

COUR D'APPEL CIVILE

Arrêt du 31 octobre 2014

Présidence de M. COLOMBINI, président
Juges : Mmes Favrod et Crittin Dayen
Greffière : Mme Choukroun

Art. 41, 97 al. 1, 398 al. 2 CO

Statuant à huis clos sur l'appel interjeté par **A.G.**_____ et **B.G.**_____, tous deux à Ecublens, demandeurs au fond, contre le jugement préjudiciel rendu le 21 août 2013 par la Cour civile du Tribunal cantonal dans la cause divisant les appelants d'avec **S.**_____, défendeur au fond, la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal voit :

En fait :

A. Par jugement préjudiciel du 21 août 2013, dont les considérants écrits ont été notifiés aux parties le 7 juillet 2014, la Cour civile du Tribunal cantonal a prononcé que la responsabilité de S. _____ n'est pas engagée à raison du défaut de suivi de grossesse de A.G. _____ ayant abouti à la naissance prématurée à vingt-six semaines de l'enfant C.G. _____ (I) et que la responsabilité de S. _____ est engagée à raison de la mauvaise prise en charge de A.G. _____ lors de son accouchement pour les problèmes gynécologiques qui ont suivi (II), les frais et dépens du jugement préjudiciel suivant le sort de la cause (III).

En droit, les premiers juges ont considéré qu'un lien de causalité entre les manquements reprochés aux médecins dans le suivi de la grossesse de A.G. _____ et la naissance prématurée de l'enfant C.G. _____ n'avait pas été établi de sorte que la responsabilité de S. _____ n'était pas engagée s'agissant des complications liées à la naissance prématurée de l'enfant. Ecartant l'application de la théorie dite de la perte d'une chance alléguée par les parents, ils ont considéré que les dommages et intérêts ainsi que le tort moral réclamés à ce titre étaient sans fondement.

B. Par acte du 5 septembre 2014, A.G. _____ et B.G. _____ ont fait appel de ce jugement. Ils ont conclu, avec suite de frais et dépens, à la réforme du chiffre I de son dispositif en ce sens que la responsabilité de S. _____ est engagée à raison du défaut de suivi de grossesse de A.G. _____ ayant abouti à la naissance prématurée à vingt-six semaines de l'enfant C.G. _____. Ils ont requis l'audition de l'experte mandatée en première instance à titre de mesure d'instruction et produit un bordereau de pièces.

Dans son mémoire de réponse du 17 octobre 2014, S. _____ a conclu, avec suite de frais et dépens, au rejet de l'appel dans la mesure de sa recevabilité.

C. La Cour d'appel civile retient les faits suivants, sur la base du jugement complété par les pièces du dossier :

1. A.G. _____, née le [...] 1975 et son époux B.G. _____, né le [...] 1978, sont les parents de l'enfant C.G. _____ né le [...] 2007.

S. _____ est une association dont le but est de prodiguer aux patients des soins de qualité aux meilleures conditions économiques et sociales possibles, exploiter divers établissements qui constituent ensemble une structure hospitalière multi sites et maintenir l'existence d'une structure hospitalière performante dans la région du [...]. Il s'agit d'un établissement cantonal, comprenant l'hôpital d'[...], - Mère et Enfant et l'hôpital de [...], membre de la Fédération des hôpitaux vaudois.

2. a) A.G. _____ est tombée enceinte entre la fin de l'année 2006 et le début de l'année 2007. Le début de sa grossesse s'est déroulé sans difficulté particulière.

b) Le 12 mars 2007, le gynécologue de A.G. _____, le Dr N. _____ l'a adressée au Dr [...], pour une amniocentèse. Dans son rapport du même jour, le Dr N. _____ a indiqué que l'évolution de la grossesse était harmonieuse.

Dans un rapport du 18 avril 2007, le Dr [...], a indiqué que l'examen échographique effectué sur A.G. _____ avait révélé une situation favorable à dix-huit semaines de gestation, précisant qu'après l'amniocentèse, les contrôles échographique et cardiaque du fœtus n'avaient rien montré de particulier.

Il ressort du rapport d'amniocentèse du 19 avril 2007, établi par le Professeur D._____, que le résultat d'analyse est négatif pour les trisomies 13, 18 et 21 homogènes. Dans un rapport du 3 mai 2007, ce médecin, qui n'a pas rencontré A.G._____, a mentionné une "anxiété maternelle" et notamment indiqué que l'analyse du liquide amniotique relevait l'existence d'un "caryotype foetal normal 46, XY, masculin".

Dans un courrier du 8 mai 2007, le Dr [...], du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV), a remercié le Dr N._____ de lui avoir adressé A.G._____ pour un contrôle de la longueur du col et a indiqué que celui-ci était difficile à mesurer avec un orifice externe peu visualisable, mais qu'il semblait mesurer environ 25 mm sans funneling. Il a également mentionné le fait que la patiente avait décrit des contractions durant l'examen.

Le 8 mai 2007 en début de soirée, A.G._____ s'est rendue en urgence au CHUV, car elle ressentait depuis le matin des crampes dans le bas ventre, s'apparentant aux douleurs ressenties pendant les règles. Dans le rapport de consultation du CHUV, il a été consigné qu'aucun saignement n'avait été constaté. Les médecins du CHUV ont prescrit du repos, ainsi que la prise de magnésium et d'Adalat CR 30 deux fois par jour. Ils ont invité la patiente à consulter son médecin traitant, le Dr N._____, chez lequel elle s'est rendue quelques jours plus tard. Le 11 mai 2007, ce médecin a certifié que A.G._____ était en incapacité de travail du 30 mars au 25 mai 2007.

c) Le 9 juin 2007, malgré le traitement mis en place depuis un mois, A.G._____ s'est rendue en urgence à l'S._____, où exerce le Dr N._____, en raison de contractions douloureuses ressenties depuis le matin. Elle en était à vingt-quatre semaines et deux jours d'aménorrhée. Elle a subi divers examens desquels il est ressorti que le col postérieur de l'utérus était long et fermé, mesuré à l'échographie à 28 mm. En raison de la précocité de l'apparition des contractions, elle présentait un des facteurs de risque d'accouchement prématuré et a été hospitalisée le même jour. En revanche, la position et la longueur du col permettaient de

nuancer ce risque, de sorte qu'elle ne présentait pas, le jour de son admission, de "menace d'accouchement prématuré". Une infection urinaire, 10 puissance 4 germes, et un début de sinusite ont été diagnostiqués. A.G._____ a discuté avec le Dr N._____ d'un transfert au CHUV. Celui-ci lui a expliqué que cet hôpital n'acceptait pas les transferts en dessous de vingt-neuf semaines de grossesse. Un traitement par tocolyse et un traitement par antibiotique ont été introduits.

Le matin du 12 juin 2007, A.G._____ s'est à nouveau plainte de contractions douloureuses. Le dosage du traitement par tocolyse a dès lors été augmenté et la symptomatologie s'est améliorée. Un autre traitement tocolytique a été introduit, le Gynipral. Il résulte du rapport établi le même jour par le Service de gynécologie obstétrique de l'S._____ que les contractions ont cédé initialement après l'introduction de ce nouveau traitement, à la suite de quoi les médecins ont tenté un croisement avec un schéma par Adalat, autre traitement tocolytique. A.G._____ a alors présenté une reprise de contractions qui ont pu être maîtrisées avec la réintroduction du traitement par Gynipral. Ce document indique également que la patiente n'a pas souhaité de cure de Celestone, destinée à accélérer la maturation des poumons du fœtus, qui n'a dès lors pas été administrée, en accord avec le Dr N._____. Celui-ci a discuté avec elle de l'opportunité d'un tel traitement. Ce médicament contient de la cortisone, avec ses avantages et ses inconvénients. En principe, la Celestone est administrée à la vingt-septième ou vingt-huitième semaine de grossesse, sauf en cas d'urgence.

Le 18 juin 2007, un début de croisement par Adalat a été réintroduit. Le 20 juin 2007, le Dr N._____ a annoncé à A.G._____ qu'il s'absentait pour quelques jours mais qu'elle ne devait pas s'inquiéter car elle était sous contrôle. Le même jour, en fin de matinée, la patiente a ressenti des contractions utérines régulières à 2 minutes au cardiotocogramme. Elle s'est vue administrer un comprimé d'Adalat et les contractions utérines se sont espacées aux 4 minutes. Sur la base des contractions utérines cliniques et du cardiotocogramme, la tocolyse a été augmentée et associée à un traitement par Gynipral. Aucun examen

clinique (touché vaginal) ni échographie vaginale n'a été effectué pour mesurer la longueur du col de la patiente. Le 21 juin 2007, A.G._____, qui était sous tocolyse intraveineuse remise à "full dose" la veille, a eu quelques contractions utérines sporadiques, non douloureuses. Le 22 juin 2007, la patiente a eu des contractions utérines régulières aux 9 minutes, objectivées par cardiotocogramme, de sorte que la tocolyse a été augmentée. A nouveau, aucun examen clinique ni échographique du col de l'utérus n'a été effectué sur la patiente. Le 23 juin 2007, le cardiotocogramme a montré la présence de quelques contractions utérines sporadiques irrégulières, la fréquence cardiaque foetale étant dans la norme. A.G._____ a parlé à sa mère au téléphone du fait qu'elle était un peu humide dans le slip. Elle a dit aux personnes qui lui ont rendu visite les 22 et 23 juin 2007 qu'elle avait des contractions et des douleurs.

Le 24 juin 2007, lors de la visite du médecin de garde, A.G._____ était souriante dans son lit. Le cardiotocogramme effectué à 10h montrait la présence de quelques contractions utérines sporadiques, la fréquence cardiaque foetale étant toujours dans la norme. Par l'intermédiaire de l'infirmière, elle a demandé si elle pouvait sortir sur le balcon, ce qui lui a été refusé car elle n'était pas censée se lever. Le médecin de garde a été appelé vers midi, pour des contractions qui étaient revenues. Il n'a pu se rendre immédiatement vers la patiente et a été rappelé vingt ou trente minutes plus tard. Il s'est alors rendu auprès de A.G._____ avec la sage-femme, qui a effectué un toucher vaginal et a constaté que la dilatation du col de l'utérus était complète avec une présentation de la tête foetale basse. La patiente a été transportée en urgence en salle d'accouchement. Elle a demandé à être transférée au CHUV, mais à ce stade le risque était trop important, raison pour laquelle l'équipe de néonatalogie de cet hôpital s'est déplacée.

A.G._____ a accouché à 15h11, quinze minutes après l'arrivée de l'équipe de néonatalogie, d'un garçon prénommé C.G._____. L'accouchement est intervenu à vingt-six semaines et trois jours d'aménorrhée. Le nouveau-né a dû être intubé et a ensuite été transféré en urgence au CHUV, où il est resté jusqu'au

27 septembre 2007, avant d'être admis à l'Hôpital de l'Enfance où il a encore séjourné du 27 septembre au 12 octobre 2007, date à laquelle il a pu rejoindre le domicile de ses parents. A teneur d'un rapport du Département de Pédiatrie du CHUV du 18 octobre 2007, l'accouchement de A.G._____ à [...] a eu lieu dans un contexte "d'échappement à la tocolyse".

Le lendemain de l'accouchement, A.G._____ est sortie de l'hôpital et s'est rendue au CHUV pour être auprès de son enfant, où elle est restée du 25 au 30 juin 2007. Deux médecins du CHUV ont adressé un courrier _____ au Dr N._____ le 14 août 2007, dans lequel ils ont notamment indiqué que le status de la demanderesse à la sortie de l'hôpital était normal, et qu'elle se présenterait en consultation dans six semaines.

3. Lorsqu'il n'y a pas de complications, le départ d'un prématuré de l'hôpital peut en général se faire un peu avant ou proche du terme normal d'une grossesse qui est de quarante semaines. C.G._____ a été hospitalisé du 24 juin au 12 octobre 2007, soit pendant cent douze jours, jusqu'à 42 2/7 semaines. En raison de sa naissance prématurée, C.G._____ a présenté de nombreuses complications sur le plan respiratoire (maladie des membranes hyalines traitée par deux doses de Surfactant, syndrome bradyapnéique du prématuré modéré traité par caféine jusqu'au 13 août 2007, bronchodysplasie modérée), sur le plan cardiovasculaire (canal artériel persistant traité dans un premier temps par Indocid puis finalement ligaturé chirurgicalement, hypotensions nécessitant un soutien d'amine), sur le plan digestif (entérocolite nécrosante de stade modéré à sévère traitée sans intervention chirurgicale), sur le plan infectieux (sepsis à staphylocoques traité par antibiotiques) et enfin sur le plan neurologique (hémorragie intraventriculaire de grade III bilatérale). Ces complications ont été décrites dans l'anamnèse d'entrée à l'Hôpital de l'enfance établie le 27 septembre 2007. A sa sortie, l'enfant a nécessité une surveillance parentale habituelle et une prise en charge spécifique liée à des difficultés alimentaires.

4. a) Par demande du 13 juillet 2010, A.G. _____ et B.G. _____ ont pris les conclusions suivantes à l'encontre de l'S. _____ :

« Fondés sur ce qui précède, les demandeurs ont l'honneur de conclure, avec suite de frais et dépens, à ce qu'il plaise à la Cour civile du Tribunal cantonal vaudois dire que l'S. _____ est débiteur de A.G. _____ et B.G. _____ et leur doit prompt et immédiat paiement de la somme de Fr. 149'087.70 (cent quarante-neuf mille huitante-sept francs et septante centimes), avec intérêts à 5% l'an dès le 24 juin 2007. »

Dans sa réponse du 6 janvier 2011, S. _____ a conclu, avec suite de frais et dépens, au rejet des conclusions prises par les demandeurs.

b) Une audience préliminaire s'est tenue le 8 mars 2012 devant le Juge instructeur qui a ratifié la convention de procédure conclue par les parties, rédigée en ces termes :

"I. Les parties conviennent de disjoindre l'instruction et le jugement des deux questions préjudicielles suivantes :

1. La responsabilité de l'S. _____ est-elle engagée à raison du défaut de suivi de la grossesse de A.G. _____ ayant abouti à la naissance prématurée à 26 semaines de l'enfant C.G. _____ ?

2. La responsabilité de l'S. _____ est-elle engagée à raison de la mauvaise prise en charge de A.G. _____ lors de son accouchement pour les problèmes gynécologiques qui ont suivi?

II. L'instruction et le jugement de la question préalable porteront sur les allégués suivants :

- Allégués 1 à 87, 98 à 107, 111 à 135, 140 à 146, 218 à 299."

c) Par ordonnance du 19 mars 2012, la Dresse K. _____, médecin adjoint agrégé du service d'obstétrique des Hôpitaux Universitaires de Genève, a été mandatée pour procéder à une expertise médicale. Les parties ont été invitées à présenter les questions qu'elles souhaitent soumettre à l'expert, outre les 71 allégués cités par le Juge instructeur dans son ordonnance. Le conseil de A.G. _____ et de B.G. _____ a soumis 5 allégués à l'expert, à savoir les allégués 93 à 97 relatifs aux conséquences de la prématurité de l'enfant C.G. _____ sur le quotidien de ses parents.

Avec l'accord des parties, l'expert a collaboré avec le Dr L._____, médecin adjoint agrégé du service de pédiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève, pour répondre à certains allégués.

d) Le 10 juillet 2012, le Juge instructeur de la Cour civile a notamment entendu le Dr. T._____, médecin de garde à l'S._____ le week-end où A.G._____ a accouché prématurément. Il a été invité à préciser les conclusions qu'il avait prises dans son rapport rédigé le 16 juin 2009.

Le témoin a expliqué que par l'intermédiaire des rapports oraux journaliers habituels du personnel hospitalier, il était au courant de la présence d'une patiente présentant des contractions prématurées à vingt-six semaines de grossesse révolues. Elle était décrite comme une personne très angoissée, avec une sensibilité exacerbée aux contractions, l'amenant peut-être parfois à confondre les mouvements de l'enfant avec une activité utérine. Sous tocolyse, la situation paraissait être maîtrisée et il semble que recommandation avait été faite de ne pas exécuter d'examen intempestif. Le Dr T._____ a indiqué qu'à sa connaissance, il ne s'était rien passé de significatif durant ce week-end, jusqu'au moment où il a été appelé aux environs de 13 heures le 24 juin 2007. La personne l'ayant contacté l'a prié de se rendre immédiatement en salle d'accouchement, la patiente venant d'y être admise en raison de contractions utérines régulières sous tocolyse, à dilatation complète avec une poche des eaux bombante et une présentation aux épines. Lors de son arrivée dans la salle d'accouchement, le Dr T._____ a procédé à un examen qui a confirmé celui de la sage-femme et de l'assistante. La question d'un éventuel transfert au CHUV s'est posée, mais cette solution n'était plus possible. Le témoin a indiqué que selon son expérience personnelle, un accouchement prématuré à ce stade-là de la grossesse peut se dérouler extrêmement rapidement, le risque d'une expulsion durant le transport étant trop grand. Au vu de la situation, la décision a été prise de faire venir l'équipe de néonatalogie de S._____ et du CHUV, et d'essayer, en attendant leur arrivée, de temporiser en augmentant la tocolyse. A l'arrivée des deux équipes de néonatalogie, le traitement par

tocolyse a été arrêté et l'accouchement s'est alors déroulé de manière rapide. Afin d'effectuer un accouchement aussi peu traumatisant que possible, la poche des eaux a été gardée intacte jusqu'à vingt minutes avant l'expulsion, puis a été rompue volontairement. Une large épisiotomie a été effectuée avant que la tête n'appuie sur le périnée, pour éviter une pression supplémentaire de celui-ci sur la présentation. La naissance a eu lieu environ deux heures après l'arrivée du Dr T. _____ en salle d'accouchement. Son appréciation de la situation est la suivante : lui-même et l'équipe médicale ont été confrontés à un problème classique de contractions prématurées très tôt dans la grossesse, avec une dilatation brutale et relativement inattendue du col, suivie d'un accouchement rapide. Il a déclaré qu'a posteriori, au vu des deux heures écoulées entre la découverte de la dilatation complète du col et l'accouchement lui-même, il serait facile de dire qu'un transfert sous tocolyse aurait été possible et a posé la question de savoir qui aurait pu prendre la responsabilité d'un accouchement durant le transport. La lecture des différents rapports journaliers concernant la patiente n'a pas permis de mettre en évidence une cause tangible expliquant les contractions prématurées, raison pour laquelle aucun autre traitement n'a été proposé. Le témoin a confirmé que dans une lettre du 7 août 2007, A.G. _____ avait émis de nombreuses récriminations, notamment concernant les samedi 23 et dimanche 24 juin 2007, qui vont à l'encontre des observations consignées par le personnel médical dans les rapports concernant la patiente. Le Dr T. _____ a en particulier indiqué avoir lu dans ces rapports que durant la nuit du 23 au 24 juin 2007, A.G. _____ n'avait pas sonné, qu'elle n'avait eu besoin de rien, et que le 24 juin à dix heures du matin l'infirmière avait relevé quelques contractions utérines sur le cardiotocogramme, la patiente s'étant douchée. Il a également indiqué que selon les rapports médicaux A.G. _____ s'était plainte de ne pas pouvoir se lever, ni manger. En se fondant sur les rapports journaliers oraux et les rapports écrits du personnel médical ainsi que sur les événements auxquels il avait assisté lorsqu'il avait été appelé en salle d'accouchement le 24 juin 2007, le Dr T. _____ a estimé que la responsabilité de l'équipe médicale n'était

pas engagée dans les suites et les complications subséquentes possibles de l'accouchement de A.G._____.

5. L'expert a déposé son rapport le 1^{er} février 2013. Répondant aux allégués relatifs au suivi de la grossesse de A.G._____, il a indiqué ce qui suit :

« **all. 38- Aucun examen n'a été effectué, malgré les difficultés rencontrées (concerne la prise en charge du 20.06.2007).**

Cette affirmation n'est que partiellement juste. Le 20.06.2007 l'examen clinique de routine (prise de température, tension artérielle, pouls) ainsi qu'un cardiotocogramme ont été effectués. Il n'y a pas eu d'examen clinique du col de l'utérus (touché vaginal) ni d'échographie vaginale.

all. 39- En particulier, il n'y a pas eu de contrôle du col de l'utérus.... (concerne la prise en charge du 20.06.2007),

Cette affirmation est exacte.

all. 40- ... ni d'ultrason (concerne la prise en charge du 20.06 2007).

Cette affirmation est exacte.

all. 42- Rien n'a été entrepris pour contrôler et calmer la situation (concerne la prise en charge du 21.06.2007).

Le 21.06.2007, Mme A.G._____ était sous tocolyse intraveineuse (remise à «full dose» le 20.06.2007) et elle n'a pas eu de contractions utérines douloureuses. La situation avait déjà été calmée le jour précédent.

all. 46- La tocolyse n'a pas été augmentée (concerne la prise en charge du 22.06.2007).

Cette affirmation n'est pas correcte. La tocolyse a été augmentée le 22.06.2007 dans la soirée.

all. 53- Les contractions étaient régulières et très proches (concerne la prise en charge du 23.06.2007).

Cette affirmation n'est pas correcte. Sur le cardiotocogramme du 23.06.2007 on remarque la présence de quelques contractions utérines irrégulières. Dans les notes de suites de l'infirmière, il est noté que « l'utérus est calme » et que Madame n'a pas de plaintes. Madame dort bien (absence de contractions utérines qui la réveillent) la nuit du 23 au 24.06.2007.

all. 54- Elles avaient en outre une influence sur le tracé du coeur du bébé (concerne la prise en charge du 23.06.2007).

Cette affirmation n'est pas correcte. Le cardiotocogramme effectué le 23.06.2007 montre la présence de très peu de contractions utérines sporadiques et un rythme cardiaque foetal dans la norme pour l'âge gestationnel.

all. 59- Le CTG effectué à 9h52 démontrait que l'accouchement était imminent (concerne la prise en charge du 24.06.2007).

Cette affirmation n'est pas correcte. Le cardiotocogramme ne montre jamais l'imminence de l'accouchement. C'est l'examen clinique (dilatation, position et raccourcissement du col, ainsi que l'engagement de la présentation foetale) qui fait foi. Par ailleurs, le cardiotocogramme effectué le 24.06.2007 montre moins de contractions utérines que les cardiotocogrammes effectués le 20 et 22.06.2007.

all. 60- Il n'a toutefois été analysé qu'à 11 heures (concerne la prise en charge du 24.06.2007).

Cette affirmation n'est pas correcte. Le cardiocotogramme du 24.06.2007 a été posé à 9h52 du matin. On relève dans le cardex une note de suite de la sage-femme à 10h00 indiquant la présence de quelques contractions utérines au cardiocotogramme. Cela montre que le tracé a été évalué avant 11 heures. Le cardiocotogramme a été arrêté à 10h40. »

S'agissant des allégués en relation avec la naissance de l'enfant C.G._____, en particulier de ses problèmes de santé tels qu'ils figurent dans le rapport d'anamnèse à son arrivée à l'Hôpital de l'enfance (allégué 83), le co-expert a indiqué ce qui suit :

« a. d'un point de vue respiratoire il (C.G._____) a présenté une maladie des membranes hyalines qui a nécessité l'administration de 2 doses de Surfactant avec un diagnostic de bronchodysplasie modérée, il a également présenté un syndrome bradyapnéique du prématuré modéré traité par caféine jusqu'au 13.8.07.

RP : Ces affirmations sont correctes. La maladie de membranes hyalines et le syndrome bradyapnéique du prématuré sont des troubles de l'immaturité chez l'enfant né prématurément. Ces conditions sont de durée limitée, avec normalisation à la maturité des organes (poumon, centre cérébral de contrôle de la respiration). Les traitements (surfactant, caféine) améliorent les fonctions en attendant cette maturation naturelle. La bronchodysplasie pulmonaire est une complication pulmonaire de l'immaturité pulmonaire et des moyens de support vitaux appliqués. La dysplasie bronchopulmonaire doit être considérée comme une complication de la prématurité. Les formes modérées sont en général de bon pronostic à long terme (voir point 94).

b. d'un point de vue cardiovasculaire, il a présenté un canal artériel persistant et des hypotensions ayant nécessité un soutien d'amine. Le canal artériel a été traité dans un premier temps par Indocid® puis a finalement été ligaturé chirurgicalement.

RP : Ces affirmations sont correctes. C.G._____ a sans doute présenté des hypotensions précoces, mesurées, décrites et traitées par des remplissages et des amines (Dopamine®). Des hypotensions peuvent se trouver à tout âge, mais elles sont fréquentes chez le nouveau-né très prématuré. Pour la situation d'C.G._____ à la naissance l'association avec la grande prématurité est indéniable, mais il n'est pas possible de trancher sur une cause précise puisque trois facteurs coïncident: la prématurité, une possible infection et une hémorragie. Le canal artériel perméable est une condition normale à la vie foetale (intra-utérine) qui doit évoluer vers une fermeture après la naissance. La persistance du canal artériel est une condition qui dépend fortement de la prématurité de l'enfant. Pour C.G._____, le diagnostic a été confirmé par échographie cardiaque (rapporté dans la lettre de sortie du CHUV pour le 28.6.2007 au moins) et la prématurité est la cause principale de sa non-fermeture. La fermeture médicale du canal artériel est nécessaire si le coeur ne supporte

pas la surcharge de travail ou si les organes sont mal perfusés; les deux arguments ont été évoqués pour C.G. _____. Une tentative de fermeture médicamenteuse par indométacine (Indocid®) a été interrompue en raison des risques augmentés d'hémorragie de ce traitement et de la constatation d'une progression de l'hémorragie intracrânienne (26.6.2007). La ligature chirurgicale a été effectuée en raison d'une décompensation progressive le 29.6.2007.

c. d'un point de vue digestif, il a présenté une Entérocolite nécrosante traitée conservativement.

RP : Cette affirmation est correcte. L'entérocolite nécrosante (14.8.2007) est une complication classique de la prématurité de cause multifactorielle. Le stade d'entérocolite présenté par C.G. _____ était modéré à sévère et traitable conservativement, c'est-à-dire sans intervention chirurgicale.

d. d'un point de vue infectieux, il a présenté un sepsis à staphylocoques traité par antibiotiques.

RP: Cette affirmation est correcte. Le sepsis à staphylocoque coagulase négatif (9.7.07) traité par antibiotiques est une complication classique de l'enfant prématuré en général avec un abord vasculaire (perfusion). Pour le staphylocoque coagulase négatif les hémocultures étaient positives le 10.7.07. Le staphylocoque doré trouvé dans les sécrétions nasopharyngées au même moment doit par contre être considéré comme colonisant non-pathogène. Deux autres épisodes doivent aussi être considérés d'un point de vue infectieux, 1) l'épisode suspecté à la naissance (24.6.2007) malgré des hémocultures négatives puisque la mère était traitée par antibiotiques et les cultures ne permettent souvent pas de trouver le germe et 2) l'épisode de l'entérocolite nécrosante (14.8.2007) qui est associé à un état infectieux. Pour des raisons techniques les hémocultures restent souvent négatives et cette négativité n'est pas une preuve d'absence d'infection.

e. d'un point de vue neurologique, il a présenté une hémorragie intra-ventriculaire de grade III bilatérale avec un IRM de contrôle à terme le 26.09.07 qui a montré une hémorragie résiduelle dans le ventricule sans atteinte du parenchyme confirmant le grade III.

RP : Basées sur la description des lésions dans le rapport du CHUV, ces affirmations sont correctes. Le dossier radiologique n'était pas disponible et n'a pas été demandé. L'hémorragie intracrânienne est une complication typique du nouveau-né très prématuré (l'incidence augmente avec la diminution de l'âge gestationnel). On l'appelle souvent hémorragie intra-ventriculaire, même si dans certains stades elle ne touche pas le ventricule. Les hémorragies sont classées selon Papile (Réf Papile et al). Le stade I correspond à des lésions hémorragiques de la zone germinative sous le ventricule (zone considérée sans fonction neuronale), le stade II lorsque l'hémorragie fait irruption dans le ventricule latéral et le stade III s'il en résulte une dilatation des ventricules, alors que le stade IV touche la substance cérébrale externe et supérieure aux ventricules. L'hémorragie intra-ventriculaire de grade III bilatérale décrite chez C.G. _____ ne touche donc pas des parties cérébrales importantes et la dilatation semble modérée puisque aucune intervention n'a été nécessaire pour limiter sa progression vers une hydrocéphalie.

all. 84- Autres problèmes :

a) Anémie de la prématurité nécessitant des transfusions.

RP: Cette affirmation est juste. Il s'agit d'une anémie résultant d'une immaturité de la moelle osseuse en association à des prélèvements sanguins fréquents alors que le volume de sang est limité. C'est la raison de son appellation « anémie de la prématurité » qui indique bien l'association étroite.

b) Hyperbilirubinémie.

RP: Cette affirmation est juste. L'hyperbilirubinémie est une condition très fréquente chez le nouveau-né à terme et prématuré. Elle est traitée par photothérapie (lumière bleue) pour éviter des taux élevés qui pourraient devenir toxiques.

c) RGO traité par Motilium® et Antra®.

RP: Cette affirmation est partiellement juste. Le reflux gastro-oesophagien (RGO) est une condition fréquente du nouveau-né et petit enfant qui se nourrit de volumes importants de liquide durant le premiers mois de vie. C'est une condition fréquente de l'enfant prématuré bien que son caractère pathologique (souffrance) soit encore largement débattu aujourd'hui (Réf Poets et al).

all. 85- Il a aussi souffert de hernies avec intervention chirurgicale en date du 19.10.2007.

RP: Cette affirmation est juste. Une hernie inguinale droite est mentionnée dans le status d'admission à l'hôpital de l'enfance le 27.9.2007 et une opération est effectuée le 19.10.2007 au CHUV. Les hernies inguinales se développent plus fréquemment chez les enfants prématurés de < 32 semaines (Réf Peevy et al), mais sont une pathologie qui n'est pas rare dans la population néonatale et infantile générale. Le traitement de l'hernie inguinale consiste en une intervention chirurgicale.

all. 86- Il a encore été sujet à des problèmes ophtalmologiques.

RP : Cette affirmation est juste. C.G._____ ne semble pourtant pas avoir présenté de complications oculaires typiques de la prématurité. Le développement d'une rétinopathie de la prématurité (ROP) est étroitement surveillé chez l'enfant prématuré. A la sortie de l'hôpital de l'enfance est encore mentionnée une immaturité de la rétine très périphérique (zone 3) avec un contrôle prévu en octobre 2007. Le rapport de ce contrôle manque dans les documents à disposition, mais la lettre de l'ophtalmologue du 11.12.2008, une année plus tard, n'en fait plus mention et on peut raisonnablement supposer sur cette base et l'évolution naturelle qu'il n'y a pas de rétinopathie de la prématurité chez C.G._____.

C.G._____ a présenté par contre une lésion de la conjonctive que les spécialistes ophtalmologues supposent être un naevus conjonctival. Il n'est pas de notre compétence de commenter sur cette pathologie très rare si ce n'est qu'il ne s'agit pas d'une complication typique de la prématurité.

all. 87- A cela s'ajoute que C.G._____ était immunodéprimé.

RP : Cette affirmation n'est que partiellement juste.

Tout enfant qui naît prématurément se trouve dans une condition immunitaire fragile puisqu'il ne reçoit qu'une partie des immunoglobulines maternelles que recevrait un nouveau-né à terme à la naissance (immunité passive). A la naissance, chez tout nouveau-né l'immunité propre (immunité active) est encore « vierge ». Comme chez un nouveau-né à terme, chez le prématuré, les mécanismes de défense déclenchés par l'immunité sont fonctionnels, mais moins matures qu'à terme. Il est donc en situation de susceptibilité aux infections plus importante que chez le

nouveau-né à terme. La terminologie d'immunodépression est donc fautive; il s'agit plutôt d'une immaturité immunitaire physiologique. Elle se normalise spontanément avec l'âge (voir aussi point 96).

all. 93- Ainsi, ils (les parents) devaient utiliser du matériel hygiénique pour avoir contact avec leur enfant.

RP : Cette affirmation n'est que partiellement juste.

A la sortie de l'hôpital, C.G. _____ restait plus susceptible aux infections pendant plusieurs mois (voir point 87). Il est en général conseillé aux parents de vacciner l'enfant et l'entourage, d'éviter des expositions inutiles à des personnes infectées et de maintenir une hygiène. Pour le contact avec les parents sains, une hygiène spéciale, au-delà de celle que tout parent fait pour son enfant nouveau-né, n'est en général pas recommandée.

all. 94- Ils n'avaient ni le droit de fréquenter des lieux publics,

RP : Cette affirmation est fautive.

La fréquentation des lieux publics n'est pas interdite aux enfants prématurés. Comme chez le nouveau-né à terme, il est souvent recommandé d'éviter les foules lors de périodes d'épidémies.

all. 95- ... ni la possibilité d'inviter des gens chez eux.

RP : Cette affirmation est fautive.

La transmission des infections courantes chez le nouveau-né se fait par le toucher (fluides biologiques) ou par des gouttelettes transmises d'une personne porteuse de l'infection (toux). Le risque de transmission est donc quasiment nul au-delà d'un mètre de distance. Il est donc possible d'inviter des gens chez soi sans mettre un enfant vulnérable comme C.G. _____ à risque.

all. 96- Cette situation a perduré jusqu'à la fin de l'hiver 2007-2008.

RP : Cette affirmation est fautive puisque les points 94 et 95 le sont.

Pour un très grand prématuré tel qu'C.G. _____, c'est surtout la première demi année et la saison hivernale des épidémies qui est au plus haut risque d'infection. Les complications des infections peuvent rester plus graves au-delà de cette période à haut risque d'infection en cas d'atteinte pulmonaire néonatale (dysplasie broncho-pulmonaire ; voir 83 a), ceci surtout durant les premiers 12 à 24 mois de vie. La période à haut risque d'infection pour C.G. _____ était donc effectivement jusqu'à la fin de l'hiver 2007-2008. Une protection contre l'un des virus les plus dangereux, par des immunoglobulines injectées (Syngais®), lui a par ailleurs été proposée.

all. 97- En outre, en raison de son système immunitaire C.G. _____ a encore été privé de contact avec d'autres enfants jusqu'au début de l'année 2009.

RP : Cette affirmation n'est que partiellement juste.

On doit admettre que durant la période jusqu'au début de l'année 2009 le système immunitaire d'C.G. _____ n'était pas défaillant, mais immature essentiellement les premiers 6 mois de vie.

En cas de dysplasie broncho-pulmonaire (voir allégué 83a), les risques de complications d'une infection respiratoire restent plus marqués (voir point 96), raison pour laquelle la deuxième saison hivernale 2008-2009 comportait encore un risque plus important pour C.G._____ que s'il était né à terme.

Les enfants de jeune âge présentent un réservoir important de germes infectieux, mais de priver C.G._____ de contact avec d'autres enfants du même âge était un choix des parents entre le bénéfice d'un tel contact et le risque de transmission d'une possible infection. »

S'agissant d'éventuelles violations des règles de l'art dans la prise en charge de A.G._____ durant son hospitalisation, les experts ont indiqué ce qui suit :

« all. 111- Lorsque la demanderesse a été hospitalisée à l'S._____, à [...], elle a présenté alors des risques d'accouchement prématuré.

Cette affirmation n'est que partiellement correcte.

La menace d'accouchement prématuré (preterm labour en anglais) est définie par la présence de contractions utérines avant 37 semaines avec un col raccourci. La moitié de ces cas finit par accoucher à terme. Cependant, face à un diagnostic de menace d'accouchement prématuré, les patientes bénéficient d'une hospitalisation avec/sans tocolyse ainsi que d'une maturation pulmonaire si indiquée (Réf Di Renzo *et al* et Simhan *et al*).

Lors de l'hospitalisation de Mme A.G._____ à l'S._____ à 24 2/7 semaines, les examens ont montré la présence de contractions utérines, avec un col postérieur, long et formé, et mesuré à l'échographie à 28 mm. Etant donné la précocité de l'apparition des contractions utérines (présentes déjà depuis 4 semaines), il y avait un facteur de risque pour un accouchement prématuré. Cependant, la présence d'un col long à l'examen clinique et échographique permettait de nuancer ce risque (Réf Leitich *et al* et Crane *et al*). Donc, le jour de l'hospitalisation Mme A.G._____ présentait un des facteurs de risque pour un accouchement prématuré mais pas une « menace d'accouchement prématuré » proprement dit.

Par la suite, Mme A.G._____ a continué à présenter des contractions utérines qui diminuaient avec la tocolyse iv. Un arrêt de tocolyse n'a jamais pu se faire. Etant donnée la précocité, ainsi que la fréquence et l'intensité de ses contractions, des examens cliniques et/ou échographiques du col de l'utérus auraient du être effectués afin d'évaluer l'évolution du col de l'utérus (et poser le diagnostic de menace d'accouchement prématuré) et du risque d'accouchement prématuré (Réf Leitich *et al* et Crane *et al*). Ces examens n'ont pas été effectués et le risque d'un accouchement prématuré par la suite, n'a pas été évalué correctement.

all. 112- Ces risques ont toutefois été sous-estimés.

Cette affirmation est correcte. Le jour de son hospitalisation, la prise en charge a été correcte car Mme A.G._____ a été mise au repos et une

tocolyse a été instaurée. Durant l'hospitalisation, les risques d'une menace d'accouchement prématuré ont été sous-estimés car malgré la persistance de contractions utérines régulières dès l'hospitalisation à 24 semaines, il n'y a plus eu d'examen du col de l'utérus. Ce n'est que l'examen du col de l'utérus qui aurait pu donner plus d'informations sur les risques d'un accouchement prématuré permettant la discussion sur le transfert et la prise en charge.

all. 113- Il existait pourtant suffisamment d'indices indiquant que l'accouchement était imminent.

Cette affirmation n'est pas correcte. Le jour de l'hospitalisation, Mme A.G. _____ présentait des contractions utérines depuis un mois avec un col de l'utérus qui restait long et fermé. Le diagnostic d'accouchement imminent est posé lors de la présence de contractions utérines et d'un col de l'utérus présentant une dilatation avancée. Ensuite, l'imminence de l'accouchement a été diagnostiquée correctement le jour de l'accouchement.

all. 114- Les mesures adéquates n'ont pas été prises.

Le jour de l'hospitalisation, les mesures adéquates ont été prises. Il était possible de retarder la décision de la maturation pulmonaire et de permettre une discussion 48 h plus tard avec le Dr N. _____ étant donné que l'examen clinique était rassurant et Mme A.G. _____ avait bien répondu à la tocolyse.

Cependant, les mesures qui ont suivi l'entrée de Mme A.G. _____ n'ont pas été correctes :

a- Manque d'examen clinique et/ou échographique du col de l'utérus malgré la persistance de contractions et l'impossibilité d'arrêter les contractions utérines avec une tocolyse chez une patiente à 24 et puis 25 et 26 semaines d'aménorrhée.

b- Manque de reprise de la discussion sur l'indication à une maturation pulmonaire. Le jour de l'hospitalisation cette décision pouvait être reportée car l'examen clinique était rassurant. Le couple a refusé la maturation pulmonaire après discussion. Selon eux, l'équipe les a rassuré quant aux risques faibles d'un accouchement prématuré et que la maturation pulmonaire est un traitement avec des effets secondaires (ce qui est correct).

Face à la persistance de contractions et peut-être d'un éventuel changement du col, si ce dernier avait été examiné, une nouvelle discussion sur l'indication à la maturation pulmonaire aurait dû être effectuée. On ne sait pas si le couple [...] aurait refusé la maturation pulmonaire dans un contexte « plus probable » d'accouchement prématuré et avec un rapport risques/bénéfices favorable à ce dernier lors des accouchements prématurés à moins 34 semaines.

c- Manque de transfert à un hôpital pouvant prendre en charge des prématurés. Comme pour le point précédent, le jour de l'entrée ce n'était pas indispensable car le risque d'accouchement prématuré n'était pas très important. Cependant, une discussion sur la nécessité d'une telle mesure aurait dû être effectuée par la suite face à la persistance de contractions utérines. Si un examen du col avait été effectué durant l'hospitalisation, l'équipe médicale aurait eu plus d'éléments pour juger la pertinence de ce transfert. Si le col s'était modifié, le transfert était mandataire. Si le col

était stable, ils auraient pu décider de ne pas transférer la patiente. Cependant, en absence d'examen du col, un transfert aurait dû être évoqué face à la persistance de contraction utérines et l'impossibilité d'arrêter la tocolyse.

Voir Recommandations Suisses : «3.1.1 Transfert *in utero* : Les critères pour un transfert *in utero* à temps doivent être clairement définis et régulièrement revus. Un transfert *in utero* dans un centre de périnatalogie doit être considéré dès la 22ème semaine de gestation révolue. Même si aucune mesure médicale intensive ne sera prise en cas de naissance à cet âge, le transfert de la parturiente permettra de mieux conseiller et préparer les parents. Ces derniers doivent être informés des buts du transfert *in utero* de façon à ce que leurs attentes soient adaptées à la situation et qu'elles restent réalistes ».

d- Traitement antibiotique d'une contamination urinaire. Mme A.G. _____ n'avait pas d'indication au traitement antibiotique car la culture urinaire montrait une contamination (10^4 flore mixte) et pas une infection (10^5 d'un ou deux germes uniques). En plus, l'antibiotique donné est associé avec un risque accru d'entérocolite nécrosante chez les nouveau-nés prématurés (Réf Kenyon *et al*), complication qui a été faite par le petit C.G. _____.

Comme cité dans les recommandations suisses de 2002, en vigueur en 2007, pour la prise en charge des nouveau-nés à la limite de la viabilité: «Les décisions à prendre sont complexes et lourdes en conséquences pour le long terme. Idéalement, les décisions ne sont pas prises ponctuellement par une seule instance mais élaborées dans un dialogue continu entre tous les participants (médecins, personnel soignant, parents) ».

all. 115- En effet, les contrôles ont été essentiellement externes.

Cette affirmation n'est pas correcte car les prises de sang ne sont pas considérées comme des contrôles externes.

all. 116- Aucun examen vaginal ou ultrasonographique n'a pas été effectué jusqu'au jour de l'accouchement.

A part des examens cliniques et échographiques effectués le jour de l'hospitalisation, Mme A.G. _____ n'a plus eu d'examen vaginal ni d'échographie durant son séjour à l'S. _____.

all. 117- Le traitement tocolytique n'a pas été adapté à la situation.

Cette affirmation n'est pas correcte. Le traitement tocolytique ne permet pas d'éviter le risque de prématurité. De nombreuses études ont montré que l'utilité de la tocolyse est de permettre la maturation pulmonaire ainsi que le transfert dans un centre pouvant prendre en charge des enfants prématurés. A nouveau, les examens du col auraient permis une meilleure estimation des risques d'accouchement prématuré pour discuter de la prise en charge (maturation pulmonaire et transfert (Réf Simhan *et al*)).

all. 118- Par ailleurs, l'équipe soignante n'a nullement tenu compte de la réaction du coeur du bébé aux contractions.

Cette affirmation n'est pas correcte. Les cardiocotogrammes ont été normaux pour l'âge gestationnel.

all. 119- Par conséquent, le diagnostic, le suivi et le traitement de la grossesse de la demanderesse ont été lacunaires.

Cette affirmation est partiellement correcte. En effet, le suivi du status du col de l'utérus dans le contexte d'une patiente hospitalisée pour contractions utérines prématurées permettant une évaluation plus adéquate du risque d'accouchement prématuré a été lacunaire. L'interprétation des cardiotocogrammes concernant le bien-être foetal a été correcte.

all. 120- Ces lacunes n'ont pas permis de transférer la demanderesse au CHUV,

Cette affirmation n'est pas correcte. Il est vrai que Mme A.G. _____ n'a pas eu des examens du col durant son hospitalisation (autres qu'à l'entrée). Cependant, l'examen du col aurait pu montrer un col stable par rapport à l'entrée, mitigeant la nécessité du transfert. Effectivement, c'est possible que le col de l'utérus reste plus ou moins inchangé jusqu'au jour de l'accouchement et que le diagnostic de l'imminence de l'accouchement ne puisse pas s'effectuer.

all. 121- ... où elle aurait pu bénéficier des compétences et de l'expertise du Service de néonatalogie.

Cette affirmation est partiellement correcte.

RP et BMT : Une consultation prénatale par l'équipe de néonatalogie de niveau III permet de préparer un couple à la période lourde et de longue durée en cas de naissance prématurée et ainsi d'atténuer une partie de l'angoisse et des difficultés psychologiques devant l'inconnu.

Cependant, cette consultation ne permet pas d'éviter les complications liées à la prématurité. »

S'agissant du dommage en relation avec l'accouchement prématuré, les experts ont indiqué ce qui suit :

« all. 126- L'accouchement prématuré de la demanderesse a failli coûter la vie de son enfant.

RP et BMT: Cette affirmation est juste. La mortalité néonatale à 26 semaines en Suisse était de 20-30% entre 2000-2004 (Réf Bajwa et al) et peut être estimée très légèrement plus basse en 2007.

all. 127- Celui-ci a dû être hospitalisé pendant près de quatre mois en raison des nombreuses complications qui en ont découlé.

RP et BMT: Cette affirmation est juste. C.G. _____ a été hospitalisé du 24.6.2007 au 12.10.2007, de 26 semaines 3/7 à 42 semaines 2/7, donc 112 jours. Le départ à domicile d'un enfant prématuré dépend de son autonomie qui est individuellement très variable. Sans complications, le départ peut en général se faire peu avant, ou proche du terme précis (40 semaines). On peut donc conclure que la prolongation du séjour hospitalier d'C.G. _____ est en relation avec les multiples complications.

all. 128- Son retour à la maison a nécessité une surveillance constante,

RP: Cette affirmation n'est pas juste. Lors du retour à domicile le 12.10.2007, C.G. _____ était considéré autonome et, selon la lettre de

sortie du 16.10.2007, ne nécessitait plus de surveillance constante dans le sens d'un monitoring médical. C.G._____ nécessitait une surveillance parentale habituelle pour un nouveau-né, ainsi que la prise en charge spécifique des difficultés alimentaires. Des contrôles médicaux ambulatoires étaient également prévus.

all. 129- ... ainsi qu'un isolement radical.

RP: Cette affirmation n'est pas juste. L'isolement radical n'était pas nécessaire, mais un choix des parents (voir aussi les points 87, 95 et 97).

all. 130- C.G._____ devra être suivi médicalement en tous les cas jusqu'à la majorité.

RP: Cette affirmation n'est pas juste. Un suivi médical d'C.G._____ n'est pas nécessaire en tous les cas jusqu'à la majorité, ni à cause de la prématurité ni à cause des complications de la prématurité. Un tel suivi peut s'avérer utile en fonction de son évolution clinique et de la situation assurantielle.

all. 131- À l'heure actuelle, on ignore si des séquelles sont à prévoir.

RP : Cette affirmation est juste. Il est impossible de prévoir de futures séquelles. Les risques de séquelles, en particulier neurologiques, sont faibles après 24 mois de vie lors que le développement est normal à cet âge, et très difficiles à mettre en relation directe avec la prématurité lorsque ce n'est pas le cas. A 3 ans et 8 mois, lors du dernier rapport neuro-développemental du CHUV, le développement d'C.G._____ était considéré normal.

all. 132- Il existe dès lors encore des incertitudes quant à son avenir.

RP : Cette affirmation est juste. L'incertitude quant à son devenir est évidente, mais ne peut pas uniquement être mise sur le compte de la prématurité. Comme discuté plus haut, les fonctions exécutives ne sont que très difficilement évaluables avant l'âge scolaire et présentent donc le domaine neuro-développemental avec la plus grande incertitude.

all. 133- Depuis son accouchement prématuré, la demanderesse connaît de nombreux problèmes gynécologiques,

Cette affirmation n'est pas juste. Les problèmes gynécologique post-accouchement (endométrite, synéchies, 2 opérations) présentés par Mme A.G._____ n'ont rien à voir avec la prématurité mais avec la rétention des restes placentaires.

all. 134- ... qui ont nécessité des interventions en milieu hospitalier,

Cette affirmation est juste.

all. 135- ... ainsi que de nombreuses visites médicales.

Cette affirmation est juste. »

Se prononçant sur le déroulement des faits, les experts ont indiqué ce qui suit :

« all. 264- La demanderesse présentait un risque d'accouchement prématuré.

Cette affirmation est juste sur la base de la persistance des contractions utérines avant terme et de l'impossibilité d'arrêter la tocolyse.

all. 265- Dans un tel cas, la patiente doit être rigoureusement surveillée.

Cette affirmation est juste. Cependant, la rigueur de la surveillance permet des variantes.

all. 266- Cette surveillance doit permettre de déceler les indices d'un accouchement avant terme spontané,

Cette affirmation n'est pas juste. La moitié des femmes avec une menace d'accouchement prématuré finit par accoucher à terme. On n'a pas de moyens très sensibles ni spécifiques permettant de distinguer lesquelles finiront par accoucher à terme ou avant le terme. De même, beaucoup des femmes qui accouchent préterme n'ont pas des signes ou symptômes permettant de le suspecter.

all. 267- ...de poser le diagnostic,

Cette affirmation n'est pas juste. Une surveillance stricte peut permettre dans certains cas (modifications progressives du col de l'utérus) de poser le diagnostic mais pas toujours. Comme déjà dit, il est toutefois possible que le col ne se soit modifié que le jour de l'accouchement et que même avec une surveillance stricte et correcte le diagnostic ne puisse pas être posé.

all. 268- ... et de prendre les mesures qui s'imposent.

Cette information n'est pas juste. A nouveau, si le col se modifie progressivement, on peut prendre les mesures qui s'imposent pour éviter les complications liées à un accouchement prématuré, mais pas pour l'éviter. Mais, c'est possible que le col se soit modifié d'un coup le jour de l'accouchement et que même avec une surveillance stricte le diagnostic ainsi que les mesures de prise en charge ne puissent pas s'effectuer.

all. 269- Les Directives internationales en vigueur en 2007 recommandent de s'assurer d'un lit disponible aux soins intensifs de néonatalogie ou de procéder au transfert *in utero* vers un centre équipé.

Cette information est juste pour les cas de menace d'accouchement prématuré. Pour rappel, Mme A.G. _____ n'a jamais eu ce diagnostic car le col n'a jamais été diagnostiqué comme raccourci.

all. 273- Le Service des soins intensif de néonatalogie prend en charge les prématurés dès la 24^e semaine.

RP : Cette affirmation est correcte. Selon les recommandations de la Société Suisse de Néonatalogie en vigueur en 2007 (Réf), un transport *in utero* dans un centre périnatal était indiqué dès 24 semaines post-

aménorrhée pour une prise en charge néonatale intensive selon la situation individuelle. En tant que centre périnatal, le CHUV suivait ces directives et prenait donc en charge des prématurés à 24 semaines et plus; l'un des coauteurs de la recommandation, le Prof. [...], était le médecin chef du Service de Néonatalogie du CHUV.

all. 274- Le CFG du 20.06.2007 démontrait un type de contraction propre à un travail d'accouchement.

Cette information n'est pas correcte. Le cardiotocogramme a montré la présence de contractions utérines régulières (aux 2 minutes). Une heure plus tard, Madame reçoit un comprimé d'Adalat® et les contractions utérines s'espacent aux 4 minutes et elles sont ressenties moins fortes par Mme A.G._____. Mme n'a pas accouché jusqu'au 24.06.2007 c'est qui prouve que les contractions n'étaient pas propres d'un travail d'accouchement.

all. 275- A tout moment dès ce moment-là, une surveillance régulière et des examens complémentaires auraient dû être effectués,

Cette affirmation est juste. Un examen clinique et/ou échographique du col aurait dû être effectué.

all. 276- ... et des mesures prises pour assurer un transfert *in utero* au CHUV.

Cette affirmation est juste. Si l'examen du col, montrant une absence des modifications du même, avait été effectué, il aurait été légitime de ne pas transférer Mme A.G._____ au CHUV. Mais, en absence de l'examen de col permettant de se rassurer, Madame aurait dû être transférée face à la persistance de contractions utérines et l'impossibilité d'arrêter le traitement tocolytique.

all. 277- La prise en charge de la demanderesse a été lacunaire et constitue une violation des règles de l'art.

Cette affirmation est juste. »

S'agissant enfin de l'existence d'un lien de causalité entre les violations des règles de l'art dans la prise en charge de A.G._____ par les médecins de l'S._____ d'une part, et la naissance prématurée d'C.G._____ ainsi que les dommages qui en ont découlé d'une part, les experts ont indiqué ce qui suit :

« all. 140- Si le diagnostic et le suivi de la grossesse de la demanderesse avaient été effectués dans les règles de l'art, le cours de sa grossesse aurait très certainement été modifié.

Cette affirmation n'est pas juste. Il est tout à fait possible que même avec un suivi et traitement dans les règles de l'art, le cours de la grossesse ait été le même. Comme déjà dit précédemment, le traitement tocolytique ne permet pas d'éviter la prématurité. La maturation pulmonaire permet de diminuer les complications néonatales liées à la prématurité, mais même

avec un tel traitement un nouveau-né à 26 semaines a un risque très élevé de morbi-mortalité. De même, le petit C.G. _____ aurait pu faire une entérocolite nécrosante en l'absence de traitement antibiotique avec l'Augmentin®, car à 26 semaines le risque est important.

all. 141- En outre, si la demanderesse avait été transférée au CHUV à temps, elle aurait pu bénéficier des soins extrêmement pointus du Service d'obstétrique et de néonatalogie.

BMT et RP: Cette affirmation n'est que partiellement juste. En cas de transfert avant la naissance dans un centre de référence de niveau III tel le CHUV, la prise en charge périnatale et néonatale d'un nouveau-né très prématuré comme C.G. _____ (26 semaines) est considérée de meilleure qualité en raison d'une collaboration multidisciplinaire (obstétrique, anesthésie, néonatalogie) rôdée et d'un équipement performant, bien que les gestes ne soient pas nécessairement plus « pointus » et les issues impossible à prédire.

all. 142- En tout état de cause, un transfert plus précoce au CHUV aurait permis avec certitude une prise en charge de l'enfant de meilleure qualité,

RP et BMT: Si cette affirmation concerne un transfert plus précoce de l'enfant, alors elle est fautive. Pour permettre une prise en charge de meilleure qualité, le transfert dans le centre de référence aurait dû se passer avant la naissance, événement qui n'est pas facilement prédictible. Une naissance durant le transport est catastrophique.

La Société Suisse de Néonatalogie (Réf Recommandation de la Société Suisse de Néonatalogie) recommande de transférer les parturientes à haut risque d'accoucher très prématurément dans un centre périnatal. Le transport néonatal d'un grand prématuré augmente fortement ses risques de complications.

all. 143- ... ce qui aurait considérablement réduit les complications résultant de l'accouchement prématuré.

RP et BMT: Cette affirmation n'est pas correcte. Bien que le transfert inter-hospitalier d'un nouveau-né prématuré immédiatement à la naissance soit clairement associé à un risque de complications plus élevé, dans le cas d'C.G. _____, l'on ne peut pas pour autant affirmer avec certitude qu'un transfert prénatal aurait considérablement réduit les complications.

(...)

all. 248- L'appréciation « mon évaluation de la situation est que l'on s'est retrouvé en face d'un problème classique de contractions prématurées très tôt dans la grossesse avec une dilatation brutale et relativement inattendue du col et un accouchement rapide » est correcte.

Cette affirmation n'est pas correcte. Afin de pouvoir faire une telle affirmation, des examens du col de l'utérus auraient dû être effectués durant l'hospitalisation. Ceci n'a pas été le cas.

all. 252- L'appréciation: « ... aucune cause tangible n'a pu être mise en évidence qui serait responsable des contractions

prématurées et donc aucun traitement n'a eu raison d'être proposé » est correcte.

Cette affirmation est correcte.

all. 258- L'appréciation : « par conséquent, j'estime que la responsabilité de l'équipe médicale n'est pas engagée dans les suites et les complications subséquentes possibles de cet accouchement de grand prématuré » est correcte.

Cette affirmation n'est pas complètement correcte. Il est vrai que même si le suivi avait été optimal les complications auraient pu être les mêmes. Mais il est aussi vrai, que si le col avait été examiné et que s'il s'était modifié, alors l'évaluation des risques d'accouchement prématuré aurait pu être meilleure permettant, peut-être, une nouvelle discussion sur les risques-bénéfices de la maturation pulmonaire ainsi qu'un transfert au CHUV. Ceci aurait pu avoir un impact favorable dans les suites.

all. 259- La prise en charge et le suivi par l'S. _____ se sont fait conformément aux règles de l'art.

Cette affirmation n'est pas correcte. Dans un contexte d'hospitalisation pour contractions utérines avec tocolyse à un âge gestationnel si précoce comme celle de Mme A.G. _____, des examens du col répétés auraient dû être effectués pour mieux évaluer le risque d'accouchement prématuré.

(...)

all 260- S'il devait avoir violations des règles de l'art, les complications subséquentes pourraient ne pas être en relation avec dites violations des règles de l'art.

Cette affirmation est correcte.

Même avec une prise en charge optimale de la menace d'accouchement prématuré, les issues auraient pu être les mêmes, c'est-à-dire, un accouchement à 26 semaines avec des complications sévères pour le nouveau-né.

(...)

all. 261- Sans violations des règles de l'art éventuelles, les complications subséquentes pourraient être de même ampleur qu'avec dites violations.

Cette affirmation est juste. »

6. Les Recommandations de la Société suisse de néonatalogie pour la prise en charge des prématurés à la limite de la viabilité (vingt-deux à vingt-six semaines de gestation), indiquent notamment ce qui suit sous la rubrique "Transfert *in utero*" :

« Les critères pour un transfert *in utero* à temps doivent être clairement définis et régulièrement revus. Un transfert *in utero* dans un centre de périnatalogie doit être considéré dès la 22^e semaine de gestation révolue. »

Le CHUV dispose d'un tel service. Le site Internet de cet hôpital indique que le département de gynécologie obstétrique accueille

les patientes présentant des problèmes dès la vingtième semaine de gestation.

7. Invitées à se prononcer sur les conclusions de l'expertise médicale ainsi que sur le montant de la note d'honoraires de l'expert, arrêtée à 8'470 fr. 80, les parties n'ont formulé aucune observation.

En droit :

1. a) L'appel est recevable contre les décisions finales (art. 236 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272]) et les décisions incidentes (art. 237 CPC) de première instance (art. 308 al. 1 let. a CPC) dans les causes non patrimoniales ou dont la valeur litigieuse est supérieure à 10'000 fr. (art. 308 al. 2 CPC).

L'appel est également recevable contre une décision partielle (jugement sur partie) au sens de l'art. 91 let. a et b LTF ([loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110] ; CACI 13 décembre 2013/671 ; CACI 28 janvier 2013/59; Colombini, Condensé de la jurisprudence fédérale et vaudoise relative à l'appel et au recours en matière civile, JT 2013 III 134 ch. 7). Une telle décision n'est pas définie par le CPC - contrairement à la LTF - mais elle peut être assimilée à une décision finale au sens de l'art. 308 al. 1 let. a CPC (Jeandin, CPC commenté, Bâle 2011, n. 8 ad art. 308 CPC). La décision partielle est en réalité une décision "partiellement finale" (Corboz, Commentaire de la LTF, n. 7 ad art. 91 LTF). Elle statue définitivement sur une ou plusieurs des conclusions en cause, sans mettre totalement fin à la procédure (cas de cumul objectif et cumul subjectif d'actions). Il ne s'agit pas de plusieurs questions matérielles partielles d'une demande, mais de prétentions juridiquement distinctes "dont le sort est indépendant de celui qui reste en cause" (art. 91 let. a LTF).

En se référant au dernier état des conclusions, l'art. 308 al. 2 CPC vise les conclusions litigieuses devant l'instance précédente, non l'enjeu de l'appel (Tappy, Les voies de droit du nouveau Code de

procédure civile, in JT 2010 III 126). L'appel, écrit et motivé, est introduit dans les trente jours à compter de la notification de la décision motivée (art. 311 CPC).

b) En l'occurrence, les appelants ne contestent que le chiffre I du dispositif du jugement préjudiciel selon lequel la responsabilité de l'S._____ n'est pas engagée en raison du défaut de suivi de la grossesse de A.G._____ ayant abouti à la naissance prématurée à 26 semaines de l'enfant C.G._____. Le sort de cette question, qui a été tranchée définitivement, est indépendant de celui de la responsabilité de l'S._____ en raison de la mauvaise prise en charge de A.G._____ lors de l'accouchement et des problèmes gynécologiques qu'elle a ensuite rencontrés. Le jugement entrepris doit par conséquent être considéré comme une décision partielle au sens de l'art. 91 al. 1 let. a et b LTF, qui peut faire l'objet d'un appel (CACI 28 janvier 2013/59 ; Colombini, Condensé de la jurisprudence fédérale et vaudoise relative à l'appel et au recours en matière civile, JT 2013 III 134 ch. 7).

Formé en temps utile par une partie qui y a intérêt et portant sur des conclusions patrimoniales dont la valeur litigieuse est manifestement supérieure à 10'000 fr., l'appel est recevable en la forme.

2. a) L'appel peut être formé pour violation du droit ou pour constatation inexacte des faits (art. 310 CPC). L'autorité d'appel peut revoir l'ensemble du droit applicable, y compris les questions d'opportunité ou d'appréciation laissées par la loi à la décision du juge, et doit le cas échéant appliquer le droit d'office conformément au principe général de l'art. 57 CPC (Jeandin, CPC commenté, op. cit., nn. 2 ss ad art. 310 CPC). Elle peut revoir librement l'appréciation des faits sur la base des preuves administrées en première instance (ibidem, n. 6 ad art. 310 CPC; JT 2011 III 43 et réf.).

L'instance d'appel peut administrer les preuves (art. 316 al. 3 CPC), notamment lorsqu'elle estime opportun de renouveler

l'administration d'une preuve ou d'administrer une preuve alors que l'instance inférieure s'y était refusée, de procéder à l'administration d'une preuve nouvelle ou d'instruire à raison de conclusions ou de faits nouveaux (Jeandin, CPC commenté, op. cit., n. 5 ad art. 316 CPC).

Les faits et moyens de preuve nouveaux ne sont pris en compte que s'ils sont invoqués ou produits sans retard et ne pouvaient être invoqués ou produits devant la première instance, bien que la partie qui s'en prévaut ait fait preuve de la diligence requise, ces deux conditions étant cumulatives (art. 317 al. 1 CPC; Jeandin, CPC commenté, op. cit., n. 6 ad art. 317 CPC). Il appartient à l'appelant de démontrer que ces conditions sont réalisées, de sorte que l'appel doit indiquer spécialement de tels faits et preuves nouveaux et motiver spécialement les raisons qui les rendent admissibles selon lui (JT 2011 III 43 et les références citées).

b) En l'espèce, les appelants ont produit – outre les pièces de forme – sept nouvelles pièces (pièces n^{os} 3 à 9), soit des articles médicaux relatifs à la grossesse, aux différentes phases de l'accouchement et aux risques liés à la prématurité. Ces pièces sont irrecevables faute d'avoir été présentées en première instance, sans que les appelants n'établissent que les conditions de l'art. 317 al. 1 CPC seraient réalisées.

A titre de mesures d'instruction, les appelants ont requis l'audition de l'expert, subsidiairement un complément d'expertise, sans indiquer quel complément d'expertise serait nécessaire, ni les points sur lesquels l'audition de l'expert serait indispensable, se contentant de requérir que celui-ci soit interrogé sur « divers points de l'expertise ». Procédant à une appréciation anticipée des preuves, la Cour de céans considère que l'instruction effectuée en première instance apparaît suffisante, les réquisitions des appelants n'étant pas de nature à apporter des éléments essentiels pour le jugement de la présente cause. Au demeurant, il aurait appartenu aux appelants de formuler ces réquisitions en première instance, ce qu'il se sont abstenus de faire. Il n'y a enfin pas lieu à la tenue d'une audience. Ces réquisitions doivent dès lors être rejetées.

3. Les appelants reprochent aux premiers juges d'avoir nié l'existence d'un lien de causalité entre les violations des règles de l'art retenues s'agissant du suivi de la grossesse d'une part, et la naissance prématurée de leur enfant ainsi que les dommages en lien avec cet accouchement prématuré d'autre part. Ils soutiennent que l'expertise serait incomplète et ne tiendrait pas compte des spécificités du cas d'espèce, considérant que les signes que présentait l'appelante et la fréquence de ses contractions quelques jours avant l'accouchement rendaient hautement probable que le col de l'utérus était en phase active de dilatation et que l'accouchement était imminent. Ils font valoir qu'au vu de ces circonstances, l'attitude des médecins a été propre à entraîner le résultat tel qu'il s'est produit, soit un accouchement qui se serait déroulé dans la confusion la plus totale.

a) L'obligation de réparer le dommage causé est conditionnée par l'existence d'un préjudice et d'un rapport de causalité. Le rapport de causalité présente deux aspects: la causalité naturelle (rapport de cause à effet) et la causalité adéquate (qui implique de la part du juge de faire usage de son pouvoir d'appréciation de cas en cas, selon les règles du droit et de l'équité, conformément à l'art. 4 CC [Code civil suisse du 10 décembre 1907; RS 210]).

Un fait est la cause naturelle d'un résultat s'il en constitue l'une des conditions *sine qua non*, c'est-à-dire lorsque, sans le premier, le second ne se serait pas produit (ATF 128 III 174 c. 2.b, rés. in JT 2003 I 28, SJ 2002 I 410 ; TF 2C_936/2012 du 14 janvier 2013 c. 2.3). Il n'est pas nécessaire que l'événement considéré soit la cause unique ou immédiate du résultat (TF 4A_65/2009 du 17 février 2010 c. 5.1 ; ATF 133 III 462 c. 4.4.2 et les arrêts cités, rés. in JT 2009 I 47; ATF 125 IV 195 c. 2.b, rés. in JT 2000 I 491).

Le fait dommageable peut consister en une action ou une omission. Lorsque le dommage a été causé par une omission, la jurisprudence et la doctrine ont posé des règles particulières en matière de causalité naturelle (TF 4A_464/2008 du 22 décembre 2008 c. 3.3.1). Pour retenir une causalité naturelle en cas d'omission, il faut admettre par hypothèse que le dommage ne serait pas survenu si l'intéressé avait accompli l'acte omis (ATF 129 III 129 c. 8; TF 4C. 381/2004 du 28 juin 2005 c. 2.1). L'analyse se fait donc en deux temps: il s'agit premièrement de déterminer si l'ordre juridique imposait un devoir d'agir à une personne et secondement d'établir si un acte de cette personne aurait empêché la survenance du dommage; si ces deux conditions sont réunies, on admet l'existence d'un lien de causalité hypothétique entre l'omission et le dommage (TF 4A_416/2013 du 28 janvier 2014 c. 3.1 ; TF 4C.229/2000 du 27 novembre 2000 c. 4 ; ATF 129 III 129 c. 8 ; ATF 115 II 440 c. 5a, rés. *in* JT 1990 I 362).

La chaîne des événements en rapport de causalité naturelle avec la survenance d'un préjudice est infinie ; la théorie de la causalité adéquate permet de fixer une limite juridique à l'obligation de réparer un préjudice (Werro, Commentaire romand, Code des obligations I, Bâle 2012, 2^e éd., n. 43 ad art. 41 CO et les références citées). Selon cette théorie, une cause naturelle à l'origine d'un préjudice n'est opérante en droit que si le comportement incriminé était propre, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit en sorte que la survenance de ce résultat paraît de façon générale favorisée par le fait en question (ATF 134 III 12 c. 3, rés. *in* JT 2005 I 488; ATF 129 V 402 c. 2.2 ; ATF 123 III 110 c. 3a, rés. *in* JT 1997 I 791 et les références citées ; TF 2C_111/2011 du 7 juillet 2011 c. 6). Pour savoir si un fait est la cause adéquate d'un préjudice, le juge procède à un pronostic rétrospectif objectif : se plaçant au terme de la chaîne des causes, il lui appartient de remonter du dommage dont la réparation est demandée au chef de responsabilité invoqué et de déterminer si, dans le cours normal des choses et selon l'expérience générale de la vie humaine, une telle conséquence demeure dans le champ raisonnable des possibilités objectivement prévisibles, le cas

échéant aux yeux d'un expert; à cet égard, ce n'est pas la prévisibilité subjective mais la prévisibilité objective du résultat qui compte (TF 5C.18/2006 du 18 octobre 2006 c. 4.1, publié *in* SJ 2007 I 238; TF 4C.324/2005 du 5 janvier 2006 c. 2.2 ; TF 5C.125/2003 du 31 octobre 2003

c. 4.1, rés. *in* JT 2005 I 472, SJ 2004 I 407 c. 4.1 et les références citées; ATF 119 Ib 334 c. 5.b, rés. *in* JT 1995 I 606 ; ATF 112 II 439 c. 1.c, rés. *in* JT 1987 I 392). Autrement dit, le fait que le résultat incriminé n'ait pas été subjectivement prévisible par les parties ne joue aucun rôle sur le caractère adéquat du lien de causalité (SJ 2004 I 407 c. 4.6, rés. *in* JT 2005 I 472).

La preuve du lien de causalité, tant naturelle qu'adéquate, appartient au lésé qui fait valoir son droit à la réparation du dommage (art. 8 CC; ATF 130 III 321 c. 3.1 ; ATF 121 III 358 c. 5, rés. *in* JT 1996 I 66; ATF 115 II 440 c. 6, rés. *in* JT 1990 I 362 ; Werro, La responsabilité civile, Berne 2005, nn. 209 et 215 et les références citées). La jurisprudence n'exige toutefois pas une preuve stricte du lien de causalité, l'allègement de la preuve se justifiant par le fait que, en raison de la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée de celui qui en supporte le fardeau (ATF 133 III 462 c. 4.4.2, rés. *in* JT 2009 I 47; ATF 133 III 81 c. 4.2.2, rés. *in* JT 2007 I 309; Werro, La responsabilité civile, op. cit., n. 209). Il suffit que le juge parvienne à la conviction que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération ; on parle de vraisemblance prépondérante (TF 4A_760/2011 du 23 mai 2012 c. 3.2 ; ATF 133 III 81 précité; ATF 133 III 462 c. 4.4.2 et les références citées). En d'autres termes, la probabilité est prépondérante si les faits allégués sont soutenus par des critères objectifs et paraissent si vraisemblables que d'autres faits possibles n'entrent raisonnablement pas en ligne de compte (TF 4A_397/2008 du 23 septembre 2008 c. 4 ; Winiger, Conclusions, *in* La preuve en droit de la responsabilité civile, Journée de la responsabilité civile 2010, Genève-Zurich-Bâle 2011, p. 162 et les références citées). Si

en revanche, le défendeur peut faire valoir que le dommage serait survenu même s'il avait agi conformément au droit, sa responsabilité n'est pas engagée (Werro, La responsabilité civile, op. cit., n. 191 et les références citées).

Le Tribunal fédéral a nié l'existence d'une vraisemblance prépondérante et, partant, d'une relation de causalité adéquate, lorsque, à dire d'experts, la vraisemblance du lien de causalité n'atteint que 51%. Un tel taux ne constitue qu'une simple vraisemblance, le degré de vraisemblance requis devant atteindre 75% au minimum (cf. Walter, Beweis und Beweislast im Haftpflichtprozess, *in* Haftpflichtprozess, Zürich 2009, p. 54 ; TF 4A_397/2008 du 23 septembre 2008).

b) L'appréciation *in concreto* de la valeur probante d'une expertise ressortit au fait. Le juge n'est en principe pas lié par les conclusions de l'expert. Il doit apprécier le rapport en tenant compte de l'ensemble des autres preuves administrées. Toutefois, il ne saurait s'en écarter sans raison sérieuse et doit motiver sa décision à cet égard (TF 5A_146/2011 du 7 juin 2011 c. 4.2.1; ATF 129 I 49 c. 4; ATF 128 I 81 c. 2). Il peut notamment s'écarter d'une expertise, lorsque celle-ci contient des contradictions, lorsqu'une détermination de son auteur vient la démentir sur des points importants, lorsqu'elle contient des constatations factuelles erronées ou des lacunes, voire lorsqu'elle se fonde sur des pièces dont le juge apprécie autrement la valeur probante ou la portée (ATF 110 Ib 42 c. 2; ATF 101 Ib 405 c. 3b/aa). Lorsque les conclusions d'une expertise apparaissent douteuses sur des points essentiels, le juge doit cas échéant mettre en oeuvre des preuves supplémentaires pour dissiper ces doutes. Le fait de se fonder sur une expertise non concluante, respectivement de ne pas mettre en oeuvre des preuves supplémentaires, peut constituer une appréciation arbitraire des preuves (TF 5A_501/2013 du 13 janvier 2014 c. 6.1.3.2; ATF 138 II 193 c. 4.3.1; ATF 136 II 539 c. 3.2; ATF 133 II 384 c. 4.2.3).

Une expertise revêt une valeur probante lorsqu'elle est complète, compréhensible et concluante. Le tribunal doit examiner si l'expertise répond à toutes les questions en se basant sur les faits

pertinents et procéder à une appréciation du résultat auquel parvient l'expert. Le juge doit s'en tenir à la version retenue par l'expert, à moins que ses conclusions reposent sur des constatations manifestement inexactes ou contradictoires. Il ne peut s'écarter des conclusions de l'expert qu'en présence de raisons majeures (TF 5A_485/2012 du 11 septembre 2012 c. 4.1).

c) En l'espèce, la Cour de céans ne peut suivre les appelants lorsqu'ils soutiennent que les experts auraient fondé leurs conclusions sur des considérations générales sans tenir compte des spécificités du cas d'espèce. En effet, les experts se sont notamment fondé sur l'extrait du dossier médical de l'appelante à l'S. _____ (note d'entrée manuscrite et notes manuscrites du 12 au 18 juin 2007), sur les rapports médicaux établis par les Dr N. _____ et [...] relatifs au séjour hospitalier de l'appelante du 9 au 26 juin 2007 (entrée, suivi et accouchement), sur la copie des cardiocotogrammes effectués les 23 et 24 juin 2007, sur la copie des documents du CHUV concernant les traitements dispensés à l'appelante _____ du 1^{er} janvier au 30 juin 2007 et le 11 août 2007 (transfert *post partum*) puis durant son séjour du 25 au 30 juin 2007 (rapport d'accouchement, feuille d'entrée, feuille de prescription, dossier médical, graphique des surveillances, frottis du placenta, consultation ambulatoire du 8 mai 2007 avec examens complémentaires, consultation ambulatoire du 24 juin 2007), sur la lettre du Dr [...] du 8 mai 2007 relative à l'échographie du col de l'utérus de la patiente ainsi qu'aux examens de laboratoire du 8 mai au 11 août 2007, sur les différents rapports médicaux relatifs à l'évolution de l'enfant C.G. _____ établis respectivement par les médecins de la Division de néonatalogie du CHUV et par ceux de l'Hôpital de l'enfance ainsi que sur un rapport ophtalmologique daté du 11 décembre 2008.

Les conclusions des experts ne reposent dès lors pas sur des constatations générales qui feraient abstraction des spécificités du cas d'espèce. Elles ne sont en outre ni manifestement inexactes ni contradictoires. C'est ainsi à raison que les premiers juges les ont suivies pour retenir qu'en raison de la précocité de l'apparition des contractions,

l'appelante présentait un des facteurs de risque d'accouchement prématuré, que sa prise en charge le jour de son arrivée à l'hôpital le 9 juin 2007 avait été conforme aux règles de l'art, qu'à ce moment, le risque d'accouchement prématuré devait être nuancé, puisqu'à l'examen le col de l'utérus de la patiente n'était pas raccourci, mais que le risque d'accouchement prématuré avait en revanche été sous-estimé dans les jours qui avaient suivi. En effet, au vu de la persistance des contractions, de leur fréquence et de leur intensité à un stade précoce, les médecins auraient dû procéder à des examens cliniques ou échographiques, voire les deux, afin de suivre l'évolution du col de l'utérus permettant de mieux évaluer les risques d'un accouchement prématuré. Les premiers juges ont toutefois considéré qu'il n'était pas établi qu'un suivi et une prise en charge dans les règles de l'art auraient permis d'éviter la naissance prématurée de l'enfant. Ils ont en effet retenu que, même en présence de symptômes tels que des contractions avant 37 semaines et/ou col raccourci, un accouchement prématuré ne pouvait être prédit avec certitude, puisque la moitié des patientes dans cette situation accouchent finalement à terme, alors que d'autres, ne présentant aucun de ces symptômes, peuvent accoucher prématurément. De plus, même si un suivi plus strict avait été effectué, il n'était pas établi qu'un traitement aurait permis de retarder l'échéance, voire d'éviter un tel accouchement. Au demeurant, ni le transfert *in utero* de l'enfant au service de néonatalogie du CHUV, ni l'absence de traitement antibiotique à la mère n'auraient permis de l'éviter.

Les appelants exposent certes que les signes que présentait l'appelante et la fréquence de ses contractions quelques jours avant l'accouchement rendaient hautement probable que le col de l'utérus était en phase active de dilatation et que l'accouchement était imminent. Selon eux, tous les éléments objectifs laisseraient à penser qu'il si un examen du col de l'utérus avait été pratiqué les jours précédant l'accouchement, un transfert au CHUV aurait été ordonné. Ce faisant, ils ne font cependant qu'opposer leur version à celle fondée sur l'expertise, sans démontrer que cette expertise reposerait sur des constatations manifestement inexactes ou contradictoires. L'incertitude demeure s'agissant de l'état du col de

l'utérus de la patiente et donc du risque d'accouchement prématuré. A cet égard, il ne suffit pas, sous l'angle de la causalité naturelle, que l'omission en cause soit susceptible d'entraîner le résultat qui s'est produit, mais il est au contraire nécessaire, au vu de la jurisprudence rappelée ci-dessus, que le lésé établisse une vraisemblance prépondérante en ce sens. Il aurait appartenu aux appelants de requérir un complément d'expertise ou une nouvelle expertise en première instance s'ils entendaient s'opposer aux constatations de l'expert, ce qu'ils n'ont pas fait. Quant aux pièces dont ils se prévalent pour étayer leur thèse, elles sont irrecevables. Les éléments de faits ressortant de l'expertise démontrent que les seules contractions régulières intervenues le 20 juin 2007 à 10h, dont se prévalent les appelants, n'établissent pas que la patiente se trouvait en phase active dès lors que, après la prise d'un comprimé d'Adalat, les contractions se sont espacées. Le lendemain, seules quelques contractions utérines sporadiques ont été relevées, de même que les jours suivants, le rythme cardiaque foetal restant toujours dans la norme pour l'âge gestationnel. La vraisemblance prépondérante d'une phase active du col de l'utérus dans les jours précédant l'accouchement, qui aurait permis de poser le diagnostic d'imminence de l'accouchement et la nécessité d'un transfert au CHUV, n'est ainsi pas établie à un degré de preuve suffisant. L'expert a au contraire retenu qu'il était possible que le col de l'utérus soit resté plus ou moins inchangé jusqu'au jour de l'accouchement et a relevé que la moitié des femmes avec une menace d'accouchement prématuré finissaient par accoucher à terme. Ce moyen, mal fondé, doit être rejeté.

4. a) Les appelants soutiennent que le transfert de l'enfant C.G. _____ au CHUV juste après l'accouchement a pu entraîner ou aggraver l'hémorragie dont l'enfant a souffert.

Ils se fondent à cet égard sur des éléments nouveaux irrecevables, qu'il n'y a dès lors pas lieu de discuter.

b) Les appelants reprochent à l'intimé de les avoir privés de toute discussion sur la mise en place d'une éventuelle cure de Celestone,

destinée à permettre la maturation pulmonaire in utero. Ils affirment que, s'ils avaient su que le col de l'utérus de l'appelante s'était modifié, ils auraient demandé que cette cure soit mise en place afin de favoriser le développement d'C.G._____.

Dès lors qu'il n'est pas établi au stade de la vraisemblance prépondérante que le col de la patiente se soit modifié avant le jour de l'accouchement, ce moyen est privé de tout fondement.

c) Il en va de même de l'argumentation des appelants sur le lien de causalité entre les manquements constatés et le tort moral réclamé, qui repose sur le fait que l'appelante se trouvait en phase active de dilatation du col de l'utérus et sur le fait que l'hémorragie intraventriculaire qui est survenue serait directement liée au transport d'C.G._____ après sa naissance, circonstances qui ne sont pas établies.

d) Les appelants font enfin valoir que l'incertitude sur l'état du col de l'utérus ne saurait profiter à l'intimé, dès lors que cette incertitude résulte de la propre faute des médecins, qui ont omis, contrairement aux règles de l'art, de procéder à un examen clinique ou échographique de ce col. Ces circonstances ne sauraient cependant entraîner un renversement du fardeau de la preuve qui incombe au lésé. En effet, la pénurie des moyens de preuve d'un fait litigieux n'autorise en principe nullement à alléger le fardeau de la preuve, les difficultés dans l'administration de la preuve ne pouvant être prises en compte que dans le cas où la jurisprudence admet une preuve rapportée avec une forte vraisemblance de l'événement litigieux (Piotet, Commentaire romand du Code civil I, Bâle 2010, n. 54 ad art. 8 CC). Cette vraisemblance prépondérante n'est en l'espèce pas établie au vu de l'ensemble du dossier, notamment des conclusions de l'expertise.

5. En définitive, l'appel doit être rejeté et le jugement entrepris confirmé.

Les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 2'409 fr. (art. 62 al. 1 TFJC [tarif des frais judiciaires civils du 28 septembre 2010; RSV 270.11.5]), seront mis à la charge des appelants qui succombent (art. 106 al. 1 CPC).

Les appelants ayant succombé à leur appel, des dépens de deuxième instance, arrêtés à 2'500 fr. (art. 7 al. 1 TDC [tarif du 23 novembre 2010 des dépens en matière civile ; RSV 270.11.6]), seront alloués à l'intimé représenté par un mandataire professionnel (art. 122 al. 1 let. d CPC).

Par ces motifs,
la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal,
statuant à huis clos,
prononce :

- I.** L'appel est rejeté.
- II.** Le jugement est confirmé.
- III.** Les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 2'409 fr. (deux mille quatre cent neuf francs) sont mis à la charge des appelants, solidairement entre eux.
- IV.** Les appelants A.G._____ et B.G._____, solidairement entre eux, doivent verser à l'intimé S._____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens de deuxième instance.

V. L'arrêt motivé est exécutoire.

Le président :

La greffière :

Du 3 novembre 2014

Le dispositif de l'arrêt qui précède est communiqué par écrit aux intéressés.

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié en expédition complète, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Patrick Michod, avocat (pour A.G. _____ et B.G. _____),
- Me Jean-Michel Duc, avocat (pour S. _____).

La Cour d'appel civile considère que la valeur litigieuse est de 149'087 francs.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière civile devant le Tribunal fédéral au sens des art. 72 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Dans les affaires pécuniaires, le recours en matière civile n'est recevable que si la valeur litigieuse s'élève au moins à 15'000 fr. en matière de droit du travail et de droit du bail à loyer, à 30'000 fr. dans les autres cas, à moins que la contestation ne soulève une question juridique de principe (art. 74 LTF). Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Cet arrêt est communiqué, par l'envoi de photocopies, à :

- la Cour civile du Tribunal cantonal.

La greffière :