un premier temps par écrit

- Prof. S \_\_\_\_\_, (allégués n° 181, 182, 183, 191, 196, 198 ; 108, 120, 121, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 135, 136, 137, 208, 209, 219), à entendre dans un premier temps par écrit

- Dr U \_\_\_\_\_, adresse exacte à communiquer avec le questionnaire (allégués n° 42, 191, 196, 198), à entendre dans un premier temps par écrit

- Dr V \_\_\_\_\_, prénom et adresse exactes à communiquer avec le questionnaire (allégués n° 228, 229, 230), à entendre dans un premier temps par écrit

- Prof. W \_\_\_\_\_, (allégués n° 159, 160, 161, 162, 219), à entendre dans un premier temps par écrit

Ordonne l'édition par l'Office cantonal AI de B \_\_\_\_\_ des dossiers AI de X \_\_\_\_\_, n° AVS 756.3025.4086.79 (allégués n° 13, 14 ; 104, 106, 108, 110, 111, 113, 144, 163, 164, 165, 168)

Ordonne l'édition par le Juge de commune de B \_\_\_\_\_ du dossier de la procédure de conciliation n° xxx/2015 (allégué n° 227)

Ordonne l'édition par R \_\_\_\_\_ du dossier médical de X \_\_\_\_\_, y compris les examens radiologiques sur CD Rom, pour les besoins des experts

Ordonne l'édition par le Dr Q \_\_\_\_\_, de l'intégralité de son dossier médical concernant X \_\_\_\_\_ (allégués n° 104, 106, 108, 110, 111, 112, 113, 116, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 135, 136, 137, 139, 140, 141, 144, 145, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 201, 202, 203, 205)

Ordonne l'édition par J \_\_\_\_\_, du dossier médical de X \_\_\_\_\_ (allégués n° 104, 106, 108, 110, 111, 112, 113, 116, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 135, 136, 137, 139, 140, 141, 144, 145, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 201, 202, 203, 205)

Ordonne l'édition par le tribunal de Sion du dossier d'assistance judiciaire n° C2 16 xxx (allégué n° 200)

Ordonne l'édition par le tribunal de Sion du dossier de preuve à futur C2 14 xxx (allégués n° 104, 106, 108, 110, 111, 113, 116, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 135, 136, 137, 139, 140, 141, 144, 145, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168)

Ordonne l'édition par le tribunal cantonal du dossier de l'appel C3 16 xxx (allégué n° 222)

Ordonne le dépôt par Y \_\_\_\_\_ d'un CD comprenant les examens radiologiques de X \_\_\_\_\_ effectués en 2008 (pièce n° 64) (allégués n° 104, 105, 106), radiographies effectuées juste après l'opération

Ordonne le dépôt par le Y \_\_\_\_\_ d'une pièce n° 65, à savoir les documents du rapport médical en relation avec l'opération litigieuse

Ordonne l'édition par le Y \_\_\_\_\_ du dossier médical de X \_\_\_\_\_ (pièce n° 31)

Ordonne l'édition par le Y \_\_\_\_\_ de copies de la pièce n° 31 pour Me A \_\_\_\_\_ et pour les experts

Ordonne l'édition par Y \_\_\_\_\_ du rapport de transfert, de I \_\_\_\_\_ à B \_\_\_\_\_, pièce 35 (allégués n° 179, 180)

Ordonne l'expertise pluridisciplinaire tendant à établir la responsabilité de Y \_\_\_\_\_ (allégués n° 22, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 79, 87, 88, 89, 90, 95, 96, 97, 102, 103, 180, 181, 182, 183), pour laquelle est proposée des experts médecins, noms et adresses exactes à fournir avec les questionnaires

Ordonne l'expertise pluridisciplinaire tendant à établir l'absence de violation des règles de l'art par les personnes de Y \_\_\_\_\_ (allégués n° 104, 106, 108, 110, 111, 113, 116, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 135, 136, 137, 139, 140, 141, 144, 145, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 168, 205, 207, 208, 209), pour laquelle est proposé des experts médecins, noms et adresses exactes à fournir avec le questionnaire

Ordonne l'expertise économique (allégués n° 102, 103) tendant à établir le temps consacré par H \_\_\_\_\_ aux tâches domestiques, pour laquelle est proposée un expert, ancien inspecteur d'une assurance sociale, noms et adresses exactes à fournir le questionnaire

Pièces déposées

Fixe à la partie demanderesse, un unique délai de 30 jours, courant dès notification,

pour déposer:

- les propositions de questionnaires pour les parties, les témoins et les experts,

avec noms et adresses exactes,

à peine de ne pas être administrées,

Fixe à la partie défenderesse, un unique délai de 30 jours, courant dès notification,

pour déposer:

- les propositions de questionnaires pour les parties, les témoins et les experts,

avec noms et adresses exactes,

à peine de ne pas être administrées

- les dossiers, les documents et les pièces dont l'édition a été requise ou dont le

dépôt a été proposé,

à peine de défaut

- une avance de 450 francs pour les frais d'administration des preuves, à peine de ne pas être administrées

Les parties sont rendues attentives aux règles des art. 102, 164 et 167 CPC :

Art. 102 Avance des frais de l'administration des preuves

Chaque partie avance les frais d'administration des preuves qu'elle requiert.

2 Lorsque les parties requièrent les mêmes moyens de preuve, chacune avance la moitié des frais.

3 Si l'avance n'est pas fournie par une partie, elle peut l'être par l'autre partie, faute de quoi, les preuves ne sont pas administrées. L'administration des preuves dans les affaires dans lesquelles le tribunal doit établir les faits d'office est réservée.

Le 23 mars 2017, le tribunal a requis de Me E \_\_\_\_\_ le paiement d'une avance de frais de 450 fr. dans un délai de 30 jours (p. 300). Le 24 mars 2017, le tribunal a requis de J \_\_\_\_\_ le dépôt de tous ses dossiers médicaux concernant X \_\_\_\_\_ dans un délai de 10 jours (p. 301), du Dr Q \_\_\_\_\_ le dépôt de tous ses dossiers médicaux concernant X \_\_\_\_\_ dans un délai de 10 jours (p. 303), de R \_\_\_\_\_ le dépôt de tous leurs dossiers médicaux concernant X \_\_\_\_\_, y compris les examens radiologiques sur CD Rom, dans un délai de 10 jours (p. 305), du juge de Commune de B \_\_\_\_\_ le dépôt de tous ses dossiers concernant la procédure de conciliation n° xxx/2015 dans un délai de 10 jours (p. 307), de l'Office cantonal AI du Valais le dépôt de tous ses dossiers AI concernant X \_\_\_\_\_, n° AVS xxx, dans un délai de 10 jours (p. 309). Le même jour, Me E \_\_\_\_\_ a indiqué au tribunal que l'avance de frais de 450 fr. avait été effectuée le même jour (p. 311).

Le 28 mars 2017, l'Office cantonal AI du Valais a transmis au tribunal une copie de la correspondance adressée le même jour à l'Office cantonal AI de D \_\_\_\_\_ par laquelle elle lui transmettait le dossier AI de X \_\_\_\_\_ (p. 313). Le 29 mars 2017, le juge de Commune de B \_\_\_\_\_ a transmis au tribunal la copie du dossier de la procédure de conciliation n° xxx/2015 en sa possession (p. 316). Le 30 mars 2017, le tribunal a requis de l'Office cantonal AI du canton de D \_\_\_\_\_ le dépôt de tous ses dossiers AI concernant X \_\_\_\_\_, n° AVS xxx dans un délai de 10 jours (p. 337). Le 31 mars 2017, le tribunal a requis du Tribunal cantonal le dépôt de son dossier TC C3 16 xxx (p. 340), dossier remis par le précité le 4 avril suivant (p. 342). Le 7 avril 2017, l'Office cantonal AI de D \_\_\_\_\_ a transmis au tribunal de céans le dossier de X \_\_\_\_\_ sous format CD (p. 346). Le 10 avril 2017, Me E \_\_\_\_\_ a déposé auprès du tribunal un CD comprenant les examens radiologiques de X \_\_\_\_\_ effectués en 2008 après l'opération litigieuse, un DVD, le dossier médical de Y \_\_\_\_\_ et le dossier du Service neurologique ainsi que les propositions de questionnaires pour les parties, les témoins et les experts et a requis l'édition par le Y \_\_\_\_\_ du Rapport de transfert de I \_\_\_\_\_ à B \_\_\_\_\_ (p. 351). Le 13 avril 2017, la J \_\_\_\_\_ a déposé auprès du tribunal ses dossiers médicaux concernant X \_\_\_\_\_ (p. 368). Le 20 avril 2017, Z \_\_\_\_\_, conseillère juridique

de R \_\_\_\_\_, a requis du tribunal la déclaration signée de X \_\_\_\_\_ levant R \_\_\_\_\_ du secret médical (p. 428). Le 21 avril 2017, le tribunal a requis de Me A \_\_\_\_\_ qu'il lui communique la levée du secret médical signée par sa cliente dans un délai de 10 jours (p. 430). Le 27 avril 2017, le tribunal a imparti un dernier délai de 10 jours à Me A \_\_\_\_\_ pour déposer les questionnaires pour les parties, les témoins et les experts puisque ceux-ci n'avaient pas été déposés dans le délai premièrement imparti (p. 434). Le 28 avril 2017, Me A \_\_\_\_\_ a requis une prolongation de délai de 20 jours pour déposer les questionnaires à l'attention des parties, des témoins et des experts (p. 436).

Le 1<sup>er</sup> mai 2017, Me A \_\_\_\_\_ a réitéré sa demande de prolongation du premier délai pour déposer les questionnaires (p. 438), prolongation de 20 jours accordée le lendemain (p. 439). Le 4 mai 2017, Me A \_\_\_\_\_ a transmis au tribunal l'original de la déclaration de levée du secret médical signée par X \_\_\_\_\_ (p. 440). Le 5 mai 2017, le tribunal a transmis à R \_\_\_\_\_ la déclaration de levée du secret médical (p. 443). Le 19 mai 2017, ceux-ci ont transmis au tribunal une copie de leur dossier de chirurgie viscérale concernant la prise en charge de X \_\_\_\_\_ (p. 444). Le 30 mai 2017, le tribunal a imparti un dernier délai de 10 jours à Me A \_\_\_\_\_ pour déposer les questionnaires à l'intention des parties, des témoins et des experts et qu'à défaut ses moyens de preuve ne seraient pas administrés (p. 467). Le 7 juin 2017, R \_\_\_\_\_ ont indiqué au tribunal que les cholangiographies n'étaient pas conservées, qu'il appartenait au chirurgien de mentionner dans son rapport opératoire ce qu'il avait constaté lors de l'examen et que le rapport opératoire du 31 mars 2016 se trouvait déjà en sa possession (p. 469). Le 12 juin 2017, le tribunal a à nouveau imparti un dernier délai de 10 jours à Me A \_\_\_\_\_ pour déposer les questionnaires à l'intention des parties, des témoins et des experts et l'a averti qu'à défaut ses moyens de preuve ne seraient pas administrés (p. 471). Le même jour, Me A \_\_\_\_\_ a déposé les propositions de questionnaires et a précisé qu'il était renoncé à l'audition du Dr V \_\_\_\_\_ en relation avec les allégués 228, 229 et 230. Il a également proposé que l'expertise soit confiée prioritairement au Dr C \_\_\_\_\_ et subsidiairement au Dr F \_\_\_\_\_ (p. 473). Le 16 juin 2017, le tribunal a proposé le Dr C \_\_\_\_\_ comme expert et lui a imparti un délai de 10 jours pour détermination (p. 488).

Le 19 juin 2017, Me E \_\_\_\_\_ a communiqué au tribunal une opposition, en concluant (p. 490) :

1. Le Dr C \_\_\_\_\_ n'est pas désigné en qualité d'Expert dans la procédure X \_\_\_\_\_ contre Y \_\_\_\_\_ C1 16 xxx du Tribunal de Sion.
2. Le Dr F \_\_\_\_\_ de l'Hôpital cantonal de G \_\_\_\_\_ est désigné en qualité d'Expert dans la procédure X \_\_\_\_\_ contre Y \_\_\_\_\_ C1 16 xxx du Tribunal de Sion.
3. Subsidiairement, le Tribunal désigne comme Expert un Professeur en médecine œuvrant dans le milieu des Hôpitaux Universitaires de Suisse Romande dans le domaine spécifique aux questions posées par les parties.
4. La question No 14 de X \_\_\_\_\_ résultant du questionnaire d'expertise déposé par X \_\_\_\_\_ le 12 juin 2017 ne sera pas posée à l'Expert.
5. Les frais de procédure et de décision sont mis à charge de X \_\_\_\_\_.
6. X \_\_\_\_\_ paiera à Y \_\_\_\_\_ l'indemnité de dépens que fixera le Tribunal.

Le 23 juin 2017, le Dr C \_\_\_\_\_ a informé le tribunal qu'il n'était pas en mesure d'accepter le mandat d'expertise car son emploi du temps était actuellement trop chargé et qu'il allait cesser son activité dans les mois à venir (p. 509). Le 26 juin 2017, le tribunal a proposé le Dr F \_\_\_\_\_ comme expert et lui a imparti un délai de 10 jours pour détermination (p. 511). Le 27 juin 2017, Me A \_\_\_\_\_ a informé le tribunal qu'il ne s'opposait pas à la désignation du Dr F \_\_\_\_\_ en qualité d'expert. Il a également indiqué qu'il ne s'opposait pas à la modification de la question no 14 et l'a reformulée par la double question suivante (p. 518) :

- Les indications fournies par le médecin traitant et le diagnostic d'entrée à Y \_\_\_\_\_ ne nécessitaient-ils pas une information approfondie de la patiente sur les conséquences de l'intervention chirurgicale ?
- Quels sont les éléments du dossier qui font état de l'information donnée à X \_\_\_\_\_ avant l'intervention chirurgicale ?

Le 10 juillet 2017, Me E \_\_\_\_\_ a indiqué au tribunal ne pas être opposé à la reformulation de la question no 14 telle que proposée par Me A \_\_\_\_\_ dans sa correspondance du 27 juin 2017 pour autant que la question initialement posée soit supprimée (p. 523). Le 11 juillet 2017, le Dr F \_\_\_\_\_ a répondu au tribunal en lui énumérant les raisons pour lesquelles il pensait devoir refuser le mandat. Le 13, Me A \_\_\_\_\_ a indiqué au tribunal se rallier au point de vue de Me E \_\_\_\_\_ tel qu'exprimé dans sa missive du 10 juillet 2017 (p. 535). Le 18 juillet 2017, Me E \_\_\_\_\_ a proposé au tribunal deux autres noms d'expert, à savoir les Prof. AA \_\_\_\_\_, à D \_\_\_\_\_, et BB \_\_\_\_\_, à CC \_\_\_\_\_ (p. 537). Le 22 août 2017, Me A \_\_\_\_\_ a indiqué au tribunal se rallier aux propositions d'experts formulées par Me E \_\_\_\_\_ en indiquant toutefois vouloir donner la priorité au Prof. AA \_\_\_\_\_ qui exerce à D \_\_\_\_\_ et en raison de sa proximité avec le domicile de sa mandante (p. 539).

D. Le 24 août 2017, le tribunal a imparti au Prof. AA \_\_\_\_\_ un délai de 10 jours pour se déterminer sur la proposition de le nommer en qualité d'expert (p. 541). Le 14 septembre suivant, le Prof. AA \_\_\_\_\_ a indiqué au tribunal qu'il était en mesure de se charger d'évaluer la prise en charge du problème d'arthrose de la hanche droite par le Dr P \_\_\_\_\_, à l'Hôpital de I \_\_\_\_\_, le geste chirurgical d'arthroplastie de la hanche et les décisions qui ont conduit au transfert en ambulance de X \_\_\_\_\_ à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_. En revanche, il considérait qu'il convenait de mandater un expert en chirurgie vasculaire, afin d'évaluer la prise en charge de X \_\_\_\_\_ dès son arrivée en urgence à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ et les conséquences éventuelles des interventions pratiquées par le Prof. S \_\_\_\_\_ et son équipe, proposant à cet effet de mandater le Prof. DD \_\_\_\_\_ pour cette expertise. Enfin, il estimait que si une évaluation neurologique des séquelles dont semblait souffrir X \_\_\_\_\_ au niveau du membre inférieur droit n'avait pas eu lieu, il conviendrait de soumettre la patiente à une évaluation neurologique par un neurologue (p. 543).

Le 21 septembre 2017, le tribunal a requis de Me E \_\_\_\_\_ qu'il lui transmette deux exemplaires supplémentaires du CD intitulé « Abdomen Complet » du 27 août 2008 et un exemplaire complémentaire supplémentaire du DVD de radiologie (p. 545). Le même jour, Me A \_\_\_\_\_ a donné son accord à la désignation du Prof. DD \_\_\_\_\_ pour mener à bien la deuxième partie de l'expertise. Il a également exprimé le souhait que les Professeurs AA \_\_\_\_\_ et DD \_\_\_\_\_ collaborent dès le début et déposent un rapport commun d'expertise (p. 546). Le 22 septembre 2017, Me E \_\_\_\_\_ a indiqué au tribunal accepter la désignation du Prof. DD \_\_\_\_\_ en qualité de deuxième expert. Il a cependant signalé que ce dernier avait travaillé comme chef de Clinique adjoint au service de chirurgie cardiaque de Y \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> octobre 2006 au 30 septembre 2007, soit avant les interventions concernant X \_\_\_\_\_ (p. 548). Le 25 septembre 2017, Me E \_\_\_\_\_ a indiqué au tribunal qu'il était d'accord avec les remarques formulées par Me A \_\_\_\_\_ dans sa lettre du 21 septembre 2017. Le 27 septembre 2017, le tribunal a transmis à l'adresse e-mail « [xxx](#) » la lettre du 24 août 2017 et l'a prié de bien vouloir lui communiquer par courrier, l'estimation de ses frais et honoraires (p. 550). Le même jour, le tribunal a proposé le Prof. AA \_\_\_\_\_ en qualité d'expert et lui a imparti à cet effet un délai de 10 jours pour détermination et communication de l'estimation précise de tous ses frais et honoraires ainsi que du délai qui lui serait nécessaire pour déposer son rapport (p. 552). Le même jour, le tribunal a requis de Me A \_\_\_\_\_ et Me E \_\_\_\_\_ qu'ils lui transmettent dans un délai de

10 jours l'adresse précise du Prof. DD \_\_\_\_\_ ainsi que les numéros des questions précises qu'ils entendent lui faire poser (p. 555).

Le 28 septembre 2017, le Prof. AA \_\_\_\_\_ a indiqué au tribunal qu'il estimait ses frais et honoraires relatifs à l'expertise à une fourchette située entre 6'000 et 7'000 fr., le délai pour rendre l'expertise s'agissant du volet chirurgical orthopédique étant d'environ trois mois, mais qu'il serait en mesure de rendre ses conclusions lorsqu'il disposerait du rapport du professeur désigné pour évaluer cet aspect (p. 557). Le 29 septembre 2017, Me E \_\_\_\_\_ a remis au tribunal une copie d'une correspondance reçue de Y \_\_\_\_\_ accompagnée des documents demandés (p. 559). Le 2 octobre 2017, Me A \_\_\_\_\_ a notamment indiqué au tribunal que c'était le Prof. AA \_\_\_\_\_ qui avait proposé de confier une partie de l'expertise au Prof. DD \_\_\_\_\_ et qu'il n'était pas non plus en mesure de lui communiquer son adresse exacte. Le 6 octobre 2017, Me E \_\_\_\_\_ a notamment relevé que son mandataire était d'accord avec la position telle qu'exprimée par X \_\_\_\_\_ dans le courrier de son mandataire daté du 2 octobre 2017 (p. 564). Le 12 octobre 2017, le tribunal a impartì aux parties ainsi qu'au Prof. AA \_\_\_\_\_ un délai de 10 jours pour indiquer l'adresse précise du Prof. DD \_\_\_\_\_ ainsi que les numéros de questions précises qu'elles entendaient faire poser à ce dernier (p. 566). Le 16 octobre 2017, le Prof. AA \_\_\_\_\_ a indiqué au Prof. DD \_\_\_\_\_ qu'il avait été désigné comme expert dans le litige opposant X \_\_\_\_\_ à Y \_\_\_\_\_ et qu'il considérait que l'avis d'un chirurgien vasculaire était nécessaire s'agissant de la prise en charge chirurgicale à l'hôpital de B \_\_\_\_\_ de X \_\_\_\_\_. Il a prié le Prof. DD \_\_\_\_\_ de lui faire savoir s'il acceptait d'intervenir comme co-expert dans cette affaire et si à défaut il pouvait lui recommander un spécialiste de son domaine (p. 568). Le 17 octobre 2017, Me E \_\_\_\_\_ a fourni diverses indications au tribunal (p. 571). Le 19 octobre 2017, Me A \_\_\_\_\_ en a fait de même.

Le 25 octobre 2017, le tribunal a informé le Prof. AA \_\_\_\_\_ qu'il entendait le désigner en qualité d'expert et lui a impartì un délai de 10 jours pour détermination et transmission de l'estimation de ses frais et honoraires mis à jour ainsi que du délai nécessaire pour déposer son rapport. Le même jour, le tribunal en a fait de même avec le Prof. DD \_\_\_\_\_. Le 26 octobre 2017, le Prof. DD \_\_\_\_\_ a informé le tribunal qu'il avait collaboré par le passé avec l'Hôpital de B \_\_\_\_\_, qu'il connaissait

personnellement le Prof. S \_\_\_\_\_ et qu'en conséquence il lui semblait peu judicieux d'intervenir en qualité d'expert. Il proposait au tribunal de transmettre le dossier au président de la Société Suisse de Chirurgie Vasculaire afin qu'il puisse désigner un co-expert dans cette affaire. Le 7 novembre 2017, Me A \_\_\_\_\_ a indiqué au tribunal qu'il laissait le soin au Prof. AA \_\_\_\_\_ de faire une nouvelle proposition de co-expert et qu'à défaut il se ralliait à la proposition de s'adresser au président de la Société suisse de chirurgie vasculaire. Le 10 novembre 2017, Me E \_\_\_\_\_ a indiqué au tribunal que Y \_\_\_\_\_ proposait de désigner le Dr EE \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, médecin agréé, FF, à Avenue xxx, D \_\_\_\_\_. Il lui a également transmis les documents concernant ce médecin et le priait en outre de bien vouloir contacter le Prof. AA \_\_\_\_\_ afin que ce dernier valide la désignation du co-expert, puis de le contacter pour qu'il informe le Tribunal sur la question de savoir s'il acceptait de réaliser cette expertise en qualité de co-expert. Le 13 novembre 2017, le Prof. AA \_\_\_\_\_ a indiqué au Prof. GG \_\_\_\_\_ qu'il avait été désigné comme expert dans le litige opposant X \_\_\_\_\_ au Y \_\_\_\_\_ et qu'il considérait que l'avis d'un chirurgien vasculaire était nécessaire s'agissant de la prise en charge chirurgicale à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ de X \_\_\_\_\_. Il a prié le Prof. GG \_\_\_\_\_ de lui faire savoir s'il acceptait d'évaluer le dossier de X \_\_\_\_\_ et de répondre aux questions des 2 parties. Le 15 novembre 2017, Me A \_\_\_\_\_ a informé le tribunal qu'il ne s'opposait pas à la désignation du Dr EE \_\_\_\_\_ comme co-expert, mais que puisque le Prof. AA \_\_\_\_\_ avait contacté le Prof. GG \_\_\_\_\_, il estimait qu'il y avait lieu d'attendre la détermination de ce dernier avant de contacter le Dr EE \_\_\_\_\_. Le 17 novembre 2017, Me E \_\_\_\_\_ a indiqué au tribunal que le Y \_\_\_\_\_ était d'accord avec l'intervention en cause en qualité de co-expert du Prof. GG \_\_\_\_\_ et que jusqu'à détermination du Prof. GG \_\_\_\_\_ sur l'acceptation de sa désignation en qualité de co-expert, la lettre de Y \_\_\_\_\_ du 10 novembre 2017 n'avait plus d'objet. Le 20 novembre 2017, le Prof. AA \_\_\_\_\_ a informé le tribunal que le Prof. GG \_\_\_\_\_ acceptait d'intervenir comme co-expert dans la cause opposant X \_\_\_\_\_ à Y \_\_\_\_\_. Il lui précisait également qu'il pensait devoir être mandaté formellement comme expert pour la prise en charge de X \_\_\_\_\_ à l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ jusqu'au moment où elle a été transférée en urgence à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ et que l'examen de la prise en charge de cette dernière dès son arrive à B \_\_\_\_\_ devrait être pris en charge par le Prof. GG \_\_\_\_\_. Le 22 novembre 2017, le tribunal a informé le Prof. GG \_\_\_\_\_ qu'il entendait le désigner en qualité d'expert. Il lui a imparti à cet effet un délai de 10 jours pour détermination et dans le cas d'une réponse favorable à lui communiquer dans le même délai l'estimation de ses frais et honoraires pour chaque questionnaire ainsi

que le délai qui lui sera nécessaire pour déposer son rapport. Le 6 décembre 2017, HH \_\_\_\_\_, pour le Prof. GG \_\_\_\_\_, a indiqué au tribunal, conformément à leur entretien téléphonique du 1<sup>er</sup> décembre 2017, qu'en raison d'une fin d'année surchargée, l'estimation des frais et honoraires pour les questionnaires ne serait transmise qu'à la mi-janvier 2018. Le même jour, le tribunal a imparti un délai de 3 jours aux parties pour rendre une détermination sur le fax du Prof. GG \_\_\_\_\_ daté du même jour. Le même jour, Me E \_\_\_\_\_ a donné son accord. Le 11 décembre 2017, Me A \_\_\_\_\_ a également donné son accord s'agissant de la prolongation de délai requise par le Prof. GG \_\_\_\_\_. Le même jour, le tribunal a prolongé au 15 janvier 2018 le délai imparti au Prof. GG \_\_\_\_\_ pour rendre son estimation des frais et honoraires pour les questionnaires.

Le 25 janvier 2018, le tribunal a informé le Prof. GG \_\_\_\_\_ qu'il entendait le désigner en qualité d'expert. Il lui a imparti à cet effet un délai de 10 jours pour détermination. Le même jour, le tribunal a informé le Prof. AA \_\_\_\_\_ qu'il entendait le désigner en qualité d'expert. Il lui a imparti à cet effet un délai de 10 jours pour détermination. Le 9 février 2018, le tribunal a informé le Prof. GG \_\_\_\_\_ qu'il entendait le désigner en qualité d'expert. Il lui a imparti à cet effet un délai de 10 jours pour détermination. Le même jour, le tribunal a informé le Prof. AA \_\_\_\_\_ qu'il entendait le désigner en qualité d'expert. Il lui a imparti à cet effet un délai de 10 jours pour détermination. Le 8 mars 2018, le tribunal a informé le Prof. AA \_\_\_\_\_ qu'il entendait le désigner en qualité d'expert. Il lui a imparti à cet effet un délai de 10 jours pour détermination. Le même jour, le tribunal a informé le Prof. GG \_\_\_\_\_ qu'il entendait le désigner en qualité d'expert. Il lui a imparti à cet effet un délai de 10 jours pour détermination.

Le 14 mars 2018, le Prof. AA \_\_\_\_\_ a confirmé au tribunal son accord quant à sa désignation en qualité d'expert dans la cause opposant X \_\_\_\_\_ à Y \_\_\_\_\_. Il lui a indiqué que le rapport lui parviendrait dans les trois mois et qu'il estimait le montant des frais et honoraires entre 6'000 fr. et 7'000 francs. Il a en outre précisé que son évaluation concernera la prise en charge au sein de Y \_\_\_\_\_ de X \_\_\_\_\_ jusqu'au moment où elle a été transférée en urgence à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ et que c'était l'expertise du Prof. GG \_\_\_\_\_ qui devrait évaluer la responsabilité de Y \_\_\_\_\_ pour d'éventuelles lésions ou séquelles dont aurait pu

souffrir X \_\_\_\_\_, à la suite de sa prise en charge au sein de l'Hôpital de B \_\_\_\_\_, et à la suite de son transfert en urgence depuis l'Hôpital de I \_\_\_\_\_.

Le 15 mars 2018, le tribunal a impartit un délai de 15 jours à Me E \_\_\_\_\_ pour verser l'avance de frais de 7'000 fr. s'agissant des frais d'administration des preuves, montant versé le lendemain.

Le 22 mars 2018, le tribunal a informé le Prof. GG \_\_\_\_\_ qu'il entendait le désigner en qualité d'expert et lui a impartit à cet effet un délai de 10 jours pour détermination. Le 26 avril 2018, le tribunal a relancé le Prof. GG \_\_\_\_\_. Le 24 mai 2018, Me A \_\_\_\_\_ a interpellé le tribunal, afin d'obtenir des informations au sujet des réponses reçues des experts et du délai dans lequel l'expertise pourra être achevée. Le 25 mai 2018, le tribunal a informé Me A \_\_\_\_\_ que le devis du Prof. GG \_\_\_\_\_ ne lui avait pas encore été communiqué. Le même jour, le tribunal a derechef relancé le Prof. GG \_\_\_\_\_. A la suite du retard des experts, le 5 juin 2018, Me E \_\_\_\_\_ a indiqué au tribunal que Y \_\_\_\_\_ était désireux d'avancer rapidement dans cette affaire et qu'il pensait qu'il y avait lieu de procéder comme suit :

1. Le Tribunal ordonne immédiatement l'expertise par Pr AA \_\_\_\_\_ les avances de frais étant effectuées.
2. Le Tribunal demande à Pr AA \_\_\_\_\_ de contacter son Confrère, Dr GG \_\_\_\_\_, le cas échéant après administration de la première expertise, afin qu'il détermine le montant des frais de son expertise et que le Pr AA \_\_\_\_\_ et/ou Dr GG \_\_\_\_\_ communique(nt) au Tribunal le devis complémentaire de Dr GG \_\_\_\_\_ pour la seconde expertise requise au vu du résultat de la première.  
Il paraît difficile, en l'état de l'instruction, de demander à Dr GG \_\_\_\_\_ de faire un devis sans connaître les éléments de l'expertise confiée à Pr AA \_\_\_\_\_.

Le 7 juin 2018, le tribunal a désigné le Prof. AA \_\_\_\_\_ en qualité d'expert, a estimé à 7'000 fr. au plus ses frais et honoraires, lui a signalé que si ce montant lui paraissait insuffisant, d'emblée ou en cours d'expertise, il devait informer le tribunal, et lui a impartit un délai au 31 août 2018 pour rendre son rapport et sa note d'honoraires. Le 8 juin 2018, Me E \_\_\_\_\_ a requis du tribunal qu'il transmette au Prof. AA \_\_\_\_\_ sa missive du 5 juin 2018, pour autant qu'elle ait été acceptée par la partie adverse et qu'elle accepte également cette démarche. Le 11 juin 2018, Me A \_\_\_\_\_ a indiqué au tribunal qu'il partageait l'avis de Me E \_\_\_\_\_ et se ralliait à sa proposition. Le 12 juin 2018, Me A \_\_\_\_\_ a encore indiqué au tribunal donner son accord. Le même jour, le tribunal a informé le Prof. GG \_\_\_\_\_ qu'il entendait le désigner en qualité d'expert, lui a impartit à cet effet un délai de 10 jours pour détermination. Le 2 juillet 2018, le tribunal a relancé le Prof. GG \_\_\_\_\_. Le 17 juillet 2018, Me E \_\_\_\_\_ a versé

4'500 fr. sur le compte du tribunal. Le 9 août 2018, le tribunal a transmis par fax au Prof. GG \_\_\_\_\_ les questionnaires établis par les parties.

Le 3 septembre 2018, le tribunal a impartit aux experts GG \_\_\_\_\_ et AA \_\_\_\_\_ un délai de 15 jours pour indiquer l'état de leurs travaux. Le 5 septembre 2018, le Prof. AA \_\_\_\_\_ a informé le tribunal que les travaux d'expertise étaient en cours, qu'il attendait un résumé du Dr P \_\_\_\_\_, une réponse de la part de Y \_\_\_\_\_ quant à leur prise de position concernant la prise en charge de X \_\_\_\_\_ à l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ et que X \_\_\_\_\_ étaient convoquée à son cabinet le 26 septembre 2018.

**E.** Le 6 décembre 2018, le Prof. AA \_\_\_\_\_ a transmis son rapport au tribunal, avec sa facture (x'xxx fr.). Il relevait notamment :

Concerne : Expertise CI 16 xxx X \_\_\_\_\_ o Y \_\_\_\_\_

I. Préambule

Le soussigné a été prié par le Juge de District du Tribunal de Sion, d'intervenir en tant qu'expert dans le litige opposant X \_\_\_\_\_ à Y \_\_\_\_\_. Il s'agissait en particulier d'établir si des dommages avaient été causés à X \_\_\_\_\_ à la suite de sa prise en charge au sein de Y \_\_\_\_\_ pour une arthroplastie de la hanche en août 2008 à l'Hôpital de I \_\_\_\_\_, puis à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ où de nouvelles interventions chirurgicales ont été nécessaires à la suite de complications survenues durant la première opération.

En tant que spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, le soussigné n'étant pas compétent pour évaluer les interventions de chirurgie vasculaires pratiquées à B \_\_\_\_\_, a proposé que cet aspect soit évalué par un co-expert, le Professeur GG \_\_\_\_\_ de II \_\_\_\_\_. Cette proposition a été acceptée par les parties.

Ainsi, dans le présent rapport d'expertise, le soussigné procède à l'évaluation de la prise en charge X \_\_\_\_\_ avant son hospitalisation à l'Hôpital de I \_\_\_\_\_, à la prise en charge de X \_\_\_\_\_ au sein de Y \_\_\_\_\_ sur le site de I \_\_\_\_\_, jusqu'à y compris son transfert à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_, en urgence, le 27.08.2008.

Il est admis que l'évaluation de la prise en charge de X \_\_\_\_\_, dès son admission en urgence au sein de l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ le 27.08.2008, incombe au co-expert, le Professeur GG \_\_\_\_\_.

Le soussigné a été désigné formellement par le tribunal de B \_\_\_\_\_ en qualité d'expert, par courrier recommandé du 07.06.2018.

II. Eléments à la disposition de l'expert :

Pour effectuer ce travail d'expertise, le soussigné dispose d'un dossier sous forme de documents scannés au format PDF constitué de 2263 pages.

Nous disposons également du dossier radiologique de la patiente sous forme électronique qui nous a été adressé par le greffe du tribunal.

Nous disposons de la correspondance que nous avons échangée avec la Direction Générale de Y \_\_\_\_\_, ainsi que de leur prise de position dans cette affaire, précisée dans deux documents : une lettre datée du 25.09.2018 adressée au soussigné et une lettre adressée à Me A \_\_\_\_\_ datée du 22.11.2011 par JJ \_\_\_\_\_ de l'assurance II \_\_\_\_\_, entendu qu'il s'agit d'une détermination commune entre Y \_\_\_\_\_ et l'assurance II \_\_\_\_\_, assureur de Y \_\_\_\_\_.

Nous disposons d'un échange de correspondance avec le Dr P \_\_\_\_\_, en particulier de sa réponse datée du 26.09.2018. et d'entretiens téléphoniques et par email avec lui.

Nous disposons des questions formulées par écrit par les représentants des parties, d'une part Maître A \_\_\_\_\_ qui a soumis une liste de questions datées du 12 .06.2017, puis de questions supplémentaires datées du 27.06.2017. D'autre part, du questionnaire établi par Me E \_\_\_\_\_ daté du 10.04.2017 puis de deux questions supplémentaires formulées par Me E \_\_\_\_\_ datées du 10.07.2017.

Parmi les 2263 pages qui nous ont été soumises par le greffe du tribunal, nous avons relevé les pièces suivantes comme étant significatives dans l'analyse de ce dossier :

- Lettre du Dr P \_\_\_\_\_ au médecin traitant de X \_\_\_\_\_, Dr Q \_\_\_\_\_, datée du 03.05.2007.
- Courrier du Dr P \_\_\_\_\_ adressé au médecin traitant de X \_\_\_\_\_ datée du 1.02.2008.
- Rapport de consultation ambulatoire aux urgences de l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ daté du 12.04.2008, rapport adressé au médecin traitant de X \_\_\_\_\_.
- Rapport de consultation ambulatoire signé du Dr P \_\_\_\_\_ daté du 06.08.2008, il s'agit d'une consultation pré-opératoire durant laquelle l'intervention d'arthroplastie totale de la hanche droite est planifiée avec la patiente.

- Consultation pré-anesthésique à l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ datée du 16.04.2008 en vue d'une arthroplastie de la hanche programmée pour le 05.05.2008.
  - Formulaire d'information pré-anesthésique destiné au patient établi par l'unité d'évaluation pré-opératoire, (UEP) I \_\_\_\_\_, document signé par X \_\_\_\_\_, datée du 16.04.2008.
  - Courrier du Dr P \_\_\_\_\_ adressé au Dr Q \_\_\_\_\_ daté du 14.05.2008, en vue d'une arthroplastie totale de la hanche droite planifiée pour le 27.08.2008.
  - Protocole opératoire signé du Dr P \_\_\_\_\_ concernant l'intervention chirurgicale du 27.08.2008.
  - Protocole anesthésique informatisé concernant l'intervention d'arthroplastie de hanche droite à l'hôpital de I \_\_\_\_\_ le 27.08.2008.
  - Analyses sanguines pré-opératoires et immédiatement en post-opératoires effectuées par le service d'orthopédie l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ (16.04.2008-26.08.2008-27.08.2008)
  - Rapport d'échographie abdominale effectuée au bloc opératoire de I \_\_\_\_\_ immédiatement après l'intervention du 27.08.2008, rapport signé du Dr KK \_\_\_\_\_
  - Protocole d'intervention, pour le transfert en ambulance entre l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ et l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ le 27.08.2008.
  - Rapport de sortie concernant le séjour de X \_\_\_\_\_ dans le service d'orthopédie traumatologie de l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ du 26.08 au 27.08.2008, dans ce document, le séjour de X \_\_\_\_\_ dans le même service de l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ du 11.09 au 07.10.2008 est également résumé.
  - Journal de transfusion énumérant les produits sanguins administrés à X \_\_\_\_\_ du 27.08 au 29.08.2008 à l'hôpital de I \_\_\_\_\_ puis à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_.
  - Protocole opératoire signé du Prof. S \_\_\_\_\_ concernant l'intervention de laparotomie exploratrice datée du 27.08.2008.
  - Compte-rendu d'anesthésie concernant l'intervention du 27.08.2008 à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_
  - Compte-rendu opératoire signé du Dr LL \_\_\_\_\_ et Prof. S \_\_\_\_\_ pour l'intervention du 28.08.2008
  - Compte-rendu d'anesthésie à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ concernant l'intervention du 28.08.2008.
  - Résumé du séjour de X \_\_\_\_\_ aux soins intensifs de l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ concernant la période du 27 au 30.08.2008, rapports signés du Dr MM \_\_\_\_\_, médecin-chef et du Dr NN \_\_\_\_\_ médecin assistant.
  - Rapport de sortie datée du 3.10.2008 concernant le séjour de X \_\_\_\_\_ à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_, service des soins intensifs du 27.08. au 30.08. puis dans le service de chirurgie du 30.08 au 11.09.2008, date de son transfert en orthopédie à l'Hôpital de I \_\_\_\_\_. Ce rapport est signé du Prof. S \_\_\_\_\_ médecin-chef, Dr OO \_\_\_\_\_ médecin chef de clinique et Dr PP \_\_\_\_\_ médecin assistant.
  - Rapport de physiothérapie daté du 07.10.2008, Hôpital de I \_\_\_\_\_ signé de QQ \_\_\_\_\_, physiothérapeute.
  - Rapport radiologique concernant un scanner de la cuisse droite du 28.10.2008, document daté du 29.10.2008 signé de Dr RR \_\_\_\_\_ et Dr SS \_\_\_\_\_ médecin assistant.
  - Notes de suite dans le dossier médical informatique du 03.09.2008 au 17.09.2008.
  - Rapport de ENMG daté du 28.10.2008 signé du Dr UU \_\_\_\_\_, Hôpital de B \_\_\_\_\_.
  - Rapport de physiothérapie, Clinique J \_\_\_\_\_ du 14.11.2008.
  - Consilium psychiatrique du 09.10.2008 daté du 18.11.2008 signé du Dr VV \_\_\_\_\_, chef de service.
  - Rapport de sortie de la clinique J \_\_\_\_\_ concernant le séjour du 07.10 au 11.11.2008, rapport signé de Dr WW \_\_\_\_\_ et Dre XX \_\_\_\_\_
  - Courrier du Dr P \_\_\_\_\_ adressé au Dr W \_\_\_\_\_, Hôpital de B \_\_\_\_\_.
  - Prescriptions de physiothérapie signées du Dr P \_\_\_\_\_ datés du 18.12.2008, 21.04.2009, 03.08.2009, 23.02.2010, 04.05.2011.
  - Rapport de consultation neurologique du 26.01.2009, daté du 08.10.2009 signé du Prof. W \_\_\_\_\_ médecin-chef, neurologie à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_.
  - Courrier du Dr P \_\_\_\_\_ adressé au service juridique K \_\_\_\_\_
  - Rapport de consultation psychiatrique datée du 12.10.2010 par le Dr YY \_\_\_\_\_ à ZZ \_\_\_\_\_ adressé au Dr AAA \_\_\_\_\_.
  - Rapport d'expertise médicale pluridisciplinaire daté du 14.10.2010 adressé au Dr BBB \_\_\_\_\_, médecin-conseil, office A.I. à B \_\_\_\_\_.
  - Rapport d'ENMG du 07.11.2008 daté du 11.11.2008 signé du Dr CCC \_\_\_\_\_ médecin spécialiste en neurologie à B \_\_\_\_\_.
  - Courriers des médecins de la clinique J \_\_\_\_\_, Dr WW \_\_\_\_\_ et Dre XX \_\_\_\_\_ adressés à l'Office Cantonal A.I. du Valais en appui à la mise à disposition d'un fauteuil roulant et d'un lit électrique pour X \_\_\_\_\_, datés du 22.12.2008
  - Rapport de consultation orthopédique signée du Dr OO \_\_\_\_\_ et du Dr EEE \_\_\_\_\_ concernant une consultation du 2.11.2012 à R \_\_\_\_\_
- III. Anamnèse de X \_\_\_\_\_
- X \_\_\_\_\_ a été convoquée pour un examen à notre cabinet médical le 26.09.2018.
- X \_\_\_\_\_ réside actuellement à l'adresse suivante : xxx, O \_\_\_\_\_.
- X \_\_\_\_\_ est joignable au numéro de téléphone portable suivant xxx. Son mari H \_\_\_\_\_ est joignable au téléphone xxx.
- X \_\_\_\_\_ s'est rendue ponctuellement à la consultation, elle est amenée par le service de transport médicalisé FFF \_\_\_\_\_. Elle circule en chaise roulante. X \_\_\_\_\_ est accompagnée lors de cet examen par son fils, GGG \_\_\_\_\_, âgé de xxx ans.
- X \_\_\_\_\_ est née le xxx, elle est mariée à H \_\_\_\_\_ depuis 10 ans.
- X \_\_\_\_\_ est née à HHH \_\_\_\_\_ au III \_\_\_\_\_. Dès sa naissance, on diagnostique une dysplasie des deux hanches. X \_\_\_\_\_ est opérée vers l'âge de 3 ans de ses hanches droite et gauche à HHH \_\_\_\_\_. Elle poursuit une scolarité et des études à HHH \_\_\_\_\_, et bénéficie d'une formation comme secrétaire d'architecte à HHH \_\_\_\_\_.
- X \_\_\_\_\_ vient en Suisse en xxx, où elle fait connaissance de son mari et déménage à B \_\_\_\_\_ auprès de lui. Une première fille naît en xx de cette union, un fils né en xxx.
- Depuis 2004, X \_\_\_\_\_ souffrait de douleurs de hanches. Sa marche était toutefois possible avec des douleurs. Le périmètre de marche n'était pas limité à ce moment-là.
- Habitant JJJ \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ a consulté le Dr P \_\_\_\_\_ sur le conseil de son médecin traitant à plusieurs reprises en raison de douleurs de hanches prédominant à droite. X \_\_\_\_\_, très gênée par des douleurs

progressivement handicapantes souhaitait bénéficier d'une opération afin de pouvoir travailler et de mieux s'intégrer socialement. A l'époque, les douleurs à la hanche droite étaient prédominantes. En ce qui concerne le calendrier des consultations médicales, les souvenirs de X \_\_\_\_\_ sont peu précis. Elles se souvient toutefois avoir consulté le Dr P \_\_\_\_\_ à plusieurs reprises afin de programmer une intervention de prothèse de hanche à droite, intervention repoussée deux fois puis fixée finalement à fin août 2008.

Juste avant l'intervention, X \_\_\_\_\_ déclare qu'elle pouvait marcher avec d'importantes douleurs mais sans l'aide de cannes et qu'elle prenait des médicaments anti-douleurs.

Elle n'avait jamais souffert de problèmes dépressifs ou de nature psychiatrique.

Avant son intervention, X \_\_\_\_\_ pratiquait le vélo, la trottinette, apprenait à conduire, pratiquait l'équitation et le basket.

X \_\_\_\_\_ est hospitalisée à l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ la veille de l'intervention du 27.08.2008. Ses souvenirs concernant le déroulement de l'opération et les jours qui ont suivi sont extrêmement vagues. Elle se souvient seulement avoir présenté une hémorragie post-opératoire et des complications chirurgicales qui ont nécessité un séjour hospitalier de longue durée.

Sa convalescence a été longue, pénible et répartie entre les hôpitaux de I \_\_\_\_\_, B \_\_\_\_\_, et le centre J \_\_\_\_\_ de B \_\_\_\_\_.

En ce qui concerne son actuel, X \_\_\_\_\_ dit être en mesure de se déplacer sur une distance de quelques mètres avec l'aide de cannes. Elle souffre de douleurs chroniques dans le dos, dans la région lombaire et dans la nuque.

X \_\_\_\_\_ se dit déprimée, stressée et déboussolée suite à la perte quasi-complète de son autonomie. Elle doit utiliser beaucoup de médicaments, certains de ces médicaments entraînent des troubles de la concentration.

Actuellement, X \_\_\_\_\_ est suivie chez un psychiatre, Dr KKK \_\_\_\_\_ à D \_\_\_\_\_, et le Dr LLL \_\_\_\_\_, son médecin traitant à O \_\_\_\_\_.

X \_\_\_\_\_ ne peut énumérer les médicaments qu'elle prend, ni nous dire de combien de médicaments différents elle a besoin actuellement.

X \_\_\_\_\_ n'a jamais pu reprendre une activité professionnelle depuis son opération, elle s'estime actuellement incapable de travailler, et avoue qu'elle ne peut pas s'occuper de son ménage, de ses enfants et de sa famille compte tenu de sa perte d'autonomie, de son état dépressif et des douleurs dont elle souffre en permanence.

A la question de savoir si elle est au bénéfice d'une rente A.I., X \_\_\_\_\_ n'est pas sûre, elle n'est pas en mesure de préciser le pourcentage de cette éventuelle rente.

Dans son appartement situé à O \_\_\_\_\_, D \_\_\_\_\_, X \_\_\_\_\_ se déplace d'une pièce à l'autre sur une chaise de bureau en s'aidant de deux cannes.

X \_\_\_\_\_ fait toujours ses courses avec l'aide de son mari, en dehors du domicile, elle circule en chaise roulante.

X \_\_\_\_\_ passe son temps dans son appartement et ne voyage pas.

Le mari de X \_\_\_\_\_, de formation électricien, a arrêté de travailler et est au bénéfice de l'aide sociale. Il souffre d'asthme et vient d'être opéré de l'épaule.

Actuellement, X \_\_\_\_\_ se plaint de douleurs dans la fesse droite, d'une inégalité de longueur des membres inférieurs avec le membre inférieur droit plus long que l'autre. Lorsqu'elle se tient debout, X \_\_\_\_\_ doit utiliser une compensation de hauteur portée dans la chaussure gauche, précisant qu'elle n'avait pas d'inégalité de longueur des membres inférieurs à sa connaissance avant l'intervention.

X \_\_\_\_\_ porte un pansement au niveau du pied droit suite à une opération récente sur son 4e orteil. Cette déformation de l'orteil résulte selon elle des complications des liées aux antécédents chirurgicaux sur le membre inférieur droit.

Le ménage de X \_\_\_\_\_ est tenu essentiellement par une aide-ménagère à la charge de l'aide sociale. Aide-ménagère chargée du nettoyage une fois par semaine, du repassage une fois par semaine, et la douche deux fois par semaine.

X \_\_\_\_\_ a été opérée d'une cholécystectomie il y a plusieurs années. Elle a été opérée du quatrième orteil droit il y a une semaine.

IV. Prise de position du Dr P \_\_\_\_\_ médecin-chef à l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ en 2008 et prise de position de celui-ci

Le Dr P \_\_\_\_\_ a été prié de nous décrire les événements ayant conduit à la prise en charge chirurgicale de X \_\_\_\_\_, l'intervention du 27.08.2008 et les éléments ayant conduit aux complications résultant de cette intervention chirurgicale d'arthroplastie totale de la hanche droite du 27.08.2008.

Dans son rapport du 26.09.2018, le Dr P \_\_\_\_\_ affirme avoir reçu en consultation X \_\_\_\_\_ à plusieurs reprises avant août 2008. La patiente présentait une coxarthrose avec des douleurs invalidantes des deux hanches prédominant à droite. La hanche droite était raide, le périmètre de marche était limité à 30 minutes sans canne. Les douleurs étaient telles que la patiente était réveillée fréquemment la nuit.

Selon les souvenirs du Dr P \_\_\_\_\_, l'intervention d'arthroplastie totale de la hanche droite effectuée avec l'assistance du Dr MMM \_\_\_\_\_, médecin-chef à l'Hôpital de I \_\_\_\_\_, s'est déroulée sans événement inhabituel. Une voie d'abord trans-fessière a été utilisée. Aucun saignement inhabituel n'a été constaté durant l'intervention. La durée de l'intervention correspondait à une durée habituelle.

A la fin de l'intervention pratiquée en décubitus latéral, dès l'instant où X \_\_\_\_\_ a été repositionnée en décubitus dorsal (sur le dos), une hypotension, une tachycardie et distension abdominale anormales ont été constatées par le personnel d'anesthésie. Le drain placé dans la plaie chirurgicale ne montrait quant à lui pas d'écoulement hémorragique anormal. La source du saignement était donc à chercher ailleurs qu'au niveau du site opératoire.

Un ultrason effectué en urgence à la demande des opérateurs, a mis en évidence une importante quantité de liquide intra-abdominal. Face à une instabilité hémodynamique, suspectant une lésion vasculaire au niveau du petit bassin, X \_\_\_\_\_ a été transférée immédiatement en ambulance à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ à la demande du Dr P \_\_\_\_\_ et des anesthésistes pour prise en charge d'une probable lésion vasculaire pelvienne après s'être assurés de la disponibilité de l'équipe chirurgicale B \_\_\_\_\_.

Nous avons pu nous entretenir au téléphone avec le Dr P \_\_\_\_\_ à deux reprises concernant le dossier de X \_\_\_\_\_.

Le Dr P \_\_\_\_\_ nous dit avoir reçu en consultation ambulatoire X \_\_\_\_\_ à cinq ou six reprises avant qu'une date opératoire n'ait été fixée.

Le Dr P \_\_\_\_\_ était assisté d'un chirurgien bien expérimenté lors de l'intervention du 27.08.2008. Durant l'intervention chirurgicale, aucun saignement anormal n'a été observé, c'est au moment du déplacement de X \_\_\_\_\_ en position de décubitus dorsal qu'une chute de tension et des signes d'hémorragie profonde ont été constatés.

La décision de transfert immédiat a été prise en tenant compte du fait que l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ ne disposait pas d'un équipement d'angiographie ou d'un chirurgien vasculaire sur place et que les éléments à disposition à ce moment-là laissent penser que l'hémorragie était située au niveau abdominal et non pas au niveau de l'incision chirurgicale utilisée pour poser la prothèse de hanche. Il était dès lors évident qu'une intervention de chirurgie vasculaire au niveau abdominal était indiquée. Laquelle ne pouvait se pratiquer qu'au sein de l'hôpital de B \_\_\_\_\_, où le Prof. S \_\_\_\_\_ était disponible à ce moment-là.

Durant la convalescence qui a suivi les interventions chirurgicales de 2008, il a été constaté que X \_\_\_\_\_ présentait une atteinte à du nerf fémoral droit avec des troubles moteurs importants liés à une dysfonction du muscle quadriceps. Le Dr P \_\_\_\_\_ a par la suite contacté à plusieurs reprises le Prof. S \_\_\_\_\_ afin de discuter d'une éventuelle révision chirurgicale en raison de l'atteinte neurologique du membre inférieur droit. L'indication à une telle intervention n'a pas été retenue compte tenu du status cicatriciel local secondaire aux interventions récentes et au deux césariennes que X \_\_\_\_\_ avait subies en 1996 et 2004, et à la lésion du nerf fémoral qui semblait complète. Il a été décidé de ne pas réviser ce nerf compte-tenu des faibles chances de succès d'une suture nerveuse à ce niveau.

A la question que nous lui avons posée concernant deux orifices observés dans l'os iliaque proximale à l'acétabulum, le Dr P \_\_\_\_\_ pense qu'il s'agit probablement des traces des écarteurs impactés au cours de l'intervention d'arthroplastie.

Le Dr P \_\_\_\_\_ est profondément affecté par l'évolution défavorable de X \_\_\_\_\_ secondaires à l'intervention du 27.08.2008, il a régulièrement suivi la patiente au cours des mois et années jusqu'à son départ de I \_\_\_\_\_ pour occuper le poste de médecin-chef à l'Hôpital de NNN \_\_\_\_\_, poste qu'il occupe actuellement.

V. Prise de position de Y \_\_\_\_\_, respectivement de la II \_\_\_\_\_ assurances

Nous avons prié la direction de Y \_\_\_\_\_ de nous faire part de leur prise de position dans cette affaire. Dans un courrier daté du 25.09.2018, OOO \_\_\_\_\_ nous fait parvenir le rapport établi conjointement avec l'assurance II \_\_\_\_\_, daté du 22.11.2011 et signé de JJ \_\_\_\_\_.

Ce document étant à disposition des parties, nous n'y reviendrons pas en détail.

JJ \_\_\_\_\_ relève que l'intervention du 27.08.2018 a été effectuée par les Dr P \_\_\_\_\_ et Dr MMM \_\_\_\_\_, tout deux médecin-chef spécialistes FMH en chirurgie orthopédique. Dans ce document, on note que la mise en place de la prothèse s'est déroulée selon un protocole standard, sans complication durant l'intervention.

Face à une hypotension majeure, X \_\_\_\_\_ a été transférée sans délai à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ où elle a été prise en charge par le Prof. S \_\_\_\_\_.

A l'Hôpital de B \_\_\_\_\_, une laparotomie exploratrice a été pratiquée durant laquelle une lésion des veines iliaques droites a été identifiée. En raison de troubles de la coagulation, une réparation veineuse n'a pu être entreprise immédiatement. Lors d'une seconde intervention le lendemain, un pontage veineux a été réalisé par le Prof. S \_\_\_\_\_.

Quinze jours plus tard, X \_\_\_\_\_ a été re-transférée à l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ dans le service d'orthopédie.

Face à l'évidence d'une lésion nerveuse dans le nerf fémoral, l'éventualité d'une révision chirurgicale a été discutée à plusieurs reprises entre le Dr P \_\_\_\_\_, le Prof. S \_\_\_\_\_ et la patiente. Cette intervention n'a toutefois pas été décidée.

Selon JJ \_\_\_\_\_, sur la base des protocoles opératoires, aucun manquement aux règles de l'art ne peut être identifié à l'origine des complications déplorées.

Aucune faute n'est admise quant à la mise en évidence per-opératoire d'un saignement par les chirurgiens orthopédistes durant l'intervention du 27.08.2008. Le diagnostic d'hémorragie n'a été posé que durant la phase postopératoire immédiate.

Le transfert immédiat de X \_\_\_\_\_ à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ était justifié pour des raisons logistiques, la prise en charge de lésions vasculaires n'étant par possible à l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ alors qu'elle l'était à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_.

L'origine de la lésion du nerf crural n'est pas évidente. Toujours selon cette prise de position, il est peu vraisemblable que la lésion nerveuse résulte de l'intervention de chirurgie orthopédique étant donné que ce nerf ne se trouve pas dans le champ opératoire utilisé par les Dr P \_\_\_\_\_ et MMM \_\_\_\_\_. Au contraire, il n'est pas exclu que la lésion du nerf crural ait pu être causée dans le cadre de la chirurgie veineuse entreprise en extrême urgence.

Selon le rapport de JJ \_\_\_\_\_, resp. la II \_\_\_\_\_, resp. Y \_\_\_\_\_, aucune violation des règles de l'Art médical n'est admise à l'origine des lésions constatées, il en va de même de la manière dont a été assuré le suivi post-opératoire.

VI. Examen clinique de X \_\_\_\_\_ à notre cabinet le 26.09.2018

X \_\_\_\_\_ vient à notre consultation en chaise roulante, ses déplacements sont impossibles sans l'aide de deux cannes. Avec l'aide de cannes, X \_\_\_\_\_ est capable de se déplacer sur une distance de quelques mètres seulement.

On note une inégalité de longueur des membres inférieurs en défaveur du côté gauche de 1,5 cm. La distance épine iliaque antéro-supérieure—malléole interne est de 77 cm à droite et 75 cm à gauche.

Présence de nombreuses cicatrices au niveau des deux hanches, du genou droit, de la cuisse gauche et de l'abdomen. En particulier, cicatrice de voie d'abord latérale sur la hanche droite, cicatrice ancienne de voie d'abord antérieure sur la hanche droite, cicatrice d'abord antérieure sur le pli inguinal droit, cicatrice de voie d'abord antérieure sur le fémur distal droit, cicatrice de voie d'abord antérieure sur la hanche gauche, cicatrice de voie d'abord sur la face antérieure au tiers-proximal de la cuisse gauche, cicatrice de laparotomie médiane sur l'abdomen, cicatrice de voie d'abord sous costale sur l'hypochondre droit.

Selon X \_\_\_\_\_, les cicatrices de laparotomie médiane xyphopubienne, antérieure sur le pli inguinal droit et antérieure sur la cuisse gauche résultent des interventions chirurgicales à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_.

La cicatrice latérale sur la hanche droite résulte de l'intervention d'arthroplastie de la hanche à l'Hôpital de I \_\_\_\_\_.

Les cicatrices antérieures sur la hanche droite et gauche, la cicatrice de voie d'abord antérieure sur le fémur distal à droite résultent d'interventions anciennes effectuées à HHH \_\_\_\_\_.

La cicatrice sous-costale à droite résulte de l'intervention d'ablation de la vésicule biliaire.

Le pansement et l'intervention sur le quatrième orteil droit sont récents.

X \_\_\_\_\_ présente une atrophie musculaire marquée au niveau des deux membres inférieurs. L'atrophie musculaire au niveau de la cuisse droite est nettement plus prononcée.

Hypoesthésie et anesthésie à la sensation du piqué sur la face antérieure de la cuisse droite.

| Testing musculaire   | Droite  | Gauche  |
|--|---------|---------|
| Quadriceps   | 0       | 4-5     |
| Fessiers   | 2       | 3-4     |
| Ischio-jambiers  | 2       | 3-4     |
| Releveurs pied   | 2       | 4-5     |
| Fléchisseurs pied  | 2       | 4-5     |
| Reflexes ostéotendineux  | Droite  | Gauche  |
| Achilléens   | +       | +       |
| Patellaires  | -       | +       |
| Pas de trouble de la sensibilité au niveau du membre inférieur gauche. |         |         |
| Mobilité des hanches   | Droite  | Gauche  |
| Flexion extension  | 80/0/0  | 90/0/0  |
| Rotation interne/rotation Externe                                      | 15/0/15 | 15/0/20 |
| Abduction/adduction  | 25/0/20 | 25/0/20 |

X \_\_\_\_\_ ne tient pas en position debout et ne peut pas effectuer un seul pas sans canne.

Cette patiente présente des troubles mnésiques sévères, elle est ralentie, elle paraît profondément déprimée, complètement déboussolée depuis plusieurs années par ce qui lui arrive.

#### VII. Examen des radiographies à disposition de l'expert

Radiographie de thorax de face du 7.08.2008 à 16h53 :

Il s'agit d'une radiographie effectuée au lit, patiente couchée, intubation trachéale en place montrant une bonne ventilation des deux plages pulmonaires, infiltration interstitielle de la plage pulmonaire droite.

Radiographie du thorax de face effectuée au lit le 28.08.2008 à 7h59

Infiltration diffuse des plages pulmonaires nettement prédominant à droite, patiente intubée, sonde naso-gastrique en place, épanchement pleural droit important.

Radiographie du thorax de face du 29.08.2008 8h12 :

Patiente couchée aux soins intensifs, sonde naso-gastrique en place, intubation trachéale. Infiltrat-parenchymateux diffus plus marqué à droite, présence d'un épanchement pleural droite diminué par rapport aux clichés de la veille, l'infiltrat-parenchymateux est toutefois augmenté sur les deux plages pulmonaires.

Radiographie de thorax de face du 30.08.2008 à 8h 10 effectuée en position couchée:

L'infiltrat-parenchymateux sur les deux plages pulmonaires toujours présent et prédominant à droite a diminué par rapport au cliché de la veille. Épanchement pleural toujours présent à droite mais en voie de disparition. La patiente n'est plus intubée, la sonde naso-gastrique a été retirée.

Radiographie de thorax de face couchée du 31.08.2008 à 14h16, Hôpital de B \_\_\_\_\_ :

Présence d'un épanchement pleural bilatéral foyer pulmonaire diffus sur les deux plages pulmonaires, la patiente est extubée, l'épanchement pleural a diminué à droite mais est marqué du côté gauche.

Scanner thoracique du 01.09.2008 à 11h42, Hôpital de B \_\_\_\_\_

Il s'agit d'un angio-scanner à la recherche d'une embolie pulmonaire. Les images semblent mettre en évidence une embolie pulmonaire concernant les branches de l'artère pulmonaire à droite un épanchement pleural bilatéral est présent. Atélectases du lobe inférieur droit et gauche probablement lié à l'embolie pulmonaire (interprétation du sous-signé à corrélérer au rapport des radiologues).

Radiographie du thorax couché de face du 03.09.2008:

Amélioration voire disparition des épanchements pleuraux bilatéraux, infiltration parenchymateuse diffuse en voie d'amélioration sur les deux plages pulmonaires.

Scanogramme thoraco-abdominal du 05.09.2008 à 11h47 :

Sur cette image, les deux plages pulmonaires semblent bien ventilées. On note la présence d'une arthroplastie totale de la hanche droite en place. Des agrafes cutanées sont visibles sur plusieurs incisions au niveau de la hanche droite dont une incision externe, deux incisions antérieures, une incision antérieure sur le trajet de l'axe vasculaire fémoral gauche au niveau de la cuisse proximale, laparotomie xyphopubienne.

Dysplasie fémoro-acétabulaire de la hanche gauche. Coupes de scanner au niveau du pelvis du 5.03.2008:

Une arthroplastie totale de hanche droite est en place au niveau de l'acétabulum et du fémur droit. Les implants semblent bien positionnés. La cupule est stabilisée à l'aide d'une vis insérée dans l'os iliaque. La pointe de la vis dépasse de 5 mm la table interne de l'os iliaque au niveau de la fosse iliaque. Présence de liquide libre intra-abdominal.

Sur les reconstructions tridimensionnelles effectuées à partir de ces images de scanner, on note la présence de deux orifices récents d'un diamètre de 5 mm environ, forés à travers l'aile iliaque droite, vraisemblablement pour mettre en place un écarteur ou autre instrument utilisé durant l'intervention d'arthroplastie. La protrusion de la vis fixant le composant acétabulaire est bien visible sur les reconstructions tridimensionnelles. Sa protrusion intra-pelviennne ne dépasse pas 5 mm. L'orientation des composants prothétiques est correcte.

Thorax de face du 09.09.2008, Hôpital de B \_\_\_\_\_ :

Les deux plages pulmonaires sont bien ventilées, un infiltrat-parenchymateux diffus en voie de diminution est encore visible essentiellement sur la plage pulmonaire droite. La distension abdominale observée sur les clichés précédents est en voie de disparition.

Radiographie de thorax de face et de profil du 15.10.2008. Image normale, bonne ventilation des deux plages pulmonaires, disparition complète des épanchements pluraux.

Scanner abdominal et pelvien du 28.10.2008, Hôpital de B \_\_\_\_\_. On note la persistance de liquide libre intra-abdominal. (Commentaire à corrélérer avec le rapport des radiologues de l'Hôpital de B \_\_\_\_\_.) Le scanogramme des deux fémurs et des deux hanches permet de mesurer l'inégalité de longueur jusqu'aux articulations du genou, elle se monte à 2 cm en défaveur de la gauche.

Radiographie du thorax de face, Hôpital de B \_\_\_\_\_, 31.07.2010:

Ventilation symétrique des deux plages pulmonaires, absence d'épanchement pleural, absence de foyer pulmonaire.

Radiographie du bassin de face, 28.08.2010, clichés effectués à l'Hôpital de I \_\_\_\_\_.

Arthroplastie totale de la hanche droite en place, les composants prothétiques sont correctement orientés. Le composant acétabulaire est stabilisé à l'aide d'une vis spongieuse. Aucun signe de descellement des implants n'est visible sur ces clichés.

Radiographies de bassin et de colonne lombaire effectuée selon notre demande au service de radiologie de la Clinique PPP \_\_\_\_\_ à D \_\_\_\_\_ 26.09.2018:

Image de bassin de face centrée sur la symphyse pubienne montrant un status après arthroplastie totale de la hanche droite. Les composants prothétiques ne présentent aucun signe d'usure, de descellement ou de migration.

Dysplasie sévère de la hanche gauche avec atteinte dégénérative qui a nettement progressé par rapport aux images précédentes. Un pincement prononcé de l'interligne coxo-fémoral supérieur est noté. Au niveau de la colonne lombaire, absence de troubles dégénératifs, alignement des corps vertébraux correct. Discrète scoliose à convexité gauche centrée sur L2, ceci est lié à la présence de troubles dégénératifs discret au niveau L1-L2 et L2-L3.

L'alignement des corps vertébraux lombaire est par ailleurs sans particularité.

VIII. Analyse des documents à disposition de l'expert

La liste complète des documents considérés comme relevant par le soussigné, extraits du dossier qui nous a été soumis par le greffe du tribunal est détaillée ci-dessus au chapitre II.

L'analyse des documents nous amène à formuler les observations suivantes

Dans son premier rapport du 3.5.2007 adressé au médecin traitant, le Dr Q \_\_\_\_\_, le Dr P \_\_\_\_\_ note que la mobilité des deux hanches de X \_\_\_\_\_ est très limitée, elle présente une inégalité de longueur des membres inférieurs en défaveur du côté droit d'environ 1.5 cm. La patiente présente des douleurs mécaniques au niveau des hanches avec un périmètre de marche de maximum 30 minutes, elle doit utiliser des importantes doses d'anti-inflammatoires tous les jours. X \_\_\_\_\_ présente des antécédents d'ostéotomie des deux hanches effectuées au III \_\_\_\_\_ dans les années 60.

Une intervention d'arthroplastie de hanche a été recommandée, l'intervention sera repoussée à plusieurs reprises. Les risques d'une intervention chirurgicale d'arthroplastie ont été discutés avec la patiente.

X \_\_\_\_\_ a consulté le service d'urgence de l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ en raison de douleurs articulaires le 12.04.2008.

X \_\_\_\_\_ a été vue par le service d'anesthésie de l'Hôpital de I \_\_\_\_\_, les documents de consultation pré-opératoires en attestent. Un formulaire de consentement pré-anesthésique est signé de X \_\_\_\_\_ le 16.04.2008.

Le protocole opératoire concernant l'intervention chirurgicale d'arthroplastie totale de la hanche droite datée du 27.08.2008 mentionne que l'intervention est effectuée par le Dr P \_\_\_\_\_ assisté du Dr MMM \_\_\_\_\_, médecin-chef. L'intervention a lieu en anesthésie générale et décubitus latéral gauche. Une voie d'abord latérale est utilisée.

Selon le protocole opératoire, l'intervention chirurgicale semble se dérouler sans problème particulier, bien que face à une hanche dysplasique, déjà opérée, les conditions locales sont un peu inhabituelles. A aucun moment, le compte rendu opératoire ne fait mention d'un saignement anormal. Une fois les composants prothétiques mis en place, avec une fixation du composant acétabulaire à l'aide d'une vis, la hanche est stable. Un Redon aspiratif est mis en place.

Le compte rendu du Dr P \_\_\_\_\_ mentionne qu'en post-opératoire immédiat, la patiente développe une hypotension majeure ne répondant pas à un remplissage rapide ainsi qu'à l'administration d'au moins quatre culots érythrocytaires. La radiographie de contrôle en salle de réveil est satisfaisante. Un ultrason abdominal est demandé qui confirme la présence de liquide libre abdominal.

Face à l'évidence d'un état de choc avec saignement à point de départ abdominal, le Dr P \_\_\_\_\_ contacte l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ et organise le transfert immédiat en ambulance pour le contrôle chirurgical de l'hémostase intra-abdominale, suspectant une lésion vasculaire au niveau des troncs artériels ou veineux iliaques interne ou du plexus sacré.

La feuille d'anesthésie relative à l'intervention arthroplastie du 27.08.2008 est de type informatisée, relatant avec précision, minute par minute l'évolution des paramètres vitaux de la patiente durant l'intervention. L'anesthésiste est le Dr QQQ \_\_\_\_\_.

On constate que l'intervention chirurgicale a commencé par l'anesthésie à 07:17. Une fois anesthésiée, la patiente est positionnée en décubitus latéral gauche à 07:45. L'intervention chirurgicale, l'incision cutanée débute environ à 08:00. A ce moment-là, les paramètres de tension artérielle et de pouls sont parfaitement dans la norme. A 09:15, le protocole d'anesthésie laisse apparaître une tachycardie et une hypotension. Une première dose de Phényléphrine, (médicament administré en cas de baisse de tension) est administrée à 09:45. Un premier culot érythrocytaires est administré à 09:45. Après ceci dès 09:45 la patiente reste instable du point de vue hémodynamique malgré l'injection de plusieurs doses de Phényléphrine puis de Noradrénaline. Durant l'intervention quatre culots érythrocytaires sont administrés. L'intervention se termine vers 10:30-10:45. L'heure exacte de fin d'intervention n'est pas précisée sur ce rapport.

Une sonde naso-gastrique est mise en place à 11:00. L'enregistrement des paramètres vitaux prend fin à 11:15 exactement, soit au moment où la patiente est remise aux ambulanciers. A ce moment-là, la tension artérielle est basse à 80/60 et la fréquence cardiaque à 120/min. On note que durant la prise en charge anesthésique à I \_\_\_\_\_, un volume total de 2350 ml de produits sanguin a été administré.

On peut ainsi déduire que les premiers signes d'hypotension sont apparus durant l'intervention chirurgicale, même si les chirurgiens qui intervenaient au niveau de la hanche ne constataient pas de leur côté de saignement au niveau du site opératoire.

Les examens sanguins de X \_\_\_\_\_ effectués juste avant son transfert à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ soit le 27.08.2008 à 10:55 font apparaître des perturbations importantes des valeurs de pH (acidose) et de saturation d'oxygène. La patiente est anémique malgré le fait qu'elle a déjà reçu cinq transfusions.

L'échographie abdominale effectuée au bloc opératoire le 27.08.2008, rapport signé du Dr KK \_\_\_\_\_, médecin-chef de radiologie, met en évidence la présence d'une collection dans la fosse iliaque droite, collection refoulant vers la gauche la vessie, ceci signifie la présence d'un hématome rétro-péritonéal. Du liquide libre est également présent au niveau intra-abdominal, l'image évoque un hémorétro-péritoine.

Nous disposons du rapport d'intervention des ambulanciers concernant le transfert de X \_\_\_\_\_ en urgence le 27.08.2008 entre l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ et l'Hôpital de B \_\_\_\_\_. Le motif de transfert est qualifié de "hémorragie en salle d'opération", la patiente est toujours intubée lors du transfert. Malheureusement, l'heure exacte du transfert n'est pas lisible sur le document scanné qui nous a été remis.

La tension artérielle de X \_\_\_\_\_ lors de sa prise en charge par les ambulanciers est de 120/90, le pouls est à 100. Une mesure de tension artérielle intervient à trois reprises durant le transfert, elle reste dans les valeurs mentionnées. Selon le rapport des ambulanciers, X \_\_\_\_\_ est directement confiée au bloc opératoire de l'Hôpital de B \_\_\_\_\_.

Le rapport de sortie, datée du 22.10.2008 concernant le séjour de X \_\_\_\_\_ dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologie du 26.08 au 27.08.2008, date de son transfert à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ est signé des Dr P \_\_\_\_\_, Dr MMM \_\_\_\_\_ et Dr RRR \_\_\_\_\_ médecins assistants. Dans cette lettre de sortie, on note que dans le post-opératoire immédiat après l'intervention d'arthroplastie du 27.08, X \_\_\_\_\_ a présenté un choc hémorragique avec hypotension sévère qui a motivé son transfert en urgence à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_. Une laparotomie a mis en évidence à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ une lésion de la veine iliaque externe droite. Nous disposons du protocole opératoire concernant la prise en charge chirurgicale immédiate par le Prof. S \_\_\_\_\_ en date du 27.08.2008.

Lors de la prise en charge au bloc opératoire par le Prof. S \_\_\_\_\_, X \_\_\_\_\_ est tachycarde, en état de choc. Une laparotomie médiane xypho-puL \_\_\_\_\_ est effectuée, mettant en évidence un hémopéritoine important. La source hémorragique se situe selon le Prof. S \_\_\_\_\_ dans la fosse iliaque droite. Selon le protocole, les artères iliaques communes et externes sont intactes, les veines iliaques externes et la veine iliaque commune sont lacérées. Après ligature et suture des sources de saignement veineux, l'hémostase est obtenue. La feuille de surveillance anesthésique relative à cette intervention précise que le début de l'intervention est intervenu à 12:15, fin d'intervention à 13:15.

Nous disposons d'un listing de tous les dérivés sanguins administrés à X \_\_\_\_\_ entre le 27.08 et le 29.08.2008, soit deux autotransfusions (prélevée à la patiente avant l'intervention) ont été administrées le 27.08 durant l'opération à l'Hôpital de I \_\_\_\_\_. 17 culots érythrocytaires et 2 poches de plasma frais ont été administrés par la suite.

Dans le résumé du séjour aux soins intensifs de l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ du 27 au 30.08, document daté du 27.10.2008 et signé de Dr MM \_\_\_\_\_, médecin-chef, nous constatons que X \_\_\_\_\_ a été stabilisée par la prise en charge chirurgicale en urgence puis à la suite d'une 2e intervention chirurgicale 28.08.2008. Après son extubation, X \_\_\_\_\_ a progressivement évolué de façon favorable.

Dans le rapport de sortie concernant le séjour de X \_\_\_\_\_ à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_, rapport signé du Prof. S \_\_\_\_\_, Dr OO \_\_\_\_\_ et Dr PP \_\_\_\_\_ daté du 03.10.2008, on précise que le motif d'hospitalisation était un choc hémorragique massif. X \_\_\_\_\_ a bénéficié de 2 interventions chirurgicales en (27.08 et 28.08.2008) pour hémostase, packing et relaparotomie, lavage abdominal, pontage veineux entre les veines fémorales superficielles. Les complications mentionnées sont un thrombus veineux de la veine fémorale droite, une insuffisance rénale aiguë, une coagulation intravasculaire disséminée, une thrombocytose réactionnelle.

X \_\_\_\_\_ est retransférée à l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ pour la suite du traitement. A noter que des troubles moteurs dans le membre inférieur droit ne sont pas mentionnés dans ce rapport.

La première mention d'un trouble moteur dans le territoire du muscle quadriceps à droite est mentionnée dans un rapport de physiothérapie datée du 16.10.2008 signé de QQ \_\_\_\_\_, physiothérapeute à I \_\_\_\_\_. Ce rapport relate les progrès moteur de X \_\_\_\_\_ durant son séjour à l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ jusqu'à son transfert à J \_\_\_\_\_. Le testing musculaire a mis en évidence une plégie du quadriceps droit à 1/5 et un fonctionnement de 4/5 à gauche, le testing du psoas droit est à 1/5 versus 4/5 à gauche. Selon ce rapport, X \_\_\_\_\_ est indépendante sur deux cannes et marche pratiquement en charge complète.

Dans le rapport de sortie datée du 22.10.2008 relatif au séjour de X \_\_\_\_\_ à l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ du 11.09.2008 au 07.10.2008, rapport adressé au médecin traitant et signé du Dr P \_\_\_\_\_, Dr MMM \_\_\_\_\_ et Dr RRR \_\_\_\_\_, on mentionne une parésie quadricipitale à gauche, (il s'agit sans doute d'une erreur, le problème étant situé à droite). Un programme de tonification du quadriceps est en cours. Un examen ENMG a été programmé.

Le rapport d'examen neurologique, ENMG, du 10.10.2008, signé du Dr UU \_\_\_\_\_, chef de clinique à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_, met en évidence une plégie de tous les muscles tributaires du nerf fémoral droit ainsi qu'une anesthésie dans le territoire de ce nerf avec aréflexie rotulienne droite.

Un conseilium psychiatrique du 9.10.2008 conclut à une réaction anxieuse consécutive aux interventions et aux complications subies par X \_\_\_\_\_.

Dans le rapport de sortie relatif au séjour de X \_\_\_\_\_ à la clinique J \_\_\_\_\_ du 7.10 au 11.11.2008, rapport adressé au Dr P \_\_\_\_\_ et signé du Dr WW \_\_\_\_\_ et de la Dre XX, on conclut à une neuropathie fémorale droite par axonotmesis (lésion des axones sans section complète du nerf), parésie quadricipitale à droite avec absence complète de réponse motrice et sensitive lors de la stimulation du nerf fémoral. La fonction du muscle psoas droit semble avoir récupéré.

Après deux mois d'évolution, aucune récupération neurologique dans le territoire du nerf fémoral droit n'est observée. La force du quadriceps droit est à 0/5. La patiente développe une atrophie de la musculature de la cuisse droite. L'indication à une ré-exploration chirurgicale de la région inguinale en vue d'une éventuelle neurolyse ou d'une greffe nerveuse a été discutée avec les médecins et chirurgiens qui suivent X \_\_\_\_\_. Du point de vue psychologique, un traitement antidépresseur et anxiolytique a été intCCCC \_\_\_\_\_ après sa sortie du centre de rééducation de la Suva, une poursuite du traitement de physiothérapie est recommandée. X \_\_\_\_\_ continuera d'être suivie sur le plan psychologique.

Un suivi neurologique est également recommandé.

Dans un courrier daté du 16.12.2008, le Dr P \_\_\_\_\_ prie le Prof. W \_\_\_\_\_, chef du service de neurologie à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_, d'évaluer une nouvelle fois le problème neurologique constaté.

Les bons de physiothérapie signés du Dr P \_\_\_\_\_ permettent de constater que X \_\_\_\_\_ a été régulièrement revue par ce dernier à au moins cinq reprises et ceci jusqu'au mois de mai 2011.

Le rapport de consultation neurologique datée du 8.10.2009 signé du Prof. W \_\_\_\_\_, chef de service de neurologie à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_, confirme une axonotmésis du nerf crural à droite. Selon lui, en absence de toute tentative de greffe, le pronostic de récupération neurologique n'est pas favorable.

Dans un rapport de consultation datée du 6.12.2012, rapport adressé au Dr TTT \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste FMH à D \_\_\_\_\_, signé du Dr OO \_\_\_\_\_, chef de clinique d'orthopédie à l'Hôpital Cantonal Universitaire de D \_\_\_\_\_ et du Dr EEE \_\_\_\_\_, médecin interne, on relève que X \_\_\_\_\_ se plaint de douleurs dans la hanche gauche, et qu'elle présente une inégalité de longueur des membres inférieurs en défaveur du côté gauche d'environ 3 cm selon ce rapport. La mobilisation de la hanche gauche est limitée à 90° de flexion et les rotations sont également limitées à ce niveau. Compte tenu des problèmes neurologiques dont souffre X \_\_\_\_\_ au niveau du membre inférieur droit, le pronostic d'une récupération fonctionnelle complète après arthroplastie totale de la hanche gauche reste réservé. Dans ces conditions, la patiente préfère renoncer à un traitement chirurgical.

IX. Constatations de l'expert basé sur les éléments disponibles

Avant l'intervention du 27.08.2008, X \_\_\_\_\_ ne présentait aucun trouble neurologique au niveau de ses membres inférieurs, elle n'avait pas d'antécédents psychiatriques.

X \_\_\_\_\_ avait été opérée des hanches droite et gauche vers l'âge de 3 ans en raison d'une dysplasie de hanche bilatérale.

Suite à cette dysplasie bilatérale de hanche, X \_\_\_\_\_ a développé une arthrose de la hanche droite. En raison de douleurs et d'impotence fonctionnelle rebelles au traitement par médicament, X \_\_\_\_\_ a été adressée au Dr P \_\_\_\_\_, médecin-chef en orthopédie à l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ en consultation.

Le Dr P \_\_\_\_\_ a reçu X \_\_\_\_\_ à plusieurs reprises. Une arthroplastie totale de hanche a été proposée à X \_\_\_\_\_ dès le mois de mai 2007, intervention repoussée à deux reprises par X \_\_\_\_\_ et finalement programmée d'entente avec Dr P \_\_\_\_\_ pour le 27.08.2008.

X \_\_\_\_\_ a été informée par le Dr P \_\_\_\_\_ du type d'intervention prévue, des risques liés à l'intervention et à l'anesthésie comme en attestent les documents signés par le Dr P \_\_\_\_\_ par X \_\_\_\_\_ ainsi que par les anesthésistes de l'Hôpital de I \_\_\_\_\_.

Avant l'opération d'arthroplastie, X \_\_\_\_\_ présentait une inégalité de longueur des membres inférieurs en défaveur de la droite de 1.5 cm selon le courrier du Dr P \_\_\_\_\_ daté du 3.05.2007.

Malgré un status inhabituel local au niveau de la hanche droite lié aux antécédents chirurgicaux et à la dysplasie de la hanche, le résultat radiologique final, visible sur les radiographies post-opératoires semble radiologiquement correct. Les composants implantés sont bien positionnés, leur taille correspond à l'anatomie locale. Si l'on se réfère à l'observation préopératoire du Dr P \_\_\_\_\_, l'inégalité de longueur défavorable au côté droit semble toutefois avoir été un peu surcorrigée, la patiente présentant actuellement en *postopératoire* un *excès de longueur* du membre inférieur droit dont elle se plaint, et qui nécessite l'utilisation d'une semelle de compensation portée sous le talon gauche. La mesure de longueur basée sur des images de scanner du 28.10.2008, (scannogramme des hanches et fémurs D+G) donne 33.2 cm entre la tubérosité ischiatique et l'échancrure intercondylienne du genou droit et 31 cm à gauche. Il existe donc un allongement mesuré de 2.2 cm du fémur droit. Relativement au raccourcissement du membre inférieur droit cliniquement évalué par le Dr P \_\_\_\_\_ en pré-opératoire à 1.5 cm, on peut en déduire que le membre inférieur droit a subi un allongement qui a pu atteindre 3.5 cm durant l'intervention d'arthroplastie.

La durée de l'intervention du 27.08.2008 correspondait aux durées habituelles selon le Dr P \_\_\_\_\_.

Selon le protocole d'anesthésie de l'Hôpital de I \_\_\_\_\_, la durée de l'opération a été de 2h30 environ. Les premiers signes de saignement sont apparus après 1h15mn d'intervention environ, et se sont aggravés malgré l'administration de quatre transfusions sanguines durant l'intervention.

L'hémorragie n'étant pas localisée au niveau du site opératoire, un ultrason abdominal a été réalisée en urgence immédiatement après la fin de l'intervention, une fois la patiente positionnée en décubitus dorsal. Cet examen a mis en évidence la présence d'un hémoro-rétropéritoine.

L'hôpital de de I \_\_\_\_\_ n'étant pas équipé pour l'angiographie ou pour la chirurgie vasculaire, la source du saignement ayant été identifiée au niveau abdominal, la décision d'un transfert immédiat à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_, site équipé pour la chirurgie vasculaire, a été prise sans délai.

Au moment de son transfert en ambulance à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_, X \_\_\_\_\_ était tachycarde. Sa tension artérielle de 120/90 et son pouls de 100/mn étaient compatibles avec un transfert en ambulance de 20 minutes jusqu'à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ où X \_\_\_\_\_ était attendue par le Prof. S \_\_\_\_\_ prévenu par le Dr P \_\_\_\_\_.

Le compte rendu opératoire signé du Dr S \_\_\_\_\_ concernant sa première intervention du 27.08.2008 décrit un arbre artériel intact mais une déchirure des veines iliaque externes et iliaques communes.

Une lésion du nerf fémoral n'est pas décrite dans le premier compte rendu du Prof. S \_\_\_\_\_.

Une lésion du nerf fémoral n'est pas décrite non plus dans le compte rendu opératoire du 28.08.2008 signé du Prof. S \_\_\_\_\_.

Il est difficile de déterminer avec précision la cause de la lésion vasculaire à l'origine du saignement rétro-péritonéal survenu durant l'intervention du Dr P \_\_\_\_\_. Selon le soussigné, l'hémorragie a pu être provoquée par une déchirure des veines lors de l'introduction d'une mèche à travers la cupule acétabulaire préalable à l'introduction d'une vis. La vis, bien visible sur les radiographies post-opératoires et sur les scanners ultérieurs, dépasse légèrement la table interne de l'os iliaque d'environ 5 mm. Il est possible qu'une perforation de la mèche de 1 ou 2 cm lors de sa mise en place ait pu provoquer une lésion de la veine iliaque. Autre hypothèse, la mise en place d'un écarteur impacté dans l'os iliaque, dont on observe encore l'orifice de passage à deux niveaux sur l'os iliaque proximale à l'acétabulum a peut-être provoqué la lésion vasculaire. Autre possibilité, un écarteur placé en avant de l'acétabulum a pu léser la veine. Autre possibilité, les veines iliaques, déjà fragilisées par le status cicatriciel préexistant ont pu se déchirer du fait de l'allongement au niveau de l'articulation de la hanche.

X \_\_\_\_\_ a présenté une lésion complète du nerf fémoral. Le problème est devenu évident durant les jours suivant les 3 interventions pratiquées à l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ et l'Hôpital de B \_\_\_\_\_.

Il n'est pas possible de déterminer si la lésion du nerf fémoral (crural) est intervenue au moment de la première, de la deuxième ou de la troisième intervention chirurgicale.

La lésion du nerf fémoral a pu être provoquée lors de la mise en place d'un écarteur durant l'intervention du Dr P \_\_\_\_\_. Autre hypothèse, la traction sur le nerf, résultant de l'allongement de plus de 3 cm a pu entraîner cette lésion. Le status anatomique remanié localement par les antécédents d'interventions sur la hanche à l'âge trois ans ayant pu rendre le nerf fémoral vulnérable à ce moment-là.

Il est éventuellement possible que la lésion du nerf fémoral se soit produite durant la première intervention du Prof. S \_\_\_\_\_ en extrême urgence, voir au cours de la deuxième intervention, étant précisé que le nerf fémoral, la veine et l'artère iliaque sont situés dans cette zone au contact immédiat l'un de l'autre.

La lésion du nerf fémoral n'a pas fait l'objet d'une révision chirurgicale. Il s'agit d'une lésion sensitive et motrice complète qui n'a pas récupéré à ce jour. Le pronostic de récupération peut donc être considéré comme nul actuellement.

X. Compétence de l'équipe ayant pris en charge X \_\_\_\_\_ à l'Hôpital de I \_\_\_\_\_

Aucun élément du dossier ne permet de douter de la compétence de l'équipe médicale et paramédicale qui a pris en charge X \_\_\_\_\_ à l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ au mois d'août 2008.

Le Dr P \_\_\_\_\_, Médecin Chef d'orthopédie à I \_\_\_\_\_ en 2008 est porteur du titre de spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, présentait toute compétence pour prendre en charge le cas de X \_\_\_\_\_. Le Dr P \_\_\_\_\_, formé durant plusieurs années au sein de l'Hôpital Cantonal Universitaire de D \_\_\_\_\_ comme

médecin interne, puis chef de clinique, disposait au moment de la prise en charge de X \_\_\_\_\_ de plusieurs années d'expérience. Le Dr MMM \_\_\_\_\_, Médecin-Chef du service de chirurgie orthopédique de l'Hôpital de I \_\_\_\_\_, présentait lui aussi les compétences requises pour prendre en charge le cas de X \_\_\_\_\_, le Dr MMM \_\_\_\_\_ est lui aussi porteur du type de spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.

Nous n'avons aucune raison de douter de la compétence de l'équipe d'anesthésiologie de l'Hôpital de I \_\_\_\_\_. Le protocole de l'intervention du 27.08.2008 montre que les anesthésistes ont réagi avec rapidité et efficacité face à une situation inattendue, parvenant à stabiliser X \_\_\_\_\_ du point de vue hémodynamique, malgré des pertes sanguines importantes, jusqu'à son transfert à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_.

L'arthroplastie de la hanche fait partie des interventions chirurgicales fréquemment réalisées au sein de l'Hôpital de I \_\_\_\_\_. Aucun élément ne permet ainsi de dire que ce type d'intervention ne dépasse les compétences de ce centre.

Un saignement hémorragique important s'est produit durant l'intervention d'arthroplastie totale de la hanche droite effectuée le 27.08.2008. Le protocole d'anesthésiologie montre que les premiers signes d'instabilité hémodynamique traduisant une perte sanguine anormale sont apparus environ une demi-heure avant la fin de l'intervention, et que ces signes d'instabilité hémodynamique persistaient après la fin de l'intervention chirurgicale. L'instabilité hémodynamique a nécessité l'administration de plusieurs flacons de transfusion sanguine et l'administration de médicaments puissant (adrénergique) afin de garder une tension artérielle suffisante jusqu'au transfert de X \_\_\_\_\_ à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_.

Les problèmes hémorragiques font partie des complications redoutées après arthroplastie totale de la hanche. Dans une revue publiée dans le journal « Bone & Joint Journal » en 2015, Alshameeri procède à une revue de la littérature consacrée aux lésions vasculaires durant arthroplastie totale de la hanche. Au cours des 22 dernières années, cet auteur recense 61 articles consacrés à ce problème, faisant état de 138 lésions vasculaires chez 124 patients. Les vaisseaux les plus fréquemment lésés, selon cet auteur, sont les branches de l'artère ou de la veine iliaque, soit les vaisseaux iliaques interne soit les vaisseaux iliaque externe. Le risque de lésions vasculaires durant une arthroplastie totale de la hanche est estimé selon cet auteur à une valeur située entre 0,04 % à 0,25 %. Les lésions vasculaires sont généralement provoquées par la mise en place d'un écarteur ou par la pénétration d'une vis utilisée pour stabiliser le composant acétabulaire. Toutes les voies d'abord communément utilisées pour l'arthroplastie de la hanche peuvent provoquer des lésions vasculaires. La voie d'abord antéro-latérale, en particulier. C'est cette voie d'abord qui a été utilisée par le Dr P \_\_\_\_\_ lors de son intervention. Dans cette publication, on insiste sur la proximité immédiate (7 mm seulement) entre l'emplacement habituel de positionnement d'un écarteur antérieur (épine iliaque antéro-inférieure) et l'artère et la veine fémorale.

Chez X \_\_\_\_\_, aucun saignement anormal n'est apparu au niveau du site opératoire. Selon des informations à notre disposition, l'hémorragie observée chez X \_\_\_\_\_ s'est produite au niveau du petit bassin, dans un site anatomique non visible et non accessible au Drs P \_\_\_\_\_ et MMM \_\_\_\_\_ durant leur intervention. Les chirurgiens n'avaient ainsi aucun moyen d'y remédier durant l'opération de chirurgie orthopédique.

Il ne fait aucun doute que l'hémorragie constatée chez X \_\_\_\_\_ s'est produite durant l'intervention d'arthroplastie totale de la hanche du 27.08.2008.

Une fois les problèmes hémorragiques contrôlés, après deux interventions sur le site de B \_\_\_\_\_, X \_\_\_\_\_, une lésion déficitaire sévère sensitive et motrice dans le territoire du nerf fémoral (nerf crural) est devenue évidente lors de la période de rééducation. Il est possible que cette lésion neurologique ait pu se produire au moment de l'arthroplastie totale de la hanche le 27.08.2008. Il est éventuellement possible que cette lésion du nerf fémoral se soit produite au cours des interventions de chirurgie vasculaire ultérieures. Les vaisseaux fémoraux, artères et veines et le nerf fémoral étant situés à proximité immédiate l'un de l'autre. La lésion neurologique s'est-elle produite simultanément à la lésion vasculaire lors de l'intervention d'arthroplastie ou est-elle survenue lors des interventions à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_, il est impossible de répondre à cette question. Les éléments du dossier à notre disposition, en particulier les examens radiologiques, les examens ENMG ne sont d'aucun secours à ce sujet.

De même que les lésions vasculaires, des lésions neurologiques concernant le nerf fémoral peuvent être provoquées durant les interventions d'arthroplastie de la hanche. Dans une publication du Journal of Arthroplasty 2017, Fleischmanne recense 17'350 arthroplasties de hanche et note un taux de lésions du nerf fémoral de 0.21% (39 patients). Il observe que le taux de lésions neurologiques est 14 à 15 fois plus élevé si une voie d'abord latérale ou antérieure est utilisée. Cet auteur observe que la majorité des patients présentent une récupération au moins partielle. La lésion du nerf fémoral est consécutive au placement d'écarteur ou à un excès de traction sur le nerf durant l'intervention. D'autres publications s'intéressant aux complications neurologiques durant l'arthroplastie de la hanche arrivent aux mêmes conclusions avec des taux de risque évalués entre 0.3% et 4% selon les séries <sup>3</sup>

Depuis son arthroplastie totale de la hanche, X \_\_\_\_\_ présente une inégalité de longueur des membres inférieurs en défaveur de la gauche d'environ 2 cm. Cette inégalité de longueur des membres inférieurs, certainement liée à l'intervention d'arthroplastie totale du 27.08.2008 est compensée par l'utilisation d'un support de 1.5 cm placé dans la chaussure gauche. Les problèmes d'inégalité de longueur après arthroplastie totale de la hanche font partie des complications connues de cette chirurgie. Des inégalités de longueur jusqu'à 1.5 cm sont en principe bien tolérées, mais nécessitent parfois, lorsque l'inégalité de longueur dépasse 1 cm l'utilisation d'une compensation portée dans la chaussure <sup>4</sup>.

Dans l'analyse de la faute, il convient de passer en revue les différentes séquelles occasionnées à X \_\_\_\_\_ à la suite de l'intervention du 27.08.2008.

En ce qui concerne l'information de la patiente avant l'intervention d'arthroplastie totale de la hanche, nous constatons que X \_\_\_\_\_ a été reçue à plusieurs reprises chez le Dr P \_\_\_\_\_, qu'elle a été informée de l'intervention prévue, qu'elle a signé le formulaire d'information pré-opératoire d'anesthésiologie, et que la date opératoire a été fixée d'entente avec le Dr P \_\_\_\_\_. X \_\_\_\_\_ avait été informée du type d'intervention prévue.

1. De Fine M, Romagnoli M, Zaffagnini S, Pignatti G. Sciatic Nerve Palsy following Total Hip Replacement: Are Patients Personal Characteristics More Important than Limb Lengthening? A Systematic Review. Biomed Res Int. 2017;2017:8361071.

2. Eggl S, Hankemayer S, Muller ME. Nerve palsy after leg lengthening in total replacement arthroplasty for developmental dysplasia of the hip. J Bone Joint Surg Br. 1999;81(5):843-5.

3. Su EP. Post-operative neuropathy after total hip arthroplasty. Bone Joint J. 2017;99-B(1 Suppl):46-9.

41. Whitehouse MR, Stefanovich-Lawbuary NS, Brunton LR, Blom AW. The impact of leg length discrepancy on patient satisfaction and functional outcome following total hip arthroplasty. J Arthroplasty. 2013;28(8):1408-14.

Aucune faute concernant l'information de la patiente ne peut ainsi être reprochée au Dr P \_\_\_\_\_ sur ce point. L'indication opératoire à une arthroplastie totale de la hanche était posée. X \_\_\_\_\_ présentait une coxarthrose secondaire à une dysplasie de la hanche droite avec une limitation du périmètre de marche, des douleurs constantes rebelles au traitement antalgique et anti-inflammatoire. L'indication opératoire à l'arthroplastie totale était correcte. Le Dr P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH de chirurgie orthopédique, médecin chef de service d'orthopédie à l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ possédait les compétences requises pour réaliser une arthroplastie totale de la hanche, chirurgie pour laquelle il disposait d'une expérience de plusieurs années. Le Dr P \_\_\_\_\_ avait déjà réalisé de nombreuses arthroplasties totales de hanche avant l'intervention du 27.08.2008. Il en va de même du Dr MMM \_\_\_\_\_ qui assistait le Dr P \_\_\_\_\_ lors de cette intervention.

L'équipe d'anesthésiologie de l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ a agi avec compétence durant toute la prise en charge de la patiente au cours de son intervention d'arthroplastie de hanche et dans les minutes qui ont suivi, jusqu'à son transfert à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_. Nous notons que les signes d'hypovolémie et de choc hémodynamique ont été reconnus immédiatement et que des mesures énergiques ont été prises sans délai par les anesthésistes. Dès lors que la source du saignement a été identifiée au niveau intra et rétro-péritonéal à l'aide d'un ultrason en salle de réveil, la patiente a été transférée sans délai à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ dans un état hémodynamique compatible avec son transfert. Aucune faute ou erreur de traitement ne peut être reprochée sur ce point à l'équipe d'anesthésiologie de l'Hôpital de I \_\_\_\_\_.

La laceration veineuse décrite par le Prof. S \_\_\_\_\_ dans son premier compte rendu a certainement été à l'origine de l'hémorragie. Cette lésion hémorragique n'a pas été visualisée par les chirurgiens orthopédistes. Ceux-ci n'avaient aucun moyen de réaliser qu'une lésion vasculaire existait à ce moment-là. Bien que rares, les lésions vasculaires font parties des complications possibles après arthroplastie totale de la hanche. Nous estimons que la lésion vasculaire dont a été victime X \_\_\_\_\_ doit être considérée comme de nature accidentelle. Aucune faute de traitement ne peut être imputée aux chirurgiens qui ont réalisé l'intervention d'arthroplastie à ce sujet.

La lésion du nerf fémoral droit a été constatée tardivement, plusieurs jours après la dernière intervention à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_. Nous ne disposons d'aucun élément permettant de déterminer si la lésion neurologique résulte de la première, de la deuxième ou de la troisième intervention chirurgicale. La seule certitude est que X \_\_\_\_\_ ne présentait pas de lésion du nerf crural avant son arthroplastie totale de la hanche. Aucune faute de traitement ne peut ainsi être reprochée aux chirurgiens de l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ et de même aux chirurgiens de l'Hôpital de B \_\_\_\_\_, la cause de cette lésion neurologique droite être considérée de nature accidentelle elle aussi.

En ce qui concerne le problème d'inégalité de longueur des membres inférieurs observée actuellement en défaveur du membre inférieur gauche, elle s'élève à 2 cm. Il s'agit d'une complication de l'intervention d'arthroplastie totale de hanche du 27.08.2008, et est actuellement compensée par le port d'une talonnette dans la chaussure gauche. Aucune faute de traitement ne peut être imputable à ce sujet au chirurgien de l'Hôpital de I \_\_\_\_\_, s'agissant tout au plus d'une erreur d'appréciation des opérateurs survenue en pré-opératoire. Comme décrit plus haut, il est possible que l'allongement excessif au niveau de la hanche droite durant l'intervention orthopédique soit à l'origine des lésions vasculaires et neurologiques, sans que ceci ne puisse être prouvé.

Les éléments à notre disposition nous permettent d'estimer que, durant sa convalescence, X \_\_\_\_\_ a été suivie avec sérieux et dévouement par le Dr P \_\_\_\_\_ durant plusieurs mois et années jusqu'au départ de celui-ci à l'Hôpital de NNN \_\_\_\_\_.

XII. Questions de Me A \_\_\_\_\_ et réponses de l'expert Questions de Me A \_\_\_\_\_ datées du 12.06.2017.

1. Veuillez décrire le déroulement de l'intervention chirurgicale effectuée par le Dr P \_\_\_\_\_ en date du 27.08.2008 et les complications intervenues.

L'intervention du 27 août 2008 s'est déroulée dans des conditions habituelles selon les éléments à notre disposition, soit le compte rendu opératoire du Dr P \_\_\_\_\_ et les informations reçues de celui-ci. L'examen du protocole d'anesthésiologie laisse cependant apparaître environ 30 minutes avant la fin de l'intervention des troubles de la tension artérielle et du rythme cardiaque signes d'un saignement inhabituel. Les mesures appropriées ont été prises par l'anesthésiste. Face à l'absence de saignement au niveau du site opératoire visible par les chirurgiens, Dr P \_\_\_\_\_ et Dr MMM \_\_\_\_\_, aucune mesure particulière n'a été prise par ces derniers.

La technique opératoire utilisée par les Dr P \_\_\_\_\_ et MMM \_\_\_\_\_ pour l'arthroplastie de la hanche correspondait à leur technique opératoire habituelle, le choix des implants, le positionnement de ceux-ci a été effectué conformément aux règles de l'art.

On peut constater trois problèmes apparus après l'intervention arthroplastie de la hanche :

- Hémorragie per- et post-opératoire située au niveau du petit bassin survenue avec certitude durant l'intervention orthopédique.

- Lésion du nerf fémoral dont il n'est pas prouvé qu'elle se soit produite lors de l'intervention d'arthroplastie. Elle a pu éventuellement survenir au cours des deux interventions effectuées ultérieurement à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_.

- Inégalité de longueur des membres inférieurs de 2 cm en défaveur de la gauche.

2. Le Centre hospitalier du centre du Valais, site de I \_\_\_\_\_, bénéficiait-il de l'expertise, de l'encadrement technique et professionnel pour la prise de charge de dysplasie importante de la hanche, en particulier après ostéotomie du bassin ?

Tant le Dr P \_\_\_\_\_ que le Dr MMM \_\_\_\_\_ possédaient tous deux une bonne expérience dans le domaine de l'arthroplastie totale de la hanche, intervention fréquemment réalisée au sein de l'Hôpital de I \_\_\_\_\_. Il est vrai que l'arthroplastie de la hanche en présence d'une arthrose « habituelle » de la hanche est une procédure réalisée de routine, l'arthroplastie de la hanche face à une situation de dysplasie de la hanche mufti-opérée rend cette intervention d'arthroplastie plus délicate. Le Dr P \_\_\_\_\_ comme le Dr MMM \_\_\_\_\_ connaissaient les antécédents chirurgicaux de X \_\_\_\_\_, étaient conscients des risques liés à la dysplasie de hanches et avaient, tous les deux, déjà été exposés à ce type de situation par le passé. Ils étaient, l'un comme l'autre en mesure de réaliser cette intervention du 27.08.2008 et avaient pris soin de s'associer pour la réalisation de l'opération concernée.

3. La réaction du Dr P \_\_\_\_\_ et de son équipe, après avoir constaté le choc hémorragique massif, a-t-elle été conforme aux règles de l'art ?

Durant l'intervention chirurgicale du 27.08.2008, les chirurgiens ont vraisemblablement été informés par l'anesthésiste des problèmes hémodynamiques apparus durant l'opération. Toutefois, en l'absence de tout saignement visible au niveau du site opératoire, ils leur étaient impossible d'identifier son origine ou d'agir sur celui-ci. Ils pouvaient tout au plus terminer rapidement l'intervention afin de ne pas retarder la recherche d'une source du saignement. C'est exactement la démarche qui a été adoptée par le Dr P \_\_\_\_\_ qui a demandé qu'un ultrason abdominal soit réalisé en salle de réveil.

L'hôpital de I \_\_\_\_\_ n'étant ni équipé, ni compétent pour prendre en charge une intervention de chirurgie vasculaire ou réaliser un examen angiographique (identification d'une source de saignement artérielle par cathétérisme et injection de produit de contraste, éventuellement fermeture d'une brèche artérielle par cathétérisme) la décision d'un transfert immédiat de X \_\_\_\_\_ à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ s'imposait et a été prise sans délai.

L'enchaînement des décisions intervenues immédiatement après l'intervention, jusqu'au transfert de X \_\_\_\_\_ à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ semble avoir été adéquate, rapide et conforme aux règles de l'art compte tenu de la situation.

4. Le choix de diriger X \_\_\_\_\_ vers un centre hospitalier universitaire ne s'imposait-il pas ?

Il était urgent de diriger X \_\_\_\_\_ vers un centre hospitalier compétent en chirurgie vasculaire. Le Dr P \_\_\_\_\_ avait vraisemblablement le choix entre l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ et le CHIJV pour ne citer que les centres les plus proches. Après s'être assuré que le Prof. S \_\_\_\_\_ était disponible et attendait X \_\_\_\_\_ à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_, sachant que le Prof. S \_\_\_\_\_ était compétent en chirurgie vasculaire, la décision de transférer la patiente vers B \_\_\_\_\_ semble avoir été adéquate. D'autant plus qu'un transfert vers le CHUV aurait vraisemblablement prolongé le délai de prise en charge ainsi que la durée du transfert.

Le Dr P \_\_\_\_\_ n'a commis aucune erreur en adressant X \_\_\_\_\_ à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_.

5. Le fait de ne point avoir pris des dispositions anticipées en cas de problème et de devoir se rabattre sur un transfert intersite dans une telle situation d'urgence ne constitue-t-il pas un manquement grave aux règles professionnelles ?

L'arthroplastie de la hanche est une intervention fréquemment réalisée sur le site de I \_\_\_\_\_. Comme cela est décrit plus haut, les complications hémorragiques ou neurologiques font partie des risques liés à ce type de chirurgie. Il est bien évidemment préférable, lorsqu'on pratique ce type d'intervention chirurgicale d'avoir sur site les moyens de faire face aux complications possibles. En 2008, le site de I \_\_\_\_\_ n'était pas équipé pour la chirurgie vasculaire. Ceci était une donnée connue relevant davantage de la planification hospitalière que de la volonté des chirurgiens exerçant sur place. L'Hôpital de B \_\_\_\_\_ étant toutefois distant de xxx km d'autoroute, un transfert rapide en ambulance peut être considéré comme une solution de secours.

Face à une situation inhabituelle, liée à la dysplasie de la hanche et au status multi opéré, le Dr P \_\_\_\_\_ avait pris soin de s'associer le Dr MMM \_\_\_\_\_ pour cette intervention chirurgicale. On peut ainsi penser qu'il avait pris toutes les mesures à sa portée de nature à diminuer les risques.

6. Le transfert en ambulance sans accompagnement médical spécialisé et en ayant interrompu les transfusions sanguines ne constitue-t-il pas une solution inopportune et contraire aux règles de la profession ?

Nous disposons des protocoles d'anesthésie, du protocole de transfert en ambulance de X \_\_\_\_\_ puis du protocole d'anesthésie dès sa prise en charge à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_. Les paramètres vitaux de X \_\_\_\_\_, la pression artérielle, le pouls ont été maintenus jusqu'à son transfert et durant son transfert à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_. La tension artérielle et le pouls ont été vérifiés à trois reprises durant le transfert. Une perfusion était sans doute en place durant le transfert. Aucun grief ne peut être formulé concernant son transfert en ambulance qui semble avoir été réalisé de façon compétente et sans délai. Le personnel paramédical qui a accompagné X \_\_\_\_\_ durant son transfert a fait preuve de professionnalisme selon les éléments à notre disposition. Nous ignorons si un médecin était présent dans l'ambulance, ceci n'est pas précisé dans le protocole des ambulanciers. Considérant les complications durables dont souffre aujourd'hui X \_\_\_\_\_, ni le problème d'allongement, ni les séquelles neurologiques ne peuvent être liés au délai, au déroulement, ou à la destination du transfert.

7. L'intervention faite en urgence à B \_\_\_\_\_ le 27 août 2008 par le Prof. S \_\_\_\_\_, sans être assisté d'une équipe complète pour une intervention urgente pour hémostase d'une déchirure des veines iliaques droites ne pose-t-elle pas la question de l'expertise pour une telle prise en charge ?

Cette question sera abordée par le Prof. GG \_\_\_\_\_.

8. La prise en charge de la lésion par ligature de la veine iliaque externe n'est-elle pas la cause de la thrombose complète de l'axe veineux profond qui a été constatée par la suite ?

Cette question sera abordée par le Prof. GG \_\_\_\_\_.

9. Le choix de cette prise en charge n'est-il pas contestable au regard des règles de l'art et ne constitue-t-il pas une faute ?

Cette question sera abordée par le Prof. GG \_\_\_\_\_.

10. La solution de reconstruction primaire n'aurait-elle pas dû être préférée ou à tout le moins discutée ?

Cette question sera abordée par le Prof. GG \_\_\_\_\_.

11. L'intervention chirurgicale pour « repermeabilisation veineuse profonde » intervenue le lendemain 28 août 2008 ne pose-t-elle pas la question de l'expertise de l'équipe chirurgicale et de l'opportunité d'une telle intervention au regard des règles de la profession ?

Cette question sera abordée par le Prof. GG \_\_\_\_\_.

12. Dans le rapport de sortie après le séjour en orthopédie à I \_\_\_\_\_ du 11.09 au 07.10.2008, la question de la parésie quadricipitale gauche secondaire est évoquée ? Un ENMG est prévu. La date n'est pas fixée. Le fait que la parésie ne figure toujours pas dans les diagnostics mais qu'elle apparaisse dans la discussion ne révèle-t-il pas que le problème est manifestement méconnu alors même qu'il ne peut être que consécutif à l'une des interventions précédentes ?

Il était, durant la phase aiguë, à la sortie des soins intensifs à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_, sans doute quasi impossible de poser le diagnostic d'une parésie dans le territoire du nerf fémoral droit, la patiente étant à ce moment-là grabataire et en état général fragile. Dès son retour à l'Hôpital de I \_\_\_\_\_, le 11.09.2008, durant la phase de rééducation à la marche, le problème de la parésie du muscle quadriceps droit a été identifiée. La première mention écrite du problème est retrouvée dans le rapport de physiothérapie datée du 16.10.2008 signé de QQ \_\_\_\_\_, physiothérapeute à l'Hôpital de I \_\_\_\_\_. Le problème a été identifié durant la seconde hospitalisation de X \_\_\_\_\_ à l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ et pris en charge avec l'intervention des physiothérapeutes et par une myostimulation à l'aide d'un appareil Compex, ceci est conforme aux règles de l'art.

Il est connu que la réalisation d'un examen ENMG est d'autant plus performant qu'il est réalisé avec un certain délai après une lésion nerveuse périphérique. Ceci permettant de mieux déterminer si la lésion est partielle ou complète. Quoiqu'il en soit, l'examen ENMG ne présentait alors aucun caractère d'urgence compte-tenu des circonstances prévalant à l'époque. Dans le rapport de sortie signé des Dr P \_\_\_\_\_, MMM \_\_\_\_\_ et RRR \_\_\_\_\_ daté du 22.10.2008, les recommandations adéquates quant à la poursuite du traitement de rééducation sont précisées. Il est également précisé qu'un examen ENMG est organisé.

On ne peut ainsi nullement affirmer que le problème est méconnu, que le problème n'a pas été pris en charge ou que les mesures adéquates justifiées en l'occurrence n'aient pas été prises.

13. Suite au séjour au CCR, l'indication d'une exploration chirurgicale est retenue au vu de la persistance des troubles neurologiques. Le 10.10.2008 déjà, la Dresse UU \_\_\_\_\_ et le Dr WWW \_\_\_\_\_ posent l'indication d'une exploration chirurgicale du nerf fémoral. Le 07.11.2008, le Dr CCC \_\_\_\_\_ conclut qu'une exploration est souhaitable. Cela étant, le fait de ne pas avoir suivi ces indications ne constitue-t-il pas une faute grave et une violation des règles professionnelles ?

L'indication à procéder à une révision chirurgicale face à l'évidence d'une lésion du nerf crural n'est absolument pas évidente. Dans un premier temps, il convenait d'évaluer le degré de l'atteinte neurologique. Cette information serait fournie par l'examen ENMG qui était planifié. En effet, si l'examen ENMG devait conclure à une lésion partielle, il aurait été logique d'attendre une récupération spontanée, au moins partielle, rendant inutile une révision chirurgicale. Dans le cas contraire d'une lésion complète évidente à l'examen ENMG, une révision chirurgicale pouvait être envisagée. Or le premier rapport d'ENMG fait état d'une axonotmèse, soit d'une lésion partielle. Il était dès lors raisonnable d'attendre une récupération spontanée, dont nous savons qu'elle peut prendre plusieurs mois. D'autre part, nous savons qu'une suture ou qu'une greffe nerveuse en présence d'une section d'un nerf offre de toute manière très peu de chances de rétablir une fonction normale. Cette hypothétique intervention de réinnervation aurait sans doute été compliquée par le status adhérentiel lié aux interventions chirurgicales préalables au niveau local (2 césariennes, 2 interventions de chirurgie vasculaire). On peut comprendre que le Prof. S \_\_\_\_\_ se soit montré réticent face à cette solution.

14. Sur la base du dossier de Y \_\_\_\_\_, ne doit-on pas constater que le consentement éclairé de X \_\_\_\_\_ n'a pas été sollicité et obtenu ?

Non, X \_\_\_\_\_ a été reçue en consultation à plusieurs reprises, elle semble avoir été informée par le Dr P \_\_\_\_\_ de façon adéquate, tout comme le médecin traitant de X \_\_\_\_\_. X \_\_\_\_\_ a également donné son consentement au cours de la consultation pré-opératoire d'anesthésie. Le formulaire est signé de X \_\_\_\_\_ et figure parmi les documents à notre disposition.

15. Le dossier médical de X \_\_\_\_\_ et ses antécédents ne justifiait-il pas de confier l'arthroplastie complète de la hanche droite à un centre universitaire bénéficiant de l'expertise en la matière ?

Comme cela est discuté ci-dessus, les chirurgiens de l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ étaient compétents pour réaliser l'intervention d'arthroplastie. La décision de confier cette patiente à un centre hospitalier universitaire ne s'imposait pas à l'époque.

Questions complémentaires de Me A \_\_\_\_\_ datées du 27.06.2017

1. Les indications fournies par le médecin traitant et le diagnostic d'entrée à Y \_\_\_\_\_ ne nécessitait-il pas une information approfondie de la patiente sur les conséquences de l'intervention chirurgicale ?

Les antécédents chirurgicaux au niveau des hanches étaient connus du Dr P \_\_\_\_\_ qui avait pris en charge X \_\_\_\_\_ lors de plusieurs consultations ambulatoires avant de fixer la date opératoire au 27.08.2008. Dans la lettre du Dr P \_\_\_\_\_ adressée au Dr Q \_\_\_\_\_ datée du 3.05.2007, le Dr P \_\_\_\_\_ précise bien que les risques de cette chirurgie ont été exposés et discutés avec la patiente. Une pré-donation sanguine, compte tenu du risque hémorragique lié à l'intervention prévue a été recommandée par le Dr P \_\_\_\_\_. Cette pré-donation sanguine a été réalisée d'ailleurs ( 2 culots ont été prélevés compte tenu des informations à la disposition des experts). X \_\_\_\_\_ a été vue à la consultation d'évaluation pré-opératoire par le Dr P \_\_\_\_\_ comme cela est précisé dans le compte rendu signé du Dr P \_\_\_\_\_ le 06.08.2008. Un formulaire de consultation pré-anesthésique figure au dossier, il a été rempli par X \_\_\_\_\_ le 16.04.2008. Le formulaire d'information pré-anesthésique daté du 16.04.2008 signé de X \_\_\_\_\_ figure également au dossier.

Un second courrier, signé du Dr P \_\_\_\_\_ daté du 14.05.2008 adressé au médecin traitant, Dr Q \_\_\_\_\_ atteste d'une visite supplémentaire de la patiente chez le Dr P \_\_\_\_\_ en vue de l'intervention prévue.

On ne peut, selon l'avis du soussigné, pas conclure à l'absence d'information de X \_\_\_\_\_. Nous estimons que la prise en charge pré-opératoire de X \_\_\_\_\_ par le Dr P \_\_\_\_\_ a été en tout point conforme aux règles de l'art, compte tenu des documents à notre disposition.

2. Quels sont les éléments du dossier qui font état de l'information donnée à X \_\_\_\_\_ avant l'intervention chirurgicale ?

Voir ci-dessus.

XIII. Questions de Me E \_\_\_\_\_ et réponses de l'expert.

Questions de Me E \_\_\_\_\_ datées du 10.04.2017

1. Veuillez établir un historique de l'état de la patiente, ainsi que de sa prise en charge en ce qui concerne la problématique de la hanche concernée, en regard des éléments du dossier et des informations obtenues après interrogations des parties.

Voir ci-dessus.

2. Compte tenu des constatations cliniques et des plaintes de la patiente, l'indication à une intervention chirurgicale telle que celle effectuée par le Dr P \_\_\_\_\_ le 27 août 2008 était-elle donnée ?

Prière de se référer aux réponses figurant aux questions 1 et 2 de Me A \_\_\_\_\_.

3. Quelles étaient les formations et compétences des chirurgiens ayant opéré la patiente le 27 août 2008 ? Compte tenu de ces éléments, ceux-ci avaient-ils les compétences de pratiquer ce type de chirurgie dans ce cas ?

Prière de se référer à notre réponse à la question 2 de Me A \_\_\_\_\_.

4. Veuillez décrire le déroulement de l'intervention du 27 août 2008. Constatez-vous dans le cadre peropératoire la survenance d'un acte ou d'une décision thérapeutique indéfendable au regard des règles de l'art médical et si oui veuillez l'acte décrire ? Veuillez motiver votre réponse.

Prière de se référer à la réponse n° 1 des questions de Me A \_\_\_\_\_. Une erreur d'appréciation concernant le rétablissement de l'inégalité de longueur des membres inférieur a été commise par les opérateurs durant l'intervention d'arthroplastie du 27.8.2008. Il est possible, comme cela est discuté en détail ci-dessus, que l'excès d'allongement au niveau de la hanche droite durant l'intervention du Dr P \_\_\_\_\_ ait entraîné les

dégâts vasculaires et neurologiques observés. On ne peut toutefois pas qualifier ce défaut d'allongement de faute, il s'agit selon le soussigné d'une erreur d'appréciation survenue en cours d'intervention et dont les conséquences ne pouvaient en aucun cas être suspectées à ce moment-là par les opérateurs, Dr P \_\_\_\_\_ et Dr MMM \_\_\_\_\_.

5. Est-il exact que l'intervention d'arthroplastie de la hanche selon la méthode pratiquée se déroule à distance des veines iliaques ?

La voie d'abord choisie par le Dr P \_\_\_\_\_ pour réaliser l'arthroplastie de la hanche, voie d'abord antéro-latérale expose un champ opératoire dans lequel les veines iliaques, les vaisseaux fémoraux et le nerf fémoral ne sont pas visibles. Ces structures ne sont, dans des conditions normales, distants que de 5 à 10 mm en avant du mur antérieur de la cotyle et restent ainsi vulnérable lors du placement d'écarteurs ou de la mise en place de vis qui peuvent pénétrer à l'intérieur du bassin. En présence d'une hanche multi opérée, en présence également d'une dysplasie de la hanche, ces structures (artères, veines, tronc nerveux) sont encore plus proches et donc encore plus exposées.

6. Est-il exact que le saignement constaté par le Dr P \_\_\_\_\_ au terme de son opération se situait dans le petit bassin sans qu'il ait pu y avoir un accès direct?

Ceci est exact, le saignement important situé dans le petit bassin n'était pas visible par le Dr P \_\_\_\_\_ et n'était donc pas accessible à une réponse chirurgicale immédiate.

7. Est-il exact que le diagnostic de saignement a été posé de façon indirecte à l'apparition des signes systémiques cardiovasculaires ?

Ceci est exact.

8. Comment expliquez-vous la survenance de cette hémorragie ?

Plusieurs hypothèses quant à l'origine de cette hémorragie sont discutées plus haut. Comme l'a bien décrit le Prof. S \_\_\_\_\_ dans ses comptes-rendus opératoires, l'hémorragie était d'origine veineuse, les troncs artériels semblant intacts lors de leur mise en évidence chirurgicale. L'hémorragie a pu avoir comme origine le placement d'un écarteur en avant de l'acétabulum, zone où la veine fémorale est particulièrement proche. La lacération veineuse a pu également avoir pour origine l'introduction d'une mèche préalable à l'introduction d'une vis dans le composant acétabulaire. La vis, toujours en place n'est vraisemblablement pas à l'origine du saignement car elle ne dépasse la table interne de l'os iliaque que de 5 mm tout au plus. Autre hypothèse, le placement d'un écarteur qu'on aurait impacté à travers l'os iliaque aurait pu provoquer la lésion veineuse. Le trajet de ces écarteurs impactés reste bien visible sur les scanners effectués en post-opératoire. Deux trous de passage restent visibles l'un à quelques millimètres du toit de l'acétabulum et un autre à plusieurs centimètres plus proximale. Enfin, une déchirure des troncs veineux fragilisés par un status cicatriciel lié aux antécédents chirurgicaux locaux aurait aussi pu être provoquée par la traction d'environ 3.5 cm lors de la mise en place des implants. La cause précise de la lacération veineuse n'est pas connue.

9. La survenance de ce saignement, à savoir des veines iliaques dans le petit bassin, constitue-t-elle une complication peropératoire ? Veuillez motiver votre réponse.

Le saignement veineux à point d'origine iliaque a s'est produit durant l'intervention du Dr P \_\_\_\_\_ comme cela est décrit plus haut. Ceci ne fait aucun doute.

10. La survenance de ce saignement, à savoir au niveau des veines iliaques dans le petit bassin, est-elle une complication rare ? Un tel type d'hémorragie à ce niveau (veines iliaques du petit bassin) est-il un risque répertorié de la littérature médicale ? Si oui, quel est son degré de survenance selon cette littérature médicale ?

La lésion iatrogène des vaisseaux entraînant des complications hémorragiques durant l'arthroplastie de la hanche est une complication connue durant ce type d'intervention. Il s'agit d'une complication rare mais redoutable. La référence bibliographique, dans la littérature scientifique la plus récente retrouvée, publiée en novembre 2015 dans la revue « Bone & Joint Journal » procède par une revue de la littérature des 22 dernières années. 61 articles décrivant 138 lésions vasculaires chez 124 patients provoquées au cours d'une arthroplastie de la hanche sont répertoriés. Parmi les patients victimes de lésions vasculaires, la complication hémorragique entraîne la mort du patient chez 9,7 % et des complications durables liées à l'ischémie chez 10 %. Les vaisseaux les plus fréquemment lésés sont les vaisseaux iliaques, et ses branches iliaques internes et iliaques externes (artères et veines fémorales) le taux de complications vasculaires liées à l'arthroplastie de la hanche est situé entre 0,04% et 0,25% selon cette revue de la littérature récente

11. L'organisation du transfert d'urgence de la patiente de l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ était-elle indispensable ?

Sans aucun doute.

<sup>5</sup> 1. Alshameeri Z, Bajekal R, Varty K, Khanduja V. Iatrogenic vascular injuries during arthroplasty of the hip. Bone Joint J. 2015;97-B(11):1447-55.

12. Est-il exact que ce transfert a eu lieu par ambulance avec accompagnement médical ?

Selon le protocole de transfert de l'ambulance, une surveillance rapprochée de X \_\_\_\_\_ a été assurée durant tout son transfert. Nous ignorons si un médecin se trouvait dans l'ambulance au moment du transport, nous savons toutefois que les valeurs de fréquence cardiaque et de tension artérielle de X \_\_\_\_\_ ont été mesurées à trois reprises durant ce transfert et que les paramètres hémodynamiques sont restés stables jusqu'à son arrivée à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_.

13. Constatez-vous dans le cadre de ce transfert un acte ou une décision thérapeutique indéfendable au regard des règles de l'art médical? Veuillez motiver votre réponse. Dans l'affirmative, cet(te) acte ou décision indéfendable que vous retenir a-t-il(elle) joué un rôle sur le dommage ?

La prise en charge par le service d'ambulance assurant le transfert de X \_\_\_\_\_ jusqu'à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ semble avoir été conforme aux règles de l'art selon les éléments à notre disposition. En tout état de cause, le transfert de X \_\_\_\_\_ vers l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ n'a certainement pas contribué aux complications dont X \_\_\_\_\_ a pu souffrir sur le moment ou par la suite.

14. Est-il exact que l'intervention de chirurgie vasculaire effectuée à B \_\_\_\_\_ était indiquée ?

L'expert soussigné estime que oui, cette question sera abordée plus en détail par le co-expert le Prof. GG \_\_\_\_\_.

15. Veuillez décrire l'ensemble de la prise en charge vasculaire effectuée à B \_\_\_\_\_. Constatez-vous dans le cadre peropératoire la survenance d'un acte ou d'une décision thérapeutique indéfendable au regard des règles de l'art médical et si oui veuillez l'expliquer. Veuillez motiver votre réponse.

Se référer à l'avis du Prof. GG \_\_\_\_\_.

16. De votre point de vue, comment la lésion du nerf crural a-t-elle pu survenir de manière la plus vraisemblable ? Fait-elle suite selon vous à l'hémorragie ?

Comme cela est discuté plus haut, la lésion du nerf crural peut avoir été provoquée par la mise en place d'un écarteur durant l'intervention du Dr P \_\_\_\_\_. Elle peut être la conséquence d'un allongement excessif lors de la mise en place de la prothèse. Il est admis qu'un allongement de plus de 3 cm est un facteur de risque pour des lésions neurologiques sur le nerf sciatique ou fémoral.

Une lésion du nerf fémoral peut également avoir été provoquée au cours des interventions pratiquées ultérieurement à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_. Aucun des éléments, à disposition du soussigné, ne permet de se déterminer avec certitude quant à l'une ou l'autre de ces alternatives.

La lésion du nerf crural n'est pas une conséquence de l'hémorragie. Les deux éléments, bien qu'éventuellement simultanés ne sont pas liés directement.

17. Est-il exact qu'une ré-exploration de la région inguinale en vue d'une neurolyse ou d'une greffe nerveuse aurait été une solution médicale appropriée pour traiter les problèmes rencontrés par X \_\_\_\_\_ ? Quel bénéfice pouvait-on en attendre ?

Prière de se référer à notre réponse à la question n° 12 de Me A \_\_\_\_\_.

18. Veuillez décrire l'état de la patiente tant en ce qui concerne l'état physiologique que psychologique avant l'intervention chirurgicale du 27 août 2008. Cet état tel que décrit par vos soins était-il selon votre appréciation objective déjà à l'origine de handicaps et limitations ? Veuillez décrire ces handicaps et limitations en regard des tâches ménagères habituelles.

X \_\_\_\_\_ ne présentait aucun problème de nature neurologique au niveau des membres inférieurs. Elle était capable de marcher sans canne, bien que souffrant de douleurs mécaniques importantes comme cela est bien détaillé dans les notes et les courriers du Dr P \_\_\_\_\_ adressés au Dr Q \_\_\_\_\_.

Nous disposons également d'un rapport de consultation ambulatoire au centre des urgences de l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ daté du 12.04.2008 qui fait état de douleurs articulaires justifiant la prescription de médicaments antalgiques.

Selon Dr P \_\_\_\_\_, dans son courrier du 3.05.2007 adressé au Dr Q \_\_\_\_\_, le périmètre de marche de X \_\_\_\_\_ était à ce moment-là de 30 minutes au maximum, la patiente était réveillée fréquemment par les douleurs nocturnes. Elle utilisait de fortes doses de anti-inflammatoires au moins une fois par jour.

19. Quelle aurait été l'évolution prévisible de cet état antérieur tel que décrit à la réponse 18 en l'absence d'une intervention chirurgicale ?

En absence de toute intervention chirurgicale, compte tenu de l'état de X \_\_\_\_\_ dans les années 2007 et 2008 avant son intervention, il est hautement probable que les douleurs d'arthrose de hanche droite se seraient aggravées, entraînant une impotence fonctionnelle progressive, c'est-à-dire un état incompatible avec la marche. L'indication à une arthroplastie totale de la hanche droite était sans doute posée.

On constate actuellement, sur le dernier cliché radiologique effectué à notre demande le 26.09.2018, l'évolution d'une coxarthrose gauche sévère, secondaire elle aussi à une dysplasie de la hanche gauche. Cette arthrose de la hanche gauche contribue actuellement à l'état d'impotence dans lequel se trouve X \_\_\_\_\_. Dans ces conditions, l'indication à une arthroplastie totale de la hanche gauche doit actuellement être discutée.

Nous notons que X \_\_\_\_\_ a d'ailleurs consulté le service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux Universitaires de D \_\_\_\_\_ en décembre 2012 à la demande d'un chirurgien orthopédiste installé à D \_\_\_\_\_, le Dr XXX \_\_\_\_\_. Dans le rapport de consultation de chirurgie orthopédique datée du 6.12.2012, signé des Dr OO \_\_\_\_\_ et EEE \_\_\_\_\_, rapport adressé au Dr XXX \_\_\_\_\_, nous notons qu'une arthroplastie totale de la hanche gauche a été proposée à X \_\_\_\_\_.

Aucune intervention chirurgicale n'a à ce jour été réalisée au niveau de la hanche gauche, bien que X \_\_\_\_\_ souffre encore aujourd'hui d'importantes douleurs mécaniques à ce niveau. Les douleurs de la hanche gauche sont sans aucun rapport avec les problèmes qui concernent la hanche droite.

Questions complémentaires de de Me E \_\_\_\_\_

I. Les indications fournies par le médecin traitant et le diagnostic d'entrée à Y \_\_\_\_\_ ne nécessitaient-ils pas une information approfondie de la patiente sur les conséquences de l'intervention chirurgicale ?

Voir ci-dessus .

2. *Quels sont les éléments du dossier qui font état de l'information donnée à X \_\_\_\_\_ avant l'intervention chirurgicale ?*

Voir ci-dessus.

XIV. Conclusions de l'expert

X \_\_\_\_\_ souffre de séquelles durables, sans aucun doute directement ou indirectement consécutives à l'intervention d'arthroplastie de la hanche droite du 27.8.2008.

Les séquelles sont les suivantes :

- Plégie du muscle quadriceps droit, lié à une lésion du nerf fémoral droit qui n'a pas récupéré.

- Inégalité de longueur des membres inférieurs en défaveur de la gauche de 2 cm.

- Status cicatriciel abdominal lié aux interventions de chirurgie vasculaire. - Etat dépressif

Ces séquelles entraînent une invalidité actuelle, un état de dépendance et incapacité de travail évaluées par le soussigné à 100%.

L'analyse soigneuse du dossier concernant la prise en charge de X \_\_\_\_\_ ne permet pas de conclure à une faute de traitement par l'équipe médicale de l'Hôpital de I \_\_\_\_\_.

Il est envisageable qu'une intervention d'arthroplastie de la hanche gauche et qu'un appareillage stabilisant le genou droit seraient de nature à améliorer la qualité de vie de X \_\_\_\_\_ et son niveau d'indépendance.

Le 7 décembre 2018, le tribunal a communiqué le rapport du Prof. AA \_\_\_\_\_ et a imparti un délai de 20 jours aux parties pour requérir un rapport complémentaire ou une surexpertise. Le 18 décembre suivant, Me A \_\_\_\_\_ a requis le dépôt de la deuxième expertise avant le dépôt de questions complémentaires, proposition acceptée par

Me E \_\_\_\_\_ le 21 décembre 2018. Le 9 janvier 2019, comme l'expert le Prof. GG \_\_\_\_\_ avait disparu, le tribunal a requis des avocats et du Prof. AA \_\_\_\_\_ son adresse. Le 10 suivant, Me A \_\_\_\_\_ a indiqué ne pas connaître son adresse. Le 18 janvier 2019, le Prof. AA \_\_\_\_\_ a communiqué l'adresse du Prof. GG \_\_\_\_\_.

Le 7 février 2019, le tribunal a imparti un délai au Prof. GG \_\_\_\_\_ pour indiquer l'état de ses travaux. Le 26 février 2019, le tribunal l'a relancé. Le 28 février 2019, à la suite de la cessation d'activité de Me A \_\_\_\_\_, un délai de 10 jours lui a été imparti pour le dépôt de son décompte. Le 28 février 2019, Me A \_\_\_\_\_ a requis de pouvoir continuer à conseiller sa cliente. Le 5 mars 2019, le tribunal a requis l'autorisation de plaider de Me A \_\_\_\_\_. Le 6 mars 2019, le tribunal a requis de X \_\_\_\_\_ le nom de son nouvel avocat. Le 6 mars 2019, Me A \_\_\_\_\_ a indiqué ne plus intervenir en la procédure.

**F.** Le 11 mars 2019, Me A \_\_\_\_\_ a déposé son décompte (do SIO C1 16 xxx) au tarif de l'assistance judiciaire, à savoir des honoraires pour x'xxx fr. et des frais pour xxx fr., à savoir un total de xx'xxxfr..

Le 12 mars 2019, le tribunal a imparti un délai de 10 jours aux parties pour se déterminer (C2 19 111). Le 15 mars 2019, Me E \_\_\_\_\_ a indiqué que l'Y \_\_\_\_\_ se référer à l'avis du tribunal sur cette question. X \_\_\_\_\_ ne s'est pas déterminée dans le délai imparti. Par décision du 26 mars 2019, le tribunal a prononcé (C2 19 xxx) :

1. L'Etat du Valais versera à Me A \_\_\_\_\_, à GGGG \_\_\_\_\_, avocat d'office d'X \_\_\_\_\_, une indemnité de x'xxx fr., TVA et débours compris, à titre de rémunération d'avocat d'office (assistance judiciaire) de X \_\_\_\_\_ dans la cause SIO C1 16 xxx.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

**G.** Le 27 mars 2019, X \_\_\_\_\_ a indiqué comme avocate Me YYY \_\_\_\_\_. Le 4 avril 2019, le tribunal a imparti un délai de 10 jours à X \_\_\_\_\_ pour indiquer le nom d'un avocat. Le 4 avril 2019, le tribunal a relancé le Prof. GG \_\_\_\_\_ sur son expertise. Le 2 mai 2019, le tribunal a imparti un délai de 10 jours à X \_\_\_\_\_ pour indiquer le nom d'un avocat. Le 2 mai 2019, le tribunal a relancé le Prof. GG \_\_\_\_\_ sur son expertise. Le 9 mai 2019, Me YYY \_\_\_\_\_ a indiqué ne pas être en charge

du dossier. Le 13 mai 2019, le tribunal a imparti un délai de 10 jours à X \_\_\_\_\_ pour indiquer le nom d'un avocat. Par lettre datée du 2 mai 2019, remise à la poste le 16 suivant et reçue le 17, le Prof. GG \_\_\_\_\_ a indiqué pouvoir finir l'expertise pour la fin mai 2019. Le 17 mai 2019, le tribunal a indiqué au Prof. AA \_\_\_\_\_ de communiquer les éléments au Prof. GG \_\_\_\_\_. Le 21 mai 2019, le tribunal a relancé le Prof. GG \_\_\_\_\_ sur son expertise. Le 27 mai 2019, le tribunal a imparti un délai de 10 jours à X \_\_\_\_\_ pour indiquer le nom d'un avocat. Par lettre datée du 21 mai, remise à la poste le 27 suivant, le Prof AA \_\_\_\_\_ a indiqué avoir communiqué les éléments au Prof. GG \_\_\_\_\_. Le 3 juin 2019, X \_\_\_\_\_ a demandé qu'on lui désigne un avocat. Le 11 juin 2019, le tribunal a relancé le Prof. GG \_\_\_\_\_ sur son expertise. Le 11 juin 2019, le tribunal a imparti un délai de 10 jours à X \_\_\_\_\_ pour indiquer le nom d'un avocat. Le 2 juillet 2019, le tribunal a relancé le Prof. GG \_\_\_\_\_ sur son expertise. Le 2 juillet 2019, Me M \_\_\_\_\_ a consulté le dossier. Le 3 juillet, Me M \_\_\_\_\_ s'est constitué pour X \_\_\_\_\_ et a requis l'assistance judiciaire. Le 25 juillet 2019, le tribunal a mis X \_\_\_\_\_ au bénéfice de l'assistance judiciaire et désigné Me M \_\_\_\_\_ avocat d'office (C2 19 285), avec effet au 24 juillet 2019, avec demande de cession. X \_\_\_\_\_ a donné son accord avec la cession (lettre du 12.8.19). Le 12 août 2019, Me M \_\_\_\_\_ a requis des pièces. Le 19 août 2019, le tribunal lui a communiqué le dossier et les pièces sur clef USB, ainsi que le DVD. Le 22 août 2019, le tribunal a relancé le Prof. GG \_\_\_\_\_ sur son expertise.

Le 28 août 2019, le Prof. GG \_\_\_\_\_ a déposé son rapport d'expertise :

#### Réponses aux questions

Question 7. L'intervention faite en urgence à B \_\_\_\_\_ le 27 août 2008 par le Prof. S \_\_\_\_\_, sans être assisté d'une équipe complète pour une intervention urgente pour hémostase d'une déchirure des veines iliaques droite ne pose-t-elle pas la question de l'expertise pour une prise en charge ?

Réponse : Non.

Il s'agissait d'une situation d'extrême urgence nécessitant une correction immédiate. En fait, et comme la malade a survécu la crise, l'intervention performée par le Prof S \_\_\_\_\_ résidant à contrôler sans délai le damage survenu lors de l'opération de la hanche droite a démontré à cette occasion son expertise.

Suite au remplacement de la hanche droite, X \_\_\_\_\_ présentait un état de choc hémorragique compensé, mais très avancé (hématocrite à 14% [normale :40-45%] et un pH extrêmement bas à 7.05), et très probablement un syndrome de compression abdominal. Le syndrome du compartiment abdominal (ACS : abdominal compartment syndrom) est un état hautement pathologique avec un abdomen distendu (décrit clairement dans le cas présent

par le Dr P \_\_\_\_\_) dû à une hypertension intra-abdominale secondaire au volume important d'extravasation du sang dans la cavité abdominale. L'ultrason abdominal performé juste après le remplacement de hanche montre du sang libre

dans l'abdomen et supporte aussi cette thèse). L'hypertension abdominale aggrave l'état de choc hémorragique. Une explication très simplifiée : le retour veineux sanguin vers le cœur est diminué par la haute pression intraabdominale et la pression artérielle est basse. En outre la perfusion cérébrale est nettement diminuée de par le fait que la pression veineuse cérébrale monte alors que la pression artérielle diminue. La résultante est une hypoxémie très sévère des tissus du malade. La mortalité est de 100% si une ouverture de l'abdomen n'est pas effectuée très rapidement. Une décompensation circulatoire peut survenir à tout moment et un transport éloigné n'est pas opportun. Dans le cas présent, non seulement l'oxygénation des tissus était gravement compromise, mais la coagulation était sûrement quasiment inexistante ou pas effective. C'est pourquoi, il aurait été mal approprié d'opérer de manière différée et/ou plus que le minimum requis (« damage control ») pour sauver la patiente.

Question 8. La prise en charge de la lésion par ligature de la veine iliaque externe n'est-elle pas la cause de la thrombose complète le l'axe veineux profond qui a été constaté par la suite ?

Réponse : Sans aucun doute.

La ligature de la veine iliaque externe a été un « mal » nécessaire pour sauver la vie de la malade.

Dans le cas présent, une thrombose suite à la ligature de la veine était probable, mais non obligatoire. D'une part la coagulation lors du « damage control » devait être très faible, et donc une thrombose n'aurait pas dû se développer. D'autre part, le flux veineux sanguin de la jambe était interrompu parla ligature et la correction de la crase défaillante aurait éventuellement pu développer une tendance à l'hyperactivation de la coagulation, raisons pour lesquelles une thrombose pouvait survenir. Ayant à opérer dans une situation quasiment désespérée, dans un site saignant, le risque d'une thrombose du system veineux fémoral ne pèse pas lourd dans la décision de la ligature hémostatique de la veine iliaque externe, qui finalement est la seule décision raisonnable.

Question 9. Le choix de cette prise en charge n'est-il pas contestable au regard des règles de l'art et ne constitue-t'il pas une faute ?

Réponse : Non.

La ligature de la veine iliaque externe a été un « mal » nécessaire lors d'une intervention de « damage control » et correspond aux règles de l'art.

La ligature de la veine iliaque externe (ou autre) et de l'artère iliaque interne sont des mesures in-extremis recommandées et pratiquée en standard pour maîtriser un saignement grave du bassin.

Le site vasculaire local chez X \_\_\_\_\_ doit avoir été très remanié secondairement aux atypies fréquemment rencontrées dans la dysplasie des hanches [Images 1,2], aux remaniements locaux après la mise en place de la prothèse de hanche [Images 3,4] et au saignement très sévère. Dans ce contexte il est possible que le nerf fémoral ait été endommagé soit par les orthopédistes soit par le professeur S \_\_\_\_\_.

Question 10. La solution de reconstruction primaire n'aurait-elle pas dû être préférée ou tout ou moins discutée

Réponse: Non.

La solution de reconstruction primaire n'est pas à priori un point de discussion dans des cas in-extremis avec trouble graves de la coagulation et de l'homéostasie.

Une fois la complication hémorragique survenue au cours du remplacement de hanche, et après son transfert vers B \_\_\_\_\_ dans une situation très sérieuse, le seul choix correct a été de décompresser l'abdomen, de maîtriser la lésion vasculaire et le saignement pour stabiliser la patiente et lui sauver sa vie. C'est le principe de base du « damage control ». Dans ce contexte, chaque geste chirurgical supplémentaire est considéré comme inutile et est à haut risque de complication(s), principalement de saignements additionnels.

Dans le cadre de saignement majeur et de troubles graves de la crase sanguine une reconstruction primaire peut engendrer un saignement additionnel suite au manque de facteurs de coagulation rendant entre autres un étanchement des points de suture impossible. À l'opposé, la reconstruction primaire peut se thromboser suite à la correction nécessaire, parfois difficile à gérer, des facteurs de coagulations et aboutissant généralement à une hyperactivité de la coagulation. En somme la reconstruction primaire n'est pas une option à priori. L'approche en deux temps (ou plus) consiste la règle de l'art dans ce genre de situations.

Question 11. L'intervention chirurgicale pour « reperméabilisation veineuse profonde » intervenue le lendemain 28 aout 2008 ne pose t'elle pas la question de l'expertise chirurgicale et de l'opportunité d'une telle intervention au regard des règles de l'art ?

Réponse : Non. L'intervention chirurgicale pour « reperméabilisation veineuse profonde » intervenue le lendemain a été réalisée avec l'expertise chirurgicale requise.

Une fois la patiente hors d'affaire, une révision du site local est impérative. Cela a eu lieu le 28.8.2008. À cette occasion le status vasculaire (veineux et artériel) résultant doit être considéré. Le professeur S \_\_\_\_\_ a bien considéré ce

point. La reconstruction veineuse « en passant » alors que X \_\_\_\_\_ était en narcose lui a évité une narcose supplémentaire. Le pontage résultant a bien fonctionné dans la phase aigüe et il n'y a eu aucune complication en relation avec cette opération sur la voie veineuse.

L'expert (ML) aurait opté le 28.8.2009 pour un remplacement prothétique du segment veineux déchiré. Un greffon synthétique renforcé d'environ 12mm de diamètre aurait fait l'affaire, en plus on aurait fait une intervention sans incisions supplémentaire. Mais le Palma est une option reconnue et valable et qui ne peut pas être mis en question.

Question 14. Est-il exact que l'intervention chirurgicale vasculaire effectuée à B \_\_\_\_\_ était indiquée ?

Sans l'ombre d'un doute

Question 15. Veuillez décrire l'ensemble de prise en charge vasculaire effectuée à B \_\_\_\_\_. Constatez-vous dans le cadre peropératoire la survenance d'un acte ou d'une décision thérapeutique indéfendable au regard des règles de l'art médical et si oui veuillez la/les décrire. Veuillez motiver votre réponse

Réponse.

La prise en charge commence en fait en préopératoire et s'étant jusqu'au présent.

X \_\_\_\_\_ présente une dysplasie des hanches. Cette « maladie » est accompagnées de différents anomalies musculosquelettiques (visibles au CT 5.9.20018). [Images 1, 2,3, 4] . En particulier, le paquet vasculaire et nerveux est en direct contact avec l'os du bassin, ce qui augmente le risque de lésion au cas où la perceuse perforé le périoste postérieur. X \_\_\_\_\_ a été opérée une première fois ddc dans les années soixante. En 2008, un remplacement prothétique est envisagé. L'éventualité de problèmes peropératoire concernant la position atypique du paquet vasculo-nerveux n'est pas mentionnée dans le dossier reçu.

Le 27.8.2008, le remplacement de hanche se passe, du côté des orthopédistes de manière habituelle. L'anesthésie est moins habituelle, avec un support médicamenteux et de transfusion actif sur une période étendue et se soldant malgré tout par un état de choc hémorragique. L'état de choc est très avancé avec une valeur d'hématocrite (14%, normale : 40-45%) et un pH extrêmement bas (7.05). L'abdomen en fin de chirurgie est décrit comme étant ballonné. X \_\_\_\_\_ est rapidement transférée sur le site de B \_\_\_\_\_ après une sonographie confirmant le probable saignement. La révision chirurgicale du 27.8.2008 consistait en un « damage control » par laparotomie qui en fait n'est pas décrite de manière tout à fait compréhensible. Néanmoins on suppose que la lésion veineuse concernait uniquement l'iliaque externe droite (raison pour laquelle on décrit ne pas avoir identifié l'iliaque interne). Cette confusion est d'aspect mineur et explicable pour un site très remanié par le saignement. La troisième intervention a considéré le status vasculaire correctement. Le pontage veineux a bien fonctionné dans la phase aigüe et il n'y a eu aucune complication en relation avec cette opération sur la voie veineuse.

La question de la causalité de la lésion du nerf fémoral avec la prise en charge de la lésion vasculaire ne peut pas être répondue à 100%. La lésion peut être due à l'intervention de la hanche, à l'intervention « damage control » où il semble que le site n'ait pas été très clair (éventuellement dû aux circonstances locales avec hématome et saignement à contrôler...) et où une suture malheureuse peut avoir lésé le nerf fémoral. Une troisième possibilité est une combinaison des deux cas mentionnés préalablement (lésion orthopédique suivie de lésion lors du « damage control ».

Les seuls points où un certain manque d'expertise peut être décrit concernent l'attitude réservée en regard de la reconstruction du nerf fémoral droit et le manque d'investigation et de support neuropsychologique suite à un état de choc très sévère (near death). En particulier, une consultation et éventuellement une révision combinée vasculaire et neurochirurgicale du nerf fémoral dans un centre spécialisé aurait dû être recommandée vivement et on aurait éventuellement dû persévérer. Cela représentait en fait la seule chance d'améliorer le pronostique de la fonction jambière. En outre, un accompagnement spécifique des fonctions neuropsychologiques en respectant la probable encéphalopathie cérébrale suite au choc aurait certainement été bénéfique. Un état de choc très sévère, comme l'a survécu X \_\_\_\_\_ peut induire une encéphalopathie ischémique avec des séquelles neuropsychologiques à long terme, qui au niveau pronostique profitent d'un support spécifique.

L'alternative probablement moins riche en complications sévères, mais ceci est une question d'appréciation rétrospective, aurait été de faire opérer initialement la malade pour sa pathologie de hanche dans un centre spécialisé et équipé pour traiter les complications de ce genre directement sur le site même. Dans le cas présent, une fois la complication hémorragique survenue au cours du remplacement de hanche, le seul choix correct a été de décompresser l'abdomen, de maîtriser la lésion vasculaire et le saignement par ligature pour stabiliser la patiente et lui sauver sa vie. En deuxième instance la reconstruction veineuse fut performée correctement et avec succès.

**H.** Le 29 août 2019, le tribunal a imparti un délai de 20 jours pour requérir un complément d'expertise ou une surexpertise sur les deux rapports. Le 5 septembre 2019, le Prof. GG \_\_\_\_\_ a communiqué sa facture (x'xxx fr.). Le 6 septembre 2019,

Me E \_\_\_\_\_ a accepté la facture de x'xxx fr. Le 10 septembre 2019, à la requête de Me E \_\_\_\_\_, le délai a été prolongé au 30 septembre 2019. Le 16 septembre 2019, à la requête de Me M \_\_\_\_\_, le délai a été prolongé au 15 octobre 2019.

Le 14 octobre 2019, Me M \_\_\_\_\_ s'est déterminé. Le 23 octobre 2019, Me M \_\_\_\_\_ s'est encore déterminé. Le 25 octobre 2019, Me E \_\_\_\_\_ s'est déterminé. Le 11 novembre 2019, Me M \_\_\_\_\_ s'est encore déterminé. Par écriture datée du 5 novembre 2019, communiquée le 18 novembre, le Prof. GG \_\_\_\_\_ a écrit (Q. 1 à 3) :

5.11.2019. Réponses aux questions du courrier du Tribunal de district de Sion du 14 octobre 2019, concernant X \_\_\_\_\_, 18.10.1963.

Réponses aux questions Dr M \_\_\_\_\_.

Question 1. Qu'entend-il à la réponse N15 en pages 5 et 6 où il est précisé « que la prise en charge commence en fait en préopératoire et s'entend jusqu'à présent » ?

Réponse. Il s'agit d'une imprécision de rédaction. Comme la pathologie est bilatérale, et que le côté gauche devrait aussi être traité à l'avenir, les faits s'étant déroulés en 2008 doivent rester présent. Il est important d'avoir noté l'atypie vasculaire bilatérale et de garder cette information bien présente pour la hanche gauche, qui devra être traitée impérativement dans un centre spécialisé.

Question 2. Peut-il préciser quelque peu son propos en page 6, au regard des termes suivants: « la révision chirurgicale du 27 août 2008 consistait en un damage control» par laparotomie qui en fait n'est pas décrite de manière tout à fait compréhensible » ?

Expertise X \_\_\_\_\_ Edda, 18.10.1963. Y \_\_\_\_\_

Réponse : Un « damage control » est une mesure de sauvetage effectuée en urgence, et dans laquelle le geste chirurgical se limite à la correction du (des) problème(s) majeur(s). Dans cette situation le but est de sauver la vie du patient, qui sinon va décéder avec une probabilité de 100%. Les gestes supplémentaires seront effectués lorsque le malade se sera remis. Dans le cas présent l'intervention s'est limitée au contrôle rapide du saignement par une laparotomie laissée ouverte. De laisser l'abdomen ouvert n'était à l'époque pas encore une mesure bien établie, ce qui illustre de manière très claire l'expertise du chirurgien.

Question 3. Est-ce que X \_\_\_\_\_ aurait dû être initialement opérée pour sa pathologie de la hanche dans un centre spécialisé et équipé pour traiter les complications de ce genre directement sur le site même

Réponse : Je ne suis, de ma spécialisation pas vraiment à même de répondre à cette question. Il faut se remettre dans le contexte en 2008 : Était-il courant de traiter une hanche dysplasique déjà opérée au préalable dans un hôpital « périphérique » ? Ce sera une question pour le Professeur AA \_\_\_\_\_.

Par écriture datée du 15 novembre 2019, Me E \_\_\_\_\_ s'est encore déterminé. Le 19 novembre 2019, le tribunal a écrit au Prof. AA \_\_\_\_\_ (C1 16 32) :

Conformément à votre demande, je vous prie de trouver en annexe, pour information, une copie du rapport d'expertise de M. le Professeur GG \_\_\_\_\_, étant précisé que vous ne devez pas répondre aux questions complémentaires posées par Me M \_\_\_\_\_ le 14 octobre 2019.

Le 19 novembre 2019, le tribunal a également écrit aux avocats (C3 19 xxx) :

Je fais suite à la requête de Me M \_\_\_\_\_ du 14 octobre 2019, demandant que des questions complémentaires soient posées à M. le Professeur AA \_\_\_\_\_ à la suite de son rapport du 6 décembre 2018, ainsi qu'à M. le Professeur GG \_\_\_\_\_ à la suite de son rapport du 28 août 2019. La partie intimée a pu se déterminer sur cet incident.

En premier lieu, Me M \_\_\_\_\_ souhaite faire poser à M. le Professeur AA \_\_\_\_\_ (rapport du 6 décembre 2018) les questions complémentaires suivantes :

1. Est-ce que le transfert depuis l'hôpital de I \_\_\_\_\_ n'aurait pas dû être effectué plus tôt, à savoir dès les premiers signes de saignements qui sont apparus après 1 h 15 d'intervention environ, alors que l'intervention a duré visiblement 2h30 ?
2. Est-ce que le Professeur AA \_\_\_\_\_ peut préciser si, à son avis, X \_\_\_\_\_ a été suffisamment informée sur les risques liés à l'intervention et à l'anesthésie ?
3. Est-ce que le Professeur AA \_\_\_\_\_ peut préciser son point de vue quant à la notion d'accident qu'il évoque dans son expertise, en particulier quant au fait de savoir si le fait de ne pas constater une lésion du nerf fémoral pourrait constituer une faute médicale ?
4. Est-ce que la lésion aurait nécessité une révision chirurgicale ?

Selon l'art. 187 CPC, le tribunal détermine si l'expertise a lieu oralement ou par écrit (al. 1). Lorsque plusieurs experts sont mandatés, chacun fournit un rapport séparé à moins que le tribunal n'en décide autrement. L'expertise collective se justifie lorsque l'état de fait relève de plusieurs spécialités ou pose une question controversée dans une spécialité (al. 3). Les parties ne sont pas liées par le rapport d'expertise ; elles peuvent requérir des explications ou poser des questions complémentaires (al. 4) (Message relatif au code de procédure civile [CPC], p. 6933). Le complément d'expertise consiste à demander à l'expert des éclaircissements ou des compléments sur son rapport, ce qui signifie que l'expert judiciaire désigné est invité à s'exprimer une seconde fois sur des questions qui se posent à réception de son rapport (BETTEX, L'expertise judiciaire, p. 181).

Le complément d'expertise constitue, comme son nom l'indique clairement, un prolongement de l'expertise (arrêt non publié du Tribunal cantonal, du 31 octobre 2006, dans la cause C3 06 55, consid. Ia), dans le but de l'expliquer ou de la compléter (art. 179 al. 1 CPC; BÜHLER, Gerichtsgutachter und -gutachten im Zivilprozess, in: La justice et l'expertise, p. 65 ss). Ce droit à un complément d'expertise n'est toutefois pas absolu, celui-ci n'étant pas destiné à amener l'expert à reconsidérer son rapport ou à refaire ses calculs lorsque celui-ci a répondu de façon claire et précise à la question posée (arrêt du Président de la Cour civile du Tribunal cantonal vaudois, dans la cause Neufert c. Chapuis S.A., du 16 mai 1969, résumé in: JdT 1970 III 28). De même, en cas de questions supplémentaires ou complémentaires, le tribunal doit veiller à ce que l'objet du procès tel que défini par la requête reste le même et ne soit pas élargi par des questions complémentaires (ATF 140 111 24 consid. 3.3.4).

Le juge doit vérifier si au vu des autres preuves et des allégués des parties, des objections sérieuses s'imposent sur la cohérence des explications de l'expert. Si la cohérence d'une expertise lui paraît douteuse sur des points décisifs, il doit au besoin administrer des preuves complémentaires pour lever ces doutes (ATF 133 II 384 c. 4.2.3, JdT 2008 I 451 ; 132 II 257 c. 4.4.1, tous av. réf.). Il incombe aux parties (art. 187 al. 4 CPC) de présenter leurs critiques contre une expertise dans la procédure cantonale, afin de mettre en doute les conclusions de l'expert (cf. TF 4A\_202/2014 du 18.2.2015 c. 4.2). Selon l'art. 188 al. 2 CPC, le tribunal peut, à la demande d'une partie ou d'office, faire compléter ou expliquer un rapport lacunaire, peu clair ou insuffisamment motivé, ou faire appel à un autre expert.

En l'espèce, à la suite de l'ordonnance de preuve du 23 mars 2017 ordonnant la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire, le tribunal a mandaté deux experts, à savoir M. le Professeur AA \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pour le volet relatif à la prise en charge de la demanderesse par le Dr P \_\_\_\_\_ à l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ pour une arthroplastie de la hanche et M. le Professeur GG \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie vasculaire, s'agissant de l'évaluation de la prise en charge de X \_\_\_\_\_ dès son arrivée aux urgences de l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ et des conséquences éventuelles des interventions pratiquées par M. le Professeur S \_\_\_\_\_ et son équipe à cette occasion. Ce sont dès lors deux expertises séparées qui ont été ordonnées par le tribunal, l'état de fait relevant de deux spécialités médicales différentes. Ce choix ressort clairement du préambule de l'expertise de M. le Professeur AA \_\_\_\_\_, qui relève : « En tant que spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, le soussigné n'étant pas compétent pour évaluer les interventions de chirurgie vasculaires pratiquées à B \_\_\_\_\_, a proposé que cet aspect soit évalué par un co-expert, le Professeur GG \_\_\_\_\_ de II \_\_\_\_\_. Cette proposition a été acceptée par les parties ».

M. le Professeur AA \_\_\_\_\_ a déposé son expertise le 6 décembre 2018. Cette dernière a été notifiée aux parties par le tribunal le 7 décembre suivant, avec un délai de 20 jours pour requérir une expertise complémentaire ou une

surexpertise. Ni la partie demanderesse, ni la partie défenderesse n'ont requis de M. le Professeur AA \_\_\_\_\_ des explications complémentaires ou n'ont remis en question son expertise. La requête de Me M \_\_\_\_\_ tendant à ce que soient posées à M. le Professeur AA \_\_\_\_\_ des questions complémentaires au sujet de cette expertise doit dès lors être considérée comme tardive. A cet égard, contrairement à l'opinion de la partie demanderesse, vu le caractère indépendant des deux expertises, le fait que le tribunal ait précisé à M. le Professeur GG \_\_\_\_\_ que M. le Professeur AA \_\_\_\_\_ pouvait lui communiquer les pièces utiles en sa possession ne fait pas courir un nouveau délai à la partie demanderesse pour poser des questions complémentaires sur l'expertise déposée en décembre 2018. En outre, le fait que le Dr. P \_\_\_\_\_ ait été affecté par l'évolution défavorable de la situation de la partie demanderesse n'est pas un motif suffisant pour justifier une demande tardive de complément d'expertise. Au demeurant, cet élément a déjà été relevé dans l'expertise (p. 11 du rapport), tout comme les autres points soulevés par Me M \_\_\_\_\_. S'agissant notamment du transfert de la patiente dès les premiers signes de saignements (question complémentaire 1), l'expert indique à sa réponse 3, p. 35 du rapport : « Durant l'intervention chirurgicale du 27.08.2008, les chirurgiens ont vraisemblablement été informés par l'anesthésiste des problèmes hémodynamiques apparus durant l'opération. Toutefois, en l'absence de tout saignement visible au niveau du site opératoire, il leur était impossible d'identifier son origine ou d'agir sur celui-ci. Ils pouvaient tout au plus terminer rapidement l'intervention afin de ne pas retarder la recherche d'une source du saignement ». S'agissant de l'information à la patiente, l'expertise relève qu'aucune faute concernant l'information ne peut être reprochée au Dr P \_\_\_\_\_ (p. 32 du rapport; également rép. 14, p. 40 du rapport; rép. 1 question complémentaire de Me A \_\_\_\_\_ du 27 juin 2017, p. 40 du rapport) (cf. question complémentaire n° 2). La qualification accidentelle de l'événement (cf. question complémentaire n° 3) figure également dans le rapport, à la page 32/33, qui mentionne expressément: «Nous estimons que la lésion vasculaire dont a été victime X \_\_\_\_\_ doit être considérée comme de nature accidentelle. Aucune faute de traitement ne peut être imputée aux chirurgiens qui ont réalisé l'intervention d'arthroplastie à ce sujet ». La question d'une éventuelle révision chirurgicale (cf. question complémentaire n° 4) est également traitée dans le rapport (cf. rép. 13, p. 39 du rapport). Il résulte de ce qui précède que l'expertise de M. le Professeur AA \_\_\_\_\_, qui répond aux questions posées sur la base d'une anamnèse complète de la patiente, d'un examen complet de sa situation médicale et de toutes les pièces du dossier médical, est claire, cohérente et suffisamment motivée et qu'il n'y a pas lieu de poser à l'expert de nouvelles questions, auxquelles la partie demanderesse a au demeurant renoncé.

Partant, la requête de Me M \_\_\_\_\_ tendant à ce que des questions complémentaires soient posées à M. l'expert AA \_\_\_\_\_ est rejetée. Une copie de l'expertise de M. le Professeur GG \_\_\_\_\_ est communiquée en annexe à M. le Professeur AA \_\_\_\_\_ par pli séparé pour information, avec la mention expresse qu'il n'a pas à répondre aux questions complémentaires posées par X \_\_\_\_\_.

En deuxième lieu, Me M \_\_\_\_\_ souhaite faire poser à M. le Professeur GG \_\_\_\_\_ (rapport du 28 août 2019) les questions complémentaires suivantes :

1. Qu'entend-il à la réponse N° 15 en pages 5 et 6 où il est précisé que « la prise en charge commence en fait en préopératoire et s'étend jusqu'au présent » ?
2. Peut-il préciser quelque peu son propos en page 6, au regard des termes suivants : « la révision chirurgicale du 27 août 2008 consistait en un « damage control » par laparotomie qui en fait n'est pas décrite de manière tout à fait compréhensible » ?
3. Est-ce que X \_\_\_\_\_ aurait dû être initialement opérée pour sa pathologie de la hanche dans un centre spécialisé et équipé pour traiter les complications de ce genre directement sur le site même ?

La partie défenderesse ne s'oppose pas aux questions complémentaires n° 2 et 3, qui doivent être admises. La question n°3 est plus problématique puisqu'elle sort du domaine de compétence de M. le Professeur GG \_\_\_\_\_. Toutefois, elle peut être admise eu égard aux considérations faites par M. le Professeur GG \_\_\_\_\_ le 28 août 2019 dans sa lettre accompagnant son rapport.

Partant, les trois questions complémentaires posées par la partie demanderesse dans le délai imparti pour se déterminer sur l'expertise de M. le Professeur GG \_\_\_\_\_, sont admises et posées à l'expert.

Il n'est pas perçu de frais pour la présente décision. Le sort des dépens est renvoyé à fin de cause.

La présente vaut décision. Elle est éventuellement susceptible de recours auprès du Tribunal cantonal, à condition qu'elle puisse causer un préjudice difficilement réparable (art. 5 al. 1 let. b LACPC ; art. 319 let. b CPC). Le recours, écrit et motivé, est introduit auprès de l'instance de recours dans les 10 jours à compter de la notification de la décision motivée. La décision attaquée doit être jointe au dossier, pour autant qu'elle soit en mains du recourant (art. 321 CPC).

Le 25 novembre 2019, le Prof. GG \_\_\_\_\_ a communiqué sa facture (300 fr.).  
Le 29 suivant, Me E \_\_\_\_\_ a indiqué ne pas s'opposer à la facture ;  
Me M \_\_\_\_\_ en a fait de même le 3 décembre 2019.

Le 6 décembre 2019, Me M \_\_\_\_\_ s'est déterminé, en communiquant des questions pour un nouvel expert. Le 13 décembre 2019, Me E \_\_\_\_\_ s'est déterminé. Le 18 décembre 2019, le tribunal a écrit (C3 19 xxx).

Nous faisons suite à l'incident de Me M \_\_\_\_\_ le 6 décembre 2019 (moyens de preuves), ainsi qu'à la lettre de Me E \_\_\_\_\_ du 13 décembre 2019.

La cause incidente prend le numéro C3 19 xxx (cf. art. 210 directives ; instance C3).

Il vous est imparté un délai de 10 jours pour présenter vos éventuelles observations.

Le 20 décembre 2019, Me M \_\_\_\_\_ s'est déterminé. Le 20 décembre 2019, Me E \_\_\_\_\_ s'est référé à ses précédentes déterminations. Le 23 décembre 2019, le tribunal a prononcé (C3 19 xxx) :

1. La demande de nouvelle expertise (surexpertise) est rejetée.
2. Il n'est pas perçu de frais pour la présente décision.
3. Le sort des dépens est renvoyé à fin de cause.

I. Le 24 décembre 2019, le tribunal a imparté un délai pour déposer les questionnaires mis à jour. Le 30 décembre 2019, Me M \_\_\_\_\_ a requis une prolongation de délai ; Me E \_\_\_\_\_ en a fait de même ; le délai a été prolongé de 30 jours. Le 4 février 2020, Me M \_\_\_\_\_ a déposé les questionnaires. Le 10 février 2020, Me E \_\_\_\_\_ a déposé des questions complémentaires. Le 11 février 2020, le tribunal a envoyé une commission rogatoire à T \_\_\_\_\_ (Prof. S \_\_\_\_\_), à D \_\_\_\_\_ (H \_\_\_\_\_). Le 19 février 2020, le tribunal de D \_\_\_\_\_ a cité le témoin H \_\_\_\_\_. Le 20 février 2020, tribunal a requis des médecins des renseignements écrits (art. 190 CPC) (Dr U \_\_\_\_\_, Prof. S \_\_\_\_\_, Dr Q \_\_\_\_\_, Dr P \_\_\_\_\_, Prof. W \_\_\_\_\_). Le 20 février 2020, sur proposition des avocats, le tribunal a cité les témoins et la partie à la séance du 5 mai 2020.

Le 2 mars 2020, le Prof. W \_\_\_\_\_ a communiqué ses réponses. Le 5 mars 2020, le Prof. S \_\_\_\_\_ a communiqué ses réponses. Le 16 mars 2020, Me E \_\_\_\_\_ a écrit au tribunal de D \_\_\_\_\_. Le 16 mars 2020, le tribunal de D \_\_\_\_\_ a annulé la séance du 16 mars 2020. Le 16 mars 2020, le Dr Q \_\_\_\_\_ a écrit en indiquant avoir communiqué son dossier le 3 avril 2017. Le 20 mars 2020, le Dr U \_\_\_\_\_ a communiqué ses réponses. Le 24 avril 2020, le Dr P \_\_\_\_\_ a communiqué ses réponses. Le 30 mars 2020, à la requête de Me E \_\_\_\_\_, la

séance du 5 mai 2020 a été annulée. Le 1er avril 2020, sur proposition des avocats, le tribunal a cité les témoins et les parties à la séance du 29 septembre 2010. Le 3 avril 2020, Me E \_\_\_\_\_ a écrit une lettre. Le 7 avril 2020, le tribunal a demandé au Dr Q \_\_\_\_\_ ses réponses (art. 190 CPC). Le 7 mai 2020, le Dr Q \_\_\_\_\_ a communiqué ses réponses. Le 25 mai 2020, le tribunal de D \_\_\_\_\_ a annulé la séance du 28 mai 2020 et la déplacée au 19 juin 2020.

Le 2 juin 2020, Me E \_\_\_\_\_ a résilié son mandat d'avocat de Y \_\_\_\_\_. Me M \_\_\_\_\_ a été d'accord avec l'annulation de la séance du 19 juin 2020. Le 3 juin 2020, le tribunal de D \_\_\_\_\_ a annulé la séance et l'a recitée au 31 août 2020. Le 5 juin 2020, Y \_\_\_\_\_ a désigné Me N \_\_\_\_\_, avocate à Lausanne, comme nouvelle avocate. Le 17 juin 2020, Me N \_\_\_\_\_ a déposé sa procuration.

Lors de la séance du 31 août 2020, devant le tribunal de D \_\_\_\_\_, le témoin H \_\_\_\_\_ a été entendu.

Lors de la séance du 29 septembre 2020, les témoins (Dr U \_\_\_\_\_, Dr P \_\_\_\_\_, Dr Q \_\_\_\_\_, Prof. S \_\_\_\_\_ et Prof. W \_\_\_\_\_) et la partie X \_\_\_\_\_ ont été entendus. Pour Me M \_\_\_\_\_ et pour Me N \_\_\_\_\_, l'instruction était close, sous réserve du dépôt de l'article du Prof. S \_\_\_\_\_. Avec l'accord de Me M \_\_\_\_\_ et de Me N \_\_\_\_\_, les parties ont renoncé aux plaidoiries et ont convenu de déposer des mémoires-conclusions, pour le 31 décembre 2020, à notifier simultanément, sans autre échange d'écriture.

Le 1<sup>er</sup> octobre 2020, le Prof. S \_\_\_\_\_ a déposé un article sur les laparostomes. Le 5 octobre 2020, Me N \_\_\_\_\_ a requis le dossier AI. Le 6 octobre, puis le 14 octobre 2020, le tribunal a déposé le dossier AI. Le 8 octobre 2020, l'Office AI a écrit. Le 12 octobre 2020, l'OCAS, à D \_\_\_\_\_, a communiqué le CD-ROM. Le 15 suivant, le tribunal a communiqué la copie aux avocats. Le 30 décembre 2020, le tribunal a prolongé le délai au 1<sup>er</sup> février 2021. Le 12 janvier 2021, à la suite de la demande des avocats, le tribunal a indiqué que l'instruction était close et restait dans l'attente des conclusions. Le

26 janvier 2021, Me M \_\_\_\_\_ a requis une prolongation de délai. Le 27 janvier 2021, le délai a été prolongé au 1<sup>er</sup> mars 2021.

Le 25 février 2021, agissant pour X \_\_\_\_\_, Me M \_\_\_\_\_ a déposé son mémoire-conclusions, en concluant :

1. Il est constaté que la responsabilité de Y \_\_\_\_\_ est engagée et que la situation actuelle de X \_\_\_\_\_ est en relation de causalité adéquate avec la faute et la violation des règles de l'art constatées.
2. Y \_\_\_\_\_ est condamné à verser à X \_\_\_\_\_ un montant de CHF xx'xxx.- à titre de tort moral, avec intérêt à 5%, dès le 27 août 2008.
3. Y \_\_\_\_\_ est condamné à verser à X \_\_\_\_\_ un montant de CHF x'xxx'xxx à titre de dommages-intérêts, avec intérêts à 5% dès le 27 août 2008.
4. L'ensemble des frais de procédure sont mis à la charge de Y \_\_\_\_\_, qui s'acquittera en outre des dépens de X \_\_\_\_\_.

Le 1<sup>er</sup> mars 2021, agissant pour Y \_\_\_\_\_, Me N \_\_\_\_\_ a déposé sa plaidoirie écrite, en concluant :

Fondé sur ce qui précède, Y \_\_\_\_\_ confirme, avec suite de tous frais et dépens, les conclusions prises au pied de de sa réponse du 29 avril 2016.

Les mémoires-conclusions ont été notifiés simultanément le 8 mars 2021.

## SUR QUOI LE TRIBUNAL

### I. Préliminairement

1. Aux termes de l'art. 91 al. 1 CPC, la valeur litigieuse est déterminée par les conclusions sans prendre en compte les intérêts et les frais de la procédure en cours ou d'une éventuelle publication de la décision et, le cas échéant, la valeur résultant des conclusions subsidiaires. En cas de cumul d'actions, les prétentions sont additionnées, à moins qu'elles ne s'excluent (art. 93 al. 1 CPC).

En l'espèce, la valeur litigieuse est déterminée par la valeur totale des conclusions prises par la demanderesse, à savoir x'xxx'xxx fr. (xx'xxx fr. + x'xxx'xxx fr.). La cause est soumise à la procédure ordinaire (art. 197 ss et 243 al. 1 *a contrario* CPC).

2. La maxime des débats est le pendant, en matière de rassemblement des faits, du principe de disposition. Il incombe dès lors aux parties, et non au juge, de réunir les éléments du procès. De manière générale, la procédure civile consacre la maxime éventuelle, qui notamment concentre l'allégation des faits et les preuves y relatives. Selon la maxime éventuelle, les parties ont le devoir d'invoquer tous les moyens simultanément même s'il n'est pas certain que tous seront utiles. A cet égard, la procédure civile continentale postule qu'au jour de la création du lien d'instance, les parties connaissent les faits et les preuves qui fondent leur prétention ou leur refus de céder à la prétention de la partie adverse. Le CPC ne remet pas en cause le principe de l'immutabilité de l'objet du litige (immutabilité factuelle du litige). La maxime éventuelle conduit les parties à présenter leurs prétentions ou leurs dénégations avec précision et rigueur. Le CPC a adouci la rigueur d'une stricte application de la maxime éventuelle, en prévoyant notamment la possibilité d'admettre des faits et des moyens de preuve nouveaux aux débats principaux (VOUILLOZ, La preuve dans le Code de procédure civile suisse, in PJA 2009 7, p. 830). Le CPC unifié prévoit le principe de la maxime des débats. Selon l'art. 55 al. 1 CPC, les parties allèguent les faits sur lesquels elles fondent leurs prétentions et produisent les preuves qui s'y rapportent. En vertu de l'art. 55 CPC, la maxime des débats s'applique en principe ; les dispositions légales prévoyant la maxime inquisitoire sont réservées. Cela signifie ainsi qu'il incombe en principe aux parties d'alléguer et de prouver les faits à l'appui de leurs prétentions, sans que le juge ait à investiguer ou agir d'office et sans qu'il puisse retenir d'autres faits que ceux allégués et prouvés par les parties (HALDY, La nouvelle procédure civile suisse, n° 13 ad art. 55 CPC). Les faits allégués forment le complexe de faits sur lequel le juge doit se fonder.

Cette règle de forme a non seulement pour but de fixer de manière satisfaisante le cadre du procès et de permettre à chacune des parties de savoir quels faits elle doit contester et prouver, mais également d'assurer une certaine clarté de la procédure et, par-là, de contribuer à la résolution rapide du litige. Lorsque s'applique la maxime des débats, le demandeur doit être très attentif au respect par ses soins des exigences en matière d'allégation (en particulier le fardeau de l'allégation) et de proposition de preuves, qui sont des éléments caractéristiques du CPC suisse (arrêt 4A\_33/2015).

Sauf fait notoire ou devoir d'interpellation du juge, le juge ne pourra pas prendre en considération des faits non allégués (CHAIX, op. cit., p. 118 s. n. 10). Le fardeau de l'allégation au sens objectif sanctionne l'absence, dans le procès, d'un fait ou l'absence d'un fait suffisamment motivé. Dans une telle situation, il ne sera pas pris en considération. Lorsque s'applique la maxime des débats, le demandeur doit être très attentif au respect par ses soins des exigences en matière d'allégation (en particulier le fardeau de l'allégation) et de proposition de preuves, qui sont des éléments caractéristiques du CPC suisse (arrêt 4A\_33/2015). Selon le fardeau de la preuve au sens subjectif, la partie qui déduit un droit en justice doit proposer l'administration de preuves à l'appui des faits qu'elle allègue. A défaut de réquisition, les preuves ne seront pas mises en œuvre. L'art. 8 CC répartit le fardeau de la preuve dans les contestations soumises au droit civil fédéral (ATF 134 III 224 consid. 5.1 p. 231). Il garantit également le droit à la preuve et à la contre-preuve (ATF 129 III 18 consid. 2. p. 24 s.). Conformément à l'art. 8 CC, le tribunal administre une preuve offerte régulièrement, dans les formes et dans les délais prévus par la loi de procédure, et portant sur un fait pertinent, régulièrement allégué selon le droit cantonal de procédure, pour l'appréciation juridique de la cause (ATF 133 III 189 consid. 5.2.2 p. 195). Selon l'art. 8 CC, la partie qui n'a pas la charge de la preuve peut apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que sa contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme vraisemblables (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 p. 89 ; 130 III 321 consid. 3.4 p. 326). L'art. 150 al. 1 CPC prévoit que la preuve a pour objet les faits pertinents et non contestés. Cela signifie notamment qu'un fait non contesté par la partie adverse est considéré comme admis, ce qui est la concrétisation de la maxime des débats. Le tribunal peut néanmoins administrer les preuves d'office lorsqu'il existe des motifs sérieux de douter de la véracité d'un fait non contesté (HOFMANN/LÜSCHER, op. cit., p. 79). La partie qui supporte le fardeau de la

preuve doit donc proposer l'administration de preuves à l'appui des faits qu'elle allègue (RVJ 2012 p. 244).

### Faits

**A.** D'origine III, X \_\_\_\_\_, née xxx, est née le xxx. Elle est arrivée en Suisse en xxx. En xxx, elle a connu son futur époux, H \_\_\_\_\_, qu'elle a épousé en xxx. Elle a 2 enfants, AAAA \_\_\_\_\_, née en xxx, et GGG \_\_\_\_\_, né en xxx.

Selon elle, lors de sa venue en Suisse, X \_\_\_\_\_ a travaillé «xxx» comme femme de ménage. Après son déménagement en Valais en novembre xxx, X \_\_\_\_\_ n'a pas retrouvé de travail ; elle était enceinte. Après la naissance de son fils GGG \_\_\_\_\_, né le xxx, elle s'est consacrée à l'éducation de ses enfants et à la tenue de son ménage.

**B.** Souffrant d'une malformation des hanches depuis sa naissance, X \_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestation AI. En juin 2005, elle a déposé une demande de rente AI, en raison d'une dysplasie sévère des deux hanches et d'une arthrose de hanche bilatérale. Par décision du 28 mars 2006, l'Office cantonal AI du Valais lui a refusé tout droit à une rente, confirmée le 29 juin 2006, considérant qu'elle présentait une invalidité de 14 % largement inférieure à la limite de 40 % décisive pour l'octroi d'une telle prestation (pce 2). Elle a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances, lequel a rejeté son recours par jugement du 19 décembre 2006 (pce 3).

**C.** En 2007, le Dr Q \_\_\_\_\_, médecin traitant de X \_\_\_\_\_, a adressé sa patiente au service d'orthopédie et de traumatologie de Y \_\_\_\_\_ (actuellement Y \_\_\_\_\_) (Dr P \_\_\_\_\_) (pce 4). L'intervention préconisée par le Dr Q \_\_\_\_\_ était destinée à améliorer la mobilité de X \_\_\_\_\_ (H \_\_\_\_\_, R. 2). Le 3 mai 2007, le Dr P \_\_\_\_\_ a établi un rapport à l'attention du Dr Q \_\_\_\_\_, dans lequel le Dr P \_\_\_\_\_ indiquait une arthroplastie de la hanche droite ; il retenait la date du 5 septembre 2007 pour l'opération (pce 4). Le Dr P \_\_\_\_\_ a discuté des risques avec X \_\_\_\_\_, dont les risques d'infections (p. 56). X \_\_\_\_\_ indique que les conséquences d'un échec ne lui ont pas été

exposées (X \_\_\_\_\_, R. 16 s.). L'opération, n'a pas eu lieu à cette date, en raison d'un déménagement.

**D.** En mai 2008, X \_\_\_\_\_ a à nouveau consulté le Dr P \_\_\_\_\_ auprès de Y \_\_\_\_\_ (pce 5). Dans sa lettre du 14 mai 2008 adressée au Dr Q \_\_\_\_\_, le Dr P \_\_\_\_\_ a planifié la date opératoire pour l'arthroplastie de la hanche droite au 27 août 2008 (pce 5). Selon X \_\_\_\_\_, le Dr P \_\_\_\_\_ a qualifié l'intervention de «banale et courante» (H \_\_\_\_\_, R. 3 ; H \_\_\_\_\_, R. 12). Le Dr P \_\_\_\_\_ ne se souvient pas du vocabulaire utilisé ; il n'a pas nié avoir fait usage de ces termes. Selon X \_\_\_\_\_, avant l'intervention, X \_\_\_\_\_ se déplaçait sans moyen auxiliaire et pouvait descendre et monter les escaliers. Selon elle, avant l'intervention, X \_\_\_\_\_ ne souffrait que d'une faible limitation dans les activités du ménage (pce 2). Selon elle, l'intervention avait pour but d'améliorer la capacité de déplacement et la capacité de travail de X \_\_\_\_\_. Selon elle, X \_\_\_\_\_ n'a pas été complètement informée des risques et des conséquences de l'intervention. Selon elle, X \_\_\_\_\_ n'a pas été en mesure de donner son consentement éclairé. H \_\_\_\_\_ était présent lorsque le Dr P \_\_\_\_\_ l'a rendue attentive aux conséquences de l'opération (H \_\_\_\_\_, R. 4). Selon H \_\_\_\_\_, il a invoqué des conséquences basiques, que X \_\_\_\_\_ aurait mal et que cela prendrait du temps pour se remettre, mais pas qu'elle puisse se retrouver en chaise roulante (H \_\_\_\_\_, R. 4).

**E.** Le 27 août 2008, X \_\_\_\_\_ a subi l'intervention d'arthroplastie totale de la hanche droite pratiquée par le Dr P \_\_\_\_\_ au service d'orthopédie de Y \_\_\_\_\_, à I \_\_\_\_\_ (pce 6). H \_\_\_\_\_ n'était pas présent à I \_\_\_\_\_ (H \_\_\_\_\_, R. 10). Le protocole opératoire établi par le Dr P \_\_\_\_\_ décrit l'intervention comme suit : «Installation en décubitus latéral gauche. Incision centrée sur le grand trochanter. Discision du tissu sous-cutané centimétrique. Fascia tata tendu et fin. On retrouve un tendon conjoint millimétrique qui est dégagé avec un capot osseux à la rugine à cotyle. Luxation aisée de la hanche et recoupe du moignon de col fémoral à environ 1 cm du petit trochanter. A la révision, le cotyle est complètement dysplasique et plat. Fraisage en profondeur et en hauteur en débutant par une fraise 36 jusqu'à une taille 42. Essai 42 avec relativement peu de tenue sur un mur antérieur excessivement faible. On poursuit le fraisage jusqu'à une taille 44 avec une tenue modérée, raison pour laquelle on met en place une vis de 35 qui assure cette fois une stabilité satisfaisante. Mise en place de l'insert Polyéthylène pour une tête 22. Préparation du fût diaphysaire avec ouverture au ciseau Gouge, puis alésage à la queue de rat. Essai sur une Conus 13, tête 22, col S permettant de regagner la longueur sans flessum de hanche. Bonne

stabilité en extension rotation externe d'au moins 30 degrés et en flexion, les rotations restent difficilement testables. Mise en place d'une Conus 13 définitive sur un col S. Lavage, fermeture plan par plan avec un Redon sous-facial. Agrafes à la peau» (pce 6). Selon X \_\_\_\_\_, immédiatement après l'opération, X \_\_\_\_\_ a subi un état de choc hémorragique (pce 6). Le Dr P \_\_\_\_\_ a dit à H \_\_\_\_\_ avoir hésité à finir l'opération (H \_\_\_\_\_, R. 11) et l'a terminée car l'opération était prêt de son terme (H \_\_\_\_\_, R. 12). Selon H \_\_\_\_\_, le Dr P \_\_\_\_\_ n'a pas été en mesure de découvrir la cause de l'hémorragie (H \_\_\_\_\_, R. 13). Le protocole opératoire décrit la situation comme suit : «En post-opératoire immédiat, cette patiente, tachycarde, développe une hypotension majeure ne répondant pas à un remplissage rapide ainsi qu'à l'administration d'au moins 4 culots érythrocytaires. On pratique une radiographie de contrôle qui est satisfaisante avec cupule en place et tige adaptée bien qu'un peu en valgus. Devant une distension abdominale, un ultrason est effectué qui confirme du liquide libre dans l'abdomen. Dans ce contexte, chez une patiente en état de choc après contact, un transfert à l'hôpital de B \_\_\_\_\_ est ordonné pour contrôle de l'hémostase intra-abdominale à la recherche d'une lésion de l'artère iliaque interne versus plexus sacré» (pce 6). X \_\_\_\_\_ est transportée d'urgence depuis I \_\_\_\_\_ au centre hospitalier de B \_\_\_\_\_ (pce 6). Selon X \_\_\_\_\_, durant le transfert en ambulance, les transfusions sanguines ont été interrompues. Elle est arrivée à l'hôpital de B \_\_\_\_\_ en choc hémorragique (p. 59).

**F.** Le même jour, soit le 27 août 2008, X \_\_\_\_\_ a subi une nouvelle intervention pratiquée par le Prof. S \_\_\_\_\_ à l'hôpital de B \_\_\_\_\_ ; elle est décrite comme suit : « en urgence laparotomie exploratrice, hémostase d'une déchirure des veines iliaque droite» (pce 7). Le protocole opératoire décrit la situation comme suit : «Il s'agit d'une patiente aux antécédents d'opérations pour dysplasie des hanches bilatérales et césarienne qui a présenté au cours d'une prothèse de hanche un état de choc hypovolémique. L'ultrason pratiqué à I \_\_\_\_\_ démontre la présence de liquide libre intra-abdominal. La patiente est transférée en urgence au bloc opératoire de B \_\_\_\_\_. Lors de son admission, elle est tachycardique. Après désinfection et champage habituelles, laparotomie médiane xipho-pubienne, évacuation d'un hémopéritoine important. La source hémorragique se situe dans la fosse iliaque droite où l'utérus présente des adhérences cicatricielles intimes avec la région de la lacune vasculaire. Les artères iliaques communes et externe et interne sont démontrées : il n'y a pas de lésion mais les veines iliaque externe et iliaque commune sont arrachées. On retrouve le moignon sur le versant cave de l'iliaque commune qui mesure environ 1 cm. Il est contrôlé par application d'un clamp. Distalement au niveau de la lacune vasculaire,

l'hémostase est obtenue par application de quelques points de Prolène 4.0. La veine iliaque interne n'est pas retrouvée. Fermeture du moignon iliaque et commune droit par un surjet de Prolène 4.0. Rinçage de la cavité, Il n'y a pas d'autres sources hémorragiques. La parostome est équipé par un pansement VAC. La patiente est transférée aux soins intensifs» (pce 7).

Selon X \_\_\_\_\_, lors de l'intervention du 27 août 2008 par le Prof. S \_\_\_\_\_, une ligature de la veine iliaque externe, ainsi qu'une ligature de l'artère iliaque interne droite, ont été effectuées (pce 7). Selon elle, il en résulta une thrombose complète de l'axe veineux profond (pce 8).

**G.** Le lendemain, 28 août 2008, le Prof. S \_\_\_\_\_ a procédé à une «re-laparotomie de second-look avec dépacking et lavage abdominal». Un pontage veineux entre les veines fémorales superficielles droite et gauche a été confectionné à l'aide de la veine saphène interne gauche selon Palma. Une fistule artério-veineuse entre la veine saphène interne distale et l'artère tibiale postérieures droites a été confectionnée (p. 60). L'intervention est décrite dans le protocole opératoire du Prof. S \_\_\_\_\_ et du Dr LL \_\_\_\_\_ du 28 août 2008 (pce 8). Ce protocole opératoire définit l'intervention comme suit : «re-laparotomie de second-look avec dépacking et lavage abdominal. Confection d'un pontage veineux entre les veines fémorales superficielles droite et gauche à l'aide de la veine saphène interne gauche selon Palma. Confection d'une fistule artério-veineuse entre la veine saphène interne distale et l'artère tibiale postérieure droite» (pce 8).

**H.** Selon le rapport du Prof. AA \_\_\_\_\_, expert, l'intervention d'arthroplastie de la hanche a été à l'origine de complications : une hémorragie per et post-opératoire située au niveau du petit bassin survenue avec certitude durant l'intervention orthopédique ; une lésion du nerf fémoral (qui peut s'être produite tant durant l'intervention d'arthroplastie, que durant les deux interventions du Prof. S \_\_\_\_\_) et une inégalité de longueur des membres inférieurs de 2 cm en défaveur de la gauche (survenue durant l'intervention d'arthroplastie totale de la hanche du 27 août 2008) (p. 767). Selon le Prof. AA \_\_\_\_\_, expert, plusieurs éléments peuvent expliquer la lésion vasculaire survenue durant l'intervention du Dr P \_\_\_\_\_. L'hémorragie a pu être provoquée par une déchirure des veines lors de l'introduction d'une mèche à travers la cupule acétabulaire préalable à l'introduction d'une vis. Elle a également pu être provoquée par la mise en place d'un écarteur impacté dans l'os iliaque, mais également par un écarteur placé en avant du lacetabulum. Finalement, les veines iliaques ont pu se déchirer du fait

de l'allongement au niveau de la hanche (p. 763 s.). Quant à la lésion du nerf fémoral, il n'est pas possible, selon le Prof. AA \_\_\_\_\_, de déterminer si elle s'est produite en raison de la première, de la deuxième ou de la troisième intervention chirurgicale. Dite lésion a pu être provoquée lors de la mise en place d'un écarteur durant l'intervention du Dr P \_\_\_\_\_, par la traction sur le nerf, résultant de l'allongement du plus de 3 cm, mais également lors de la première ou de la deuxième intervention du Prof. S \_\_\_\_\_ (p. 764). L'inégalité de longueur des membres inférieurs serait due à une erreur d'appréciation commise par les opérateurs durant l'intervention d'arthroplastie du 27 août 2008 selon le Prof. AA \_\_\_\_\_, expert (p. 771). Il est possible, selon le Prof. AA \_\_\_\_\_, que l'allongement excessif au niveau de la hanche droite durant l'intervention orthopédique soit à l'origine des lésions vasculaires et neurologiques dont souffre X \_\_\_\_\_ (p. 767).

Selon X \_\_\_\_\_, les deux interventions chirurgicales du 27 août et du 28 août 2008 réalisées à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ ont été à l'origine des complications suivantes : un thrombus veineux de la veine fémorale droite, une insuffisance rénale aiguë, une coagulation intravasculaire disséminée, une thrombocytose réactionnelle (p. 761).

Selon le Prof. AA \_\_\_\_\_, expert, X \_\_\_\_\_ souffre des séquelles, sans doute directement ou indirectement consécutives à l'intervention d'arthroplastie totale de la hanche droite : « plégie du muscle quadriceps droit, liée à une lésion du nerf fémoral droit qui n'a pas récupéré ; inégalité de longueur des membres inférieurs en défaveur de la gauche de 2 cm ; status cicatriciel abdominal lié aux interventions de chirurgie vasculaire ; état dépressif » (p. 775). Selon le Prof. AA \_\_\_\_\_, expert, les séquelles entraînent une invalidité actuelle, un état de dépendance et une incapacité de travail évaluées selon lui à 100% (p. 775).

I. X \_\_\_\_\_ a séjourné aux soins intensifs du 27 au 30 août 2008, date de son transfert au SCC (orthopédie) (pce 9). Le résumé de ce séjour aux soins intensifs a été établi par le Dr MM \_\_\_\_\_ le 27 octobre 2008 (pce 11). X \_\_\_\_\_ a séjourné ensuite dans le département de chirurgie jusqu'au 11 septembre 2008 (pce 9). Elle a ensuite été transférée en orthopédie, à I \_\_\_\_\_, où elle a séjourné jusqu'au 7 octobre 2008 (pce 10).

J. Selon X \_\_\_\_\_, une parésie quadricipitale gauche secondaire a été évoquée dans la discussion mais ne le figurait pas dans le diagnostic de sortie. Le rapport du 22 octobre 2008 à l'attention du Dr Q \_\_\_\_\_ indique : «Sur le plan orthopédique, la

patiente bénéficie d'un programme de physiothérapie actif avec marche en charge progressive. A noter une parésie quadricipitale gauche secondaire pour laquelle un ENMG est prévu.» (pce 10).

X \_\_\_\_\_ a ensuite séjourné, du 7 octobre au 11 novembre 2008, à la clinique J \_\_\_\_\_, avant de rentrer à son domicile (pce 13).

Le 7 novembre 2008, un ENMG, a été effectué, examen dont la conclusion est la suivante : «Le bilan électroclinique actuel démontre l'existence d'une neuropathie fémorale droite par axonotmésis totale ou neurotmésis, en l'absence de tout indice de processus de réinnervation. L'atteinte est inguinale et les fibres destinées à l'iliopsoas sont indemnes, de même que les autres branches du plexus lombo-sacré. Une exploration est souhaitable» (pce 16). Selon X \_\_\_\_\_, cette exploration chirurgicale du nerf fémoral n'a pas été exécutée et aucune suite n'a été donnée au diagnostic posé durant le séjour à la clinique J \_\_\_\_\_. Le 25 novembre 2008, la clinique J \_\_\_\_\_ a établi son rapport de sortie (pce 13). Dans l'appréciation et discussion du cas, il est indiqué : «Objectivement, on retient des cicatrices postopératoires érythémateuses et hypertrophiques, une parésie quadricipitale droite avec également des troubles sensitifs dans le territoire du nerf fémoral droit et une limitation de la mobilité de la hanche droite antérieure à l'intervention» (pce 13). Au sujet de l'évolution durant le séjour, il est indiqué : «Au terme du séjour soit à 2 mois de l'arthroplastie aucune récupération neurologique n'est observée. La force motrice reste à MO pour le quadriceps à droit, l'hypomyotrophie devient de plus en plus manifeste mais le tonus reste normal. La force motrice au niveau des extenseurs est préservée. Le trouble sensitif à type d'hypoesthésie tacto-algique dans le territoire du nerf fémoral est superposable. Ceci pose l'indication à un bilan d'investigation pour cibler mieux la région de compression mécanique sur le trajet du nerf fémoral. Les divers examens d'imagerie permettent de retenir la présence d'un placard cicatriciel granulomateux et/ou fibreux engainant le paquet vasculonerveux fémoral droit à la hauteur du pli inguinal. Le pontage électromyogrammé a été réalisé le 07.11.2008. Celui-ci démontre la persistance d'une neuropathie fémorale droite par axonotmnésis avec absence de tout signe de réinnervation. Le dossier a été rediscuté avec le Dr U \_\_\_\_\_. L'indication à une réexploration de la région inguinale en vue d'une neurolyse ou une greffe nerveuse est retenue sans qu'une date opératoire ne soit pour le moment fixée» (pce 13). Ce même rapport formule des propositions thérapeutiques à la sortie, notamment un rendez-vous de consultation avec le Dr U \_\_\_\_\_ après discussion au colloque multidisciplinaire (pce 13). Le rendez-vous de consultation avec le Dr U \_\_\_\_\_ n'a pas eu lieu. Selon

X \_\_\_\_\_, on ignore si le colloque multidisciplinaire a traité du cas de X \_\_\_\_\_. Selon elle, le rapport médical établi avant l'intervention du 27 octobre 2008 précise : «A relever qu'avant l'intervention la patiente se déplaçait sans moyen auxiliaire et pouvait descendre et monter les marches d'escaliers».

**K.** En décembre 2008, X \_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de rente AI. Au début de l'année 2010, l'AI a octroyé à X \_\_\_\_\_ les moyens auxiliaires demandés (lit électrique et chaise roulante). A la demande de l'Office cantonal AI, une expertise médicale pluridisciplinaire a été confiée au Dr AAA \_\_\_\_\_ assisté du Dr CCCC \_\_\_\_\_ pour le consilium psychiatrique (pce 23). Dans son rapport, le Dr AAA \_\_\_\_\_ a écrit : «Le pronostic, aussi bien dans le domaine somatique que psychique est très sombre. En particulier on voit mal quel chirurgien oserait dans ce contexte, «s'embarquer» dans une opération de la hanche gauche. En ce qui concerne l'exigibilité professionnelle, il ne fait aucun doute que sur le plan somatique aucune activité n'est exigible de cette femme prostrée en chaise roulante et souffrant de pathologies particulières multiples. Le Dr CCCC \_\_\_\_\_ confirme cette appréciation considérant lui aussi qu'une incapacité de travail de 80 % est à reconnaître à l'assurée» (pce 23). Dans des remarques, s'agissant des traitements précédents, le Dr AAA \_\_\_\_\_ relève : «Le terme «efficacité» semble peu approprié, puisque l'assurée souffre surtout de complications iatrogènes ! On peut dire que les traitements ont été tout à fait «inefficaces»» (pce 23). S'agissant des limitations fonctionnelles, justifiées par les pathologies médicales objectives, le Dr AAA \_\_\_\_\_ a indiqué : «La réponse à cette question n'est pas facile. Il existe d'indiscutables limitations, liées à l'échec de la prothèse de la hanche droite, à la coxarthrose gauche à la pathologie lombaire. Mais il existe aussi des auto-limitations entraînant un comportement d'invalidé absolue, lié probablement aux affections psychiatriques» (pce 23). Le Dr AAA \_\_\_\_\_ a conclu que la capacité de travail de X \_\_\_\_\_ était nulle depuis l'opération d'août 2008 (pce 23). S'agissant du plan psychiatrique, le Dr CCCC \_\_\_\_\_ a conclu : «L'état dépressif sévère qui s'est installé dans un contexte défavorable et qui résiste au traitement détermine une incapacité de travail d'environ 80 %, quelle que soit la profession et ceci pour un longue période» (pce 23). Le Dr CCCC \_\_\_\_\_ pose le diagnostic psychiatrique de «troubles dépressifs majeurs sévères F32.8» (pce 23).

**L.** Dans son rapport du 4 janvier 2011, le Dr BBB \_\_\_\_\_ du DDDD \_\_\_\_\_ a indiqué que le rapport d'expertise pluridisciplinaire était «complet, clair et convaincant». Selon lui, «la capacité de travail de X \_\_\_\_\_ est nulle dans toute activité depuis le

27 août 2008 et de manière durable» (pce 24). Dans son rapport, le Dr BBB \_\_\_\_\_ a estimé que l'on est en présence d'une aggravation de l'état de santé De X \_\_\_\_\_ depuis le 28 août 2008 (pce 24). A la question de savoir si l'aide de tiers pour accomplir les actes de la vie quotidienne était justifiée médicalement, le Dr BBB \_\_\_\_\_ a répondu par l'affirmative sur la base des documents médicaux à disposition et a estimé que les empêchements au ménage estimés à 70% étaient justifiés par les troubles psychiatriques (pce 24). Dans son appréciation du cas, l'expert AAA \_\_\_\_\_ a résumé la situation de X \_\_\_\_\_ : «X \_\_\_\_\_ est une femme âgée de xxx ans, d'origine III \_\_\_\_\_. Elle souffrait d'une coxarthrose bilatérale sur dysplasie et a subi une intervention chirurgicale au niveau de la hanche droite en août 2008, à savoir une prothèse totale de hanche. Cette opération s'est déroulée dans des conditions «dramatiques» selon l'assurée et son mari, avec état de choc hémorragique sur lésion de la veine iliaque et laparotomie en urgence. En outre une parésie complète du nerf fémoral est aussi survenue, dont l'assurée n'a en rien récupéré. Depuis lors, la vie de cette assurée a «basculé» et X \_\_\_\_\_ a «craqué» aussi bien moralement que physiquement. Elle présente certes des séquelles invalidantes au niveau du membre inférieur droit notamment une parésie complète du nerf fémoral. Mais ceci n'explique que partiellement les innombrables limitations fonctionnelles et surtout l'impotence fonctionnelle totale du membre inférieur droit. X \_\_\_\_\_ présente à gauche une coxarthrose de gravité moyenne sur dysplasie. En général, ces coxarthroses sont assez bien «tolérées», car elles surviennent lentement depuis l'enfance et permettent de notables phénomènes d'accoutumance et d'adaptation. Or, X \_\_\_\_\_ ne peut absolument pas s'appuyer sur sa jambe gauche. L'assurée semble surtout avoir sombré dans un état d'abandon et de prostration, qui seul peut expliquer sa faiblesse générale, notamment au niveau des membres supérieurs. En outre, elle a adopté un comportement invalide totale, qui l'a rendue tributaire d'une chaise roulante et dépendante des autres dans la vie courante» (pce 23).

X \_\_\_\_\_ a été mise au bénéfice d'un droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> août 2009 (pce 25). X \_\_\_\_\_ a également obtenu l'octroi d'une allocation pour impotent (pce 26).

**M.** Selon X \_\_\_\_\_, l'équipe chirurgicale de l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ ne possédait pas l'expertise dans la prise en charge de dysplasie importante de la hanche, en particulier après ostéotomie du bassin. En cas de survenance d'un problème majeur, comme celui du 27 août 2008, les patients doivent être transférés d'un site à l'autre (ici de I \_\_\_\_\_ à B \_\_\_\_\_) dans des situations d'extrême urgence. Selon

X \_\_\_\_\_, cette solution de transfert intersite dans des situations d'urgence n'est pas appropriée et comporte des risques importants. Selon X \_\_\_\_\_, les transfusions sanguines n'étaient pas assurées durant ce transfert. H \_\_\_\_\_ n'était alors pas présent (H \_\_\_\_\_, R. 15). Selon lui, il y avait les médecins et les infirmiers (H \_\_\_\_\_, R. 16). On n'a pas dit à H \_\_\_\_\_ si X \_\_\_\_\_ a bénéficié d'un apport sanguin durant le transfert (H \_\_\_\_\_, R. 17). A B \_\_\_\_\_, il a vu son épouse aux soins intensifs (H \_\_\_\_\_, R. 18).

Selon X \_\_\_\_\_, la préparation de l'intervention et le transfert d'urgence n'ont pas été exécutés conformément aux règles de l'art. Selon X \_\_\_\_\_, lors de l'intervention urgente du 27 août 2008, le Prof. S \_\_\_\_\_ aurait dû pratiquer une reconstruction primaire plutôt que d'effectuer une ligature de la veine iliaque externe. Selon X \_\_\_\_\_, lors de l'intervention du 28 août 2008, les assistants du Prof. S \_\_\_\_\_ ont bloqué le nerf iliaque en procédant à une couture avec du fil plutôt que de poser des agrafes. Selon X \_\_\_\_\_, les médecins de Y \_\_\_\_\_ n'ont pas effectué de prise en charge qui aurait permis de récupérer après les incidents des interventions des 27 et 28 août 2008. Le Prof. S \_\_\_\_\_ et les médecins de Y \_\_\_\_\_ n'ont pas proposé de prise en charge de la patiente dans un hôpital universitaire. Selon X \_\_\_\_\_, ces lacunes dans la prise en charge constituent une faute ou à tout le moins une négligence grave. Selon X \_\_\_\_\_, la lettre de sortie avant le transfert en orthopédie à I \_\_\_\_\_, le 11 septembre 2008, ne fait pas mention de troubles neurologiques. Selon X \_\_\_\_\_, le diagnostic neurologique est manifestement méconnu alors même qu'il ne peut être que consécutif à l'une des interventions pratiquées les 27 et 28 août 2008. La lettre de sortie du service d'orthopédie à I \_\_\_\_\_ évoque une parésie quadricipale gauche secondaire et un EMG est prévu. Selon X \_\_\_\_\_, aucune suite n'y a été donnée. Selon X \_\_\_\_\_, la parésie apparaît dans la discussion mais ne figure pas dans le diagnostic. Selon X \_\_\_\_\_, un EMG du 7 octobre 2008 parle d'un axonotmésis total ou neutomésis du nerf fémoral droit. Durant le séjour à la SUVA, l'indication d'une exploration chirurgicale est retenue au vu de la persistance des troubles neurologiques. Selon X \_\_\_\_\_, aucune date pour l'intervention n'a été fixée. Le 10 octobre 2008, la Dresse UU \_\_\_\_\_ et le Dr WWW \_\_\_\_\_ posent dans leur rapport l'indication d'une exploration chirurgicale du nerf fémoral. Selon X \_\_\_\_\_, aucune suite n'y a été donnée. Le 7 novembre 2008, le Dr CCC \_\_\_\_\_ a indiqué qu'une exploration est souhaitable. Selon X \_\_\_\_\_, aucune révision neurologique n'a cependant été effectuée.

**N.** X \_\_\_\_\_ se déplace aujourd'hui la plupart du temps en chaise roulante. La possibilité de se déplacer avec des béquilles est limitée (p. 757). Son mari s'occupe de sa toilette, de l'habiller et répond à toutes ses demandes. Elle a besoin de la présence continue de ce dernier. C'est lui qui exécute toutes les tâches ménagères et éducatives. Il doit l'assister dans chacun de ses déplacements (H \_\_\_\_\_, R. 26 à 30). Le taux d'incapacité de X \_\_\_\_\_ à effectuer les tâches ménagères a été évalué par l'Office cantonal AI à 70% (p. 129).

**O.** Selon le Prof. AA \_\_\_\_\_, X \_\_\_\_\_ « présente des troubles mnésiques sévères, elle est ralentie, elle paraît profondément déprimée, complètement déboussolée depuis quelques années par ce qui lui arrive » (p. 757). Selon le rapport de l'Office cantonal AI du 1<sup>er</sup> décembre 2008, « en bonne santé, pour des questions financières et en raison de l'état de santé fluctuant de son mari, l'assurée aurait travaillé à temps plein dès la fin de son traitement médical [ ... ]. L'assurée précise qu'elle souhaitait chercher du travail dans l'administratif simple, comme réceptionniste, voire en rapport avec la couture » (p. 98 s.).

Outre les limitations physiques et somatiques, il existe des limitations découlant de l'affection psychiatrique dont souffre X \_\_\_\_\_ (pce 23). X \_\_\_\_\_ se trouve dans un état dépressif sévère. Avant les interventions du 27 août et du 28 août 2008, X \_\_\_\_\_ ne présentait pas de problème de nature neurologique au niveau des membres inférieurs (p. 773). Elle était capable de marcher sans canne, bien qu'elle souffrait de douleurs mécaniques importantes (p. 773). Elle pratiquait le vélo, la trottinette, l'équitation, le basket et apprenait à conduire (p. 754). Elle n'avait jamais souffert de problèmes dépressifs ou de nature psychiatrique (p. 754, 762).

Selon X \_\_\_\_\_, sa situation de santé entraîne une incapacité de travail quelle que soit l'activité envisagée (pce 23). Selon X \_\_\_\_\_, les auto-limitations découlant des troubles dépressifs entraînent un comportement d'invalidité absolue (pce 23). Selon X \_\_\_\_\_, depuis son retour à la maison, X \_\_\_\_\_ n'a plus été en mesure d'exercer les tâches ménagères (H \_\_\_\_\_, R. 29). Selon X \_\_\_\_\_, depuis son retour à la maison, son mari H \_\_\_\_\_ tient le rôle d'homme au foyer et s'occupe de son épouse et de ses enfants. Selon X \_\_\_\_\_, depuis l'hospitalisation de son épouse en octobre 2008, puis son retour au domicile en novembre 2008, H \_\_\_\_\_ s'est intégralement consacré aux soins apportés à son épouse et aux tâches ménagères (H \_\_\_\_\_, R. 29). Selon X \_\_\_\_\_, il en est également ainsi depuis le déménagement de la famille à D \_\_\_\_\_ en 2010. Selon X \_\_\_\_\_, H \_\_\_\_\_

s'occupe de la toilette de son épouse, l'habille et répond à ses demandes permanentes (H \_\_\_\_\_, R. 31). Selon X \_\_\_\_\_, c'est lui qui prépare les repas (H \_\_\_\_\_, R. 32). Selon X \_\_\_\_\_, c'est lui qui fait les courses (H \_\_\_\_\_, R. 34). Selon X \_\_\_\_\_, c'est lui encore qui fait la lessive et s'occupe du linge (H \_\_\_\_\_, R. 33). Selon X \_\_\_\_\_, c'est lui qui effectue les tâches en relation avec les soins et l'assistance fournie aux enfants (H \_\_\_\_\_, R. 35). Selon X \_\_\_\_\_, H \_\_\_\_\_ consacre ainsi une centaine d'heures par mois aux tâches domestiques (H \_\_\_\_\_, R. 36).

Selon le Prof. GG \_\_\_\_\_, expert, « le fait de ne pas avoir insisté plus sur la reconstruction du nerf fémoral a [ ... ] pris la seule chance de récupération et d'améliorer de la fonction de la jambe. Une re-opération dans le site de la veine iliaque lésée pour reconstruire le nerf fémoral est certainement un challenge, mais que l'expérience et une approche d'équipe de spécialistes interdisciplinaire permet de maîtriser avec un risque résiduel, faible, bien acceptable » ; « une consultation et éventuellement une révision combinée vasculaire et neurochirurgicale du nerf fémoral dans un centre spécialisé aurait dû être recommandée vivement » et qu' « on aurait éventuellement dû persévérer » (expertise du GG \_\_\_\_\_ 28.8.2019). Selon le Prof. AA \_\_\_\_\_, « Le Dr P \_\_\_\_\_ a contacté à plusieurs reprises le Prof. S \_\_\_\_\_ afin de discuter d'une révision chirurgicale en raison de l'atteinte neurologique du membre inférieur droit. L'indication à une telle intervention n'a pas été retenue [ ... ] ; il a été décidé de ne pas réviser ce nerf compte tenu des faibles chances de succès d'une suture nerveuse à ce niveau » (p. 756). Le rapport médical du 5 février 2009 du Prof. W \_\_\_\_\_ fait état de la « réticence » du Prof. S \_\_\_\_\_ à retourner dans cette région (p. 166). Le Prof. W \_\_\_\_\_ avait proposé une reconstruction du nerf, même tardive, en présence d'un axonotmesis. Le Dr U \_\_\_\_\_ avait également préconisé une nouvelle intervention pour le nerf crural droit de X \_\_\_\_\_ ; le Prof. S \_\_\_\_\_ a trouvé opportun de ne pas intervenir chirurgicalement chez X \_\_\_\_\_ à l'époque (Dr U \_\_\_\_\_ 20.3.2020, R. 3). X \_\_\_\_\_, en discutant avec le Dr U \_\_\_\_\_, était prête à subir une nouvelle intervention (H \_\_\_\_\_, R. 9). Selon le Prof. AA \_\_\_\_\_, le pronostic de récupération de la lésion sensitive et motrice du nerf fémoral peut être considéré comme nul (p. 764). Selon le Prof. GG \_\_\_\_\_, l'atteinte neurologique cérébrale et ses conséquences à long terme ont certainement été sous-estimées ; un accompagnement spécifique des fonctions neuropsychologiques en respectant la probable encéphalopathie cérébrale suite au choc aurait certainement été bénéfique selon lui (GG \_\_\_\_\_, 28.8.2019, p. 7).

P. X \_\_\_\_\_ bénéficie d'une rente entière d'invalidité depuis le 1er août 2009, laquelle se monte à environ 644 fr. par mois (p. 556 du dossier AI). En outre, une allocation pour impotent d'un montant de 1'160 fr. par mois lui est allouée depuis le 8 août 2009 (p. 552 do AI).

Q. Le tribunal retient les expertises circonstanciées des experts AA \_\_\_\_\_ et GG \_\_\_\_\_, reproduites plus haut (cf. xxx).

### En droit

1.1. La responsabilité des collectivités publiques cantonales, des fonctionnaires et des employés publics des cantons à l'égard des particuliers pour le dommage qu'ils causent dans l'exercice de leur charge est en principe régie par les art. 41 ss CO, mais les cantons sont libres de la soumettre au droit public cantonal en vertu des art. 59 al. 1 CC et 61 al. 1 CO (ATF 128 III 76 consid. 1a; 127 III 248 consid. 1b ; arrêt 4A\_547/2019 du 9 juillet 2020, consid. 4.1). Lorsque le canton adopte une réglementation, la responsabilité de la collectivité publique et de ses agents est donc soumise au droit public cantonal. Si celle-ci renvoie aux dispositions du Code des obligations, celui-ci s'applique à titre de droit cantonal supplétif (ATF 126 III 370 consid. 5). A la différence du droit privé qui subordonne la responsabilité aquilienne à une faute (art. 41 CO), le droit cantonal n'exige, pour engager la responsabilité de l'État, qu'un acte objectivement illicite, un dommage et un lien de causalité entre l'un et l'autre (arrêt 4A\_132/2014 du 2 juin 2014 consid. 2.1 et les arrêts cités). Les dispositions du Code des obligations relatives aux obligations résultant d'actes illicites sont, au surplus, applicables par analogie à titre de droit cantonal supplétif.

Y \_\_\_\_\_ est un hôpital de droit public. L'activité hospitalière relève de la compétence souveraine de l'Etat et non pas de l'exploitation d'une industrie. Le traitement des malades dans les hôpitaux publics est une tâche publique (ATF 122 III 101, 105 ; ATF 115 Ib 175, 179 ; CR CO I - WERRO, n. 10 ss ad art. 61 CO). La responsabilité découlant de cette activité échappe à la responsabilité contractuelle de droit privé.

L'Etat et les collectivités communales répondent du dommage causé illicitement à un tiers par un agent dans l'exercice de sa fonction (art. 4 LRCPA). L'agent n'est pas tenu personnellement envers le lésé de réparer le dommage. Il ne peut être appelé en garantie par la collectivité publique (art. 5 LRCPA). Le tribunal peut, en tenant compte de circonstances particulières, allouer à la victime de lésions corporelles ou, en cas de mort d'homme, à la famille, une indemnité équitable à titre de réparation morale, dans la mesure où il y a eu faute de l'agent (art. 6 LRCPA). Les dispositions du Code des obligations sont applicables à titre de droit cantonal supplétif (art. 9 LRCPA). La responsabilité causale (ou objective) suppose la réunion de trois conditions, un acte illicite, un dommage et un rapport de causalité (naturelle et adéquate) entre l'acte illicite et le dommage (ATF 133 III 462, consid. 4.1). Une indemnité pour tort moral à la victime de lésions corporelles exige, en plus, une faute de l'agent (art. 6 LRCPA ; C1 14 257, 27 mai 2016, consid. 10.1 ; GUILLOD, La responsabilité dans les hôpitaux publics, La responsabilité de l'Etat, 2012, p. 247 et 269).

**1.2.** Celui qui ouvre action en dommages-intérêts allègue et prouve tous les faits constitutifs de la norme de responsabilité, l'acte illicite, le dommage et le lien de causalité entre l'acte illicite et le dommage (art. 8 CC). Il supporte le fardeau de la preuve de chacun des faits ; si le juge ne parvient pas à une conviction, s'il n'est pas à même de déterminer si chacun de ces faits s'est produit ou ne s'est pas produit, il doit statuer au détriment du lésé (arrêt 4A\_431/2015 du 19 avril 2016, consid. 5.1 ; ATF 132 III 689, consid. 4.5 ; ATF 126 III 189, consid. 2b). S'agissant du degré de la preuve, le demandeur apporte une preuve stricte, confinante à la certitude. Ce degré est atteint lorsque le tribunal n'a plus de doute sérieux quant à l'existence de faits allégués ou que les doutes subsistants apparaissent faibles. Ce degré de certitude devrait atteindre 90% (JUVET, Degré de la preuve en droit de la responsabilité civile, plus particulièrement sous l'angle de la causalité, Berne 2012, p. 205 ss, 206). Lorsqu'une preuve absolue ne peut pas être exigée, on applique la vraisemblance prépondérante ou haute vraisemblance (JUVET, op. cit., p. 207). S'agissant de la preuve par indices, la vraisemblance prépondérante suppose que des motifs importants plaident objectivement pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. Le taux de probabilité correspondant à la haute vraisemblance est d'au moins 75% (JUVET, op. cit., p. 207 s. ; HIRSIG-VOUILLOZ, La responsabilité du médecin, p. 100).

**2.** En responsabilité médicale, l'illicéité peut reposer sur deux sources : la violation des règles de l'art, d'une part, et la violation du devoir de recueillir le consentement éclairé du patient, d'autre part (TF 4A\_547/2019 du 9 juillet 2020, c. 4.2). Une atteinte à l'intégrité corporelle, à l'exemple d'une intervention chirurgicale, est illicite à moins qu'il n'existe un fait justificatif (ATF 133 III 121 consid. 4.1.1 p. 128).

**3.1.** S'agissant du devoir d'information, dans le domaine médical, la justification de l'atteinte réside le plus souvent dans le consentement du patient; pour être efficace, le consentement doit être éclairé, ce qui suppose de la part du praticien de renseigner suffisamment le malade pour que celui-ci donne son accord en connaissance de cause (ATF 133 III 121 consid. 4.1.1 p. 129). Le devoir d'information du médecin résulte également de ses obligations contractuelles (ATF 133 III 121 consid. 4.1.2 p. 129). Le médecin doit donner au patient, en termes clairs, intelligibles et aussi complets que possible, une information sur le diagnostic, la thérapie, le pronostic, les alternatives au traitement proposé, les risques de l'opération, les chances de guérison, éventuellement sur l'évolution spontanée de la maladie et les questions financières, notamment relatives à l'assurance (ATF 133 III 121 consid. 4.1.2 p. 129). Des limitations voire des exceptions au devoir d'information du médecin ne sont admises que dans des cas très précis, par exemple lorsqu'il s'agit d'actes courants sans danger particulier et n'entraînant pas d'atteinte définitive ou durable à l'intégrité corporelle, s'il y a une urgence confinant à l'état de nécessité ou si, dans le cadre d'une opération en cours, il y a une nécessité évidente d'en effectuer une autre (ATF 133 III 121 consid. 4.1.2 p. 129 ; arrêt 4A\_547/2019 du 9 juillet 2020, c. 4.2). L'exigence d'un consentement éclairé se déduit directement du droit du patient à la liberté personnelle et à l'intégrité corporelle, qui est un bien protégé par un droit absolu (ATF 133 III 121 consid. 4.1.1 p. 128 et les arrêts cités). Le médecin qui fait une opération sans informer son patient ni en obtenir l'accord commet un acte contraire au droit et répond du dommage causé, que l'on voie dans son attitude la violation de ses obligations de mandataire ou une atteinte à des droits absolus et, partant, un délit civil. L'illicéité d'un tel comportement affecte l'ensemble de l'intervention et rejaillit de la sorte sur chacun des gestes qu'elle comporte, même s'ils ont été exécutés conformément aux règles de l'art (ATF 133 III 121 consid. 4.1.1 p. 128 et les arrêts cités).

Le médecin doit donner au patient, en termes clairs, intelligibles et aussi complets que possible, une information sur le diagnostic, la thérapie, le pronostic, les alternatives au traitement proposé, les risques de l'opération, les chances de guérison, éventuellement sur l'évolution spontanée de la maladie et les questions financières, notamment relatives à l'assurance (ATF 133 III 121 consid. 4.1.2 p. 129 et les arrêts cités). Le thérapeute ne doit pas dispenser un cours de médecine : une information trop technique ou trop détaillée serait contre-productive, le destinataire ne parvenant pas à l'assimiler (MANAÏ-WEHRLI, Droits du patient et biomédecine, Berne 2103, p. 85). L'information incombant au médecin doit porter sur le diagnostic, le pronostic, le traitement, les risques, les alternatives éventuelles au traitement proposé, la conduite thérapeutique adéquate et les aspects économiques de l'acte (ATF 133 III 121, consid. 4.1.2). Des limitations voire des exceptions au devoir d'information du médecin ne sont admises que dans des cas très précis, par exemple lorsqu'il s'agit d'actes courants sans danger particulier et n'entraînant pas d'atteinte définitive ou durable à l'intégrité corporelle, s'il y a une urgence confinante à l'état de nécessité ou si, dans le cadre d'une opération en cours, il y a une nécessité évidente d'en effectuer une autre (ATF 133 III 121 consid. 4.1.2 p. 129 et les arrêts cités). La portée du devoir d'information du médecin (y compris sur les risques de l'opération), est fonction de l'état de la science médicale. On ne saurait (logiquement) imposer au médecin de donner au patient des renseignements qui ne sont pas encore compris dans cet état. C'est au médecin qu'il appartient d'établir qu'il a suffisamment renseigné le patient et obtenu le consentement éclairé de ce dernier préalablement à l'intervention (ATF 133 III 121 consid. 4.1.3 p. 129; arrêt 4A\_547/2019 du 9 juillet 2020, c. 4.2.). En l'absence de consentement éclairé, la jurisprudence reconnaît au médecin la faculté de soulever le moyen du consentement hypothétique du patient (ATF 133 III 121 consid. 4.1.3 p. 130). Le praticien doit alors établir que le patient aurait accepté l'opération même s'il avait été dûment informé. Le fardeau de la preuve incombe là aussi au médecin, le patient devant toutefois collaborer à cette preuve en rendant vraisemblable ou au moins en alléguant les motifs personnels qui l'auraient incité à refuser l'opération s'il en avait notamment connu les risques. En principe, le consentement hypothétique ne doit pas être admis lorsque le genre et la gravité du risque encouru auraient nécessité un besoin accru d'information, que le médecin n'a pas satisfait. Dans un tel cas, il est en effet plausible que le patient, s'il avait reçu une information complète, se serait trouvé dans un réel conflit quant à la décision à prendre et qu'il aurait sollicité un temps de réflexion. Il ne faut pas se baser sur le modèle abstrait d'un "patient raisonnable", mais sur la situation personnelle et concrète du patient dont il s'agit (ATF 117 Ib 197 consid. 5a). Ce n'est que dans l'hypothèse où le patient ne fait pas état de motifs personnels qui l'auraient conduit à refuser l'intervention proposée qu'il

convient de considérer objectivement s'il serait compréhensible, pour un patient sensé, de s'opposer à l'opération (ATF 117 Ib 197 consid. 5c p. 209 ; 133 III 121, p. 130). Dans le Valais, les modalités du droit d'être informé sont indiquées aux art. 25 ss LS (Loi sur la santé). Selon l'art. 29 LS, le patient a le droit d'être informé de façon simple, compréhensible et acceptable pour lui sur : son état de santé, le diagnostic et le pronostic ; la nature, les modalités, le but, les risques et le coût des mesures prophylactiques, diagnostiques ou thérapeutiques envisagées ; les moyens d'exprimer sa volonté au cas où il deviendrait incapable de discernement, notamment par les directives anticipées et le représentant thérapeutique ; les moyens de conservation de la santé et de prévention des maladies. Selon l'art. 29 al. 2 LS, le patient peut demander un résumé écrit de ces informations, mais la forme écrite n'est pas une exigence.

S'agissant du consentement hypothétique, si, dans un cas particulier, un patient n'a pas été suffisamment informé et n'a donc pas consenti de manière libre et éclairée à un acte médical, le médecin conserve la faculté de soulever le moyen du consentement hypothétique du patient. Le médecin doit alors démontrer que, même correctement informé, le patient aurait consenti à l'intervention pratiquée (ATF 117 IB 197, consid. 5c). Déterminer si un consentement hypothétique peut être retenu ne consiste pas à évaluer si un patient raisonnable aurait ou non accepté l'intervention projetée sur la base d'une information complète. Il s'agit de se référer au patient en question, dans les circonstances concrètes qui étaient les siennes. Le patient doit rendre vraisemblable ou à tout le moins alléguer pourquoi il aurait refusé l'intervention si l'information avait été complète (ATF 117 IB 197, consid. 5c).

**3.2.** En l'occurrence, le rapport du 3 mai 2007 du Dr P \_\_\_\_\_ adressé au Dr Q \_\_\_\_\_ indiquent les risques d'infection et de luxation. X \_\_\_\_\_ indiquait que le Dr P \_\_\_\_\_ qualifiait l'intervention d'arthroplastie totale de la hanche de « banale et courante ». Le Dr P \_\_\_\_\_ n'a pas nié avoir fait usage de ces termes, ne se souvenant plus du vocabulaire utilisé. Selon X \_\_\_\_\_, l'éventualité de perdre l'usage de la jambe n'aurait pas été évoquée lors des discussions avec le Dr P \_\_\_\_\_ qui entendait toujours améliorer la situation des patients. Selon X \_\_\_\_\_, les conséquences d'un échec de l'opération ne lui auraient pas été exposées. Si elle les avait connues, elle pense qu'elle aurait refusé l'intervention. Selon

elle, s'agissant des risques liés à l'intervention d'arthroplastie totale de la hanche, le devoir d'obtenir le consentement éclairé du patient aurait été violé.

**3.3.** En l'espèce, s'agissant de l'intervention du 27 août 2008, dans sa lettre du 3 mai 2007 au Dr Q \_\_\_\_\_, le Dr P \_\_\_\_\_ indique avoir discuté avec X \_\_\_\_\_ des risques de l'intervention (pce 4). L'expert AA \_\_\_\_\_ relève que X \_\_\_\_\_ a été informée par le Dr P \_\_\_\_\_ du type d'intervention prévue, des risques liés à l'intervention et à l'anesthésie, comme en attestent les documents signés par le Dr P \_\_\_\_\_ et par X \_\_\_\_\_, ainsi que par les anesthésistes de l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ (expertise AA \_\_\_\_\_, p. 25). L'expert AA \_\_\_\_\_ a indiqué que X \_\_\_\_\_ avait été reçue en consultation à plusieurs reprises ; elle semblait avoir été informée par le Dr P \_\_\_\_\_ de façon adéquate, tout comme le médecin traitant de X \_\_\_\_\_. X \_\_\_\_\_ a donné son consentement au cours de la consultation préopératoire d'anesthésie. Le formulaire a été signé par X \_\_\_\_\_ (expertise AA \_\_\_\_\_, p. 40, R. 14). Le Dr Q \_\_\_\_\_ a confirmé que X \_\_\_\_\_ avait été mise au courant de l'importance de l'opération (Q \_\_\_\_\_, R. 6). Le Dr P \_\_\_\_\_ a confirmé avoir parlé avec X \_\_\_\_\_ de l'opportunité d'effectuer l'arthroplastie de la hanche droite ; il l'avait informée des risques et des avantages potentiels de cette opération au cours des différents entretiens (P \_\_\_\_\_, R. 2). Le Dr P \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il y avait eu au minimum 3 discussions préopératoires importantes, certainement supérieure à 30 min, le 2 mai 2007, le 29 janvier 2008 et le 13 mai 2008 (P \_\_\_\_\_, R. 3). Le Dr P \_\_\_\_\_ a évoqué avec X \_\_\_\_\_ non seulement les risques d'infection et de luxation, mais également les complications vasculaires et neurologiques après une arthroplastie, qu'il aborde de façon systématique (P \_\_\_\_\_, R. 4). Le Dr P \_\_\_\_\_ a évoqué avec X \_\_\_\_\_, les conséquences d'un échec de l'opération, lors des différents entretiens préopératoires (P \_\_\_\_\_, R. 6). Le Dr P \_\_\_\_\_ indique que X \_\_\_\_\_ n'aurait pas renoncé à l'intervention ; elle avait été à différentes reprises bien informée (P \_\_\_\_\_, R. 8). Le Dr P \_\_\_\_\_ a confirmé que l'ensemble des risques et des conséquences de l'opération avait été expliqués à X \_\_\_\_\_ ; cela lui avait permis de donner un consentement libre et éclairé à différentes reprises (P \_\_\_\_\_, R. 3). Le Dr P \_\_\_\_\_ a confirmé que lors des consultations préopératoires, il spécifiait les risques d'infection, de luxation (complications fréquentes), de lésion neuro-vasculaire (complications rares) et anesthésiologique (P \_\_\_\_\_, R. 5). S'agissant de l'indication du Dr Q \_\_\_\_\_ et du Dr P \_\_\_\_\_ sur les risques de l'intervention,

X \_\_\_\_\_ indique que « Je pense que tout était bien. Je pense mais je ne sais pas. » (X \_\_\_\_\_, R. 14). S'agissant de l'information que sa mobilité pourrait être amoindrie après l'opération, X \_\_\_\_\_ indique qu'elle ne savait pas (X \_\_\_\_\_, R. 15). S'agissant de savoir si elle aurait tout de même accepté de subir cette intervention si elle avait connu les conséquences possibles d'un échec de l'opération, X \_\_\_\_\_ indique «Je ne pense pas» (X \_\_\_\_\_, R. 17). Elle n'a pas indiqué les motifs pour lesquels elle aurait refusé l'intervention. Dans ces conditions, il n'est pas établi que le devoir d'information a été violé. Au contraire, les médecins lui ont communiqué les risques de l'intervention, y compris la survenance de lésion vasculaire ou neurologique.

De surcroît, sous l'angle du consentement hypothétique, X \_\_\_\_\_ aurait dû rendre vraisemblable ou à tout le moins alléguer pourquoi elle aurait refusé l'intervention si l'information avait été complète. Sur la question de savoir si elle aurait tout de même accepté de subir l'intervention si elle avait connu les conséquences possibles d'un échec de l'opération, X \_\_\_\_\_ a indiqué «Je ne pense pas» (R. 17). X \_\_\_\_\_ n'a pas allégué les motifs pour lesquels elle aurait refusé l'intervention, si l'information qu'elle dit ne pas avoir reçue lui avait été communiquée. En réalité, sa situation était dégradée avant la première intervention. Dans son opposition à la décision de l'Office AI, X \_\_\_\_\_ indique que son état de santé s'était gravement péjoré depuis plusieurs années, que ses douleurs augmentaient, que sa mobilité diminuait et qu'il existait une gêne sévère dans ses activités quotidiennes (Dossier AI, doc 27, p. 2). Au vu de ces limitations, X \_\_\_\_\_ ne pouvait qu'être très désireuse de se soumettre à l'intervention, laquelle devait soulager ses douleurs et améliorer sa mobilité. Dans ces conditions, X \_\_\_\_\_ aurait vraisemblablement accepté l'arthroplastie proposée, même si le risque de lésion neuro-vasculaire, dont elle allègue ne pas avoir été informée, lui avait été expressément signalé.

Dans ces conditions, s'agissant des risques liés à l'intervention d'arthroplastie totale de la hanche, le devoir d'obtenir le consentement éclairé du patient n'a pas été violé.

**4.1.** Les règles de l'art médical se définissent comme les principes établis par la science médicale, généralement reconnus et admis, communément suivis et appliqués par les

praticiens (ATF 133 III 121, consid. 3.1 ; 64 II 200 consid. 4a p. 205; 108 II 59 consid. 1). 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 pas être déterminées de manière générale et abstraite, car elles dépendent des 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 attendre de lui. Un comportement illicite ou contraire à son devoir de diligence de la part d'un médecin peut être retenu lorsque le traitement prodigué au sein d'un hôpital est objectivement contraire aux règles de l'art médical. Si les professionnels de la santé répondent en principe de toute violation de leur devoir de diligence, cela ne signifie pas encore que toute mesure ou omission dont on constate, a posteriori, qu'elle aurait causé un dommage ou aurait permis de l'éviter, constitue en soi une violation du devoir de diligence. Une telle violation ne peut être admise que lorsqu'une mesure médicale apparaît comme indéfendable au regard de l'état général des conséquences scientifiques et s'écarte des règles objectives de l'art médical. Dans toute prise en charge, aussi bien à l'égard du choix de la thérapie ou des autres mesures, le médecin dispose d'une marge d'appréciation qui autorise un

choix entre les différentes possibilités entrant en considération. Aussi n'engage-t-il pas nécessairement sa responsabilité s'il apparaît a posteriori qu'il n'a pas trouvé la solution qui était objectivement la meilleure (PRIBNOW/GUYAZ, Responsabilité civile : dommages corporels 2013, Berne 2013, p. 496 s. ; ATF 120 Ib 411, consid. 4a ; arrêt 1B\_13/2012 du 28 décembre 2012, consid. 6.3.1). Le lésé doit apporter la preuve de la violation de l'art médical, soit de tous les éléments de faits susceptibles d'établir que le devoir de diligence du médecin n'a pas été respecté (art. 8 CC ; arrêt 4A\_737/2011 du 2 mai 2012, consid. 2.3). Le lésé doit établir s'il existe une règle professionnelle communément admise et comment l'acte médical s'est déroulé. 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 Ib 411 consid. 4a p. 413; 116 II 519 consid. 3a; 115 Ib 175 consid. 2b; 113 II 429 consid. 3a p. 432 s.; MORITZ KUHN, Ärztliche Kunstfehler, in RSI 83/1987 p. 353 ss, spéc. p. 357).

**4.2.** En l'occurrence, selon le rapport d'expertise du Prof. GG \_\_\_\_\_, « l'appréciation initiale du cas a certainement initié l'évolution défavorable ». Selon le Prof. GG \_\_\_\_\_, « on aurait pu adresser le cas dans un centre plus armé pour traiter ce genre de pathologie et à même de réagir sans délai en cas de complication » ; « la survie de X \_\_\_\_\_ peut être taxée de chanceuse ». La présence d'un médecin durant le transport à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ n'est pas mentionnée dans le rapport des ambulanciers. Selon le Prof. GG \_\_\_\_\_, « le fait de ne pas avoir insisté plus sur la reconstruction du nerf fémoral a [... pris la seule chance de récupération et d'améliorer de la fonction de la jambe ». L'expert ajoute qu'« une ré-opération dans le site de la veine iliaque lésée pour reconstruire le nerf fémoral est certainement un challenge, mais que l'expérience et une approche d'équipe de spécialistes interdisciplinaire permet de maîtriser avec un risque résiduel, faible, bien acceptable ». Selon lui, « une consultation et éventuellement une révision combinée vasculaire et neurochirurgicale du nerf fémoral dans un centre spécialisé aurait dû être recommandée vivement ». Il déclare en outre qu'on aurait éventuellement dû persévérer ; il souligne un « certain manque d'expertise ». Le Prof. W \_\_\_\_\_ et le Dr U \_\_\_\_\_ notamment avaient également préconisé une nouvelle intervention chirurgicale. Toutefois, ils se sont tous deux heurtés à la résistance du Prof. S \_\_\_\_\_ à intervenir à nouveau dans cette zone. Le Prof. GG \_\_\_\_\_ souligne également un certain manque d'expertise concernant le manque de support neuropsychologique face à la probable encéphalopathie cérébrale intervenue à la suite du choc. Il estime qu'un accompagnement spécifique aurait été bénéfique.

Selon X \_\_\_\_\_, en lien avec la violation des règles de l'art, la condition de l'acte illicite est remplie, le consentement éclairé de X \_\_\_\_\_ faisait défaut. S'agissant de la faute (condition supplémentaire nécessaire pour pouvoir prétendre à l'octroi d'une indemnité pour tort moral), elle doit être comprise comme le fait pour un médecin de ne pas agir comme un médecin avisé l'aurait fait dans les circonstances données. Cela étant, un médecin qui manque à la diligence requise, commettant alors un acte illicite, sera également considéré comme fautif, puisqu'il n'aura pas agi comme un médecin avisé aurait dû le faire. En matière médicale, les notions de faute et d'acte illicite se recoupent (HIRSIG-VOUILLOZ, La responsabilité du médecin - aspects de droit civil, pénal et administratif, Berne 2017, p. 98 ; arrêt 4A\_315/2011, c. 3.3). Selon X \_\_\_\_\_, dans la mesure où une violation des règles de l'art doit être retenue, la condition de la faute doit l'être également.

**4.3.** En l'espèce, la situation a fait l'objet d'expertises, l'une en chirurgie orthopédique par le Prof. AA \_\_\_\_\_, l'autre en chirurgie vasculaire par le Prof. GG \_\_\_\_\_. Le Prof. AA \_\_\_\_\_ a notamment examiné la prise en charge de X \_\_\_\_\_, l'intervention initiale, la prise en charge postopératoire. En conclusion, le Prof. AA \_\_\_\_\_ indique que l'analyse soigneuse du dossier concernant la prise en charge de X \_\_\_\_\_ ne permet pas de conclure à une faute de traitement par l'équipe médicale de l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ (expertise 5.12.2018, p. 49). Le Prof. GG \_\_\_\_\_ conclut qu'il ne peut pas reconnaître d'erreur médicale ou de geste ne correspondant pas aux règles de l'art dans la prise en charge de X \_\_\_\_\_ (expertise 28.8.2019, p. 1).

**4.3.1.** En relation avec le grief du manque d'expertise de l'équipe chirurgicale de l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ dans la prise en charge de dysplasie importante de la hanche, en particulier après ostéotomie du bassin (all. 65), le Prof. AA \_\_\_\_\_ relève qu'aucun élément du dossier ne permet de douter de la compétence de l'équipe médicale et paramédicale qui a pris en charge X \_\_\_\_\_ à l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ en août 2008. L'arthroplastie de la hanche fait partie des interventions chirurgicales fréquemment réalisées au sein de l'Hôpital de I \_\_\_\_\_. Selon l'expert, aucun élément ne permet ainsi de dire que ce type d'intervention dépasse les compétences de ce centre (expertise AA \_\_\_\_\_, p. 28). Le Prof. AA \_\_\_\_\_ relève que les Dr P \_\_\_\_\_ et Dr MMM \_\_\_\_\_ étaient, l'un comme l'autre, en mesure de réaliser cette intervention du 27.08.2008 et avaient pris soin de s'associer pour la réalisation de l'opération concernée (expertise AA \_\_\_\_\_, p. 35, R. 2).

**4.3.2.** En relation avec le grief du caractère inapproprié du transfert intersite dans des situations d'urgence, avec des risques importants (all. 67), le Prof. AA \_\_\_\_\_ relève que la décision de transférer X \_\_\_\_\_ à B \_\_\_\_\_ était adéquate ; selon lui, un transfert vers le CHUV aurait vraisemblablement prolongé le délai de prise en charge ainsi que la durée du transfert (expertise AA \_\_\_\_\_, p. 36, R.).

**4.3.3.** En relation avec le grief de l'absence de transfusions sanguines durant le transfert (all. 68), le Prof. AA \_\_\_\_\_ indique qu'aucun grief ne peut être formulé concernant le transfert en ambulance, qui semble avoir été réalisé de façon compétente et sans délai (expertise AA \_\_\_\_\_, p. 37, R. 6).

**4.3.4.** En relation avec le grief de l'absence de médecins spécialisés lors du transfert d'urgence à B \_\_\_\_\_ (all. 179), le Prof. AA \_\_\_\_\_ indique qu'aucun grief ne peut être formulé concernant le transfert de X \_\_\_\_\_ en ambulance, lequel semble avoir été réalisé de façon compétente et sans délai. Le personnel paramédical qui a accompagné X \_\_\_\_\_ durant son transfert a fait preuve de professionnalisme (expertise AA \_\_\_\_\_, p. 37, R. 6).

**4.3.5.** En relation avec le grief de non-conformité aux règles de l'art dans la préparation de l'intervention et dans le transfert d'urgence (all. 69), le Prof. AA \_\_\_\_\_ indique que l'équipe d'anesthésiologie de l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ a agi avec compétence durant toute la prise en charge de la patiente au cours de son intervention d'arthroplastie de hanche et dans les minutes qui ont suivi, jusqu'à son transfert à l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ (expertise AA \_\_\_\_\_, p. 32). Le Prof. AA \_\_\_\_\_ indique que le Dr P \_\_\_\_\_ avait pris toutes les mesures à sa portée de nature à diminuer les risques (expertise AA \_\_\_\_\_, p. 36, R. 5).

**4.3.6.** En relation avec le grief relatif à la ligature de la veine, lors de l'intervention urgente du 27 août 2008 par le Prof. S \_\_\_\_\_, au lieu d'une reconstruction primaire (all. 70), le Prof. GG \_\_\_\_\_ indique que le seul choix correct était de décompresser l'abdomen, de maîtriser la lésion vasculaire et le saignement pour stabiliser la patiente et lui sauver la vie. Selon l'expert, dans ce contexte, chaque geste chirurgical supplémentaire est considéré comme inutile et est à haut risque de complication(s), principalement de saignements additionnels. Ainsi, selon l'expert GG \_\_\_\_\_, la reconstruction primaire n'est pas une option a priori. Selon l'expert GG \_\_\_\_\_, l'approche en deux temps (ou plus) consiste la règle de l'art dans ce genre de situations (expertise GG \_\_\_\_\_, p. 4).

**4.3.7.** En relation avec le grief relatif au blocage du nerf iliaque par les assistants du Prof. S \_\_\_\_\_, en procédant à une couture avec du fil plutôt que de poser des agrafes (all. 71), l'expert GG \_\_\_\_\_ indique que l'intervention réalisée par le Prof. S \_\_\_\_\_ s'est faite dans une situation d'extrême urgence, dans le cadre de laquelle le Prof. S \_\_\_\_\_ a réussi à contrôler sans délai le dommage survenu et a ainsi démontré son expertise (expertise GG \_\_\_\_\_, p. 1). Le Prof. AA \_\_\_\_\_ indique qu'aucune faute de traitement ne peut être reprochée aux chirurgiens de l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ et aux chirurgiens de l'Hôpital de B \_\_\_\_\_, en lien avec la lésion du nerf crural, la cause de cette lésion neurologique devant être considérée de nature accidentelle (expertise AA \_\_\_\_\_, p. 33). Selon le Prof. GG \_\_\_\_\_, la question de la causalité de la lésion du nerf fémoral avec la prise en charge de la lésion vasculaire ne peut pas être répondue à 100%. La lésion peut être due à l'intervention de la hanche, à l'intervention damage control où il semble que le site n'ait pas été très clair et où une suture malheureuse peut avoir lésé le nerf fémoral. Une troisième possibilité est une combinaison des deux cas mentionnés préalablement (lésion orthopédique suivie de lésion lors du damage control) (expertise GG \_\_\_\_\_, p. 7).

**4.3.8.** En relation avec le grief relatif à l'absence de prise en charge par les médecins de Y \_\_\_\_\_, qui aurait permis de récupérer après les incidents des interventions des 27 et 28 août 2008 (all. 72), le Prof. AA \_\_\_\_\_ indique que le problème de la parésie du muscle quadriceps droit a été identifié dès le retour à l'Hôpital de I \_\_\_\_\_, durant la phase de rééducation à la marche. Selon l'expert, la prise en charge de cette parésie a été traitée de manière conforme aux règles de l'art (expertise AA \_\_\_\_\_, p. 38, R. 12).

**4.3.9.** En relation avec le grief relatif à la non-proposition de prise en charge de la patiente dans un hôpital universitaire (all. 73), le Prof. AA \_\_\_\_\_ indique que la décision de confier X \_\_\_\_\_ à un centre hospitalier universitaire ne s'imposait pas à l'époque (expertise AA \_\_\_\_\_, p. 40, R. 15).

**4.3.10.** En relation avec le grief relatif à la méconnaissance du diagnostic neurologique lors du transfert en orthopédie le 30 août 2008 (all. 75 et 76), le Prof. AA \_\_\_\_\_ indique qu'il était quasi impossible de poser le diagnostic d'une parésie dans le territoire

du nerf fémoral droit à la sortie des soins intensifs de l'Hôpital de B \_\_\_\_\_, la patiente étant à ce moment-là grabataire et en état général fragile (expertise AA \_\_\_\_\_, p. 38, R. 12).

**4.3.11.** En relation avec le grief de l'absence d'ENMG lors de la sortie du service d'orthopédie (all. 77 et 78), le Prof. AA \_\_\_\_\_ indique qu'il est connu que la réalisation d'un examen ENMG est d'autant plus performant qu'il est réalisé avec un certain délai après une lésion nerveuse périphérique. Selon l'expert, l'examen ENMG ne présentait alors aucun caractère d'urgence compte tenu des circonstances prévalant à l'époque. De plus, dans le rapport de sortie du 22 octobre 2008, il était précisé qu'un examen ENMG était organisé (expertise AA \_\_\_\_\_, p. 39, R. 12).

**4.3.12.** En relation avec les griefs de l'absence d'exploration chirurgicale, indiquée par la J \_\_\_\_\_ (all. 81 et 82) et d'absence de révision neurologique (all. 86), le Prof. AA \_\_\_\_\_ indique que l'indication à procéder à une révision chirurgicale face à l'évidence d'une lésion du nerf crural n'est absolument pas évidente. Selon l'expert, le premier rapport d'ENMG faisait état d'une lésion partielle ; il était dès lors raisonnable d'attendre une récupération spontanée, laquelle peut prendre plusieurs mois. Selon l'expert, une suture ou une greffe nerveuse offre de toute manière très peu de chances de rétablir une fonction normale ; cette hypothétique intervention de réinnervation aurait sans doute été compliquée par le status adhérenciel lié aux interventions chirurgicales préalables au niveau local (expertise AA \_\_\_\_\_, p. 39, R. 13).

**4.3.13.** En relation avec les griefs de l'abandon de X \_\_\_\_\_ à son triste sort (all. 87), le Prof. AA \_\_\_\_\_ indique qu'on ne peut nullement affirmer que le problème de X \_\_\_\_\_ a été méconnu, que le problème n'a pas été pris en charge ou que les mesures adéquates justifiées en l'occurrence n'aient pas été prises (expertise AA \_\_\_\_\_, p. 39, R. 12).

**4.3.14.** Le Prof. AA \_\_\_\_\_ a encore relevé que l'indication opératoire à l'arthroplastie totale était correcte (expertise AA \_\_\_\_\_, p. 32), que les chirurgiens orthopédistes n'avaient aucun moyen de réaliser plus tôt qu'une lésion vasculaire était

survenue (expertise AA \_\_\_\_\_, p. 32), que la lésion vasculaire dont a été victime X \_\_\_\_\_ doit être considérée comme de nature accidentelle, qu'aucune faute de traitement ne peut être imputée aux chirurgiens qui ont réalisé l'intervention d'arthroplastie (expertise AA \_\_\_\_\_, p. 32 s.), que la cause précise de la lacération veineuse n'est pas connue (expertise AA \_\_\_\_\_, p. 43), que la lésion des vaisseaux entraînant des complications hémorragiques durant l'arthroplastie de la hanche est une complication connue de ce type d'intervention, mais rare (expertise AA \_\_\_\_\_, p. 44).

Le Prof. GG \_\_\_\_\_ a encore relevé que la thrombose est certes la conséquence de la ligature de la veine iliaque externe, mais cette ligature a été un mal nécessaire pour sauver la vie de X \_\_\_\_\_, que cette ligature correspond aux règles de l'art (expertise GG \_\_\_\_\_, p. 2 s., R. 8 et 9), que l'intervention chirurgicale pour reperméabilisation veineuse profonde a été réalisée avec l'expertise chirurgicale requise (expertise GG \_\_\_\_\_, p. 5, R. 11), que l'intervention de chirurgie vasculaire effectuée à B \_\_\_\_\_ était indiquée sans l'ombre d'un doute (expertise GG \_\_\_\_\_, p. 5, R. 14).

**4.4.** Le Prof. AA \_\_\_\_\_ a indiqué que l'analyse soigneuse du dossier concernant la prise en charge de X \_\_\_\_\_ ne permettait pas de conclure à une faute de traitement par l'équipe médicale de l'Hôpital de I \_\_\_\_\_. Le Prof. GG \_\_\_\_\_ conclut qu'il ne peut pas reconnaître d'erreur médicale ou de geste ne correspondant pas aux règles de l'art dans la prise en charge de X \_\_\_\_\_.

Le tribunal retient les expertises judiciaires détaillées du Prof. AA \_\_\_\_\_ et du Prof. GG \_\_\_\_\_. Sur la base de ces expertises, le tribunal exclut toute violation des règles de l'art.

Dans ces conditions, l'action de X \_\_\_\_\_ à l'encontre de Y \_\_\_\_\_ doit être rejetée, pour cette première raison.

**5.** La preuve du dommage incombe à la partie demanderesse (art. 42 al. 1 CO par le renvoi de l'art. 9 LRCPA). La partie lésée doit prouver non seulement l'existence du dommage, mais également son montant (CR CO I - WERRO, n. 3 ad art. 42 CO).

**5.1.** S'agissant du préjudice, en particulier la perte de gain, en cas de lésions corporelles, la partie qui en est victime a droit au remboursement des frais et aux dommages-intérêts qui résultent de son incapacité de travail totale ou partielle, ainsi que de l'atteinte portée à son avenir économique (art. 46 al. 1 CO). Le préjudice causé par les lésions corporelles s'entend dans tous les cas au sens économique. Est donc déterminante la diminution de la capacité de gain. Le dommage consécutif à l'invalidité doit, autant que possible, être établi de manière concrète. Le juge partira du taux d'invalidité médicale (ou théorique) et recherchera ses effets sur la capacité de gain ou l'avenir économique du lésé; cette démarche l'amènera à estimer le gain que le lésé aurait obtenu dans son activité professionnelle s'il n'avait pas subi l'accident (ATF 131 III 360 consid. 5.1 p. 363). La perte de gain correspond alors à la différence entre, d'une part, le revenu de valide (revenu hypothétique sans l'accident) et, d'autre part, le revenu d'invalidé (revenu qui peut probablement être réalisé après l'accident) qui comprend les revenus qui découlent de la capacité de gain restante du lésé (cf. arrêt 4A\_481/2009 du 26 janvier 2010 consid. 4.2.5; ATF 129 III 135 consid. 2). La perte de gain (actuelle) subie jusqu'au prononcé du jugement est compensée de façon concrète. Le lésé recevra ce qu'il n'a effectivement pas pu gagner du fait de son invalidité, des intérêts compensatoires étant en outre fixés. La perte actuelle ("effective") est toutefois déterminée sur la base d'un calcul qui comporte la prise en compte d'éléments hypothétiques (le travail que le lésé aurait pu faire si l'acte générateur de responsabilité n'était pas survenu). La perte de gain future est indemnisée de manière différente puisqu'elle appelle le versement d'un montant capitalisé (donc escompté) ou d'une rente. Pour la capitalisation, on utilise les tables et programmes à disposition, qui tiennent compte de paramètres tels que le jour du calcul, le sexe et l'âge du lésé (STAUFFER/SCHAETZLE/WEBER, Tables et programmes de capitalisation, 7ème éd., II \_\_\_\_\_ 2018). Selon une pratique constante, l'âge au jour du calcul est en principe arrondi à une année pleine (arrêt 4A\_439/2017 ; arrêt 4A\_437/2007).

**5.2.** En l'occurrence, l'Office cantonal AI du Valais indique ce qui suit dans son rapport d'enquête pour "ménagères et mixtes no 2" du 1<sup>er</sup> décembre 2008 : « en bonne santé,

pour des questions financières et en raison de l'état de santé fluctuant de son mari, l'assurée aurait travaillé à temps plein dès la fin de son traitement médical [ ... ]. L'assurée précise qu'elle souhaitait chercher du travail dans l'administratif simple, comme réceptionniste, voire en rapport avec la couture ». Selon X \_\_\_\_\_, sur la base de EEEE \_\_\_\_\_ GmbH, société dont le siège est situé à II \_\_\_\_\_, spécialisée dans le calcul statistique des salaires et l'analyse salariale ([www.lohncheck.ch](http://www.lohncheck.ch)), un réceptionniste gagne en moyenne x'xxx fr. brut par mois en Suisse (treizième salaire compris). Cela correspond à un salaire net d'environ x'xxx fr. . L'incapacité de travail de X \_\_\_\_\_ est évaluée selon le Prof. AA \_\_\_\_\_ à 100%. Selon X \_\_\_\_\_, le gain manqué pour la période d'août 2008 à ce jour se calcule : gain manqué annuel : x'xxx fr. x 12 = xx'xxx fr. ; gain manqué actuel total : (xx'xxx fr. x 12) + (xx'xxx fr. x 6/12) = xxx'xxx fr..

Selon X \_\_\_\_\_, pour le calcul du gain manqué futur (soit jusqu'à l'âge de la retraite de X \_\_\_\_\_, à savoir 64 ans), on se base sur les tables et programmes de capitalisation de STAUFFER/SCHAETZLE/WEBER, 7ème édition, Zürich 2018. Selon la table A3y du manuel, le facteur de capitalisation applicable pour une femme de xxx ans se monte à 6.12. Selon elle, dès lors, le gain manqué futur se calcule : xx'xxx fr. x 6.12 = xxx'xxx fr.. Selon elle, le gain manqué total (actuel et futur) s'élève ainsi à xxx'xxx fr. (xxx'xxx fr. + xxx'xxx fr.).

**5.3.** En procédure, X \_\_\_\_\_ a annoncé que les éléments du dommage seraient précisés dans le cadre du deuxième échange d'écriture, puis dans le cadre de la procédure d'instruction. La réplique ne contient pas d'allégué sur ce point. Aucune expertise économique n'a été mise en œuvre, bien qu'annoncée, pour déterminer le montant du dommage ménager. L'atteinte à l'intégrité physique n'est pas suffisante pour justifier de l'existence d'un dommage. Seules les conséquences patrimoniales que la lésion corporelle entraîne pour le lésé constituent le dommage corporel réparable (MULLER, La responsabilité civile extracontractuelle, Bâle 2013, p. 35). En l'espèce, on ignore quelles sont les conséquences économiques de l'atteinte à l'intégrité alléguée. Les écritures de X \_\_\_\_\_ ne permettent pas de déterminer en quoi les atteintes à l'intégrité permettent de conclure au dommage réclamé.

Les écritures de X \_\_\_\_\_ ne contiennent pas d'élément permettant de retenir une perte de gain. Elle n'établit pas avoir exercé une activité professionnelle avant l'intervention, si ce n'est du travail comme femme de ménage après sa venue en Suisse (all. 44). Elle indique n'avoir plus travaillé depuis 2003 (all. 45), notamment après la naissance de son fils GGG \_\_\_\_\_, où elle s'est consacrée à l'éducation des enfants et la tenue de son ménage (all. 46). Au moment de l'intervention, elle n'exerçait plus d'activité professionnelle depuis 5 ans. Les actes du dossier ne permettent pas de calculer une éventuelle perte de gain (absence d'indications sur l'ampleur d'une éventuelle activité, et sur les éventuels revenus). En l'absence de preuves, X \_\_\_\_\_ devait établir ces éléments avec une haute vraisemblance (nettement plus élevé que 50% ; arrêt 4A\_397/2008 du 23 septembre 2008, consid. 4.1). X \_\_\_\_\_ n'a pas allégué un revenu réalisé avant 2003, ni son intention de reprendre une activité après l'intervention. Dans ces conditions, la perte de gain n'est pas établie. Un tel poste du dommage doit être écarté.

Dans ces conditions, l'action de X \_\_\_\_\_ à l'encontre de Y \_\_\_\_\_ doit encore être rejetée, pour cette autre raison.

**6.** S'agissant de l'atteinte à l'avenir économique, le dommage consécutif à l'atteinte portée à l'avenir économique est la conséquence du fait que le lésé sera désavantagé sur le marché du travail. Une personne atteinte de façon permanente dans son intégrité corporelle peut être préjudiciée sur le marché du travail, même si elle ne subit pas de dommage immédiat. Un individu peut ainsi disposer d'une capacité de travail totale et se voir malgré tout reconnaître une atteinte à l'avenir économique, laquelle concrétise le risque plus élevé de chômage ou les difficultés plus importantes à trouver et conserver un emploi, ou encore à changer de profession ou à bénéficier d'une promotion dans une entreprise (MULLER, op. cit., p. 195 ; WERRO, La responsabilité civile, p. 303 s., n. 1075 ; arrêt 4C.223/1998 du 23 mars 1999, consid. 3b). L'atteinte à l'avenir économique suppose que le lésé se trouve sur le marché du travail. Ce dommage ne peut être subi que par une personne qui conserve une capacité de travail résiduelle. Les risques de chômage, de difficultés à changer de profession ou de poste de travail, d'obstacles à une promotion ou encore de licenciement sont liés à l'existence d'une activité professionnelle. Ces risques sont inexistantes pour une personne qui est incapable de

travailler. Un lésé en incapacité totale ne se trouve pas sur le marché du travail et n'est par conséquent pas exposé aux risques de ce marché.

**6.1.** Le dommage juridiquement reconnu correspond à la différence entre le montant actuel du patrimoine du lésé et le montant que celui-ci aurait atteint si l'événement dommageable ne s'était pas produit (ATF 129 III 18, consid. 2.4, ATF 129 III 331, consid. 2.1). Cette définition exclut de verser au lésé un montant supérieur au préjudice subi [ ... ]. Dès lors, les prestations couvertes par les assurances sociales sont déduites du dommage que le lésé peut réclamer au responsable ou à son assureur (STAUFFER/SCHAETZLE, Manuel de capitalisation, 5e éd. 2001, p. 388 no 3.168 s.). Ce mécanisme permet notamment d'éviter une surindemnisation du lésé (ATF 131 III 12, consid. 7.1).

**6.2.** Selon X \_\_\_\_\_, la rente AI qu'elle a perçue se monte à environ xxx fr. par mois, soit x'xxx fr. par année. Dès lors, selon elle, la rente AI perçue par X \_\_\_\_\_ depuis le 1<sup>er</sup> août 2009 jusqu'à ce jour s'élève à xx'xxx fr. (x'xxx fr. x 11 + xxx fr. x 7). S'agissant de la rente future, il convient de tenir compte d'un facteur de capitalisation de 6.12 (selon la table A3y de STAUFFER/SCHAETZLE/WEBER). Selon elle, la rente future s'élève ainsi à xx'xxx fr.- (x'xxx fr. x 6.12). X \_\_\_\_\_ bénéficie, depuis le 1<sup>er</sup> août 2009, d'une allocation pour impotent, qui se monte à environ x'xxx fr. par mois, soit xx'xxx fr. par année. Dès lors, selon elle, elle a perçu, depuis le 1<sup>er</sup> août 2009 jusqu'à ce jour, un montant de xxx'xxx fr. (xx'xxx fr. x 11 + x'xxx fr. x 7). Selon elle, l'allocation pour impotent qu'elle touchera dans le futur s'élève, en prenant en compte un facteur de capitalisation de 6.12 (selon la table A3y de STAUFFER/SCHAETZLE/WEBER), à xx'xxx fr. (xx'xxx fr. x 6.12). Selon elle, il convient dès lors de déduire un montant total de xxx'xxx fr. (xx'xxx fr. + xx'xxx fr. + xxx'xxx fr. + xx'xxx fr.

**6.3.** X \_\_\_\_\_ présente une invalidité totale (all. 63, pce 25). Elle n'exerce plus d'activité professionnelle à tout le moins depuis 2003 (all. 45). Elle ne peut donc pas prétendre à une indemnité pour atteinte à l'avenir économique, faute d'activité économique dans le cadre de laquelle elle serait désavantagée. En toute hypothèse, ce poste du dommage ne peut pas donner lieu à indemnisation. En effet, un lésé en

incapacité totale ne se trouve pas sur le marché du travail et n'est par conséquent pas exposé aux risques de ce marché.

Dans ces conditions, l'action de X \_\_\_\_\_ à l'encontre de Y \_\_\_\_\_ doit encore être rejetée, pour cette autre raison.

**7.** S'agissant du dommage ménager, le calcul du dommage ménager s'effectue en plusieurs étapes. On évalue d'abord d'évaluer le temps que, sans l'accident, le lésé aurait consacré à accomplir des tâches ménagères. Ensuite, en partant du taux d'invalidité médicale résultant de l'accident, on recherche l'incidence de cette invalidité sur la capacité effective du lésé à accomplir ses tâches domestiques. Enfin, on fixe la valeur de l'activité ménagère que le lésé n'est plus en mesure d'accomplir (arrêt 4A\_19/2008 du 1<sup>er</sup> avril 2008, consid. 2.2). Le lésé dispose de deux méthodes pour évaluer le temps nécessaire aux activités ménagères, soit la méthode abstraite qui se fonde exclusivement sur des données statistiques, soit la méthode concrète qui prend en compte les activités effectivement réalisées par le lésé dans le ménage. Cependant, même si le lésé fait le choix de la méthode abstraite, le tribunal doit néanmoins exposer en quoi les données statistiques retenues correspondent à la situation de fait du cas particulier (arrêt 4A\_19/2008 du 1<sup>er</sup> avril 2008, consid. 2.3.3 ; ATF 129 III 135, consid. 4.2.2.1, p. 155). On opère des ajustements en fonction des circonstances concrètes par rapport aux données statistiques de base. Seul celui qui, sans l'accident, aurait effectivement accompli des tâches ménagères peut réclamer la réparation de son préjudice ménager (arrêt 4C.166/2006 du 25 août 2006, consid. 5.1 ; arrêt 4A.19/2008 du 1<sup>er</sup> avril 2008, consid. 2.3.3).

**7.1.** S'agissant du préjudice ménager, une lésion corporelle peut porter atteinte non seulement à la capacité de gain, mais également à la capacité de travail, particulièrement à celle concernant les activités non rémunérées, telles que la tenue du ménage ainsi que les soins et l'assistance fournis aux enfants; il est alors question de dommage domestique ou de préjudice ménager (ATF 131 III 360, consid. 8.1; 129 III 135, consid. 4.2.1). Ce dommage est dit normatif (ou abstrait), parce qu'il est admis sans preuve d'une diminution concrète du patrimoine du lésé (ATF 132 III 321, consid. 3.1). Lors du calcul du préjudice ménager, on procède en 3 étapes : on évalue d'abord le

temps que, sans l'accident, le lésé aurait consacré à accomplir des tâches ménagères (1°), puis, en partant du taux d'invalidité médicale résultant de l'accident, on recherche l'incidence de cette invalidité médico-théorique sur la capacité du lésé à accomplir ses tâches ménagères (2°), et enfin on fixe la valeur de l'activité ménagère que le lésé n'est plus en mesure d'accomplir (3°) (arrêt 4A 19/2008 du 1<sup>er</sup> avril 2008 consid. 2.2 ; WERRO, Le dommage ménager: notion et calcul, in Werro/Pichonnaz [éd.], Le préjudice corporel, bilan et perspectives, Colloque du droit de la responsabilité civile, 2009, p. 15 ss, p. 26). En ce qui concerne la valeur de l'activité ménagère, on retient un salaire de 25 fr. par heure (arrêt 4A\_543/2015, consid. 8.1). S'agissant du temps consacré aux tâches ménagères, on se base sur les statistiques établies par l'OFS concernant le nombre d'heures consacrées au travail domestique et familial en 2016 : une mère employée à 100% dont le plus jeune des enfants est âgé de 7 à 14 ans y consacre environ 36.2 heures par semaine (cela correspond à la feuille de calcul de l'invalidité chez la ménagère établie pour X \_\_\_\_\_ par l'Office cantonal AI : en 2010, elle aurait en effet consacré 36 heures par semaine aux tâches ménagères) ; une mère employée à 100% dont le plus jeune des enfants est âgé de 15 à 24 ans y consacre environ 25.9 heures par semaine ; une femme avec partenaire, mais sans enfants, y consacre environ 23 heures par semaine.

**7.2.** Selon X \_\_\_\_\_, du 27 août 2008 au 23 avril 2019 (quinzième anniversaire de GGG \_\_\_\_\_, le plus jeunes des enfants de X \_\_\_\_\_), on tient compte d'une durée hebdomadaire consacrée aux tâches domestiques et familiales de 36 heures, puis, du 23 avril 2019 au 23 avril 2029 (vingt-cinquième anniversaire de GGG \_\_\_\_\_), d'une durée hebdomadaire de 25.9 heures et finalement, dès le 23 avril 2029, d'une durée hebdomadaire de 23 heures. S'agissant du taux d'incapacité de X \_\_\_\_\_ aux tâches ménagères, il a été évalué à 70% par l'Office cantonal AI. Enfin on fixe la valeur de l'activité ménagère à 25 fr. de l'heure. Selon X \_\_\_\_\_, son préjudice ménager actuel se calcule : du 27 août 2008 au 23 avril 2019 (15ème anniversaire de GGG \_\_\_\_\_) : préjudice ménager annuel : 36 (heures) x 52 (semaines) x 25 fr. (salaire horaire) x 70% (incapacité) = xx'xxx fr. ; préjudice ménager total pour cette période : (xx'xxx fr. x 10) + (xx'xxx fr. x 8/12) = xxx'xxx fr. ; du 23 avril 2019 à ce jour : préjudice ménager annuel : 25.9 (heures) x 52 (semaines) x 25 fr. (salaire horaire) x 70% (incapacité) = xx'xxx fr. ; préjudice ménager total pour cette période : xx'xxx fr. + (xx'xxx fr. x 10/12) = xx'xxx fr.. Selon X \_\_\_\_\_, le préjudice ménager actuel total s'élève ainsi à xxx'xxx fr. (xxx'xxx fr. + xx'xxx fr.).

Selon X \_\_\_\_\_, pour le calcul du préjudice ménager futur, on se base sur les tables et programmes de capitalisation de STAUFFER/SCHAETZLE/WEBER, 7ème édition, Zürich 2018. Selon elle, dès ce jour et jusqu'à avril 2029 (vingt-cinquième anniversaire de GGG \_\_\_\_\_), il convient de capitaliser à 3.5% une rente temporaire (8 ans) d'activité pour une femme de 57 ans. La table A2y de STAUFFER/SCHAETZLE/WEBER indique un facteur de capitalisation de 6.83. Partant, selon elle, il y a lieu de calculer le préjudice ménager pour cette période : 23'569 fr. (préjudice ménager annuel pour une durée hebdomadaire de 25.9 heures consacrée aux tâches ménagères) x 6.83 = xxx'xxx fr..

Selon X \_\_\_\_\_, une rente d'activité différée, enfin, doit être capitalisée dès mars 2029. Le facteur de capitalisation s'obtient par différence entre celui d'une rente d'activité immédiate pour une femme de 57 ans (15.89) et celui d'une rente temporaire de 8 ans au même taux (6.83), soit 9.06 (15.89 — 6.83) (arrêt 4A\_543/2015, 4A\_545/2015, consid. 8.3). Selon elle, de plus, pour cette période, on tient compte d'une durée de 23 heures par semaine consacrée aux tâches domestiques et familiales. Dès lors, le préjudice ménager futur dès 2029 se calcule : (23 h x 52 semaines x 25 fr. x 70%) x 9.06 = xxx'xxx fr..

Selon X \_\_\_\_\_, le préjudice ménager futur s'élève ainsi à xxx'xxx fr. (xxx'xxx fr. + xxx'xxx fr.). Partant, selon elle, son préjudice ménager total se monte à xxx'xxx fr..

**7.3.** En l'espèce, X \_\_\_\_\_ allègue n'avoir souffert, avant l'intervention, que d'une faible limitation dans les activités du ménage (all. 13, pce 2). Elle expose que, depuis l'opération, elle n'a plus été en mesure d'exercer les tâches ménagères (all. 94), que son mari tient le rôle d'homme au foyer et s'occupe de son épouse et de ses enfants (all. 95), qu'il s'occupe de la toilette de son épouse, qu'il l'habille et répond à ses demandes permanentes (all. 98), qu'il prépare les repas (all. 99), fait les courses (all. 100), fait la lessive et s'occupe du linge (all. 101) et effectue les tâches en relation avec les soins et l'assistance fournie aux enfants (all. 102). X \_\_\_\_\_ estime avoir consacré une centaine d'heures par mois aux tâches domestiques (all. 103). Son époux a confirmé cela. En réalité, ces faits ne suffisent pas à établir un préjudice ménager. Pour prétendre

à la réparation de ce poste, il faut établir le temps que le lésé aurait consacré au ménage sans l'évènement dommageable. Les actes du dossier n'indiquent pas cela. X \_\_\_\_\_ était déjà limitée dans l'activité ménagère avant l'intervention litigieuse (all. 13). Les actes du dossier ne contiennent pas d'allégué relatif au temps qu'elle aurait consacré aux tâches ménagères sans les évènements du 27 août 2008. X \_\_\_\_\_, indique ne plus être en mesure d'effectuer les tâches ménagères de manière générale. Elle n'a pas allégué en quoi les séquelles de l'intervention litigieuse l'entraveraient dans ces tâches ou les empêcheraient. L'impact effectif des lésions alléguées par X \_\_\_\_\_ sur sa capacité à s'occuper de son ménage est inconnu. Entre l'invalidité médicale et la capacité à assumer des tâches ménagères, il se peut que le handicap dont souffre le lésé n'exclue pas la poursuite d'une activité ménagère ou ne commande qu'une faible diminution de celle-ci (arrêt 4A\_19/2008 du 1er avril 2008, consid. 2.4). Dans ces conditions, X \_\_\_\_\_ n'a pas établi l'existence d'un préjudice ménager.

Dans ces conditions, l'action de X \_\_\_\_\_ à l'encontre de Y \_\_\_\_\_ doit encore être rejetée, pour cette autre raison.

**8.** S'agissant du tort moral, le tort moral est la diminution involontaire du bien-être d'une personne. L'indemnité pour tort moral a pour but de compenser le préjudice que représente cette atteinte au bien-être. Le principe de l'indemnisation et son ampleur dépendent d'une manière décisive de la gravité de l'atteinte et de la possibilité d'adoucir de façon sensible la douleur physique ou morale. Les critères pour la fixation de l'indemnité sont la nature et la gravité de l'atteinte, l'intensité et la durée de ses effets sur la personnalité de la victime, la gravité de la faute du responsable, une éventuelle faute concomitante de la victime, ainsi que les chances d'alléger la souffrance par le paiement d'une somme d'argent» (ATF 123 III 306, consid. 9b ; MULLER, op. cit., p. 47). Les lésions corporelles ne suffisent pas à elles seules pour admettre le dommage. De surcroît, tout tort moral ne justifie pas le versement d'une indemnité. L'art. 6 LRCPA subordonne l'octroi d'une indemnité en réparation du tort moral à l'existence de circonstances particulières. Pour qu'une telle réparation soit envisagée, la douleur éprouvée doit être particulièrement grande (ATF 108 II 422) et la souffrance morale d'une certaine gravité. Il ne suffit pas que l'atteinte soit objectivement grave. Le lésé doit établir en quoi cette atteinte lui inflige personnellement de graves souffrances morales. Le lésé doit faire état des circonstances qui font qu'il a ressenti cette atteinte comme subjectivement grave (ATF 120 II 97, consid. 2b ; MULLER, op. cit., p. 47 ; WERRO, op. cit., p. 50).

**8.1.** S'agissant du tort moral, en vertu de l'art. 47 CO, le juge peut, en tenant compte de circonstances particulières, allouer à la victime de lésions corporelles une indemnité équitable à titre de réparation morale. Les circonstances particulières évoquées dans la norme consistent dans l'importance de l'atteinte à la personnalité du lésé, l'art. 47 CO étant un cas d'application de l'art. 49 CO. Les lésions corporelles, qui englobent tant les atteintes physiques que psychiques, doivent donc en principe impliquer une importante douleur physique ou morale ou avoir causé une atteinte durable à la santé. Parmi les circonstances qui peuvent, selon les cas, justifier l'application de l'art. 47 CO, figurent avant tout le genre et la gravité de la lésion, l'intensité et la durée des répercussions sur la personnalité de la personne concernée, le degré de la faute de l'auteur ainsi que l'éventuelle faute concomitante de la victime (ATF 141 III 97, consid. 11.2). Ainsi, il n'est pas abusif d'allouer une indemnité pour tort moral de 140'000 fr., avant réduction, à la victime d'un accident de la circulation qui, par suite d'un traumatisme crânio-cérébral et d'autres blessures graves, avait dû faire plusieurs séjours de longue durée à l'hôpital, qui aurait besoin toute sa vie de soins médicaux et qui n'avait pu conserver qu'une certaine autonomie, pour s'habiller et se laver les dents (arrêt 6B\_188/2010, consid. 5.1.2).

**8.2.** Selon X \_\_\_\_\_, elle souffre de séquelles durables en raison des interventions chirurgicales du 27 août et 28 août 2008 et notamment d'une parésie complète du nerf fémoral. Actuellement, X \_\_\_\_\_ indique se déplacer principalement en chaise roulante. Avec l'aide de cannes, X \_\_\_\_\_ indique être capable de se déplacer sur une distance de quelques mètres. Son époux s'occupe de sa toilette, de l'habiller, ainsi que des tâches ménagères. L'autonomie de X \_\_\_\_\_ est très limitée. Elle indique souffrir d'une dépression. Selon le Prof. AA \_\_\_\_\_, les séquelles de X \_\_\_\_\_ entraînent une invalidité actuelle, un état de dépendance et une incapacité de travail évaluées selon lui à 100%. Selon X \_\_\_\_\_, l'octroi d'une indemnité pour tort moral de xx'xxx fr. se justifierait.

**8.3.** S'agissant du préjudice total, selon elle, le préjudice total de X \_\_\_\_\_ se monterait à : xxx'xxx fr. (perte de gain) – xxx'xxx fr. (déduction des rentes AI, y compris de l'allocation pour impotent) + xxx'xxx fr. (préjudice ménager) + xx'xxx fr. (tort moral) = x'xxx'xxx fr..

X \_\_\_\_\_, indique qu'en raison de l'autorisation de procéder délivrée à l'ancien mandataire de X \_\_\_\_\_ et des conclusions du mémoire-demande de l'ancien mandataire, déposé le 29 février 2016, elle conclut à ce qu'il lui soit alloué un montant de x'xxx'xxx fr. pour la réparation du préjudice subi (à savoir xx'xxx fr. à titre de tort moral et x'xxx'xxx fr. à titre de dommages-intérêts).

**8.4.** En l'espèce, l'existence d'un état dépressif sévère est établie (all. 92, pce 23). Cependant, il n'est pas allégué expressément que cet état dépressif est la conséquence de l'acte illicite reproché. Au contraire, la pièce produite par X \_\_\_\_\_ permet d'établir que les difficultés psychiques de la demanderesse sont le résultat d'une histoire personnelle douloureuse («succession de malheurs depuis sa naissance»), d'une enfance compliquée par ses problèmes de hanches et les opérations subies, ainsi que de grosses désillusions et un état de misère sociale après son arrivée en Suisse (pce 23, p. 8). L'état dépressif sévère n'est pas contesté ; les actes établissent qu'il résulte principalement de l'histoire de vie de X \_\_\_\_\_. Même s'il fallait envisager une indemnité pour tort moral, l'ampleur du préjudice causé par l'intervention litigieuse n'a pas été établi. Rien ne justifie de renoncer à la preuve sur ce point ; les conditions d'un allègement de la preuve en dessous de la haute vraisemblance ne sont pas réunies. X \_\_\_\_\_ pouvait établir les éléments du tort moral, notamment par un certificat médical circonstancié. En l'absence d'allégué décrivant les circonstances particulières justifiant l'octroi d'un tort moral et exposant les critères permettant de déterminer l'ampleur de la réparation, ce poste du dommage ne peut pas être alloué.

Dans ces conditions, l'action de X \_\_\_\_\_ à l'encontre de Y \_\_\_\_\_ doit encore être rejetée, pour cette autre raison.

**9.** S'agissant du lien de causalité, pour que la responsabilité de l'Etat puisse être engagée, il doit exister un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'acte illicite reproché et la survenance du dommage. En l'absence de tout acte illicite, ainsi que de tout dommage allégué et établi, la question du lien de causalité ne se pose pas.

**9.1.** Un comportement est la cause naturelle d'un résultat s'il en constitue l'une des conditions sine qua non, c'est-à-dire si, sans lui, le résultat ne se serait pas produit. La constatation du rapport de causalité naturelle relève du fait. Il n'est pas nécessaire que l'événement considéré soit la cause unique ou immédiate du résultat (HIRSIG-VOUILLOZ, La responsabilité du médecin - aspects de droit civil, pénal et administratif, CC \_\_\_\_\_ 2017, p. 98). 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 (ATF 133 III 81, consid. 4.2.2).

**9.2.** Selon X \_\_\_\_\_, les interventions chirurgicales des 27 et 28 août 2008, ainsi que l'appréciation initiale du cas par le médecin, ont été à l'origine de l'état médical actuel de X \_\_\_\_\_. Selon elle, les séquelles durables dont souffre X \_\_\_\_\_ sont, selon le Prof. AA \_\_\_\_\_, directement ou indirectement consécutives à dites interventions chirurgicales. De plus, selon elle, si une nouvelle intervention pour procéder à la reconstruction du nerf fémoral avait été recommandée, la fonction de la jambe de X \_\_\_\_\_ aurait peut-être pu être améliorée, au vu du rapport d'expertise du Prof. GG \_\_\_\_\_. En outre, un accompagnement spécifique à la suite de l'encéphalopathie cérébrale subie par X \_\_\_\_\_ aurait permis de diminuer les séquelles neuropsychologiques dont elle souffre.

De surcroît, selon X \_\_\_\_\_, les séquelles liées aux interventions chirurgicales des 27 et 28 août 2008 sont à l'origine du tort moral qu'elle réclame. Selon elle, elles sont aussi la cause de son incapacité de travail et de son incapacité à réaliser les tâches ménagères. Selon X \_\_\_\_\_, si elle avait été informée correctement des risques liés à l'arthroplastie de la hanche, et si elle avait été informée que cette intervention chirurgicale pouvait la rendre invalide, elle aurait probablement refusé l'intervention et n'aurait pas souffert des séquelles qui lui sont liées. Selon elle, le rapport de causalité peut être qualifié d'adéquat si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le comportement en question était propre à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit. La causalité adéquate pourra être admise même si le comportement de

l'auteur n'est pas la cause directe ou unique du résultat. Peu importe que le résultat soit dû à d'autres causes, notamment à l'état de la victime, à son comportement ou à celui de tiers (HIRSIG-VOUILLOZ, op. cit., p. 101). En règle générale, lorsque le lien de causalité hypothétique entre l'omission et le dommage est établi, il ne se justifie pas de soumettre cette constatation à un nouvel examen sur la nature adéquate de la causalité (TF 4A\_297/2015, consid. 4.2).

Selon X \_\_\_\_\_, la violation des règles de l'art étaient propres, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, à entraîner les séquelles du type de celles qui se sont produites et à causer un préjudice à X \_\_\_\_\_.

**9.3.** En l'espèce, il faut examiner si, pour le cas où un acte illicite devait être retenu, une intervention conforme aux règles de l'art aurait permis, avec une très grande vraisemblance, d'empêcher la survenance du dommage dont se prévaut X \_\_\_\_\_. Les atteintes à la santé alléguées par X \_\_\_\_\_ sont multiples. Elle présente certaines limitations liées à l'échec de la prothèse à droite. Cependant, le lien de causalité entre l'ensemble des atteintes à la santé alléguées et l'intervention litigieuse n'est pas établi. Comme l'indique le Dr AAA \_\_\_\_\_, s'il existe des séquelles invalidantes au niveau du membre inférieur droit, ces séquelles n'expliquent que partiellement les innombrables limitations fonctionnelles et surtout l'impotence fonctionnelle totale du membre inférieur droit (all. 62, pce 23). Selon le Dr AAA \_\_\_\_\_, les limitations présentées par X \_\_\_\_\_ sont également le fait de la coxarthrose gauche et de sa pathologie lombaire. Le Dr AAA \_\_\_\_\_ retient également des auto-limitations entraînant un comportement d'invalidé absolue, lié probablement aux affections psychiatriques (all. 55, pce 23). Les séquelles des interventions des 27 et 28 août 2008 ne suffisent pas à expliquer l'ensemble des limitations fonctionnelles de X \_\_\_\_\_, en particulier la perte totale de l'usage de la jambe droite. X \_\_\_\_\_ n'a pas allégué dans quelle mesure les interventions des 27 et 28 août 2008 seraient à l'origine de son invalidité. Elle s'est contentée d'alléguer une invalidité totale (all. 63). Faute d'indications quant à la part des séquelles qui pourraient avoir été provoquées par les opérations en cause, le tribunal ne peut pas retenir un éventuel lien de causalité entre ces opérations et l'invalidité de la demanderesse. Le tribunal ne peut pas non plus retenir un éventuel lien de causalité entre les interventions litigieuses et le dommage allégué.

Dans ces conditions, l'action de X \_\_\_\_\_ à l'encontre de Y \_\_\_\_\_ doit encore être rejetée, pour cette autre raison.

**10.1.** S'agissant de la prescription, l'art. 8 al. 1 LRCPA prévoit que l'action en dommages-intérêts ou en paiement d'une somme d'argent à titre de réparation morale se prescrit par un an à compter du jour où la partie lésée a eu connaissance du dommage et de la collectivité qui en est responsable, et, dans tous les cas, par dix ans dès le jour où le fait dommageable s'est produit. Selon l'art. 8 al. 2 LRCPA, si les dommages-intérêts dérivent d'un acte punissable soumis par les lois pénales à une prescription de plus longue durée, cette prescription s'applique à l'action en dommages-intérêts. L'art. 8 al. 2 LRCPA reprend le contenu de l'art. 60 al. 2 CO (ATC VS C3 16 92 du 24 octobre 2016 c. 5.4). Pour que la prescription pénale entre en considération en vertu de l'art. 60 al. 2 CO, il faut que les prétentions civiles résultent, avec causalité naturelle et adéquate, d'un comportement du responsable qui constitue, d'un point de vue objectif et subjectif, une infraction pénale prévue par une norme ayant notamment pour but de protéger le lésé (ATF 137 III 481, c. 2.4).

Le lésé connaît suffisamment le dommage lorsqu'il peut évaluer globalement son préjudice et, si nécessaire, demander au tribunal d'apprécier le dommage selon l'art. 42 al. 2 CO (ATF 131 III 61, consid. 3.1.1 ; ATF 126 III 161, consid. 3c). En cas d'atteinte à l'intégrité physique, le dommage doit être suffisamment stabilisé, sans qu'il ne doive l'être complètement. Le lésé n'est pas admis à différer sa demande jusqu'au moment où il connaît le montant absolument exact de son préjudice, car le dommage peut être estimé selon l'art. 42 al. 2 CO (ATF 131 III 61, consid. 3.1.1 ; ATF 111 II 55, consid. 3a). Lorsque l'état de santé est évolutif, le délai ne court pas avant la stabilisation de l'état de santé du patient. Cette stabilisation doit être attestée par des experts médicaux et le taux d'incapacité de travail doit être déterminé au moins approximativement (ATF 126 III 161, consid. 3c ; ATF 112 II 1 18, consid. 4 ; arrêt 4A\_136/2012 du 18 juillet 2012, consid. 4.2).

**10.2.** Selon X \_\_\_\_\_, les interventions chirurgicales ont été réalisées les 27 et 28 août 2008. L'action a été introduite le 7 août 2015 ; partant, l'action n'est pas prescrite (ATC du 24 octobre 2016).

**10.3.** La prescription à l'encontre du défendeur a été interrompue pour la première fois en 2011. Le 23 mai 2011, le précédent conseil de X \_\_\_\_\_ s'est adressé au Réseau Santé Valais, indiquant qu'il était chargé de défendre les intérêts de X \_\_\_\_\_, que celle-ci entendait demander réparation du dommage subi, estimé à cette date à x'xxx'xxx fr., et demandant la délivrance d'une déclaration de renonciation à la prescription (pce 61). Dans cette correspondance, le précédent conseil de X \_\_\_\_\_ alléguait qu'elle aurait appris au début de l'année 2011 qu'elle avait définitivement perdu l'usage de sa jambe droite. En réalité, l'état de X \_\_\_\_\_ était stabilisé avant cette date. En décembre 2009 déjà, le Dr P \_\_\_\_\_ indiquait à l'Office AI que la problématique neurologique persistait, qu'il n'y aurait pas d'amélioration de l'état de X \_\_\_\_\_ et qu'une rente AI devait ainsi lui être attribuée (pce 23, p. 2). Ainsi, l'action était prescrite en décembre 2010 au plus tard.

Même s'il fallait admettre que X \_\_\_\_\_ n'a eu connaissance de son dommage que début 2011, l'action serait malgré tout prescrite. En effet, X \_\_\_\_\_ a établi n'avoir interrompu la prescription que jusqu'au 31 juillet 2014 (pces 62 à 65). Elle n'a pas établi, ni même allégué, avoir interrompu la prescription au-delà de cette date. Or, la requête de conciliation n'a été déposée que le 7 août 2015 (all. 225). Les prétentions de X \_\_\_\_\_ étaient donc prescrites à cette date, faute de renouvellement de l'interruption de la prescription au-delà du 31 juillet 2014. Partant, les prétentions de X \_\_\_\_\_ sont prescrites.

De surcroît, aucune éventuelle action pénale n'a été ouverte à ce jour.

Dans ces conditions, l'action de X \_\_\_\_\_ à l'encontre de Y \_\_\_\_\_ doit encore être rejetée, pour cette autre raison.

11. Eu égard aux développements précités, la demande d'X \_\_\_\_\_ à l'encontre de Y \_\_\_\_\_ est rejetée.

12. Les frais sont mis à la charge de la partie qui succombe. S'agissant des frais de la procédure de conciliation, ils suivent le sort de la cause lorsque la demande est déposée (art. 207 al. 3 CPC). Comme la partie défenderesse obtient gain de cause, les frais et dépens, y compris les éventuels frais de l'autorité de conciliation sont mis à la charge de la demanderesse.

Les frais comprennent les frais judiciaires et les dépens. Ils sont fixés conformément à la LTar. L'émolument est fixé en fonction de la valeur litigieuse, de l'ampleur et de la difficulté de la cause, de la façon de procéder des parties, ainsi que de leur situation financière (art. 13 LTar). Lorsque la cause n'est pas conduite jusqu'à son terme, l'émolument est réduit proportionnellement. Il en va de même en cas de jugement sur le fond préjudiciel ou partiel, de jugement par défaut ou sans motivation (art. 14 al. 1 LTar). Selon l'art. 16 al. 1 LTar, l'émolument de justice pour les contestations civiles de nature pécuniaire, soumises à la procédure ordinaire ou simplifiée, et tranchées en première ou unique instance, est fixé, pour une valeur litigieuse supérieure à 1'000'000 fr. de 27'000 fr. à 120'000 fr.

En l'espèce, eu égard à la valeur litigieuses de x'xxx'xxx fr., la totalité des frais par xx'xxx fr. apparaît appropriée, émoluments, expertises et débours compris (xx'xxx fr. + xx'xxx fr.) (émoluments : xx'xxx fr. ; débours : xx'xxx fr., à savoir : huissier : xx fr. ; témoin : xxx fr. ; expertises : x'xxx fr. (AA \_\_\_\_\_) + x'xxx fr. (GG \_\_\_\_\_) + xxx fr. (supplément expertise GG \_\_\_\_\_) ; frais hôpital PPP \_\_\_\_\_ : xxx fr. ; frais J \_\_\_\_\_ : xx fr.).

Ce montant n'est pas prélevé sur les éventuelles avances de la demanderesse [0 fr. (juge de district ; AJ) ; 0 fr. (juge de commune ; AJ)]. Ce montant ne peut pas non plus être prélevé pour partie sur les avances effectuées par la partie défenderesse [xx'xxx fr. = xxx fr. + x'xxx fr. + x'xxx fr.], lesquelles doivent lui être restituées.

Le greffe restituera à la défenderesse ses avances, par xx'xxx fr.

Les frais de procédure et de jugement, par xx'xxx fr. (émolument : xx'xxx fr. ; débours : xx'xxx fr.), sont mis à la charge d'X \_\_\_\_\_. Les frais, par xx'xxx fr., mis à la charge de X \_\_\_\_\_ sont provisoirement supportés par l'Etat du Valais au titre de l'assistance judiciaire (exonération des frais, art. 118 al. 1 let. b CPC).

**13.** Les dépens, arrêtés globalement, comprennent les débours nécessaires, le défraiement d'un représentant professionnel et, lorsque la partie n'a pas de représentant professionnel, une indemnité équitable pour les démarches effectuées, dans le cas où cela se justifie (art. 95 al. 3 CPC). Selon l'art. 32 al. 1 LTar, les honoraires des avocats dans les contestations civiles de nature pécuniaire d'une valeur litigieuse supérieure à 1'000'000 r. sont de 3,3 % sans dépasser 140'000 francs. Les dépens sont arrêtés entre le minimum et le maximum prévu par le tarif, d'après la nature et l'importance de la cause, ses difficultés, l'ampleur du travail, le temps utilement consacré par le conseil juridique et la situation financière de la partie (art. 27 al. 1 LTar). Ils sont en règle générale proportionnels à la valeur litigieuse (art. 27 al. 2 LTar). En cas de jugement par défaut, cet honoraire peut être réduit en conséquence (art. 29 al. 3 LTar). S'agissant du calcul des honoraires, il est également tenu compte de l'avancement du procès au moment où la valeur est réduite. Conformément à la pratique des tribunaux, en raisonnant sur la base des critères posés par l'art. 21 al. 1 aDTFJ par analogie, un tiers de l'honoraire est dû après l'échange d'écriture, la moitié au débat préliminaire ou immédiatement après, les trois quarts au cours de l'administration des preuves, mais au plus tard quinze jours avant le débat final, et la totalité après ce délai (cf. RVJ 1986 p. 309 ; ATC C1 08 86 du 10.11.2009, consid. 11 ; ATC C2 07 25 du 26.06.2007, p. 3). Les dépens des parties comprennent l'indemnité à la partie pouvant y prétendre et ses frais de conseil juridique (art. 4 LTar). Les débours d'avocat englobent les dépenses effectives et justifiées (essentiellement les frais de déplacement, les frais de copie à 50 ct. [ATF 118 Ib 352 consid. 5] et les frais de port). Quant aux honoraires, ils sont fixés entre le minimum et le maximum prévus par le chapitre 4 de la LTar, d'après la nature et l'importance de la cause, ses difficultés, l'ampleur du travail, le temps utilement consacré par l'avocat et la situation financière de la partie (art. 27al. 1 LTar).

En l'espèce, en la procédure C1 16 xxx, Me E \_\_\_\_\_ (constitué en 2016) est notamment intervenu en déposant un mémoire-réponse de 22 pages (29.4.2016), en déposant une duplique de 8 pages (15.12.2016), en déposant une détermination de 3 pages (14.2.2017), en assistant aux débats d'instruction (22.3.2017), en déposant diverses déterminations et lettres.

En l'espèce, en la procédure C1 16 xxx, Me N \_\_\_\_\_ (constituée depuis le 5 juin 2020) est intervenu en déposant des lettres, en assistant à l'audition au tribunal de D \_\_\_\_\_ (31.8.20), à la séance d'audition du 29 septembre 2020 (2h30), en déposant des lettres, en déposant un mémoire-conclusions de 18 pages.

En l'espèce, eu égard à la valeur litigieuses de x'xxx'xxx fr. un honoraire complet de xx'xxx fr. apparaît dès lors approprié, débours et déplacement compris, ainsi que TVA comprise. Cependant, eu égard à la situation de la demanderesse, le tribunal ramène ces dépens au-dessous du minimum prévu (art. 29 al. 2 LTar) à 30'000 fr.

Partant, la demanderesse est condamnée à verser xx'xxx fr. à la partie défenderesse, à titre de dépens. X \_\_\_\_\_ versera à Y \_\_\_\_\_ xx'xxx fr., à titre de dépens.

**14.1.** L'autorité saisie de la procédure fixe également dans sa décision sur les dépens, le montant dû par la collectivité à l'avocat d'office de la partie assistée. La collectivité paie les débours et honoraires de ce mandataire à partir du moment où il a été nommé en qualité d'avocat d'office au sens des art. 2 et 3 LAJ. Les dépens comprennent l'indemnité à la partie pouvant y prétendre et ses frais de conseil juridique. Ils couvrent, en principe, les frais indispensables occasionnés par le litige (art. 4 al. 1 LTar). Les débours d'avocat englobent les dépenses effectives et justifiées (essentiellement les frais de déplacement à 60 ct. le kilomètre, les frais de copie à 50 ct. [ATF 118 Ib 352 consid. 5] et les frais de port et de communication). Quant aux honoraires, ils sont fixés entre le minimum et le maximum prévus par le chapitre 4 LTar, d'après la nature et l'importance de la cause, ses difficultés, l'ampleur du travail, le temps utilement consacré par le conseil juridique, et la situation financière de la partie (art. 27 al. 1 LTar). Pour une procédure de divorce, les honoraires sont fixés entre 1'100 fr. et 11'000 francs (art. 34 al. 1 LTar). La rémunération de l'avocat doit cependant demeurer dans un rapport raisonnable entre la prestation fournie et ne pas contredire de manière choquante le sentiment de la justice (ATF du 27 janvier 2000 in RVJ 2000 p. 255 consid. 3a/aa).

En cas d'assistance judiciaire, qu'elle soit totale ou partielle, l'art. 10 al. 3 OAJ précise que la rémunération du conseil juridique et le paiement de ses débours obéissent aux règles de l'art. 30 al. 1 et 2 let. b LTar. Aux termes de cette disposition, le conseil juridique habilité à se faire indemniser en vertu des dispositions en matière d'assistance judiciaire perçoit, en sus du remboursement de ses débours justifiés, des honoraires correspondant au 70 % des honoraires prévus aux art. 31 à 40 LTar, mais au moins à

une rémunération équitable telle que définie par la jurisprudence du Tribunal fédéral. La rémunération d'un avocat d'office doit se situer, en moyenne, autour de 180 fr. de l'heure, TVA non comprise, pour être conforme à la Constitution, des différences cantonales pouvant toutefois justifier un écart vers le haut ou vers le bas (ATF 132 I 201). L'avocat d'office ne peut pas réclamer une indemnité supplémentaire à l'assisté.

**14.2.** Initialement, l'assistance judiciaire avait été refusée à X \_\_\_\_\_ par le tribunal de district (cf. supra). A la suite de la décision du Tribunal cantonal, elle a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire (cf. supra).

En l'espèce, en la procédure C1 16 32, Me M \_\_\_\_\_, avocat d'office de X \_\_\_\_\_, au bénéfice de l'assistance judiciaire totale à partir du 24 juillet 2019 (C2 19 xxx), est intervenu, depuis cette date, en se constituant, en étudiant le dossier, en requérant des pièces, en requérant une expertise complémentaire/surexpertise (C3 19 xxx) (14.10.2019), en déposant des déterminations, en déposant des questionnaires, en assistant à l'audition au tribunal de D \_\_\_\_\_ (31.8.20), à la séance d'audition du 29 septembre 2020 14h20-16h50), qui a duré 2h30, en déposant des lettres, en déposant un mémoire-conclusions de 26 pages, avec un décompte adressé à X \_\_\_\_\_.

Le tribunal retient le décompte de Me M \_\_\_\_\_ déposé en cause. Par conséquent, l'Etat du Valais versera, pour les dépens au titre de l'assistance judiciaire, une indemnité de xx'xxx fr., honoraires réduits, débours, déplacement et TVA compris, à Me M \_\_\_\_\_, avocat d'office de X \_\_\_\_\_. Cette indemnité prend en compte notamment la nature et l'importance de la cause, sa difficulté, le temps utilement consacré par l'avocat et la situation financière des parties dans le cadre d'une procédure en responsabilité, au bénéfice de l'assistance judiciaire (art. 4, 26, 30, 34 LTar).

S'agissant des dépens de Me A \_\_\_\_\_, précédent avocat d'office de X \_\_\_\_\_, le 26 mars 2019, le tribunal avait prononcé (C2 19 xxx) :

1. L'Etat du Valais versera à Me A \_\_\_\_\_, à xxx, avocat d'office de X \_\_\_\_\_, une indemnité de x'xxx fr., TVA et débours compris, à titre de rémunération d'avocat d'office (assistance judiciaire) de X \_\_\_\_\_ dans la cause SIO C1 16 xxx.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

L'Etat du Valais pourra exiger de X \_\_\_\_\_ le remboursement de ses prestations fournies au titre de l'assistance judiciaire (xx'xxx fr. frais + xx'xxx fr. dépens Me M \_\_\_\_\_ + x'xxx fr. dépens Me A \_\_\_\_\_) si la situation économique de cette dernière, ayant permis l'octroi de l'assistance judiciaire, s'est améliorée (art. 123 al. 1 CPC ; art. 10 al 1 let a LAJ).

Par ces motifs,

### Prononce

1. La demande de X \_\_\_\_\_ à l'encontre de Y \_\_\_\_\_ est rejetée.
2. Les frais de procédure et de jugement, par xx'xxx fr. (émolument : xx'xxx fr. ; débours : xx'xxx fr.), sont mis à la charge de X \_\_\_\_\_. Les frais, par xx'xxx fr., mis à la charge de X \_\_\_\_\_, sont provisoirement supportés par l'Etat du Valais au titre de l'assistance judiciaire.
3. X \_\_\_\_\_ versera à Y \_\_\_\_\_ xx'xxx fr., à titre de dépens.
4. L'Etat du Valais versera, pour les dépens au titre de l'assistance judiciaire, une indemnité de xx'xxx fr. à Me M \_\_\_\_\_, avocat d'office de X \_\_\_\_\_.
5. L'Etat du Valais pourra exiger de X \_\_\_\_\_, xxx, O \_\_\_\_\_, le remboursement de ses prestations fournies au titre de l'assistance judiciaire (xx'xxx fr. frais + xx'xxx fr. dépens Me M \_\_\_\_\_ + x'xxx fr. dépens Me A \_\_\_\_\_) si la situation économique de cette dernière, ayant permis l'octroi de l'assistance judiciaire, s'est améliorée (art. 123 al. 1 CPC ; art. 10 al 1 let a LAJ).

Sion, le 11 mars 2021