

**COUR D'APPEL CIVILE**

---

---

Arrêt du 25 octobre 2021

---

Composition : Mme GIROUD WALTHER, présidente  
M. Oulevey, juge, et Mme Dietschy, juge suppléante,  
Greffier : M. Steinmann

\*\*\*\*\*

**Art. 229 al. 1 CPC ; art. 398 al. 2 CO**

Statuant sur l'appel interjeté par **P.**\_\_\_\_\_ (anciennement P.\_\_\_\_\_), à Territet, demanderesse, contre le jugement rendu le 26 janvier 2021 par la Chambre patrimoniale cantonale dans la cause divisant l'appelante d'avec **F.**\_\_\_\_\_, à La Tour-de-Peilz, défendeur, la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal considère :

**En fait :**

**A.** Par jugement du 26 janvier 2021, dont les motifs ont été notifiés aux parties le 23 février 2021, la Chambre patrimoniale cantonale a rejeté la requête de la demanderesse P. \_\_\_\_\_ (anciennement [...]) tendant à la reconsidération de la décision sur nova du 29 octobre 2019, dans la mesure de sa recevabilité (I), a rejeté la demande déposée le 12 septembre 2012 par la demanderesse contre le défendeur F. \_\_\_\_\_ (II), a dit que la demanderesse devait payer au défendeur la somme de 5'654 fr. 40, avec intérêt à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> septembre 2011 (III), a arrêté les frais judiciaires à 61'579 fr. 70 et les a laissés à la charge de l'Etat, pour la demanderesse (IV), a relevé Me Amandine Torrent de sa mission de conseil d'office de la demanderesse (V), a arrêté l'indemnité d'office de Me Amandine Torrent à 16'182 fr. 50, pour la période du 5 juin 2018 au 19 janvier 2021 (VI), a dit que la bénéficiaire de l'assistance judiciaire était, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité de son conseil d'office mis à la charge de l'Etat (VII) et a dit que la demanderesse devait verser au défendeur la somme de 33'600 fr. à titre de dépens (VIII).

En droit, les premiers juges ont retenu que la demanderesse avait échoué à établir la légitimation passive du défendeur, n'ayant pas allégué ni démontré le statut de celui-ci au sein de l'hôpital dans lequel les opérations litigieuses avaient eu lieu. Les premiers juges ignorant si le défendeur avait agi en qualité de médecin privé ou d'employé dudit hôpital, de même que si celui-ci était un établissement public ou privé, les conclusions de la demande devaient être rejetées pour cette raison déjà.

En outre, à supposer que la légitimation passive du défendeur puisse être reconnue, à savoir qu'un contrat de mandat ait lié les parties lors des opérations litigieuses, les premiers juges ont écarté toute violation du contrat par le défendeur. S'agissant du consentement éclairé de la demanderesse, ils ont certes relevé qu'il ressortait de l'expertise judiciaire une absence d'information suffisante de la part du défendeur sur les

complications des deux opérations subies, mais ils ont estimé qu'un consentement hypothétique devait être opposé à la demanderesse. En effet, s'agissant de l'opération du 1<sup>er</sup> novembre 2005, l'expert avait relevé que, au vu de l'anémie grave dont souffrait la demanderesse à cette période, l'absence d'intervention chirurgicale l'aurait exposée aux risques de devoir être hospitalisée et de subir en urgence des transfusions sanguines et éventuellement une intervention chirurgicale avec un risque d'hystérectomie. L'expert avait encore relevé que l'intervention médicale litigieuse était nécessaire sans quoi il y avait un risque vital pour la patiente. Cette appréciation était au demeurant confirmée par les résultats de l'expertise hors procès, qui indiquait que l'opération proposée était l'une des seules options thérapeutiques permettant à la fois de maintenir les chances de grossesse et de mettre fin aux saignements. Compte tenu des désirs de la demanderesse d'avoir des enfants, il apparaissait clair, pour les premiers juges, que celle-ci aurait consenti à ladite opération, même en ayant été informée des risques y relatifs. S'agissant de l'opération du 18 juin 2007, l'expertise judiciaire reconnaissant que la complication présentée par la demanderesse était rare, les premiers juges ont considéré que l'on ne pouvait reprocher au défendeur de ne pas avoir informé cette dernière d'un risque qui ne se produit que dans moins de 1% des cas, de sorte qu'aucune violation de son devoir d'information ne devait être admise. Les premiers juges ont considéré par surabondance qu'un consentement hypothétique pouvait également être opposé à la demanderesse, l'opération litigieuse ayant eu pour but de lui permettre d'entamer une procédure d'ICSI, seule possibilité pour elle de réaliser son désir d'avoir un enfant. Concernant la violation des règles de l'art, les premiers juges l'ont écartée au motif que tant l'expertise judiciaire que l'expertise hors procès avaient conclu qu'aucune violation desdites règles ne pouvait être reprochée au défendeur.

En définitive, les magistrats ont considéré que les prétentions de la demanderesse devaient être rejetées, la responsabilité médicale du défendeur n'étant pas engagée. Par ailleurs, la conclusion reconventionnelle de celui-ci devait être admise, en ce sens que la

demanderesse devait être astreinte à lui rembourser ses dépens occasionnés par la procédure d'expertise hors procès, par 5'654 fr. 40.

**B.** Par acte du 25 mars 2021, P.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'appelante) a interjeté appel contre le jugement susmentionné, en concluant, avec suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens que ses requêtes de nova des 3 juillet et 9 septembre 2019 soient admises, de sorte qu'elle soit autorisée à introduire les allégués 366 à 406 et 407 à 414 y figurant ainsi que les offres de preuves y relatives, la requête de nova de F.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'intimé) du 4 juin 2019 étant quant à elle rejetée (I), que sa demande déposée le 12 septembre 2012 à l'encontre de l'intimé soit admise (II), qu'il soit dit que celui-ci est débiteur envers elle et lui doit immédiat paiement de la somme totale de 1'326'700 fr., soit 481'690 fr. à titre de perte de gain passée, avec intérêts à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> novembre 2008, 596'736 fr. à titre de perte de gain future, avec intérêts à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> novembre 2008, 132'000 fr. à titre de dommage de rente, avec intérêts à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> novembre 2008, 100'000 fr. à titre d'indemnité pour tort moral, avec intérêts à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> novembre 2005, 8'340 fr. à titre de frais d'expertise hors procès, avec intérêts à 5% l'an dès le 20 avril 2012, et 7'832 fr. 15 à titre de frais d'avocat hors procès, avec intérêts à 5% l'an dès le 20 avril 2012 (III), que la totalité des frais judiciaires de première instance, arrêtés à 61'579 fr. 70, soit mise à la charge de l'intimé (IV), que ce dernier soit condamné à lui verser de pleins dépens de première instance (VIII) et que toutes autres ou plus amples conclusions soient rejetées (IX). Subsidiairement, l'appelante a conclu à l'annulation dudit jugement et au renvoi de la cause à l'autorité de première instance pour nouvelle instruction et nouveau jugement dans le sens des considérants de l'arrêt sur appel à intervenir. Elle a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire pour les besoins de la procédure de deuxième instance.

Par courrier du 8 avril 2021, le Juge délégué de la Cour de céans a informé l'appelante qu'elle était en l'état dispensée d'effectuer

l'avance de frais consécutive au dépôt de son appel et que la décision définitive sur sa requête d'assistance judiciaire était réservée.

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

**1. a)** L'appelante est née le [...] janvier 1964. Elle est d'origine algérienne et a obtenu, en mai 1995, une attestation de réussite délivrée par le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique de l'Université d'Oran, dont il ressort qu'elle a été admise au grade d'ingénieur d'Etat, filière informatique, option software. Elle a travaillé comme ingénieur en informatique dans une entreprise étatique. Le diplôme de l'appelante n'est pas reconnu en Suisse, où celle-ci s'est installée en 2004.

L'appelante a épousé R.\_\_\_\_\_, le 3 septembre 2004. Le couple n'a pas eu d'enfant.

En juillet 2005, l'appelante s'est inscrite à une formation intitulée « cours de base de préparation au diplôme ISEIG de chef de projet informatique », laquelle avait lieu entre le 25 août et le 17 décembre 2005.

Avant 2005, l'appelante n'avait jamais eu de problèmes de santé.

**b)** L'intimé est spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique. Il a été chef de clinique universitaire. Il exploite un cabinet à [...] et opère à l'Hôpital [...], à [...]. Il est médecin chef du Département de gynécologie et obstétrique de cet hôpital. Il est assuré en responsabilité civile.

**2.** L'intimé ayant soigné la sœur de l'appelante à quelques reprises, en remplacement de son gynécologue habituel, cette dernière l'a

recommandé à l'appelante. Entendue en qualité de témoin en première instance, la sœur de l'appelante a indiqué avoir recommandé l'intimé dès lors qu'il était « favorable aux grossesses » concernant l'appelante alors que les précédents gynécologues consultés par celle-ci y étaient réticents.

L'appelante a consulté l'intimé à son cabinet pour la première fois le 18 août 2005. A ce moment-là, elle avait 41 ans et aucun enfant, alors qu'elle souhaitait en avoir.

Depuis lors, et jusqu'en juillet 2007, l'intimé a été le médecin gynécologue de l'appelante. Pendant cette période, il a reçu celle-ci dans son cabinet de [...] à de nombreuses reprises.

**3. a)** Le 23 août 2005, l'intimé a pratiqué une échographie sur l'appelante qui a révélé la présence d'un utérus myomateux.

Lors d'un nouveau rendez-vous à son cabinet, l'intimé a proposé à l'appelante une intervention chirurgicale, soit une myomectomie par laparotomie destinée à enlever de nombreux fibromes. A cette occasion, l'appelante a indiqué à l'intimé vouloir suivre une formation de journaliste. Elle lui a également fait savoir qu'elle allait prochainement passer des examens.

Le 6 septembre 2005, le taux d'hémoglobine de l'appelante s'élevait à 72 g/l. Ce chiffre correspond à peu près à la moitié d'un taux normal. L'expert gynécologue mis en œuvre dans le cadre de la présente procédure (cf. *infra* lettre C ch. 19) a précisé à ce sujet qu'un taux inférieur à 80 g/l correspondait, selon la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), à une anémie grave et qu'une telle anémie se traduisait non seulement par une fatigue importante mais également par des difficultés de concentration voire parfois des troubles psychiques (état dépressif).

L'appelante a requis de l'intimé un certificat médical pour être dispensée d'effectuer un examen de conduite agendé à fin septembre 2005 en raison de fatigue.

L'appelante souffrant d'une importante carence en fer, l'intimé lui a administré trois perfusions de fer.

Le 24 octobre 2005, l'intimé a revu l'appelante, dont l'état était toujours le même. Ce même jour, des examens pratiqués en laboratoire ont révélé un taux d'hémoglobine de 108 g/l.

L'intimé a indiqué à l'appelante qu'il fallait réaliser l'opération dont il lui avait parlé, soit la myomectomie par laparotomie. Il l'a informée sur le type d'intervention qu'il allait effectuer. Interrogé sur la question de l'information donnée par l'intimé à l'appelante, l'expert gynécologue a indiqué que cette dernière avait été informée du type d'intervention et y avait consenti, mais qu'elle n'avait pas été informée des complications éventuelles. Il a encore précisé que, dans cette situation, l'on était en droit d'attendre une information de meilleure qualité de la part de l'intimé concernant les complications. Selon l'expert, l'appelante a donc été insuffisamment informée sur ce point.

L'appelante a allégué que l'opération aurait pu être pratiquée plus tard et que son anémie aurait pu être corrigée par l'administration de fer par voie intraveineuse. Interrogé sur cette question, l'expert gynécologue a indiqué que l'absence d'intervention chirurgicale à ce moment-là aurait exposé l'appelante aux risques de devoir être hospitalisée et de subir en urgence des transfusions sanguines et éventuellement une intervention chirurgicale avec un risque d'hystérectomie. Selon lui, il était juste à ce moment-là de proposer l'intervention et peu raisonnable d'attendre étant donné les risques encourus.

L'intimé a allégué que l'appelante aurait donné son consentement à l'opération même s'il lui avait expliqué les risques plus en

détail. Interrogé sur cette question, l'expert gynécologue a précisé qu'une intervention médicale était nécessaire, sans quoi il y avait un risque vital pour la patiente.

**b)** L'opération a été programmée et réalisée par l'intimé et le Dr C. \_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> novembre 2005 à l'Hôpital de [...]. Lors de l'opération, l'intimé a constaté que les trompes utérines de l'appelante étaient normales et n'étaient pas collées. Il ressort du status opératoire établi le 4 novembre 2005 que l'opérateur était le Dr C. \_\_\_\_\_, l'intimé y apparaissant comme « teaching », et que les pertes sanguines ont été estimées à un litre en cours d'intervention. Il ressort également de ce document qu'il a été renoncé à la pose d'un drain. Selon l'examen réalisé en laboratoire, les myomes retirés constituaient neuf structures arrondies et deux fragments tissulaires blanchâtres d'un poids total de 326 grammes. A titre comparatif, un utérus normal pèse environ 70 grammes. Interrogé sur l'opportunité de placer des drains, l'expert gynécologue a précisé qu'il n'y avait pas d'indication en ce sens.

**c)** L'appelante a été réopérée le 2 novembre 2005 par le Dr C. \_\_\_\_\_ en raison d'un saignement abdominal, l'intimé apparaissant à nouveau comme « teaching » sur le status opératoire établi à cette occasion.

Cette seconde intervention, qui s'est effectuée sans problème, a été qualifiée de « reprise à moins de 24h, après myomectomie par laparotomie pour hémopéritoine chez une patiente nulligeste de 41 ans ». Lors de cette seconde intervention, il a à nouveau été constaté que les trompes de l'appelante étaient en parfait état.

L'appelante a ensuite été transférée aux soins continus. Elle est restée en observation à l'Hôpital de [...] jusqu'au 9 novembre 2005.

**d)** A la suite de ces deux opérations successives, l'appelante a souffert de douleurs, d'une très grande fatigue, de problèmes de concentration et de mémoire.

L'expert gynécologue a indiqué qu'il s'agissait de symptômes fréquemment exprimés après ce type d'intervention. Il a ajouté qu'il était possible que les deux interventions successives aient exacerbé les symptômes décrits par l'appelante mais que la complication, soit l'hémorragie, n'avait pas eu, d'un point de vue somatique, d'influence sur l'état de santé de celle-ci. Il a précisé que, dans une note de consultation du 23 novembre 2005, il était écrit que l'appelante allait bien et qu'à ce moment-là, son taux d'hémoglobine s'élevait à 112 g/l. Il a considéré que l'on pouvait raisonnablement admettre que l'état physique de l'appelante s'était amélioré.

L'experte psychiatre mise en œuvre dans le cadre de la présente procédure (cf. *infra* lettre C ch. 20) a pour sa part relevé que, sur le plan psychologique, l'appelante décrivait, suite aux opérations, des symptômes tels que des troubles de la mémoire, des troubles de la concentration, un mal être constant, des angoisses, des troubles du sommeil, une hypervigilance, une confusion, mais que ces symptômes n'étaient pas retransmis/observés par les médecins qui la suivaient à cette époque. Elle a précisé que bien que cette discordance puisse s'expliquer par les aspects atypiques de la dépression de l'appelante en lien avec sa personnalité narcissique, il n'y avait pas d'arguments psychiatriques clairement établis qui attestaient de l'intensité de ces symptômes, et notamment pas d'arrêt de travail de longue durée pour raisons psychiatriques.

**4.** Le 14 décembre 2005, l'intimé a revu l'appelante en raison d'une infection vaginale, qui a été traitée par antibiotique.

L'intimé a expliqué à l'appelante qu'il fallait attendre au moins six mois après les opérations avant d'envisager une grossesse éventuelle.

**5.** L'appelante ne s'est pas présentée aux examens professionnels qu'elle prévoyait de passer en janvier 2006.

Interrogé sur les raisons pour lesquelles l'appelante n'avait pas pu se présenter à ces examens, l'expert gynécologue a indiqué que la durée d'hospitalisation de l'appelante correspondait à celle prévue en moyenne à la suite d'une myomectomie par laparotomie et que la survenue de la complication n'avait pas (ou peu) allongé cette durée. Il a indiqué ne pas avoir d'élément objectif dans le dossier permettant d'expliquer pourquoi l'appelante n'avait pas pu reprendre ses études à l'issue de son hospitalisation.

L'expert gynécologue a ajouté qu'après une intervention chirurgicale, il pouvait y avoir un état de « confusion postopératoire avec des difficultés à se concentrer » mais que cet état était habituellement précoce, transitoire et réversible. Il a précisé que beaucoup plus rarement, il pouvait y avoir, suite à une anesthésie, une fatigue persistante, des difficultés accrues pour se concentrer et des troubles de mémoire correspondant à ce que l'on appelle des dysfonctions cognitives postopératoires prolongées (DCPP), lesquelles pouvaient durer des mois, voire des années. Il a indiqué que seuls des tests neuropsychologiques pourraient préciser le diagnostic, ajoutant qu'il pourrait s'agir aussi d'un état anxio-dépressif.

L'expert gynécologue a encore indiqué qu'il n'y avait pas d'élément dans le dossier qui permettait d'affirmer que l'état de santé physique de l'appelante était diminué au point qu'elle ne pouvait plus exercer sa profession habituelle ou ne pouvait envisager une formation. Il a enfin précisé, qu'en l'absence de traitement de son anémie et de ses saignements, l'appelante ne se serait pas trouvée dans une condition optimale pour préparer et se présenter à des examens.

L'experte psychiatre a quant à elle relevé que la renonciation de l'appelante à reprendre sa formation en informatique et notamment de passer les examens prévus n'avait pas été décidée dans le contexte d'un arrêt de travail pour des raisons psychiatriques objectivables.

L'appelante a allégué qu'au moment du dépôt de sa demande, compte tenu du temps écoulé, elle n'avait plus une pratique suffisante pour se présenter aux examens de chef de projet. Interrogé sur cette question, l'expert fiduciaire mis en œuvre dans le cadre de la présente procédure (cf. *infra* lettre C ch. 21) a indiqué que l'appelante disposait effectivement au début de l'année 2006 de la pratique suffisante pour s'inscrire à la formation « Cheffe de projet informatique » de l'ISEIG et se présenter aux examens y relatifs mais que cela n'était plus le cas au moment du dépôt de la demande en 2012, vu l'activité déployée entre 2006 et 2012 et le domaine évolutif qu'est l'informatique.

**6.** L'appelante a revu l'intimé le 19 octobre 2006, en vue de faire des investigations sur sa fertilité.

En parallèle, l'intimé a requis qu'il soit procédé à une analyse du sperme de l'époux de l'appelante.

Le diagnostic posé par l'intimé a été celui d'une hyperprolactinémie (sécrétion exagérée de prolactine pouvant causer une infertilité), traitée médicalement. L'intimé a également constaté que le spermogramme de l'époux de l'appelante était mauvais.

En 2006, deux inséminations par stimulation ovarienne et insémination intra-utérine ont été successivement effectuées sur l'appelante par l'intimé, sans succès.

L'appelante a allégué que ces inséminations n'auraient pas pu réussir dès lors que ses trompes étaient endommagées, ce que l'intimé aurait pu constater en réalisant une salpingographie. Sur cette question, l'expert gynécologue a indiqué qu'il était possible que les trompes de l'appelante aient été endommagées suite à la myomectomie compliquée d'une hémorragie avec reprise chirurgicale. Il a précisé qu'il existait deux méthodes pour évaluer l'état des trompes, soit une hystérosalpingographie et un test au bleu. Il a ajouté que, dans le cas présent, la perméabilité tubaire n'avait pas été testée et qu'il n'était donc

pas possible de dire si les trompes de l'appelante étaient perméables ou non au moment des inséminations. L'expert gynécologue a encore indiqué que ce test aurait pu être réalisé, précisant toutefois qu'il n'y avait pas de consensus ou de recommandation médicale permettant d'affirmer que ce type de test devait être fait de manière systématique après une myomectomie. Il a donc estimé que le fait de ne pas avoir effectué ce test ne constituait pas une erreur d'appréciation.

Dans le but d'envisager une ICSI [ndr : un traitement permettant de concrétiser le désir d'enfant malgré la mauvaise qualité du sperme], l'intimé a réalisé un ultrason vaginal sur l'appelante en 2007, lequel a révélé la présence de trois myomes intra-cavitaires (dans la cavité utérine). Ces myomes n'étaient pas présents lors de l'opération de novembre 2005.

**7. a)** L'intimé a proposé à l'appelante une hystéroscopie opératoire (ablation des fibromes) associée à une laparoscopie exploratrice. Il lui a expliqué qu'il s'agissait d'une opération avec 1 cm d'ouverture par le nombril et qu'elle pourrait sortir de l'hôpital le jour même. Entendu en qualité de partie en première instance, l'intimé a indiqué qu'à son sens, les risques de cette seconde intervention n'étaient pas élevés. Interrogé sur cette question, l'expert gynécologue a précisé que le risque opératoire était majoré en raison des antécédents chirurgicaux de l'appelante. Il a toutefois précisé qu'il n'y avait pas de contre-indication formelle à une exploration chirurgicale par laparoscopie.

**b)** L'opération a eu lieu le 18 juin 2007 à l'Hôpital de [...]. Elle s'est effectuée en deux temps, sous la direction de l'intimé. Dans un premier temps, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a procédé à l'hystéroscopie, puis, dans un second temps, l'intimé et un médecin assistant ont pratiqué la laparoscopie.

L'hystéroscopie était indiquée compte tenu de la récurrence de myome et de saignements. L'expert gynécologue a relevé que le fait d'avoir effectué une intervention « double » n'avait rien d'exceptionnel et

pourrait être justifié dans cette situation. Il a précisé qu'il y avait deux indications à effectuer une laparoscopie, soit en premier lieu, avoir un contrôle intra-abdominal en cas de perforation lors de l'hystérocopie et, ensuite, vérifier l'état des trompes après la myomectomie. Il a ajouté que la laparoscopie permettait de poser non seulement le diagnostic mais également de réaliser dans le même temps opératoire le traitement (libération des adhérences). L'expert gynécologue a ainsi estimé que la laparoscopie était indiquée dans le cas d'espèce. Il a en outre précisé que cette intervention était moins invasive qu'une laparotomie, laquelle nécessite des durées d'hospitalisation et de convalescence plus longues.

Le protocole opératoire relatif à cette opération faisait état de la présence d'adhérences intra-abdominales et précisait que les trompes n'avaient pas pu être visualisées.

**c)** Le 19 juin 2007, l'appelante est retournée à l'Hôpital de [...] [...] en raison de douleurs abdominales importantes. Elle a été examinée par l'intimé, qui a ordonné sa réadmission dans le service de gynécologie. Les douleurs étaient provoquées par une brèche digestive de 3 mm occasionnant une péritonite. Selon l'expert gynécologue, la plaie digestive a eu pour origine très vraisemblablement le geste opératoire lié à la laparoscopie.

Une nouvelle intervention a eu lieu le 21 juin 2007. Elle a été réalisée à l'Hôpital de [...] par le Dr W.\_\_\_\_\_, en l'absence de l'intimé, en vacances, mais en plein accord avec ce dernier, qui s'est fait remplacer par \_\_\_\_\_ le Dr Q.\_\_\_\_\_.

Lors de cette opération, il a été constaté une perforation du côlon sigmoïde. Selon l'expert gynécologue, lors de la réadmission de l'appelante à l'hôpital, il n'y avait pas de syndrome inflammatoire franc et l'abdomen était souple, situation qui avait rassuré les cliniciens. L'expert gynécologue a précisé que l'identification d'une plaie digestive pouvait être difficile et que, dans le cas présent, les symptômes étaient peu

évocateurs d'une telle plaie. Il a ajouté qu'il était correct d'avoir réhospitalisé l'appelante et qu'on ne pouvait pas reprocher aux praticiens de n'avoir pas réalisé de scanner dès son admission étant donné les symptômes « atypiques » qu'elle présentait à ce moment-là. Il a encore indiqué que les taux de complications sous forme d'une plaie digestive étaient rares et se situaient à moins de 1%. Il a enfin précisé que, bien que cette complication soit rare, la Société Suisse de Gynécologie recommandait à ses membres, depuis 2003, l'utilisation d'un protocole d'information, lequel mentionnait ce risque.

Ensuite de cette nouvelle intervention, l'appelante a dû suivre un important traitement à base d'antibiotiques et d'antidouleurs.

**d)** L'appelante a été transférée sur le site de [...] pour se reposer du 5 au 10 juillet 2007. En raison de douleurs abdominales diffuses, elle a été hospitalisée sur le site de Montreux de l'Hôpital de [...] du 10 au 15 juillet 2007. L'expert gynécologue a indiqué à ce sujet que les abcès intra-abdominaux étaient une complication classique après une péritonite et que le transfert de l'appelante était logique si l'équipe soignante suspectait, à ce moment-là, un abcès intra-abdominal. Le diagnostic d'abcès a pu être infirmé et l'antibiothérapie a permis de traiter le problème.

L'expert gynécologue a indiqué que les complications présentées par l'appelante avaient prolongé le deuxième séjour et entraîné une hospitalisation supplémentaire pour la cure d'éviscération. Quant à l'experte psychiatre, elle a indiqué que le vécu traumatique de l'appelante en lien avec ces opérations l'avait fragilisée, mais que le fait qu'elle ait vécu ces opérations de manière traumatique était en lien avec des aspects de personnalité préexistants.

**8.** L'appelante a allégué qu'ensuite de ces diverses interventions, tout espoir d'avoir des enfants avait été anéanti. Interrogé sur cette question, l'expert gynécologue a indiqué qu'à partir de l'âge de 40 ans, il devenait plus difficile d'avoir un enfant. Il a précisé que dans la situation

de l'appelante, le problème était complexe étant donné la présence de fibromes, un âge de plus de 40 ans et le fait que le spermogramme de son mari n'était pas de qualité optimale. L'expert gynécologue a donc retenu qu'en août 2005, en raison des multiples fibromes de l'utérus et de l'importante anémie présentés par l'appelante, les chances de celle-ci d'avoir un enfant étaient quasi-inexistantes.

**9.** Entre le 1<sup>er</sup> janvier 1995 et le 1<sup>er</sup> janvier 2006, l'intimé a pratiqué, au sein de l'Hôpital [...], cinq hystérectomies abdominales partielles, quarante hystérectomies abdominales totales, vingt-deux hystérectomies vaginales et une hystérectomie abdominale radicale, soit par laparotomie, soit par laparoscopie.

Contrairement à ce qu'a allégué l'appelante, l'expert gynécologue a indiqué que les médecins et l'hôpital avaient les compétences et l'infrastructure nécessaire pour prendre en charge le traitement chirurgical de l'appelante. Il a en outre estimé que l'intimé était un opérateur expérimenté.

**10.** L'appelante a consulté le Dr S. \_\_\_\_\_ en urgence le 7 janvier 2008. Ce médecin a constaté une importante éventration.

L'expert gynécologue a indiqué qu'il s'agissait d'une complication connue des chirurgiens qui survenait chez 10% à 20% des patients ayant subi une opération abdominale. Il a encore indiqué qu'une éventration correspondait au passage des intestins sous la peau.

Le Dr S. \_\_\_\_\_ a alors recommandé à l'appelante de s'adresser à un chirurgien, soit le Dr X. \_\_\_\_\_.

Ce dernier a opéré l'appelante le 10 mars 2008. Il ressort du protocole opératoire établi à cette occasion qu'il y avait une énorme éventration sus- et péri-ombilicale ainsi qu'un petit abcès. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a posé à l'appelante un filet de 30 x 30 cm. Interrogé à ce sujet, l'expert gynécologue a indiqué que la pose de filet prothétique lors de « cure de

hernie ou d'éviscération » était fréquente et permettait de diminuer le risque de récurrence. Il a précisé que les complications à long terme, telles que des douleurs chroniques, étaient très rares et qu'il était erroné de dire que la présence d'un filet entraînait inévitablement des douleurs.

**11.** S'agissant de la capacité de travail de l'appelante, l'experte psychiatre a estimé qu'entre 2005 et 2015, celle-ci n'avait pas nécessité d'arrêt de travail hormis de manière très ponctuelle et avait été capable de travailler dans divers emplois et stages. L'expert gynécologue a quant à lui précisé qu'il n'y avait pas de contre-indication médicale formelle qui entravait une reprise de travail, que l'appelante disposait de ressources, notamment intellectuelles, dont elle pouvait disposer et ne souffrait pas de troubles cognitifs qui entraveraient irrémédiablement sa capacité de travail.

L'experte psychiatre a encore précisé que l'appelante avait vécu des moments difficiles en lien avec sa dépression, qu'elle avait été suivie par des psychiatres entre 2006-2007 et 2010-2012 et depuis 2015 et qu'elle bénéficiait d'un traitement antidépresseur depuis 2010.

**12.** En 2008, l'appelante a consulté Me M.\_\_\_\_\_, avocate à Vevey, laquelle a correspondu avec l'intimé et l'Hôpital [...] s'agissant des doléances de l'appelante.

Par courrier du 8 juillet 2008, l'intimé a notamment écrit ce qui suit à Me M.\_\_\_\_\_ :

« En préambule j'aimerais dire que j'assume pleinement la responsabilité des complications qu'a eu à subir Mme P.\_\_\_\_\_ et ai eu l'occasion à maintes reprises de lui exprimer mes regrets et excuses. »

Entendu en qualité de partie en première instance, l'intimé a indiqué ne reconnaître aucune faute médicale.

L'assurance responsabilité civile de l'Hôpital de [...] a offert, sans reconnaissance de responsabilité, le paiement d'une indemnité de

12'000 fr. à l'appelante, uniquement en relation avec sa cicatrice au ventre.

**13.** L'appelante a consulté Me T.\_\_\_\_\_, avocat à Lausanne, en janvier 2010. Par son intermédiaire, elle a requis, en avril 2010, une expertise hors procès. Le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique, ancien chef de clinique au CHUV, a été désigné comme expert dans ce cadre. Il a déposé, en avril 2011, un rapport dont il résulte notamment ce qui suit :

« Face à cette situation de désir de grossesse et d'hémorragie d'origine utérine, le Dr F.\_\_\_\_\_ a proposé une intervention chirurgicale sous forme d'une myomectomie qui représentait l'une des seules options (sic) thérapeutique permettant à la fois de maintenir des chances de grossesse et de mettre fin aux saignements. De son propre aveu, il reconnaît ne pas avoir informé les différents risques chirurgicaux liés à ce type d'opération.  
(...)

Selon l'audition du Dr F.\_\_\_\_\_ et le rapport opératoire, l'intervention s'est déroulée dans les règles de l'art.  
(...)

La mise en place de drains à l'intérieur de l'abdomen est une pratique qui tend à disparaître en chirurgie abdominale.  
(...)

En conclusion, les règles de l'art ont été respectées et la complication qui s'en est suivie est une des complications peu (sic) fréquente de la laparoscopie mais terriblement redoutée puisque responsable de graves lésions voir même de décès.  
(...)

Dans le cas présent, face à cette perforation digestive avec une importante péritonite, les chirurgiens n'avaient pas d'autre choix que de pratiquer une telle incision.  
(...)

En conclusion, les chances de grossesse liées à Madame P.\_\_\_\_\_ et à son mari étaient déjà faibles en août 2005 et les interventions de 2005 et 2007 ont encore diminué les chances de grossesse.  
(...)

En conclusion, les conséquences de ces différentes interventions sur le plan de sa vie intime sont extrêmement difficiles à évaluer. Dès décembre 2005 selon le rapport du Dr O.\_\_\_\_\_, la patiente présente des problèmes

conjugaux, particulièrement face aux problèmes d'alcool de son mari et présente également des problèmes faisant évoquer un état anxio-dépressif. Il est possible que les problèmes médicaux faisant suite aux événements de 2007 n'ont pas amélioré la vie de couple mais ils ne semblent pas être le facteur clé ayant conduit à leur séparation en début 2010.

(...)

La myomectomie de 2005 est parfaitement justifiée. La patiente présentait une masse utérine saignant abondamment et responsable d'une anémie sévère. Vu le désir de grossesse, les options thérapeutiques étaient limitées.

Si l'hystéroscopie de 2007 me paraît être également indiquée, vu la récurrence du myome et les saignements, l'indication de la laparoscopie exploratrice me paraît plus discutable. Les risques étaient ceux de plaies digestives ou de plaies vasculaires. Mais quelles étaient les bénéfices attendus ? Recontrôler le status déjà fait en 2005 ?

Cependant les protocoles de prise en charge de l'infertilité ne sont pas standardisés et sont controversés. Certains protocoles recommandent la laparoscopie d'autres non. Il n'existe pas de consensus dans ce domaine. Mais personnellement, je ne lui aurais pas proposé de (sic) pratiqué une laparoscopie dans ce cas-là car les bénéfices éventuels ne (sic) justifiait pas la prise de risque de plaie digestive ou vasculaire, complications rares mais potentiellement mortelles. »

Au sujet de cette expertise hors procès, l'expert gynécologue mis en œuvre dans le cadre de la présente procédure a considéré qu'elle répondait de manière adéquate à l'ensemble des questions posées. Il a en outre confirmé les constatations de l'expert hors procès.

Les frais de la procédure d'expertise hors procès, arrêtés à 8'430 fr., ont été mis à la charge de l'appelante.

**14.** Par décision du 25 août 2011, la Juge de paix du district de la Riviera - Pays-d'Enhaut a arrêté les dépens de la procédure d'expertise hors procès à 14'847 fr. 35 pour l'appelante et à 5'654 fr. 40 pour l'intimé.

**15.** A la fin de l'année 2011, l'appelante a été engagée en qualité d'informaticienne développeur par [...] à Neuchâtel, pour un revenu

mensuel brut de 5'000 francs. Entendu en qualité de témoin en première instance, le responsable de cette société a indiqué que l'appelante n'avait travaillé que quinze jours avant de tomber malade en raison de crises d'angoisse. Il a précisé qu'il avait d'abord été convenu que l'appelante suive un plan de formation de trois mois mais a émis des doutes quant à la viabilité de ce projet en raison de la maladie de l'appelante et de ses compétences.

**16.** Au début de l'année 2012, l'appelante a consulté le Dr K.\_\_\_\_\_, gynécologue à Morges. Entendu en qualité de témoin en première instance, ce dernier a indiqué que l'appelante lui avait été adressée par le Dr X.\_\_\_\_\_ qui voulait un avis gynécologique car elle présentait des règles hémorragiques liées à la présence d'un gros fibrome. Il a encore précisé qu'il lui avait proposé plutôt un traitement conservateur et qu'il ne souhaitait pas une intervention, en raison des complications ayant résulté des opérations antérieures et des risques d'une nouvelle opération. L'expert gynécologue a indiqué à ce propos que l'intervention en question était plus complexe étant donné l'historique médical mais qu'il existait de nombreuses équipes chirurgicales en Suisse romande entraînées à ce type de chirurgie qui auraient été à même de la réaliser avec de bonnes chances de succès.

**17.** Entre 2006 et 2012, l'appelante a perçu un revenu net de 142'767 fr., soit en moyenne 20'395 fr. par an. Interrogé sur la question du salaire que l'appelante aurait pu réaliser comme ingénieure en informatique et cheffe de projet, l'expert fiduciaire a indiqué que si celle-ci avait pu se présenter aux examens de chef de projet et les avait réussis, elle aurait pu réaliser un salaire mensuel net de l'ordre de 7'360 fr. la première année et de 8'280 fr. la deuxième année. Selon l'expert fiduciaire, après quelques années de pratique, l'appelante aurait pu réaliser un salaire annuel brut de 110'000 fr., soit un salaire mensuel brut de l'ordre de 9'200 fr. ou un salaire mensuel net de l'ordre de 7'800 francs. L'expert fiduciaire a ainsi évalué le gain manqué de l'appelante à 481'690 fr. dans le meilleur des cas. Il a toutefois précisé que ce calcul reposait sur

l'hypothèse que l'appelante ait réussi les examens de chef de projet et ait décroché un emploi en cette qualité. L'expert fiduciaire a en outre estimé la perte de gain futur de l'appelante à 4'200 fr. par mois, dans les circonstances les plus favorables. Il a ainsi évalué le dommage matériel futur de l'appelante à 596'736 fr., également dans les circonstances les plus favorables. Il a enfin évalué le dommage de prévoyance de l'intéressée à 132'000 francs.

S'agissant du parcours professionnel de l'appelante, l'expert fiduciaire a confirmé que celle-ci avait travaillé en Algérie, dans une entreprise étatique, puis au sein de deux sociétés. Il a toutefois relevé que son activité avait consisté plutôt en des tâches de support que réellement de cadre.

**18.** Le 17 avril 2012, Me T.\_\_\_\_\_ a envoyé à l'appelante une note d'honoraires d'un montant total de 7'832 fr. 15 en lien avec des opérations effectuées en sa faveur entre le 22 janvier 2010 et le 5 avril 2012.

**19.** En cours de procédure, une expertise médicale a été confiée au Professeur L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gynécologie obstétrique et médecin-chef du service de gynécologie des HUG (ci-avant désigné : l'expert gynécologue), lequel a déposé son rapport le 23 juin 2014. Outre ses constatations en réponse aux allégués des parties qui ont déjà été résumées ci-dessus, cet expert a notamment relevé dans ce rapport ce qui suit :

« **REMARQUES 1** : S'agissant de la première intervention chirurgicale, le 01.11.2005 et de la complication sous forme d'hémorragie postopératoire qui a suivi (02.11.2005). Je peux dire que l'indication opératoire a été posée de manière correcte et au moment opportun après entretien avec Mme P.\_\_\_\_\_. S'agissant de la technique opératoire, celle-ci a été choisie correctement, compte tenu de la situation telle qu'elle se présentait alors et des souhaits de Mme P.\_\_\_\_\_. Le Dr F.\_\_\_\_\_ possédait les compétences pour effectuer ce type d'intervention. Avant l'opération pratiquée le 01.11.2005, Mme P.\_\_\_\_\_ a bénéficié des

explications du Dr F. \_\_\_\_\_ et Mme P. \_\_\_\_\_ a consenti à l'opération et a eu l'opportunité de poser des questions. Suite à la première opération, Mme P. \_\_\_\_\_ a été soigneusement surveillée et dès qu'une ré-opération est apparue nécessaire, elle a été effectuée et cela avec succès. La complication survenue est classique après ce type d'intervention. Il n'y a dans ce cas aucune violation des règles de l'art.

Toutefois, les complications potentielles liées à l'intervention n'ont pas été présentées et on peut considérer ici qu'il y a eu une information insuffisante de la part du Dr F. \_\_\_\_\_ à Mme P. \_\_\_\_\_ sur ce point.

**REMARQUE 2 :** S'agissant de la deuxième intervention chirurgicale, le 18.06.2007 et des complications qui ont suivi sous forme d'une plaie digestive (21.06.2007) et d'une éviscération (10.03.2008). Je peux dire que l'indication opératoire a été posée de manière correcte après entretien avec Mme P. \_\_\_\_\_ qui a consenti à l'intervention. S'agissant de la technique opératoire, celle-ci a été choisie correctement, compte tenu de la situation telle qu'elle se présentait. L'intervention par hystéroscopie a permis de traiter partiellement les myomes situés dans la cavité utérine, par contre, la laparoscopie n'a pas permis de faire un bilan des trompes en raison d'un status adhérentiel important. La perforation occasionnée par le Dr F. \_\_\_\_\_ n'a pas été identifiée immédiatement. Mme P. \_\_\_\_\_ a été ré-hospitalisée pour surveillance étant donné l'évolution « peu favorable » après cette intervention. Une telle perforation relève des risques classiques de ce type d'opération. Le diagnostic de perforation digestive a été posé après quatre jours et a nécessité une seconde intervention pour suturer la plaie digestive. La deuxième complication (éviscération) constitue également une complication classique des chirurgies abdominales. Il n'y a dans ce cas aucune violation des règles de l'art.

Même remarque que ci-dessus, à savoir que Mme P. \_\_\_\_\_ a été informée du type d'intervention, elle y a librement consenti mais elle n'a pas été pleinement informée des complications potentielles liées au geste opératoire ni des probabilités de succès de l'intervention. »

A la requête de l'appelante, le Professeur L. \_\_\_\_\_ a déposé, le 9 mars 2015, un rapport d'expertise complémentaire dans lequel il a confirmé le défaut d'information suffisante de l'appelante par l'intimé.

**20.** En complément de l'expertise déposée par le Professeur L. \_\_\_\_\_, une expertise psychiatrique a été confiée à la Dresse J. \_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH (ci-avant désignée : l'experte psychiatre), laquelle a déposé son rapport le 1<sup>er</sup> août 2016. Outre les

constatations de ce rapport déjà résumées ci-dessus, il en ressort notamment ce qui suit :

« L'entreprise qu'elle [ndr : l'appelante] dit avoir construite avec succès n'a pas supporté son absence, en raison des voyages dictés par son père pour apporter de l'aide à sa sœur, mère d'un grand prématuré. (...)

De tout temps, Mme P. \_\_\_\_\_ semble avoir lutté pour atteindre des objectifs allant parfois au-delà de ses compétences, tout en s'engageant dans des voies qui la conduisent systématiquement à des échecs. Elle n'a pu aboutir ses ambitions professionnelles, elle n'a pu fonder une famille, elle n'a pu sauver son couple, elle n'a pas décroché les emplois qu'elle espérait, elle n'a pu aboutir les projets informatiques qu'elle disait à bout touchant, ce qui l'amène aujourd'hui à un bilan très amer de sa vie.  
(...)

Elle projette les raisons de ses échecs sur l'extérieur, en lien avec la non reconnaissance de ses capacités, ou des supérieurs hiérarchiques à qui elle ferait de l'ombre, ou des chefs qui la mobbent, sans jamais remettre en question ses propres compétences. »  
(...)

Au vu de la description que l'expertisée fait d'elle-même, de sa jeunesse et de son parcours professionnel jusqu'en 2005, on peut estimer que ces aspects de personnalité narcissiques étaient déjà présents avant les opérations gynécologiques.

Compte tenu de sa personnalité, les opérations gynécologiques subies entre 2005 et 2008, suivies des complications décrites dans le dossier médical, ont été vécues de manière très traumatique par l'expertisée et ceci en lien avec des aspects de personnalité fragiles préexistants. Mais sur le plan strictement psychiatrique, on note une divergence entre les symptômes décrits par l'expertisée et les observations des psychologues et médecins aux mêmes périodes.  
(...)

En conclusion, j'estime que Mme P. \_\_\_\_\_ souffre d'un trouble psychiatrique, soit d'une dépression atypique et présente des traits de personnalité narcissiques marqués. Cette constitution caractérologique particulière a engendré une certaine vulnérabilité dans le sens d'une volonté d'atteindre des objectifs allant au-delà de ses ressources. C'est dans ce contexte de fragilité préexistante que les opérations gynécologiques et les complications qui ont suivi ont été vécues de manière très traumatique. Ce vécu et les échecs tant professionnels que familiaux de l'expertisée l'ont progressivement plongée dans une dépression, qui est actuellement cliniquement attestée. Toutefois, entre 2005

et 2015, cette dépression n'est pas formellement confirmée par les thérapeutes qui l'ont suivie entre 2006-2007, puis entre 2010-2012, puisqu'un tel diagnostic n'a pas été clairement retenu et qu'elle n'a bénéficié d'arrêts de travail que ponctuels. J'émet néanmoins l'hypothèse que Mme P.\_\_\_\_\_ pouvait être plus déprimée que ce qu'elle pouvait accepter de dévoiler à ses thérapeutes. Néanmoins, j'estime que le lien de causalité entre la dépression et les interventions chirurgicales n'est que partiel, d'autres facteurs entrant en jeu et notamment la personnalité de l'expertisée. »

**21.** En cours d'instance, une expertise comptable a également été mise en œuvre et confiée à [...], expert-comptable diplômé auprès de [...] (ci-avant désigné : l'expert fiduciaire), lequel a établi un rapport le 3 avril 2018, ainsi qu'un rapport complémentaire le 11 janvier 2019. Les constatations de cet expert ont été résumées ci-dessus dans la mesure de leur utilité.

**22.** Dans le cadre d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI) a mis en œuvre une expertise psychiatrique de l'appelante, qui a abouti à l'établissement d'un rapport signé le 26 octobre 2018 par le Professeur N.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, superviseur, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, expert, et G.\_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP. Il ressort de ce rapport notamment ce qui suit :

« Au niveau professionnel, de 24 à 28 ans (1988-1992), l'expertisée travaille dans l'enseignement (mathématiques et informatique). De 31 à 35 ans, elle travaille dans la direction des Transports de la région de Saïda en Algérie assumant parallèlement sa propre entreprise de service informatique ([...]) jusqu'à son départ en Suisse. De 40 à 43 ans, (2004-2007), elle exerce diverses missions dans le même domaine à La Tour-de-Peilz et à Corcelles. En parallèle, elle a travaillé comme femme de chambre au [...] pour financer ses formations, de 2005 à 2006. De 43 à 45 ans (2007-2010), elle est employée chez [...] au service informatique. A cette époque, elle décrit un moral bas avec début des consultations psychiatriques dans le contexte de ses multiples problèmes de santé. De 45 à 46 ans (2010-2011), elle travaille à [...] à Lausanne. Le suivi psychiatrique est ponctuel. Elle est ensuite directrice de projet dans le développement informatique pendant deux

semaines à 100% chez [...] à Colombier. Elle a été licenciée le 20.12.2011 en raison de ses problèmes de santé. Les problèmes relatés par l'expertisée à l'époque comprenait des angoisses matinales, une difficulté à se concentrer et à gérer le stress. Elle se plaint du comportement de ses collègues (« ils se bouchaient le nez devant moi »). Depuis son licenciement jusqu'en 2013 elle sera au bénéfice de l'aide sociale. En 2013, elle fera un stage à l'EPFL dans la conception et le développement d'un outil informatique. Suite à la découverte de nouveaux fibromes, elle est à nouveau opérée et cesse toute activité. Elle tente en 2017 du bénévolat chez [...], ponctuellement, mais présentant des troubles de mémoire, elle interrompt rapidement cette activité.

Sur le plan financier, elle est au bénéfice de l'aide sociale et touche une rente de veuve.

Sur le plan sentimental et sexuel, de 18 à 23 ans elle aura une relation sentimentale, mais platonique avec un jeune, [...] d'origine italienne, d'une année son aîné, qu'elle avait rencontré lors de vacances dans le sud de la France avec sa famille. En raison des croyances religieuses familiales, il était impossible pour l'expertisée d'épouser un homme qui n'était pas de religion musulmane. A l'âge de 28 ans elle aura sa première relation sexuelle avec un jeune homme, [...], d'une année son aîné, d'origine algérienne, étudiant en mécanique à l'Université avec lequel elle restera pendant trois ans jusqu'à ce qu'elle rentre au domicile familial à la fin de ses études. A l'âge de 34 ans, elle aura une relation avec [...], d'une année son aîné, directeur de Clinique, avec lequel elle restera jusqu'à son départ en Suisse. En 2004, à l'âge de 40 ans elle rencontre en Suisse un homme d'origine autrichienne, [...], de 4 ans son aîné, travaillant dans la construction en Valais. Le couple se maria rapidement. L'époux a connu des problèmes de consommation abusive d'alcool à son jeune âge et rechutera en 2009 dans le contexte des maladies physiques de l'expertisée. Il perdra son travail ce qui va progressivement détruire leur relation de couple et les amènera à divorcer en mars 2013. Il avait déjà été marié et avait deux enfants de son précédent mariage. Aucun enfant n'est issu de cette union. A 53 ans en 2015 elle rencontre [...], d'origine suisse, de 5 ans son cadet, électricien de formation avec lequel elle se marie le 26 août 2016. Malgré son moral bas de l'époque, elle mentionne « qu'il s'agissait du seul bon moment de sa vie depuis des années ». A l'époque, l'expertisée envisagea de se lancer dans l'achat et la commercialisation d'une imprimante 3D. Il décède 8 jours après un accident de natation dans le lac. L'expertisée l'a vu couler sans pouvoir rien faire (elle ne sait pas nager) si ce n'est appeler les secours.

Au niveau social, elle est totalement isolée. Elle a une sœur dans la région qui s'est retirée socialement à cause de sa dépression. Dans son quotidien, elle passe l'essentiel du temps à son domicile. Elle se sent très fatiguée, mais se

force de sortir chaque jour pour une promenade. Elle n'a aucune activité structurée.

On ne rapporte aucune consommation de substances psychoactives ni tentative de suicide.

#### Situation actuelle

La situation actuelle de l'expertisée est stationnaire. Elle vit essentiellement à domicile, sans entourage familial ou amical. En cours d'entretien, elle mentionne son glaucome, la perte de ses dents qui ne sont à ses yeux qu'une suite logique de ses problèmes de santé depuis 2006. N'arrive pas à envisager un avenir qui ne sera pas marqué par le malheur, notamment après la perte de son deuxième mari qui est vécu comme une confirmation de l'impossibilité d'aller mieux.

### **3.2 Plaintes et données subjectives de l'expertisée**

Elle se décrit parfois dérangée par les douleurs dans le ventre suite à ses diverses opérations et ressent un épuisement physique avec une légère amélioration à partir de l'été 2018. Elle décrit une fluctuation de son moral, en fonction des divers événements de vie, ayant le sentiment d'avoir eu une période meilleure lorsqu'elle avait rencontré son deuxième mari. Au cours des derniers mois, elle arrêtera le traitement antidépresseur. Mentionne un sommeil de mauvaise qualité et des crises de boulimie à répétition (qui la soulagent sur le plan des affects dépressifs). Elle qualifie de survie son existence à partir de 2016.

## **4. Constatations**

#### Status clinique

Femme faisant son âge établissant un contact facile sans méfiance ni hostilité. Le contact est authentique, teinté d'amertume et de désillusion, avec une référence à ses avatars de santé qui occupe l'essentiel de l'entretien. La mémoire autobiographique est de bonne qualité, elle permet de reconstruire chronologiquement l'histoire de vie de l'expertisée. Il n'y a pas de difficultés attentionnelles ou de concentration présentes pendant l'entretien. Pas d'arguments en faveur de troubles cognitifs à l'entretien libre.

D'un point de vue formel le discours est de bonne qualité, l'idéation satisfaisante avec de bonnes capacités d'abstraction. Nous ne mettons pas en évidence des troubles du cours ou du contenu de la pensée, ni d'éléments de la lignée psychotique tels qu'idées délirantes ou troubles de la perception. Absence de phénomène de déréalisation-dépersonnalisation. Le récit est celui de la cassure entre sa vie active et indépendante avant la survenance de ses premiers problèmes gynécologiques en

2005. A ce niveau, elle se montre vindicative, incrimine une erreur médicale lors des opérations initiales, à l'origine de la suite désastreuse pour sa santé. Elle dit avoir voulu se battre toutes les années qui ont suivi contre l'accumulation des problèmes physiques. La tentative d'insémination était à ses yeux une manière d'aller de l'avant « comme elle l'a toujours fait » et compte tenu de son âge. Après une embellie sur le plan de son moral et malgré ses problèmes physiques entre 2007 et 2010, elle dépeint une nouvelle péjoration de sa thymie avec la conviction d'avoir un stress post-traumatique (cauchemars d'opérations). Elle perdra son travail, divorcera et vivra un isolement grandissant avec une humeur triste et des symptômes dépressifs francs de 2011 à 2013. Sa dernière tentative de reprendre une activité à travers le stage à l'EPFL sera à nouveau interrompue par son opération de 2014. Sa tentative de reprise d'une vie sentimentale finira tragiquement en 2016. Face à l'accumulation de ses malheurs, l'expertisée adopte une attitude résignée avec un désespoir acquis et une impossibilité à imaginer un avenir sans souffrance.

La thymie est triste, avec un sentiment d'impasse existentiel. Capable d'autodérision et d'humour noir, elle manifeste des distorsions cognitives majeures de la lignée dépressive (personnalisation, sur-généralisation, inférence arbitraire). Baisse de l'élan vital, fatigabilité accrue, avec anhédonie et aboulie. Pas de sentiment de culpabilité ou d'indignité. Vécu de dévalorisation et de marginalisation avec moments d'effondrement narcissique lorsqu'elle compare sa vie avec celle en Algérie. Impression tenace d'incurabilité et doutes quant à sa trajectoire future. Sommeil agité et de courte durée. Crises de boulimie en compensation d'un sentiment de mal-être envahissant. Anxiété de fond avec anticipation négative de l'avenir, mais sans éléments en faveur d'un trouble anxieux.

Au niveau de la personnalité, on retrouve un Moi très éprouvé avec de multiples fixations masochistes dans une impossibilité d'envisager une vie sans souffrance ou échecs. La description passée d'un être extraverti, sans anxiété au premier plan, capable à investir prioritairement sa vie professionnelle (celle privée passant au deuxième plan) contraste avec celle actuelle d'une difficulté à s'assumer a minima, avec un désinvestissement de son apparence de femme, de sa vie sociale et de tout projet professionnel. La perte du deuxième mari est vécue comme une réalisation de prophétie de malheur dans une dynamique marquée par la passivité et la dépendance. On ne retrouve pas d'activation de défenses archaïques, le système défensif s'organisant autour de l'évitement et du repli sur soi. La recherche d'un responsable externe pour ses malheurs est très présente facilitée par les circonstances de survenue de ses avatars physiques. Les relations objectales sont désinvesties. Pas de troubles de la gestion de l'impulsivité. Pas d'arguments en faveur d'un trouble de la personnalité constitué.  
(...)

6.1 Diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?

Trouble dépressif organique, épisode actuel moyen (F33.11) dès 2011.

6.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?

Nihil

6.3 Interaction des diagnostics

Sans objet.

(...)

Sur un plan psychopathologique, la pathologie dépressive est d'origine organique dans le sens qu'elle est directement liée aux avatars de santé de cette femme qui n'a présenté aucune décompensation psychique avant ses 40 ans. On peut ainsi voir un lien causal évident entre la détérioration de l'image de soi (en comparaison avec celle d'une femme indépendante en Algérie) consécutive aux opérations et la survenue de la dépression actuelle. L'expertisée tente de trouver réparation à travers une procédure juridique pour erreur médicale, mais cette démarche n'amène évidemment aucun soulagement dans une dynamique intrapsychique marquée par la résignation.

A l'heure actuelle, le traitement antidépresseur s'avère insuffisant et un traitement léger de la dépression selon le modèle cognitivo-comportemental est requis. Une reprise d'activité professionnelle dans un milieu usuel ou adapté est actuellement exclue. Une réévaluation après 12 mois moyennant des modifications sur le plan thérapeutique est indiquée.

(...)

La validation du trouble dépressif récurrent ne fait aucun doute. Il faut cependant lier sa survenance aux troubles organiques de cette femme sans antécédents de baisse de l'humeur jusqu'à 40 ans. En revanche, il n'y a à ce jour aucun argument soutenant un stress post-traumatique (pas de réviviscences, pas de pensées répétitives, pas d'attitude méfiante avec repli, pas de focalisation du discours sur l'expérience traumatique). De même, on ne retrouve pas d'éléments en faveur d'un trouble anxieux quelconque ou d'un trouble de la personnalité, la résignation et la fixation masochiste de l'expertisée devant être interprétée en fonction de la prédominance des affects dépressifs et non pas comme une caractéristique constitutive de sa personnalité.

(...)

Aucune réadaptation n'est envisageable à l'heure actuelle. Par ailleurs, le travail usuel est bien investi et l'objectif à terme serait une reprise dans le même champ.

(...)

- Combien d'heures de présence l'assuré peut-il assumer dans l'activité exercée en dernier lieu ?

0

(...)

- A quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assuré dans cette activité, par rapport à un emploi à 100% ?

0

- Comment cette capacité de travail évoluera-t-elle au fil du temps ?

-

Pas d'évolution prévisible sans changement de la stratégie thérapeutique. »

Le 14 juin 2019, l'Office AI a rendu une décision à l'endroit de l'appelante, dont il ressortait notamment ce qui suit :

« Dès le 1<sup>er</sup> décembre 2016, vous avez droit à une rente entière.

(...)

Après avoir procédé au calcul, nous constatons que votre rente d'invalidité s'élèverait à CHF 427.00 alors que votre rente de veuve est de CHF 1'318.00.

Par conséquent, la rente d'invalidité vous est refusée et la rente de veuve continuera de vous être versée. »

**23. a)** L'appelante a ouvert action contre l'intimé par le dépôt, le 20 avril 2012, d'une requête de conciliation. La conciliation n'ayant pas abouti, une autorisation de procéder a été délivré à l'appelante le 19 juin 2012.

**b)** Par demande du 12 septembre 2012, l'appelante a conclu, avec suite de frais et dépens, à ce qu'il soit dit que l'intimé est débiteur envers elle et lui doit immédiat paiement de la somme de 1'150'000 fr., en précisant qu'elle se réservait le cas échéant d'augmenter ses conclusions une fois les preuves administrées.

Par réponse du 17 décembre 2012, l'intimé a conclu au rejet des conclusions de la demande et, reconventionnellement, à ce que l'appelante soit reconnue débitrice envers lui de la somme de 5'654 fr. 40,

avec intérêt à 5% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2011, « dont elle lui doit remboursement immédiat ».

Par réplique du 14 mai 2013, l'appelante a confirmé les conclusions de sa demande et a conclu au rejet des conclusions reconventionnelles de l'intimé.

Le 27 août 2013, l'intimé a déposé une duplique.

**c)** L'audience de premières plaidoiries a eu lieu le 20 novembre 2013, en présence des parties, chacune assistée de son conseil.

**d)** Le 27 novembre 2013, une ordonnance de preuves a été rendue par la Juge déléguée de la Chambre patrimoniale cantonale (ci-après : la juge déléguée).

**e)** Le 11 décembre 2014, une audience d'instruction a eu lieu, lors de laquelle douze témoins ont été entendus. A cette même occasion, l'intimé a été entendu en qualité de partie.

Un témoin a en outre été entendu par voie de commission rogatoire.

**f) aa)** Par une écriture du 6 février 2019 intitulée « faits nouveaux (novas) et conclusion modifiée », l'appelante a formulé de nouveaux allégués (all. 339 à 360) et a modifié comme suit ses conclusions :

« I. Le défendeur F. \_\_\_\_\_ est le débiteur de la demanderesse P. \_\_\_\_\_ et lui doit immédiat paiement de la somme totale de CHF 1'326'700.- qui se décompose comme suit :

- CHF 481'690.- à titre de perte de gain passée, avec intérêts à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> novembre 2008 (échéance moyenne) ;

- CHF 596'736.- à titre de perte de gain future, avec intérêt à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> novembre 2008 (échéance moyenne) ;
- CHF 132'000.- à titre de dommage de rente, avec intérêt à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> novembre 2008 (échéance moyenne) ;
- CHF 100'000.- à titre d'indemnité pour tort moral, avec intérêts à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> novembre 2005 ;
- CHF 8'430.- à titre de frais d'expertise hors procès, avec intérêts à 5% l'an dès le 20 avril 2012 (date de dépôt de la Requête de conciliation) ;
- CHF 7'832.15 à titre de frais d'avocat hors procès, avec intérêts à 5% l'an dès le 20 avril 2012 (date de dépôt de la Requête de conciliation). »

Les nouveaux allégués formulés dans le cadre de cette requête portaient essentiellement sur les constatations ressortant du rapport d'expertise psychiatrique du 26 octobre 2018 établi à l'attention de l'Office AI (cf. *supra* lettre C ch. 22).

Par prononcé du 19 mars 2019, la juge déléguée a admis la requête de nova déposée par l'appelante le 6 février 2019 (I), a en conséquence dit que les allégués 339 à 360 de cette écriture étaient introduits directement en procédure, avec les offres de preuves y relatives (II), et a dit que la conclusion de l'appelante telle que modifiée dans ladite requête était recevable (III).

**bb)** Par courrier du 8 avril 2019, l'intimé s'est vu impartir un délai au 6 mai 2019 pour se déterminer sur les allégués 339 à 360 de l'appelante. Sur requête de l'intimé, ce délai a ensuite été prolongé au 5 juin 2019.

Le 4 juin 2019, l'intimé a déposé des déterminations sur les allégués 339 à 360, ainsi que des « allégués connexes sur nova », numérotés de 361 à 386.

Par requête de nova du 3 juillet 2019, l'appelante a conclu à l'introduction en procédure de nouveaux allégués, numérotés de 366 à

406, lesquels étaient fondés essentiellement sur un rapport établi le 26 juin 2019 par le Dr B.\_\_\_\_\_, gynécologue obstétricien à Paris.

Par courrier du 21 août 2019, l'appelante a conclu au rejet de la requête en introduction de nova déposée par l'intimé le 4 juin 2019.

Le 9 septembre 2019, l'appelante a déposé une nouvelle requête de novas tendant à l'introduction en procédure des allégués 407 à 414 et des preuves offertes à leur appui, soit en particulier un rapport établi le 2 septembre 2019 par le Dr Z.\_\_\_\_\_, gynécologue obstétricien à Poissy, à la suite d'un examen médical réalisé le 8 juillet précédent.

Le 17 septembre 2019, l'intimé a conclu à l'irrecevabilité des requêtes de nova de l'appelante des 3 juillet et 9 septembre 2019.

Par prononcé du 29 octobre 2019, la juge déléguée a notamment admis la requête de nova déposée le 4 juin 2019 par l'intimé (I), a dit que les allégués 362 à 382 et 384 à 386 de cette écriture étaient introduits directement en procédure, avec les offres de preuves y relatives (II), ces allégués étant renumérotés de 361 à 383 (III), et a refusé d'introduire dans la procédure les allégués 366 à 414, objets des requêtes de nova de l'appelante des 3 juillet et 9 septembre 2019 (VII).

Le recours interjeté par l'appelante contre ce prononcé le 11 novembre 2019 a été déclaré irrecevable, faute de préjudice difficilement réparable, par arrêt de la Chambre des recours civile du 13 novembre 2019.

**g)** L'intimé et l'appelante ont déposé des plaidoiries écrites respectivement les 16 et 30 novembre 2020, ainsi que des plaidoiries responsives le 8 janvier 2021.

**En droit :**

## **1.**

**1.1** Dans les affaires patrimoniales, l'appel est recevable contre les décisions finales de première instance pour autant que la valeur litigieuse, au dernier état des conclusions devant l'autorité inférieure, soit de 10'000 fr. au moins (art. 308 al. 1 let. a et al. 2 CPC). L'appel, écrit et motivé, doit être introduit dans les trente jours à compter de la notification de la décision motivée (art. 311 al. 1 CPC).

**1.2** En l'espèce, formé en temps utile par une partie qui a un intérêt digne de protection (art. 59 al. 2 let. a CPC) et portant sur des conclusions supérieures à 10'000 fr., l'appel est recevable.

**2.** L'appel peut être formé pour violation du droit ainsi que 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. Elle peut revoir librement l'appréciation des faits sur la base des preuves administrées en première instance (JdT 2011 III 43 consid. 2 et les références citées) et vérifie si le premier juge pouvait admettre les faits qu'il a retenus (ATF 138 III 374 consid. 4.3.1 ; TF 4A\_238/2015 du 22 septembre 2015 consid. 2.2).

Le libre pouvoir d'examen ne signifie pas que le juge d'appel soit tenu, comme une autorité de première instance, d'examiner toutes les questions de fait ou de droit qui peuvent se poser, lorsque les parties ne les font plus valoir devant lui. Sous réserve de vices manifestes, il peut se limiter aux arguments développés contre le jugement de première instance dans la motivation écrite (ATF 142 III 413 consid. 2.2.4).

## **3.**

**3.1** L'appelante invoque une violation de l'art. 229 CPC en ce que les premiers juges ont écarté ses requêtes de nova des 3 juillet et 9 septembre 2019 et ont admis celle de l'intimé du 4 juin 2019.

**3.2** Selon l'art. 229 CPC, les faits et moyens de preuve nouveaux ne sont admis aux débats principaux que s'ils sont invoqués sans retard et qu'ils sont postérieurs à l'échange d'écritures ou à la dernière audience d'instruction (nova proprement dits) (al. 1 let. a) ou s'ils existaient avant la clôture de l'échange d'écritures ou la dernière audience d'instruction mais ne pouvaient être invoqués antérieurement bien que la partie qui s'en prévaut ait fait preuve de la diligence requise (nova improprement dits) (al. 1 let. b). S'il n'y a pas eu de second échange d'écritures ni de débats d'instruction, les faits et moyens de preuves nouveaux sont admis à l'ouverture des débats principaux (al. 2).

Selon la jurisprudence, les faits doivent être allégués en principe dans la demande, respectivement dans la réponse pour les faits que doit alléguer le défendeur (art. 221 al. 1 let. d et 222 al. 2 CPC). Ils peuvent l'être dans la réplique et la duplique si un deuxième échange d'écritures est ordonné ou, s'il n'y en a pas, par dictée au procès-verbal lors des débats d'instruction (art. 226 al. 2 CPC) ou à l'ouverture des débats principaux, avant les premières plaidoiries (ATF 144 III 67 consid. 2 et les arrêts cités ; TF 4A\_11/2018 du 8 octobre 2018 consid. 5.2.1). En cas de double échange d'écritures, la phase de l'allégation se termine par conséquent avec la réplique pour la partie demanderesse et avec la duplique pour la partie défenderesse (TF 4A 11/2018 précité consid. 5.2.1). La jurisprudence admet toutefois, lorsque la phase de l'allégation s'est terminée avec la réplique pour le demandeur et avec la duplique pour le défendeur, que le demandeur conteste un fait allégué dans la duplique, sur la base de faits non encore allégués mais dont l'allégation se justifiait objectivement aux fins de cette contestation, ladite allégation lui étant encore permise par l'art. 229 al. 1 let. b CPC (ATF 146 III 55 consid. 2.5.2 ; TF 4A 420/2019 du 13 mai 2020 consid. 3).

L'admissibilité de nova dont l'existence dépend de la volonté des parties (nova de nature potestative) présuppose que ceux-ci ne pouvaient pas être invoqués antérieurement bien que la partie qui s'en prévaut ait fait preuve de la diligence requise au sens de l'art. 229 al. 1 let. b CPC (ATF 146 III 416 consid. 5). Lorsque l'invocation de faits ou la production de moyens de preuve nouveaux dépend de la seule volonté d'une partie, comme la mise en oeuvre d'une expertise privée, il s'agit de pseudo-nova (comp. TF 4A\_76/2019 du 15 juillet 2020 consid. 8.1.2).

Enfin, lorsque des nova sont admis en cours de procédure, le droit d'être entendu impose que la partie adverse puisse se déterminer sur les faits et moyens de preuve nouveaux introduits par son adversaire (Tappy, Commentaire romand, Code de procédure civile, 2<sup>e</sup> éd., Bâle 2019 [ci-après : CR-CPC], ad art. 229 CPC, n. 16).

### **3.3**

**3.3.1** En l'espèce, l'autorité précédente a procédé à un double échange d'écritures. Les nova dont se prévaut l'appelante dans ses requêtes des 3 juillet et 9 septembre 2019 étant postérieurs à cet échange, ils sont soumis aux exigences de l'art. 229 al. 1 CPC. Il s'agit de faits qui se fondent sur deux rapports médicaux établis en respectivement juin et septembre 2019 par des médecins que l'appelante a consultés en été de cette même année. Ces faits portent en substance sur : l'absence de bilan d'infertilité dans les règles de l'art ; une laparoscopie en 2007 non indiquée avec l'existence d'autres solutions moins invasives ; le lien de causalité entre les différentes interventions et leurs suites ainsi que les douleurs chroniques, psychiques, esthétiques de l'appelante ; la liste des examens médicaux qui auraient dû être pratiqués et ne l'ont pas été à tort par l'intimé ; l'absence fautive d'indication de FIV-ICSI dès 2005/2006 pour espérer une grossesse ; la réalisation à tort de l'hystérocopie, sans avoir préalablement établi une cartographie exacte des fibromes décelés à l'échographie entraînant un geste de façon hasardeuse et qui n'aurait pas amélioré la fertilité de l'appelante.

Ces faits reposent certes sur des rapports médicaux établis postérieurement à l'échange d'écritures. Le contenu desdits rapports a toutefois trait à des faits antérieurs, à savoir les opérations litigieuses de 2005 et 2007 et les conséquences de celles-ci. Il s'agit dès lors de faits qui existaient avant la fin de l'échange d'écritures et de moyens de preuve établis sur la base de la seule volonté de l'appelante, s'agissant d'expertises privées. Ils doivent donc être considérés comme des nova improprement dits au sens de l'art. 229 al. 1 let. b CPC (cf. TF 4A\_76/2019 précité consid. 8.1.2). De tels nova ne sont admissibles que si la partie qui s'en prévaut ne pouvait pas les invoquer antérieurement en faisant preuve de la diligence requise. Celle-ci doit être appréciée rigoureusement et n'est que rarement admise en pratique (Heinzmann/Pasquier, Petit Commentaire, Code de procédure civile, Bâle 2021, n. 17 ad art. 229 CPC). Or l'appelante n'expose pas les raisons pour lesquelles elle n'aurait pas pu consulter ces médecins avant l'été 2019. Elle invoque seulement que, n'ayant aucune connaissance médicale, elle n'était pas en mesure d'alléguer des éléments techniques dont elle n'avait pas connaissance. Cet argument n'est pas suffisant pour admettre que l'appelante ait été diligente. Celle-ci admettant n'avoir aucune connaissance médicale, on aurait pu attendre d'elle qu'elle sollicite ces avis médicaux avant d'introduire l'instance, étant précisé qu'elle bénéficiait des conseils d'un avocat depuis juillet 2008 déjà. Il y a encore lieu de rappeler que les opérations litigieuses se sont déroulées respectivement les 1<sup>er</sup> novembre 2005 et 18 juin 2007, qu'une expertise hors procès a été ordonnée courant 2010, que la demande en justice date du 12 septembre 2012, la réponse du 17 décembre 2012, la réplique du 14 mai 2013 et la duplique du 27 août 2013, que l'intimé et douze témoins ont été entendus lors d'une audience qui s'est tenue le 11 décembre 2014 et, enfin, que les requêtes de nova litigieuses datent des 3 juillet et 9 septembre 2019, soit plus de six ans après le dépôt de la réplique.

Au vu de ces éléments, il convient de confirmer l'appréciation des premiers juges selon laquelle les nova invoqués par l'appelante dans les deux requêtes précitées sont irrecevables, en tant qu'il ne s'agit pas de

vrais nova et que, en leur qualité de faux nova, ils auraient pu être respectivement allégués ou produits durant l'échange d'écritures si l'appelante avait fait preuve de la diligence requise.

**3.3.2** S'agissant des nova introduits par l'intimé le 4 juin 2019, ils se réfèrent aux allégués nouveaux présentés dans la requête de nova de l'appelante du 6 février 2019, qui a été admise par l'autorité précédente par prononcé du 19 mars suivant. Les premiers juges ont accordé à l'intimé un délai au 6 mai 2019 pour se déterminer sur ces nouveaux allégués. Ce délai a été prolongé au 5 juin 2019 sur requête du mandataire de l'intimé. Le 4 juin 2019, l'intimé a déposé ses déterminations ainsi que des allégués connexes à ceux introduits par l'appelante le 6 février 2019.

L'appelante soutient que la requête de nova de l'intimé serait tardive car celui-ci a attendu quatre mois avant de l'introduire. D'après elle, l'exigence de célérité prévue à l'art. 229 al. 1 CPC n'aurait pas été respectée.

Il convient de relever que ce n'est qu'après avoir admis la requête de nova présentée par l'appelante le 6 février 2019 que les premiers juges ont sollicité les déterminations de l'intimé, lui impartissant un délai au 6 mai 2019 pour ce faire. En effet, si les nova de l'appelante avaient été déclarés irrecevables, il n'y aurait pas eu lieu d'offrir à l'intimé la possibilité de prendre position. L'intimé a ensuite requis une prolongation de délai d'un mois, invoquant des motifs suffisants, que l'appelante ne conteste au demeurant pas. Contrairement à ce qu'affirme l'appelante, l'intimé n'a donc pas attendu quatre mois pour se déterminer, mais a suivi les injonctions de l'autorité précédente. Il s'agissait par ailleurs de se déterminer sur un rapport d'expertise réalisé sur mandat de l'Office AI, dont on comprend que la prise de connaissance et le positionnement puisse prendre un certain temps. Cela étant, on ne saurait suivre l'appelante et retenir que la requête de nova de l'intimé du 4 juin 2019 était tardive.

En outre, il ne ressort pas des arrêts du Tribunal fédéral cités par l'appelante qu'un certain délai devrait être respecté après qu'une requête de nova de la partie adverse a été admise. Notre haute cour a simplement considéré à cet égard que les faits et moyens de preuve présentés par une partie après la duplique de l'autre devaient respecter les conditions de l'art. 229 CPC.

On relèvera par surabondance que l'appelante se contente de contester le principe de l'admission des nova présentés par l'intimé, sans indiquer en quoi leur admission aurait une incidence sur le sort de la cause.

**3.3.3** En définitive, aucune violation de l'art. 229 CPC ne peut être reprochée aux premiers juges, tant au regard des requêtes de nova de l'appelante des 3 juillet et 9 septembre 2019, que de celle de l'intimé du 4 juin 2019.

Le grief doit donc être rejeté.

#### **4.**

**4.1** L'appelante invoque une constatation inexacte des faits par les premiers juges.

**4.2** Il convient tout d'abord de rappeler les exigences de motivation de l'appel. Si le juge d'appel contrôle librement l'appréciation des preuves par le premier juge et vérifie si celui-ci pouvait admettre les faits qu'il a retenus, il incombe toutefois à l'appelant de motiver son appel, en démontrant le caractère erroné de la décision attaquée. Il ne lui suffit à cet égard pas de renvoyer aux moyens soulevés en première instance, ni de se livrer à des critiques toutes générales, mais sa motivation doit être suffisamment explicite pour que l'instance d'appel puisse la comprendre aisément, ce qui suppose une désignation précise des passages de la décision que l'appelant attaque et des pièces du dossier sur lesquels

repose sa critique (ATF 138 III 374 consid. 4.3.1 ; également ATF 141 III 569 consid. 2.3.3 et ATF 142 I 93 consid. 8.2).

**4.3** A l'appui de son grief, l'appelante conteste d'abord plusieurs éléments factuels en lien avec son cursus professionnel et sa capacité à travailler. Dans la mesure où ces éléments sont sans incidence sur le sort du litige, comme on le verra ci-après (cf. *infra* consid. 6 à 8), leur véracité peut demeurer indécise.

Elle invoque ensuite une contradiction dans le jugement querellé en ce qui concerne l'état de ses trompes. Elle se contente toutefois de proposer à cet égard sa propre appréciation, sans indiquer quel élément du dossier viendrait confirmer celle-ci, ce qui ne satisfait pas à l'exigence de motivation de l'appel.

Il n'y a dès lors pas lieu de modifier l'état de fait du jugement entrepris dans le sens requis par l'appelante.

## **5.**

**5.1** L'appelante conteste avoir échoué à démontrer la légitimation passive de l'intimé. Elle soutient en outre que la légitimation passive serait un fait implicite qui ne devrait être prouvé que s'il est contesté. Or selon elle, l'intimé n'aurait pas contesté sa légitimation passive dans ses écritures mais uniquement dans son mémoire de plaidoiries écrites, de sorte qu'il serait forclos à invoquer ce moyen.

**5.2** La légitimation active ou passive dans un procès civil relève du fondement matériel de l'action ; elle appartient au sujet (actif ou passif) du droit invoqué en justice (cf. notamment ATF 128 III 50 consid. 2/bb). Le moyen tiré du défaut de légitimation est une objection, à l'instar de la compensation ou de la remise de dette (Bohnet, CR-CPC ad art. 59 CPC, n. 95). L'objection étant l'allégation d'un fait et le juge appliquant le droit d'office (art. 57 CPC), il suffit que les faits qui concrétisent l'objection soient allégués et démontrés, sans qu'il soit nécessaire de soulever un

moyen spécifique (Bohnet, Les défenses en procédure civile suisse, RDS 2009 p. 315).

**5.3** En l'espèce, les premiers juges ont retenu que l'appelante avait échoué à apporter la preuve de la légitimation passive de l'intimé, n'ayant ni allégué ni démontré le statut de celui-ci au sein de l'hôpital dans lequel les opérations litigieuses avaient eu lieu.

Il a été constaté en fait que l'intimé exploite un cabinet à [...], qu'il opère à l'Hôpital [...] à Vevey et qu'il a été le médecin gynécologue de l'appelante entre le 18 août 2005 et juillet 2007. Les allégations de l'appelante selon lesquelles celle-ci a consulté l'intimé à son cabinet en août 2005 puis à de nombreuses reprises jusqu'en juillet 2007 ont été expressément admises par l'intimé. Il en va de même des allégations de l'appelante selon laquelle l'intimé lui a proposé, lors d'un rendez-vous à son cabinet de [...], une intervention chirurgicale, à savoir une myomectomie par laparotomie, respectivement selon laquelle ladite opération a été programmée et réalisée par l'intimé et le Dr C. \_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> novembre 2005 à l'Hôpital de [...].

Au vu de ces éléments, il a été établi en fait que les parties avaient été liées par un rapport contractuel dans le cadre du suivi gynécologique de l'appelante au cabinet privé de l'intimé. Au demeurant, celui-ci n'a pas contesté sa légitimation passive avant les plaidoiries finales. Il n'a en particulier pas allégué avoir suivi l'appelante dans le cadre de ses fonctions au sein de l'Hôpital de [...] et non comme médecin indépendant. Contrairement à ce qu'ont retenu les premiers juges, le fait que le statut de l'intimé au sein de cet hôpital n'ait été ni allégué ni prouvé ne permet pas d'écarter le lien contractuel entre les parties. Il appartenait en effet à l'intimé de soulever l'objection de son défaut de légitimation passive en contestant sur ce point les allégations de l'appelante concernant les relations entre parties et en motivant sa contestation par les allégations nécessaires pour pouvoir retenir que le lien juridique pourrait s'être noué entre l'appelante et l'hôpital, plutôt qu'entre l'appelante et l'intimé.

Il convient dès lors d'admettre la légitimation passive de l'intimé.

Les premiers juges ayant motivé, à titre subsidiaire, le rejet des prétentions de l'appelante pour le motif de la non-violation par l'intimé de son devoir d'information et des règles de l'art, l'admission de ce grief ne signifie cependant pas encore celle de l'appel.

## **6.**

**6.1** L'appelante invoque une violation du devoir d'information de l'intimé envers elle à l'occasion des deux opérations litigieuses.

**6.2** Selon la jurisprudence, en matière de responsabilité médicale, l'illicéité peut reposer sur la violation du devoir de recueillir le consentement éclairé du patient (TF 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, que l'on voie dans son attitude la violation de ses obligations de mandataire ou une atteinte à des droits absolus et, partant, un délit civil. L'illicéité d'un tel comportement affecte l'ensemble de l'intervention et rejaillit de la sorte sur chacun des gestes qu'elle comporte, même s'ils ont été exécutés conformément aux règles de l'art (ATF 133 III 121 consid. 4.1.1).

Une atteinte à l'intégrité corporelle, à l'exemple d'une intervention chirurgicale, est illicite à moins qu'il n'existe un fait justificatif. 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 ; TF 4A\_547/2019 précité consid. 4.2.2). 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). 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 et on ne saurait imposer au médecin de donner au patient des renseignements qui ne sont pas encore compris dans cet état (TF 4A\_547/2019 précité consid. 4.2.2). Il appartient au médecin 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 ; TF 4A\_547/2019 précité consid. 4.2.2 ; TF 4A\_487/2016 du 1<sup>er</sup> février 2017 consid. 3.2).

L'étendue du devoir d'information concernant les risques encourus pose un certain nombre de difficultés, la doctrine proposant des solutions variées, au regard notamment de la nature et de la gravité des risques ainsi que de la probabilité de leur survenance (Devaud, L'information en droit médical, thèse Lausanne 2009, pp. 150 ss et les références citées). La jurisprudence a cependant eu l'occasion de retenir que le médecin n'était pas tenu de signaler un risque atypique et exceptionnel à ses patients (TF 4P.169/2003 du 30 octobre 2003 consid. 2.2.2), notamment lorsque le risque s'élève à 2,7% et 0,3% (ATF 113 Ib 420, JdT 1989 I 26). Il a également été admis qu'il n'était pas insoutenable de retenir que, compte tenu de sa rareté, le risque n'avait pas à être signalé au patient (TF 4P.110/2003 du 26 août 2003 consid. 3.1.1). Une exception au devoir d'informer concerne dès lors les risques

rare et inhabituel, qui n'ont pas besoin d'être mentionnés spécifiquement suivant les circonstances et à certaines conditions (TF 4P.110/2003 précité consid. 3.1.1). La jurisprudence nie ainsi le devoir d'information du médecin portant sur un risque qui ne se produit qu'exceptionnellement, quand la probabilité de survenance s'élève à 1 % (ATF 66 II 36, JdT 1940 I 298 ; ATF 113 Ib 420 ; TF 4A\_604/2008 du 19 mai 2009 consid. 2.4).

Selon la jurisprudence, en l'absence d'un consentement éclairé, le praticien peut soulever le moyen du consentement hypothétique du patient. Il doit alors démontrer que celui-ci aurait accepté l'opération même s'il avait été dûment informé. Si le fardeau de la preuve incombe là aussi au médecin, le patient doit 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 effet, il ne faut en règle générale pas se baser sur le modèle abstrait d'un «patient raisonnable», mais sur la situation personnelle et concrète du patient dont il s'agit. 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. Par ailleurs, le consentement hypothétique ne doit en principe 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 (ATF 133 III 121 consid. 4.1.3 ; TF 4A 487/2016 précité consid. 3.2).

Le consentement hypothétique est en principe admis lorsque le risque est exceptionnel, un risque survenant dans une proportion de l'ordre de 1% ayant été qualifié comme tel par certaines décisions du Tribunal fédéral (ATF 66 II 36 ;

TF 4A\_604/2008 précité consid. 2.4 ; TF 4P.110/2003 précité consid. 3.1.1) ou lorsque l'intervention est nécessaire ou urgente. Plus le risque est lourd, moins le consentement hypothétique sera admis (CJ GE, ACJC/754/2017 du 23 juin 2017 consid. 2.1.2).

En résumé, la rareté du risque peut non seulement permettre de nier un devoir d'information du médecin, mais aussi justifier l'existence d'un consentement hypothétique du patient.

## **6.3**

### **6.3.1**

**6.3.1.1** S'agissant de l'opération du 1<sup>er</sup> novembre 2005, les premiers juges ont admis que la preuve d'un consentement éclairé de l'appelante n'avait pas été apportée, l'expert gynécologue ayant constaté que celle-ci n'avait pas été suffisamment renseignée sur les complications de cette opération. Ils ont en revanche admis un consentement hypothétique de l'appelante. Selon les premiers juges, l'expert gynécologue avait en effet relevé que, au vu de l'anémie grave dont souffrait l'appelante à cette période, l'absence d'intervention chirurgicale l'aurait exposée aux risques de devoir être hospitalisée et de subir des transfusions sanguines en urgence et éventuellement une intervention chirurgicale en urgence avec un risque d'hystérectomie, l'expert ayant encore indiqué que l'intervention médicale litigieuse était nécessaire sans quoi il y avait un risque vital pour la patiente. Cette appréciation était en outre confirmée par les résultats de l'expertise hors procès, indiquant que l'opération proposée était l'une des seules options thérapeutiques permettant à la fois de maintenir les chances de grossesse de l'appelante et de mettre fin à ses saignements. Compte tenu des désirs d'enfants de l'appelante, il apparaissait clair, pour les premiers juges, que celle-ci aurait consenti à ladite opération, même en ayant été informée des risques y relatifs.

**6.3.1.2** L'appelante oppose à cette appréciation les affirmations de l'expert gynécologue selon lesquelles, en août 2005, ses chances d'avoir un enfant étaient quasi-inexistantes, car elle présentait un utérus avec de multiples fibromes et une anémie importante. Or, les premiers juges ne se

sont pas uniquement fondés sur le désir d'enfant de l'appelante pour admettre son consentement hypothétique, mais ont tenu compte avant tout des conclusions de l'expert judiciaire, selon lesquelles l'intervention était nécessaire, sous peine de risque vital pour la patiente et de devoir subir en urgence des transfusions sanguines voire une intervention chirurgicale urgente. Le motif lié au désir d'enfant de l'appelante n'a été qu'un argument supplémentaire, les premiers juges indiquant à cet égard que leur analyse « [était] confortée par l'appréciation de l'expert hors procès », qui a retenu que l'opération proposée était l'une des seules options thérapeutiques permettant à la fois de mettre fin aux saignements de l'appelante et de maintenir ses chances de grossesse. Il y a encore lieu de relever que, si, d'un point de vue médical, les espoirs de grossesse de l'appelante étaient extrêmement faibles à cette époque, le désir d'enfanter était présent au moment de consulter l'intimé en août 2005. Il ressort en effet de l'état de fait du jugement entrepris que l'intimé a été conseillé à l'appelante par la soeur de celle-ci dès lors qu'il était favorable à une grossesse alors que les précédents gynécologues consultés y étaient réticents. En outre, en octobre 2006, l'appelante a revu l'intimé en vue de faire des investigations sur sa fertilité et une analyse du sperme de son mari a été effectuée en parallèle. Puis, deux inséminations par stimulation ovarienne et insémination intra-utérine ont été effectuées sur l'appelante, sans succès. Ces différentes démarches démontrent la volonté ferme de l'appelante de tomber enceinte à cette période, peu importe que les chances aient été extrêmement faibles d'un point de vue médical.

Au vu de ces éléments, il convient de retenir que l'appelante aurait accepté de subir l'opération litigieuse même en ayant été dûment informée des risques y relatifs. L'appréciation des premiers juges concernant le consentement hypothétique de l'appelante doit dès lors être confirmée.

### **6.3.2**

**6.3.2.1** S'agissant de l'opération du 18 juin 2007, les premiers juges ont relevé que, selon l'expert gynécologue, la complication présentée par l'appelante était rare et se réalisait dans moins de 1% des cas. Or de leur

avis, l'on ne pouvait reprocher à l'intimé de ne pas avoir informé l'appelante d'un risque qui ne se produit que dans un tel pourcentage, de sorte qu'aucune violation de son devoir d'information ne pouvait être admise. Les premiers juges ont considéré par surabondance qu'un consentement hypothétique en lien avec cette opération pouvait également être opposé à l'appelante, laquelle souhaitait entamer ensuite une procédure d'ICSI, seule possibilité de réaliser son désir d'enfant.

**6.3.2.2** L'appelante conteste l'appréciation des premiers juges selon laquelle l'information du risque litigieux pouvait être omise au motif qu'il serait rare. Elle se réfère à cet effet au rapport d'expertise judiciaire de l'expert gynécologue qui indique que, bien que cette complication soit rare, la Société Suisse de Gynécologie recommande à ses membres l'utilisation de protocoles d'information qui mentionnent ce risque.

Cela étant, l'expert gynécologue a estimé que les complications sous forme d'une plaie digestive étaient rares et se situaient à moins de 1%. Ce taux est inférieur au seuil de 1% fixé par la jurisprudence sus-rappelée, de sorte que l'on ne saurait retenir une violation par l'intimé de son devoir d'information. Le fait que le protocole d'information établi par la Société Suisse de Gynécologie mentionne ce risque n'y change rien. On ignore d'ailleurs si ces protocoles contiennent tous les risques envisagés, même rares, ou seulement certains d'entre eux. L'appelante soutient également à tort que la complication litigieuse surviendrait non pas dans 1% des cas mais chez 10% à 20% des patients ayant subi une opération abdominale. Elle se réfère en effet sur ce point aux conclusions de l'expertise relatives à une allégation qui ne concernait pas la plaie digestive intervenue à la suite de l'opération litigieuse, mais l'éventration survenue à la suite de l'opération pratiquée par le Dr W. \_\_\_\_\_ le 21 juin 2007.

C'est donc à juste titre que les premiers juges ont retenu que l'intimé n'avait pas le devoir d'informer sa patiente du risque de plaie digestive, compte tenu de sa rareté. Il en découle qu'une responsabilité de sa part pour défaut de consentement éclairé ne peut pas être admise.

Dans tous les cas, même s'il fallait admettre que l'intimé ait violé son devoir d'information s'agissant de l'opération du 18 juin 2007, il n'en résulterait aucune conséquence sur l'issue du litige. Il faudrait en effet retenir, dans cette hypothèse et à l'instar de ce qu'ont fait les premiers juges, que l'appelante aurait de toute façon consenti à cette intervention (consentement hypothétique). D'abord compte tenu de la rareté du risque présenté, le consentement hypothétique devant en principe être admis lorsque le risque est exceptionnel selon la jurisprudence. Ensuite, parce que les motifs personnels invoqués par l'appelante pour justifier le fait qu'elle aurait refusé l'intervention proposée ne peuvent pas être admis. L'appelante invoque en effet que d'autres interventions moins invasives auraient été préférées, si celles-ci lui avaient été proposées, pour vérifier la présence de fibromes et l'état de ses trompes. D'après elle, une simple échographie ou une IRM aurait permis de vérifier la présence de fibromes et une hystérosalpingographie ou un test au bleu aurait permis de vérifier l'état de ses trompes. Ces éléments ne peuvent toutefois pas remettre en question l'existence d'un consentement hypothétique dans la mesure où l'opération du 18 juin 2007 avait été choisie en vue d'entamer une procédure d'ICSI permettant de concrétiser le désir d'enfant de l'appelante. Il y a lieu de rappeler que ce désir était toujours présent à cette époque, dès lors que deux inséminations avaient été effectuées en 2006 et qu'en 2007, un ultrason vaginal avait été pratiqué dans le but d'envisager une ICSI. Ainsi, les premiers juges pouvaient considérer que, dûment informée, l'appelante n'aurait pas refusé de se soumettre à l'opération préconisée par l'intimé. Au vu du caractère exceptionnel du risque qui s'est réalisé, mais aussi du désir d'enfant de l'appelante, il y a lieu de retenir que celle-ci aurait assumé ce risque pour suivre le traitement proposé.

Force est dès lors de conclure que les premiers juges n'ont pas violé le droit fédéral en retenant qu'aucune violation du devoir d'information n'avait été commise par l'intimé s'agissant de l'opération du 18 juin 2007.

**6.3.3** En définitive, le grief doit être rejeté, aucune violation du devoir d'information ne pouvant être reprochée à l'intimé au regard des deux opérations litigieuses.

## **7.**

**7.1** L'appelante invoque une violation des règles de l'art par l'intimé.

**7.2** Selon la jurisprudence, en matière de responsabilité médicale, l'illicéité peut reposer sur la violation des règles de l'art (TF 4A\_547/2019 précité consid. 4.2).

Les règles de l'art médical constituent des principes établis par la science médicale, généralement reconnus et admis, communément suivis et appliqués par les praticiens (ATF 133 III 121 consid. 3.1 ; ATF 108 II 59 consid. 1 ; ATF 64 II 200 consid. 4a ; Müller, Responsabilité civile du médecin, in : Quelques actions en responsabilité Neuchâtel, n. 17). Il s'agit donc d'appliquer les usages professionnels, les devoirs qui s'imposent à tous les membres d'une même corporation, les règles générales dont l'ignorance constituerait une faute grave et les soins usuels. Il n'existe cependant aucune définition des règles de l'art. Le Tribunal fédéral, d'ailleurs, a reconnu que dans une profession si complexe où les opinions sont multiples et parfois divergentes, et dans une science si évolutive, il est difficile de fixer des procédés constants ou de codifier les règles de l'art trop mouvantes. Aussi, les tribunaux, s'appuyant sur l'avis des experts, doivent-ils donner de cas en cas une portée juridique aux règles de l'art (Ney, La responsabilité des médecins et de leurs auxiliaires notamment à raison de l'acte opératoire, thèse, Lausanne 1979, pp. 160-161). Savoir si le médecin a violé son devoir de diligence est une question de droit ; dire s'il existe une règle professionnelle communément admise, quel était l'état du patient et comment l'acte médical s'est déroulé relève du fait (ATF 133 III 121 consid. 3.1, JdT 2008 I 103). En règle générale, le juriste est incapable de savoir si le médecin a fait ce qu'il fallait faire dans

un cas d'espèce. C'est à l'expert médical de trancher cette question scientifique (Müller, op. cit., n. 17).

**7.3** En l'espèce, les premiers juges ont suivi les conclusions de l'expertise judiciaire ainsi que de l'expertise hors procès, d'après lesquelles les opérations litigieuses avaient été exécutées dans les règles de l'art.

L'appelante invoque une violation de ces règles en se fondant exclusivement sur les rapports d'expertise privée des Dr. B.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ établis en juin et septembre 2019. Comme on l'a vu, l'art. 229 CPC empêche toutefois que les éléments ressortant de ces rapports puissent être pris en compte.

Dès lors qu'il n'y a aucune raison de s'écarter des conclusions des expertises judiciaire et hors procès, il convient de confirmer l'appréciation des premiers juges selon laquelle l'intimé n'a pas violé les règles de l'art. Au demeurant, il sied de rappeler qu'une expertise privée, comme celle des Dr. B.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, a peu de force probante (cf. ATF 141 III 435).

**8.** Dans la mesure où la première condition de la responsabilité contractuelle de l'intimé, à savoir la violation par celui-ci de son devoir d'information ou des règles de l'art, n'est pas réalisée, la prétention de l'appelante en paiement de dommages-intérêts doit être rejetée.

**9.**

**9.1** Au vu de ce qui précède, l'appel doit être rejeté selon le mode procédural prévu par l'art. 312 al. 1 CPC et le jugement entrepris confirmé.

**9.2** L'appelante a requis d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire dans le cadre de la procédure d'appel.

Nonobstant le rejet de l'appel, il convient de faire droit à cette requête, les conditions cumulatives d'octroi de l'assistance judiciaire prévues à l'art. 117 CPC étant réalisées. Me Amandine Torrent est dès lors désignée en qualité de conseil d'office de l'appelante avec effet au 10 mars 2021, date indiquée dans le formulaire de demande d'assistance judiciaire signé par l'appelante.

**9.3** Au vu de l'issue de la procédure d'appel, les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 14'267 fr. (art 62 al. 1 TFJC [tarif des frais judiciaires civils du 28 septembre 2010 ; BLV 270.11.5]), seront mis à la charge de l'appelante (art. 106 al. 1 CPC), ce montant étant toutefois provisoirement assumé par l'Etat compte tenu de l'assistance judiciaire qui lui a été octroyée (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC).

**9.4** Me Amandine Torrent, conseil d'office de l'appelante, a droit à une rémunération pour ses opérations et débours dans la procédure d'appel (art. 122 al. 1 let. a CPC). Cette avocate a produit, le 12 octobre 2021, une liste des opérations indiquant un temps de travail de 16 heures consacré à la procédure de deuxième instance. Compte tenu de la nature de la cause et de ses difficultés en fait et en droit ainsi que des opérations effectuées – notamment la rédaction d'un appel de 54 pages –, le temps de travail indiqué apparaît adéquat, sous réserve de la durée de 30 minutes comptabilisée pour la rédaction d'une lettre à la cliente le 24 février 2021 dont il n'y a pas lieu de tenir compte, cette opération ayant été réalisée avant l'octroi de l'assistance judiciaire. En définitive, ce sont 15,5 heures de travail qui doivent être indemnisées en lien avec les opérations effectuées par Me Torrent pendant la procédure de deuxième instance.

Au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; BLV 211.02.3]), le défraiement de Me Amandine Torrent pour ses honoraires doit ainsi être arrêté à 2'790 fr. (15,5h x 180 fr.), montant auquel il faut ajouter

55 fr. 80 (2'790 fr. x 2%) à titre de débours forfaitaires (art. 3bis al. 1 RAJ) et la TVA au taux de 7,7 % sur le tout, par 219 fr. 10 (2'845 fr. 80 x 7,7%), ce qui équivaut à une somme totale arrondie de 3'065 francs.

**9.5** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité à son conseil d'office mis provisoirement à la charge de l'Etat, dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 CPC). Il incombe à la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes de fixer le principe et les modalités de ce remboursement (art. 39a du Code du 12 janvier 2010 de droit privé judiciaire vaudois [CDPJ; BLV 121.02]).

**9.6** Il n'y a pas lieu à l'allocation de dépens, l'intimé n'ayant pas été invité à se déterminer sur l'acte d'appel.

Par ces motifs,  
la Cour d'appel civile  
p r o n o n c e :

- I.** L'appel est rejeté.
- II.** Le jugement est confirmé.
- III.** La requête d'assistance judiciaire de l'appelante P.\_\_\_\_\_ est admise, Me Amandine Torrent lui étant désignée en qualité de conseil d'office avec effet au 10 mars 2021.
- IV.** Les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 14'267 fr. (quatorze mille deux cent soixante-sept francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat pour l'appelante P.\_\_\_\_\_.

**V.** L'indemnité de Me Amandine Torrent, conseil d'office de l'appelante P.\_\_\_\_\_, est arrêtée à 3'065 fr. (trois mille soixante-cinq francs), TVA et débours compris.

**VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité à son conseil d'office mis provisoirement à la charge de l'Etat, dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 CPC).

**VII.** L'arrêt est exécutoire.

La présidente :

Le greffier :

Du

Le présent arrêt, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Amandine Torrent (pour P.\_\_\_\_\_),
- Me Daniel Pache (pour F.\_\_\_\_\_),

et communiqué, par l'envoi de photocopies, à :

- Mme la Juge président la Chambre patrimoniale cantonale.

La Cour d'appel civile considère que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 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), le 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).

Le greffier :