

*Droit des obligations – responsabilité de la collectivité publique – jugement du Tribunal du district de Sion du 11 mars 2021, X. c. Hôpital du Valais – SIO C1 16 32*

**Responsabilité médicale ; intervention chirurgicale**

- En responsabilité médicale, l'illicéité peut reposer sur deux sources : la violation des règles de l'art et la violation du devoir de recueillir le consentement éclairé du patient (consid. 2).
- Notions de devoir d'information et de consentement éclairé du patient (consid. 3.1).
- En l'espèce, s'agissant des risques liés à l'intervention chirurgicale, le devoir d'obtenir le consentement éclairé du patient n'a pas été violé (consid. 3.3).
- 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 (consid. 4.1).
- En l'espèce, il n'y a pas eu de violation des règles de l'art (consid. 4.3).

**Arzthaftung; chirurgischer Eingriff**

- Im Bereich der Arzthaftung kann die Widerrechtlichkeit auf zwei Ursachen beruhen: Verletzung der Regeln der ärztlichen Kunst und Verletzung der Pflicht, die Einwilligung des zuvor aufgeklärten Patienten einzuholen (E. 2).
- Begriff der Aufklärungspflicht und der Einwilligung des aufgeklärten Patienten (E. 3.1).
- Im vorliegenden Fall wurde die Pflicht, die Einwilligung des aufgeklärten Patienten einzuholen, in Bezug auf die mit dem chirurgischen Eingriff verbundenen Risiken nicht verletzt (E. 3.3).
- Die Regeln der ärztlichen Kunst definieren sich anhand der in der medizinischen Wissenschaft etablierten Prinzipien, welche allgemein anerkannt sowie akzeptiert sind und die von den Praktikern üblicherweise befolgt und angewendet werden (E. 4.1).
- Im vorliegenden Fall lag kein Verstoss gegen die Regeln der ärztlichen Kunst vor (E. 4.3).

**Faits (résumé)**

**A.** Souffrant d'une malformation des hanches, X. a déposé une demande de prestation AI mais l'Office cantonal AI lui a refusé tout droit à une rente, considérant qu'elle présentait une invalidité inférieure à la limite décisive pour l'octroi d'une telle prestation.

En 2007, le Dr A., médecin traitant, a adressé sa patiente au service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital du Valais. Le Dr B. a

préconisé une arthroplastie de la hanche droite et en a discuté des risques avec X.

Avant l'intervention, X. se déplaçait sans moyen auxiliaire et pouvait descendre et monter les escaliers. Elle ne souffrait que d'une faible limitation dans ses activités. Après l'intervention, X. a été transportée d'urgence à l'hôpital de Sion.

Le même jour, elle a subi une nouvelle intervention pratiquée par le Prof. G. Il n'y avait pas de lésion, mais les veines iliaque externe et iliaque commune ont apparu arrachées. La patiente a été transférée aux soins intensifs. Le lendemain, un pontage veineux entre les veines fémorales superficielles droite et gauche a été confectionné à l'aide de la veine saphène interne gauche.

Selon l'expert, l'intervention d'arthroplastie de la hanche a été à l'origine des complications ; 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.

**B.** En décembre 2008, X. a déposé une nouvelle demande de rente AI. Une incapacité de travail de 80 % a été reconnue. Elle a été mise au bénéfice d'un droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> août 2009 ; elle a également obtenu l'octroi d'une allocation pour impotent. Son taux d'incapacité à effectuer les tâches ménagères a été évalué par l'Office cantonal AI à 70 %.

**C.** Le 16 février 2016, X. a introduit action contre l'Hôpital du Valais. Par mémoire-conclusions du 25 février 2021, elle a conclu notamment au versement d'un montant de 1 120 000 fr. à titre de dommages-intérêts et de 80 000 fr. à titre de tort moral.

### **Considérants (extraits)**

**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 (arrêt 4A\_547/2019 du 9 juillet 2020 consid. 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).

**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). Le devoir d'information du médecin résulte également de ses obligations contractuelles (ATF 133 III 121 consid. 4.1.2). 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). 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 ; arrêt 4A\_547/2019 du 9 juillet 2020 consid. 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). 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. On voit, 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).

Si 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, 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 (Manai-Wehrli, Droits du patient et biomédecine, Berne 2103, p. 85). 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; arrêt 4A\_547/2019 du 9 juillet 2020 consid. 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). 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 133 III 121 ; 117 Ib 197 consid. 5c). En Valais, les modalités du droit d'être informé sont indiquées aux art. 25 ss de la Loi sur la santé (ci-après : LS). 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.

**3.2.** En l'occurrence, le rapport du 3 mai 2007 du Dr A. adressé au Dr B. indique les risques d'infection et de luxation. Selon X., le Dr A.

qualifiait l'intervention d'arthroplastie totale de la hanche de « banale et courante ». Le Dr A. n'a pas nié avoir fait usage de ces termes, ne se souvenant plus du vocabulaire utilisé. X. a dit que l'éventualité de perdre l'usage de la jambe n'aurait pas été évoquée lors des discussions avec le Dr A. 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. A son avis, 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.** Concernant l'intervention du 27 août 2008, dans sa lettre du 3 mai 2007 au Dr B., le Dr A. indique avoir discuté avec X. des risques de l'intervention. L'expert C. relève que X. a été informée par le Dr A. du type d'intervention prévue, des risques liés à l'intervention et à l'anesthésie, comme en attestent les documents signés par le Dr A. et par X., ainsi que par les anesthésistes de l'hôpital où s'est déroulée l'opération litigieuse. L'expert C. a indiqué que X. avait été reçue en consultation à plusieurs reprises ; elle semblait avoir été informée par le Dr A. de façon adéquate, tout comme par son médecin traitant. X. a donné son consentement au cours de la consultation préopératoire d'anesthésie. Le formulaire a été signé par X. Le Dr B. a confirmé qu'elle avait été mise au courant de l'importance de l'opération. Le Dr A. a exposé 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. Le Dr A. a encore indiqué qu'il y avait eu au minimum trois discussions préopératoires importantes, certainement supérieures à 30 min, le 2 mai 2007, le 29 janvier 2008 et le 13 mai 2008. Il 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. Il a encore abordé avec X. les conséquences d'un échec de l'opération, lors des différents entretiens préopératoires. Selon lui, X. n'aurait pas renoncé à l'intervention ; elle avait été à différentes reprises bien informée. Le Dr A. a aussi souligné 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. Il 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. S'agissant de l'indication du Dr B. et du

Dr A. sur les risques de l'intervention, X. a déclaré que « Je pense que tout était bien. Je pense mais je ne sais pas. ». Quant à l'information que sa mobilité pourrait être amoindrie après l'opération, X. a répondu qu'elle ne savait pas. 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, elle a répondu « Je ne pense pas ». 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, on doit retenir que 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. En réalité, sa situation était dégradée avant la première intervention. Dans son opposition à la décision de l'Office AI, X. a indiqué 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. Au vu de ces limitations, elle ne pouvait qu'être très désireuse de se soumettre à l'intervention, laquelle devait soulager ses douleurs et améliorer sa mobilité. Dans ces conditions, il y a lieu d'estimer que 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.

En conséquence, 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 ; 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 doive 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). Il doit établir s'il existe une règle professionnelle communément admise et comment l'acte médical s'est déroulé. Mais 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; 116 II 519 consid. 3a ; 115 Ib 175 consid. 2b; 113 II 429 consid. 3a ; 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. D., «l'appréciation initiale du cas a certainement initié l'évolution défavorable». Selon cet expert, « 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 Mme X. peut être taxée de chanceuse». La présence d'un médecin durant le transport à l'Hôpital de Sion n'est pas mentionnée dans le rapport des ambulanciers. Selon le Prof. D., « le fait de ne pas avoir insisté plus sur la reconstruction du nerf fémoral a [...] pris la seule chance de récupération et d'améliorer 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 permettent 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. E. et le Dr F. notamment avaient également préconisé une nouvelle intervention chirurgicale. Toutefois, ils se sont tous deux heurtés à la résistance du Prof. G. à intervenir à nouveau dans cette zone. L'expert D. 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, son consentement éclairé 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 consid. 3.3). De l'avis de 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 de deux expertises, l'une en chirurgie orthopédique par le Prof. C., l'autre en chirurgie vasculaire par le Prof. D. Le Prof. C. a notamment examiné la prise en charge de X., l'intervention initiale, la prise en charge postopératoire. En conclusion, le Prof. C. 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 où s'est déroulée l'opéra-

tion litigieuse. Pour sa part, le Prof. D. 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.

Il reste à examiner en détails les griefs soulevés par la demanderesse et la prise de position y relative des experts.

**4.3.1.** En relation avec le grief du manque d'expertise de l'équipe chirurgicale de l'hôpital susmentionné dans la prise en charge de dysplasie importante de la hanche, en particulier après ostéotomie du bassin, le Prof. C. 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. en août 2008. L'arthroplastie de la hanche fait partie des interventions chirurgicales fréquemment réalisées au sein de cette institution. Selon l'expert, aucun élément ne permet ainsi de dire que ce type d'intervention dépasse les compétences de ce centre. Le Prof. C. relève que les Dr A. et Dr G. étaient, l'un comme l'autre, en mesure de réaliser cette intervention et avaient pris soin de s'associer pour la réalisation de l'opération concernée.

**4.3.2.** En relation avec le grief du caractère inapproprié du transfert intersite dans des situations d'urgence, avec des risques importants, le Prof. C. relève que la décision de transférer X. à Sion était adéquate ; selon lui, un transfert vers le CHUV aurait vraisemblablement prolongé le délai de prise en charge ainsi que la durée du transfert.

**4.3.3.** En relation avec le grief de l'absence de transfusions sanguines durant le transfert, le Prof. C. indique qu'aucun reproche ne peut être formulé concernant le transfert en ambulance, qui semble avoir été réalisé de façon compétente et sans délai.

**4.3.4.** En relation avec le grief de l'absence de médecins spécialisés lors du transfert d'urgence, le Prof. C. précise que le personnel paramédical qui a accompagné X. durant son transfert a fait preuve de professionnalisme.

**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, le Prof. C. indique que l'équipe d'anesthésiologie de l'hôpital où s'est déroulée l'opération litigieuse 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 Sion. Le Prof. C. indique que le Dr A. avait pris toutes les mesures à sa portée de nature à diminuer les risques.

**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. G., au lieu d'une reconstruction primaire, l'expert D. 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 D., la reconstruction primaire n'est pas une option a priori et l'approche en deux temps (ou plus) consiste la règle de l'art dans ce genre de situations.

**4.3.7.** En relation avec le grief relatif au blocage du nerf iliaque par les assistants du Prof. G., en procédant à une couture avec du fil plutôt que de poser des agrafes, l'expert D. indique que l'intervention réalisée par le Prof. G. s'est faite dans une situation d'extrême urgence, dans le cadre de laquelle il a réussi à contrôler sans délai le dommage survenu et a ainsi démontré son expertise. Le Prof. C. indique qu'aucune faute de traitement ne peut être reprochée aux chirurgiens de l'hôpital où s'est déroulée l'opération litigieuse et aux chirurgiens de l'Hôpital de Sion en lien avec la lésion du nerf crural, la cause de cette lésion neurologique devant être considérée de nature accidentelle. Selon le Prof. D., 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).

**4.3.8.** En relation avec le grief relatif à l'absence de prise en charge par les médecins du RSV qui aurait permis de récupérer après les incidents des interventions des 27 et 28 août 2008, le Prof. C. indique que le problème de la parésie du muscle quadriceps droit a été identifié dès le retour à l'hôpital où s'est déroulée l'opération litigieuse, 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.

**4.3.9.** En relation avec le grief relatif à la non-proposition de prise en charge de la patiente dans un hôpital universitaire, le Prof. C. indique que la décision de confier dame X. à un centre hospitalier universitaire ne s'imposait pas à l'époque.

**4.3.10.** En relation avec le grief relatif à la méconnaissance du diagnostic neurologique lors du transfert en orthopédie le 30 août 2008, le Prof. C. 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 Sion, la patiente étant à ce moment-là grabataire et en état général fragile.

**4.3.11.** En relation avec le grief de l'absence d'ENMG lors de la sortie du service d'orthopédie, le Prof. C. 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 lui, 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.

**4.3.12.** En relation avec les griefs de l'absence d'exploration chirurgicale indiquée par la SUVA et d'absence de révision neurologique, le Prof. C. 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.

**4.3.13.** En relation avec les griefs de l'abandon de X. à son triste sort, le Prof. C. indique qu'on ne peut nullement affirmer que le problème de celle-ci a été méconnu, que le problème n'a pas été pris en charge ou que les mesures adéquates justifiées en l'occurrence n'ont pas été mises en oeuvre.

**4.3.14.** Le Prof. C. a encore relevé que l'indication opératoire à l'arthroplastie totale était correcte, que les chirurgiens orthopédistes n'avaient

aucun moyen de réaliser plus tôt qu'une lésion vasculaire était survenue, 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, que la cause précise de la lacération veineuse n'est pas connue, 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.

L'expert D. 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, que l'intervention chirurgicale pour reperméabilisation veineuse profonde a été réalisée avec l'expertise chirurgicale requise, que l'intervention de chirurgie vasculaire effectuée était indiquée sans l'ombre d'un doute.

**4.4.** Le Prof. C. a estimé 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 où s'est déroulée l'opération litigieuse. Le Prof. D. 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.

Au terme de cet examen, le tribunal se fonde sur les expertises judiciaires détaillées du Prof. C. et du Prof. D. et exclut donc toute violation des règles de l'art.

Dans ces conditions, l'action de X. à l'encontre de l'Hôpital du Valais doit être rejetée, pour cette première raison.