

**COUR D'APPEL CIVILE**

---

---

Arrêt du 9 septembre 2024

---

Composition : Mme CRITTIN DAYEN, présidente  
M. Krieger et Mme Cherpillod, juges  
Greffière : Mme Umulisa Musaby

\*\*\*\*\*

**Art. 8 CC ; 101 al. 1 et 398 al. 2 CO**

Statuant sur l'appel interjeté par **C.**\_\_\_\_\_, à [...],  
demanderesse, contre le jugement rendu le 26 septembre 2023 par la  
Chambre patrimoniale cantonale dans la cause la divisant d'avec l'**ETAT  
DE VAUD**, représenté par la Direction générale des affaires  
institutionnelles et des Communes (DGAIC), les **Y.**\_\_\_\_\_, à [...],  
**X.**\_\_\_\_\_, à Berne, et **R.**\_\_\_\_\_, à [...], défendeurs, la Cour d'appel civile  
du Tribunal cantonal considère :

**En fait :**

**A.** Par jugement rendu sous forme de dispositif le 26 septembre 2023, dont les motifs ont été notifiés à la demanderesse le 6 février 2024, la Chambre patrimoniale cantonale (ci-après : la CPAT ou les premiers juges) a rejeté la demande déposée le 29 juin 2017 par la demanderesse C. \_\_\_\_\_ contre les défendeurs Etat de Vaud, les Y. \_\_\_\_\_, X. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ (I), a mis à la charge de la demanderesse les frais judiciaires, ainsi que les dépens et a statué sur l'indemnité de Me Christian Chillà, conseil d'office de la demanderesse (II à VII).

La demanderesse avait ouvert devant la CPAT une action en responsabilité civile, à la suite du décès de son compagnon M. \_\_\_\_\_ et père de sa fille, survenu le 23 août 2008. La veille, ce dernier avait été pris en charge par le Dr. X. \_\_\_\_\_, médecin assistant, et l'infirmière R. \_\_\_\_\_, au sein des Y. \_\_\_\_\_. La demanderesse soutenait que le défendeur Etat de Vaud répondait des actes reprochés aux autres parties défenderesses et disposait, par conséquent, de la légitimation passive. Elle plaidait en outre que l'action n'était pas prescrite dès lors que la prescription plus longue de l'action pénale était applicable en l'espèce. Enfin, elle faisait valoir que la responsabilité des défendeurs était engagée. Selon elle, tant le défendeur X. \_\_\_\_\_ que la défenderesse R. \_\_\_\_\_ avaient violé leurs devoirs de diligence en s'abstenant de procéder à un examen clinique correct et en posant un faux diagnostic. Selon elle, aussi bien les conditions de responsabilité prévues par la loi sur la responsabilité de l'Etat, des communes et de leurs agents du 16 mai 1961 (LRECA ; BLV 170.11) que par le Code des obligations étaient remplies. Tous les défendeurs ont soulevé l'exception de prescription. Examinant le moyen tiré de l'absence de légitimation passive de l'Etat de Vaud, les premiers juges ont observé que les Etablissements Y. \_\_\_\_\_ était une association au sens des art. 60 ss CC dont le but était notamment l'exploitation d'établissements hospitaliers et médico-sociaux [...]. Membre de la Fédération des hôpitaux vaudois, les Y. \_\_\_\_\_ avaient un statut d'hôpital reconnu d'intérêt public au sens de l'art. 3 al. 1 de la loi

sur la planification et le financement des établissements sanitaires publics du 5 décembre 1978 (LPFES ; BLV 810.01) et de l'art. 144 de la loi sur la santé publique du 29 mai 1985 (LSP ; BLV 800.1). Ils ont jugé qu'à défaut de la jurisprudence fédérale, il convenait de suivre la jurisprudence vaudoise selon laquelle un hôpital privé reconnu d'intérêt public ne pouvait pas être soumis au droit public. Il s'ensuivait que la LRECA - réservée par l'art. 61 CO et dont les art. 4 et 5 prévoient une responsabilité exclusive de l'Etat pour le dommage que ses agents causent à des tiers de manière illicite - n'était pas applicable en l'espèce. L'Etat de Vaud n'avait dès lors pas de légitimation passive. La réponse à cette question n'avait de toute façon pas d'incidence sur le sort du litige. La CPAT a par ailleurs renoncé à procéder à l'examen de la prescription de l'action civile, la demande devant de toute manière être rejetée pour les motifs qui suivent.

La CPAT a en effet relevé que les relations qui lient les défendeurs Y.\_\_\_\_\_ aux patients relevaient du droit privé, plus précisément d'un mandat au sens des art. 394 ss CO, et que les Y.\_\_\_\_\_ répondaient selon l'art. 101 CO du dommage causé par ses auxiliaires, en l'occurrence le Dr. X.\_\_\_\_\_ et l'infirmière R.\_\_\_\_\_, auxquelles ils avaient confié de manière licite l'exécution de ses obligations contractuelles. Elle a ensuite examiné si le Dr. X.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ avaient violé leur devoir de diligence. A cet égard, elle a relevé qu'une violation des règles de l'art médical est réalisée lorsqu'un diagnostic est indéfendable dans l'état de la science ou sort du cadre médical considéré objectivement. Le médecin ne répond d'une appréciation erronée que si celle-ci est indéfendable ou se fonde sur un examen objectivement insuffisant. En l'occurrence, les deux expertises judiciaires confiées au Prof. B.\_\_\_\_\_ d'une part et au Dr. V.\_\_\_\_\_ d'autre part étaient concordantes sur le caractère excusable de l'erreur de diagnostic. Elles indiquaient que le diagnostic d'une obstruction intestinale débutant dont souffrait M.\_\_\_\_\_ était très difficile à poser, même pour des médecins expérimentés. De plus, l'autopsie n'avait pas permis d'établir avec certitude les causes du décès. On ne pouvait dès lors pas considérer que le Dr. X.\_\_\_\_\_ avait violé son obligation de diligence en posant un faux

diagnostic. On ne pouvait pas retenir que les vomissements du patient après le lavement aient été rapportés par la demanderesse ou par M. \_\_\_\_\_ aux défendeurs X. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ ou que ces derniers en aient été au courant d'une autre manière. On ne pouvait dès lors pas leur reprocher de n'en avoir pas tenu compte. La CPAT a également examiné l'argument de la demanderesse selon laquelle l'acte illicite découlait de la mauvaise organisation des défendeurs Y. \_\_\_\_\_. Elle a considéré qu'il n'était pas établi que le fait que le défendeur X. \_\_\_\_\_ ne soit pas accompagné d'un superviseur la nuit du 21 au 22 août 2008 constituait un acte illicite de la part des défendeurs Y. \_\_\_\_\_. D'une part, les deux experts judiciaires avaient précisé que cette structure était de mise dans tous les hôpitaux périphériques du canton. D'autre part, il n'était pas certain que le diagnostic posé aurait été différent si un superviseur avait pu observer M. \_\_\_\_\_, puisque même un médecin expérimenté n'aurait pas forcément été en mesure de poser le bon diagnostic. D'ailleurs, le Prof. A. \_\_\_\_\_ avait approuvé la prise en charge du médecin assistant, c'est-à-dire tant le diagnostic que les mesures thérapeutiques, et avait signé le dossier médical. Tout portait ainsi à croire que si le Prof. A. \_\_\_\_\_ avait été appelé par le défendeur X. \_\_\_\_\_ lors de la consultation de M. \_\_\_\_\_ aux urgences, celui-ci aurait également validé le diagnostic du médecin assistant, de sorte que le diagnostic et le traitement n'auraient pas été différents. Par ailleurs, on ne pouvait considérer que l'organisation des Y. \_\_\_\_\_ était déficiente en raison d'une communication interne inadéquate. Aucun élément au dossier ne permettait de retenir que la demanderesse avait réellement fait part à la défenderesse R. \_\_\_\_\_ que son compagnon avait vomi. On ne pouvait pas reprocher au médecin assistant de ne pas avoir eu connaissance de ce symptôme puisqu'on ignorait ce qui avait véritablement été dit, respectivement rapporté. Lors de l'appel téléphonique du 22 août 2008 vers 17h00, la demanderesse avait dit à une infirmière autre qu'R. \_\_\_\_\_ que son compagnon avait vomi. Cette infirmière qui n'avait certes pas connaissance du dossier médical de M. \_\_\_\_\_ avait néanmoins conseillé de se rendre aux urgences de l'hôpital de [...], afin que M. \_\_\_\_\_ soit examiné par un praticien. Le Prof. B. \_\_\_\_\_ avait qualifié ce comportement de correct et judicieux. La CPAT a relevé qu'elle ne

disposait pas d'éléments permettant de répondre à la question de savoir si le Dr. X. \_\_\_\_\_ avait été informé de cet événement et quelle avait été sa réaction. S'il était établi que ce médecin avait fini sa garde le 22 août 2008 aux alentours de 8 h, on ignorait toutefois à quel moment il avait repris le travail. De même, dans la mesure où on ignorait l'horaire de travail du Dr. X. \_\_\_\_\_ le 23 août 2023, on ne pouvait pas affirmer qu'il était encore à l'hôpital lorsque l'appelante avait envoyé son fax le 23 août 2023 à 8 h 19. La CPAT a également considéré que le dossier médical rempli par les intimés X. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ était certes succinct, de l'avis de l'expert judiciaire V. \_\_\_\_\_, et que certains éléments - tels les vomissements qu'auraient présenté le patient - pourraient être manquants. Cela était toutefois subordonné, toujours à dire d'expert, à l'hypothèse que l'appelante ait communiqué l'existence des vomissements, ce qui n'était pas établi. Il était sans incidence de savoir si le dossier médical devait être complet, de manière à mentionner tous les éléments obtenus par l'anamnèse et non uniquement les réponses positives. Selon la CPAT, même si l'expert avait souligné que l'organisation des intimés Y. \_\_\_\_\_ n'était pas optimale, la responsabilité de cette partie n'était pas engagée. Lors de l'anamnèse, M. \_\_\_\_\_ n'avait pas encore vomi, la demanderesse ayant toujours déclaré qu'il avait vomi après le lavement. Il importait dès lors peu de savoir si le Dr. X. \_\_\_\_\_ avait ou non posé la question à son patient et s'il devait ou non retranscrire sa réponse, puisqu'à ce moment-là, elle aurait été négative. La CPAT a également retenu qu'on ne pouvait pas reprocher au corps médical de ne pas avoir indiqué à la demanderesse et à M. \_\_\_\_\_ que ce dernier était en danger de mort, puisque l'expert judiciaire V. \_\_\_\_\_ avait indiqué que le corps médical et soignant ne pouvait pas se douter que sa vie était en danger lorsqu'il avait quitté les urgences. Pour ces motifs, la CPAT a considéré qu'aucune violation de l'obligation de diligence ni aucune faute ne pouvait être imputée aux défendeurs X. \_\_\_\_\_, R. \_\_\_\_\_ et Y. \_\_\_\_\_. Les deux premiers cités avaient agi conformément aux règles de l'art médical. Quant aux Y. \_\_\_\_\_, une éventuelle désorganisation à l'origine du décès de M. \_\_\_\_\_ n'avait pu être établie. Enfin, s'agissant du défendeur Etat de Vaud, même s'il avait la légitimation passive, il n'aurait pas eu à répondre des actes de ses agents

sur la base de la LRECA, au vu de ce qui précède. Pour ces motifs, la demande devait être rejetée sans qu'il y ait eu lieu d'examiner les conditions de l'existence d'un dommage ou d'un lien de causalité.

**B.** Par appel du 7 mars 2024, C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'appelante) a conclu, avec suite de frais judiciaires et dépens, principalement à ce que la responsabilité civile de l'Etat de Vaud, des Y.\_\_\_\_\_, d'X.\_\_\_\_\_ et d'R.\_\_\_\_\_ soit reconnue et à ce qu'il soit statué à nouveau sur les frais judiciaires et dépens de première instance, la cause étant renvoyée à la CPAT pour qu'elle statue sur les autres conditions de la responsabilité des parties intimées, en particulier sur le lien de causalité et le dommage. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation du jugement attaqué et au renvoi de la cause à l'autorité précédente pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

Par avis du 15 mars 2024, l'appelante a été informée qu'elle était en l'état dispensée de l'avance de frais et que la décision définitive sur sa requête d'assistance judiciaire était réservée.

Les intimés Etat de Vaud, Y.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_, ainsi qu'R.\_\_\_\_\_ n'ont pas été invités à déposer une réponse.

Par avis du 16 avril 2024, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger, qu'il n'y aurait pas d'échange d'écriture et qu'aucun fait ou moyen de preuve nouveau ne serait pris en considération.

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

**1.** Le 22 août 2008, vers 2h00 du matin, M.\_\_\_\_\_, né le 10 août 1964, a consulté le service des urgences des intimés Y.\_\_\_\_\_, souffrant de vives douleurs au bas ventre, sous forme de colique. Il a été pris en charge par l'intimée R.\_\_\_\_\_, infirmière expérimentée, et par l'intimé

X.\_\_\_\_\_, médecin assistant. M.\_\_\_\_\_ est venu à l'hôpital avec l'appelante, sa compagne, enceinte de leur future fille ([...], née le 17 décembre 2008). L'appelante et son compagnon faisaient ménage commun depuis de nombreuses années et avaient décidé de se marier.

**a)** Dès son arrivée à l'hôpital, l'intimée R.\_\_\_\_\_ lui a pris les constantes vitales. Elle a ensuite demandé au Dr. X.\_\_\_\_\_, médecin assistant de garde selon le système en place aux urgences des Y.\_\_\_\_\_, de venir examiner M.\_\_\_\_\_. Lors de sa prise en charge, il n'y avait pas de chef de clinique ou de médecin chef de garde à l'hôpital. Le Prof. A.\_\_\_\_\_, médecin chef en chirurgie, était le superviseur de X.\_\_\_\_\_ et pouvait être appelé principalement en cas d'opération importante. Selon lui, le Dr. X.\_\_\_\_\_ avait toutes les qualifications requises pour assurer seul le service des urgences des Y.\_\_\_\_\_.

En premier lieu, l'intimé X.\_\_\_\_\_ a demandé à M.\_\_\_\_\_ quels étaient les motifs de sa consultation aux urgences. Ce dernier a répondu qu'il souffrait de vives douleurs dans le bas ventre sous forme de coliques. Au début de la prise en charge de M.\_\_\_\_\_, l'appelante n'était pas à ses côtés puisqu'elle devait remplir des formalités administratives aux admissions. Elle n'a ainsi pas assisté à l'anamnèse de son compagnon, de sorte qu'elle ignore ce que M.\_\_\_\_\_ a dit ou pas au médecin à cette occasion.

L'intimé X.\_\_\_\_\_ a procédé ensuite à l'auscultation et à la palpation de l'abdomen de M.\_\_\_\_\_. Puis, il a demandé des analyses laboratoires de sang et d'urine, ainsi qu'une radiographie. Le médecin a diagnostiqué une coprostase du côlon descendant avec de l'air dans le colon ascendant, plus communément appelée constipation. Il a en conséquence prescrit un lavement évacuateur - qui ne permet pas de nettoyer tout le tube digestif puisqu'il n'atteint que les parties basses - lequel a été effectué aux urgences par l'intimée R.\_\_\_\_\_. Entendue en qualité de partie, celle-ci a déclaré que le lavement s'est déroulé jusqu'au bout et sans aucune complication.

Une fois le lavement effectué, l'intimé X. \_\_\_\_\_ a demandé à M. \_\_\_\_\_ s'il était soulagé, ce qui semblait être le cas. L'intimé X. \_\_\_\_\_ lui a expliqué son diagnostic et lui a prescrit du Transipeg (un laxatif) sous la forme d'une solution buvable pour aller à selles. Avant de laisser sortir M. \_\_\_\_\_ du service des urgences, il lui a donné pour consigne, s'il ne constatait pas d'amélioration, de consulter son médecin traitant ou de revenir à l'hôpital. Il lui a remis une copie complète de son dossier médical pour le donner à son médecin traitant, moment auquel l'appelante a assisté. M. \_\_\_\_\_ et l'appelante ont rejoint leur domicile commun vers 4 h 15.

Durant son passage aux urgences des Y. \_\_\_\_\_, M. \_\_\_\_\_ a reçu du Perfalgan, soit du dafalgan par intraveineuse, et du Toradol, soit un antidouleur plus puissant que le perfalgan, en raison des douleurs dont il souffrait. Ces médicaments ont été administrés par le personnel soignant, sur ordre de l'intimé X. \_\_\_\_\_. La fiche de suivi remplie par celui-ci dans le dossier de M. \_\_\_\_\_ contient les rubriques suivants : anamnèse (AA), antécédents (ATCD), status (St), analyses laboratoires (Labo), radiographie (Rx), diagnostic (Dg) et attitude (Att). La feuille de surveillance des infirmières des urgences contient la date et l'heure de la prise en charge de M. \_\_\_\_\_, ses constantes vitales, le diagnostic établi, les analyses laboratoires demandées, ainsi que l'heure et la mention de la médication administrée. Le dossier médical de M. \_\_\_\_\_ ne comprend aucune mention dans l'anamnèse de vomissements, de stents ou d'aspirine cardio. Aucun médicament n'a été prescrit contre des vomissements. Le Prof. A. \_\_\_\_\_ a confirmé lors de son audition par la Juge déléguée de la CPAT que les patients étaient interrogés sur l'existence d'allergies, la médication et les antécédents médicaux chirurgicaux. Selon lui, lors de la rédaction du document des urgences, il n'y a pas lieu de faire l'inventaire de ce dont le patient ne souffre pas ou n'a jamais souffert ni de faire l'inventaire de problèmes qui n'existent pas. Le Prof. A. \_\_\_\_\_ a confirmé qu'il n'y avait pas de règle absolue concernant les informations qui devaient être inscrites dans les dossiers médicaux et que la pratique de l'époque était de mettre surtout les éléments positifs, de même que les éléments positifs ou négatifs

significatifs pour l'établissement du diagnostic et pour décider de la prise en charge. Il pensait que depuis les faits litigieux, les dossiers étaient devenus plus structurés mais que la trame restait la même.

**b)** Au terme de sa garde, soit le 22 août 2008 au matin, l'intimé X. \_\_\_\_\_ a présenté le cas de M. \_\_\_\_\_ à son supérieur, le Prof. A. \_\_\_\_\_, lors du colloque de reprise de garde, puisque toutes les radiographies effectuées durant la garde de nuit étaient systématiquement présentées au colloque du matin. Chaque dossier contenant des examens radiographiques y était présenté avec l'anamnèse, le status, le diagnostic et le traitement. Le Prof. A. \_\_\_\_\_ a approuvé la prise en charge que ce dernier avait effectuée, soit tant le diagnostic que les mesures thérapeutiques prescrites, et a signé le dossier médical. Par ailleurs, le Dr. W. \_\_\_\_\_, chef de clinique, a également validé la prise en charge de M. \_\_\_\_\_, quelques jours après l'annonce du décès de ce dernier.

**c)** Toujours le vendredi 22 août 2008, l'appelante, en congé, a passé sa journée auprès de M. \_\_\_\_\_. Ce dernier ressentait toujours d'importantes douleurs et était sujet à des vomissements. A 17h, ne constatant pas d'amélioration de l'état de santé de son compagnon depuis la veille, l'appelante a pris contact par téléphone avec le service des urgences des intimes Y. \_\_\_\_\_ pour leur demander s'il était normal que, depuis leur passage dans leur service, M. \_\_\_\_\_ n'arrêtait pas de vomir. Son interlocutrice, une infirmière du service des urgences des intimes Y. \_\_\_\_\_ autre qu'R. \_\_\_\_\_, lui a répondu qu'elle ne pouvait pas se prononcer sur cette question par téléphone. Elle lui a ainsi conseillé de se rendre aux urgences de l'hôpital de [...], lequel était équipé d'un service de radiologie, pour que M. \_\_\_\_\_ y soit examiné par un praticien qui le réorienterait au service des urgences des Y. \_\_\_\_\_ s'il l'estimait nécessaire. M. \_\_\_\_\_ a toutefois décliné la proposition en indiquant à sa compagne qu'il ne souhaitait pas s'y rendre, que c'était bon et que cela allait passer.

**d)** Au matin du samedi 23 août 2008, M.\_\_\_\_\_ avait une tête de « mort-vivant » selon les termes utilisés par l'appelante. Il était toutefois debout, mobile et conscient. Bien qu'aucune amélioration de son état de santé n'ait eu lieu depuis plus de vingt-quatre heures après sa consultation aux urgences des intimés Y.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_ est demeuré à son domicile. Avant de se rendre au travail pour la demi-journée, l'appelante s'est procuré, vers 8 h 00, de l'Itinerol B6 pour son compagnon, soit un anti-vomitif, à la pharmacie de [...]. A 8 h 19, depuis sa place de travail, soit l'Office postal de [...], l'appelante a faxé au service des urgences des intimés Y.\_\_\_\_\_, à l'attention de l'intimé X.\_\_\_\_\_, une quittance de la pharmacie de [...]. Elle l'a prié de bien vouloir établir une ordonnance médicale afin que M.\_\_\_\_\_ puisse se faire rembourser le coût de l'Itinerol B6 par son assurance-maladie dès lors qu'il n'avait pas cessé de vomir.

**2.** M.\_\_\_\_\_ a été retrouvé inanimé par l'appelante le samedi 23 août 2008 vers 12h30. Il est décédé le même jour au Centre [...].

**3.** Suite au décès de M.\_\_\_\_\_, une instruction pénale a été ouverte le 23 août 2008 sous n° PE08.[...] à l'encontre des intimés Y.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ pour homicide par négligence, de même que contre l'appelante pour omission de prêter secours. L'appelante était assistée par un avocat dès le début de la procédure pénale.

**a)** Lors de son audition du 24 août 2008 par la Police cantonale, l'appelante a indiqué avoir dit à l'infirmière que M.\_\_\_\_\_ avait vomi à deux reprises dans les toilettes des Y.\_\_\_\_\_ après le lavement, ce qui aurait été confirmé par ce dernier à l'infirmière. L'appelante n'a pas prétendu avoir informé le médecin des vomissements de M.\_\_\_\_\_.

Lors de son audition du 8 janvier 2010 par le Juge d'instruction de l'arrondissement de Lausanne, l'appelante a déclaré qu'elle avait communiqué à l'infirmière les vomissements lors de leur passage aux

urgences des Y.\_\_\_\_\_, mais qu'elle pensait que cette information n'avait pas été transmise au médecin. Elle a ajouté qu'elle n'avait pas « redit au médecin que M.\_\_\_\_\_ avait vomi ». L'appelante a également dit qu'elle avait mis des boules quiès pour dormir le 22 août 2008 au soir.

Lors de son audition du 13 janvier 2012 par le Ministère public de l'arrondissement de Lausanne, l'appelante a modifié ses déclarations en indiquant qu'elle avait informé le médecin des vomissements de M.\_\_\_\_\_. Elle a justifié ce revirement par une discussion qu'elle avait eue avec sa mère. A la question de savoir pourquoi elle avait mis des boules quiès comme relaté dans l'audition du 8 janvier 2010, elle a répondu qu'« [elle] n'en a[vait] pas mises, s'il n'a[vait] pas dormi avec [elle] ».

**b)** Le 15 avril 2010, l'intimé X.\_\_\_\_\_ a été entendu par le Juge d'instruction de l'arrondissement de Lausanne. Il a déclaré avoir demandé à M.\_\_\_\_\_ s'il avait eu des opérations au niveau du ventre. Celui-ci lui avait répondu qu'il avait eu une appendicectomie et une cure d'hernie inguinale. Il avait précisé à l'intimé qu'il avait de la peine à aller à la selle et qu'il avait déjà eu des épisodes de constipation dans le passé. Le médecin avait ensuite procédé à l'auscultation et à la palpation de l'abdomen de M.\_\_\_\_\_, ce qui n'a rien révélé d'anormal, les bruits de fréquences et tonalités étant normales. Il a expliqué que des bruits plus aigus que la normale peuvent indiquer un ralentissement du transit et l'absence de bruits un arrêt complet du transit. S'agissant de M.\_\_\_\_\_, les bruits étaient normaux. Il avait aussi effectué un examen de l'abdomen. Celui-ci était souple et dépressible, ne présentant pas de défense, ni de détente. Les loges rénales étaient souples et indolores. Le médecin avait ensuite demandé des analyses laboratoires de sang et d'urine, ainsi qu'une radiographie, lesquelles étaient destinées à la recherche d'air libre dans la cavité abdominale. Il voulait « exclure quelque chose de grave ». Ses leucocytes étaient « légèrement augmentés » à 15,3 g/l, la norme étant de 3 à 10 g/l. Pour le médecin, cela pouvait être le signe « d'une inflammation ou de nombre d'autres choses ». Il s'agit d'un paramètre difficile à interpréter. Les autres

résultats étaient dans la norme. « Au regard des résultats de laboratoire et de la radio, qui montrait une accumulation de selles dans le côlon descendant », il avait diagnostiqué une constipation et donc prescrit un lavement, qui avait été fait aux urgences. Répondant au juge, l'intimé X.\_\_\_\_\_ a déclaré que M.\_\_\_\_\_ ne lui avait pas dit qu'il avait vomi. Toujours selon ses déclarations, il avait posé plusieurs questions à M.\_\_\_\_\_ sur sa situation, à savoir s'il avait vomi, la consistance de ses selles et s'il avait de la fièvre. Dès lors qu'il était de garde de nuit, il n'avait pas pu prendre connaissance du fax envoyé par l'appelante dès son arrivée à l'hôpital, mais seulement plus tard. Selon lui, ce fax avait été lu et examiné par un membre du personnel des urgences, qui l'avait ensuite mis dans son casier. Il a précisé que s'il avait été au courant des vomissements de M.\_\_\_\_\_, il aurait réexaminé le patient et l'aurait sans doute gardé pour la nuit, voire fait appel au chef de clinique. Sur la base des informations dont il disposait, il n'y avait pas de danger vital pour M.\_\_\_\_\_ dans l'immédiat. Il n'y avait donc pas de raison de le garder, ni de faire appel au chef de clinique. Il a également précisé que, de manière générale, le médecin assistant devait nécessairement faire appel au chef de clinique en cas de besoin opératoire ou lorsque les diagnostics ou les prises en charge n'étaient pas clairs. Par ailleurs, le médecin assistant devait faire appel au chef de clinique s'il ne disposait pas des compétences nécessaires à un acte particulier.

Lors de son audition par le Ministère public de l'arrondissement de Lausanne le 4 décembre 2012, l'intimé X.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'injection de calmant à M.\_\_\_\_\_ avait pu atténuer les douleurs, mais n'avait pas modifié les signes cliniques recherchés. Il a constaté, après avoir consulté le dossier médical du patient, n'avoir rien mentionné à propos des vomissements. Il a précisé que les questions relatives aux médicaments consommés sur prescription ou en automédication étaient posées à l'anamnèse et que lorsque la réponse était négative, elle n'était pas mentionnée dans le dossier. A la question de savoir si M.\_\_\_\_\_ avait fait mention de l'intervention chirurgicale subie en 2005 et ayant conduit à la pose de stents vasculaires abdominaux, il a répondu par la négative. Si le fait que M.\_\_\_\_\_ prenait

de l'aspirine cardio tous les jours n'était pas indiqué dans le dossier, c'était qu'il ne l'avait pas mentionné, à l'instar des nausées et des vomissements. Il a déclaré que lorsqu'il avait reçu le fax de l'appelante du 23 août 2008 – selon ses souvenirs après le décès de M. \_\_\_\_\_ -, il avait demandé à la secrétaire médicale des urgences de la rappeler pour lui dire qu'il ne pouvait pas faire cette ordonnance. L'appelante n'a toutefois pas reçu ce téléphone. Il a précisé que les colloques de reprise de garde duraient habituellement quinze minutes mais que leur durée était très variable ; elle dépendait notamment du nombre de radiographies à examiner. Le colloque du 22 août 2008 avait eu lieu à 8 h du matin.

**c)** Lors de son audition par le Juge d'instruction de l'arrondissement de Lausanne le 19 août 2010, à la question de savoir si l'intimée R. \_\_\_\_\_ avait été informée du fait que M. \_\_\_\_\_ avait vomi aux toilettes de l'hôpital, celle-ci a répondu ce qui suit :

*"Je ne me souviens pas que cela m'ait été dit. En outre, s'il l'avait déclaré je ne sais pas ce que cela aurait changé à la consultation. [...] Vous me demandez si j'aurais dû référer d'une information de la sorte au médecin. Je vous réponds par l'affirmative. [...]  
En consultant le dossier, je ne vois pas de mention de vomissement. Comme je l'ai déjà dit, ce symptôme aurait été rapporté au médecin."*

Lors de son audition par le Ministère public de l'arrondissement de Lausanne le 4 décembre 2012, l'intimée R. \_\_\_\_\_ a indiqué que le lavement devait être interrompu si le patient se sentait mal, présentait des douleurs abdominales exacerbées, des vomissements ou un mal-être. Elle ne se souvenait pas que M. \_\_\_\_\_ ait vomi durant le lavement, mais a confirmé que le lavement était interrompu s'il y avait des vomissements. Elle a précisé que tous les changements d'état du patient étaient soumis au médecin, y compris les vomissements. De manière générale, si un patient équipé d'une voie intraveineuse présentait des vomissements, un antiémétique lui était administré par voie intraveineuse. D'après le dossier, un tel médicament n'avait pas été prescrit à M. \_\_\_\_\_.

**d)** Lors de son audition par le Ministère public de l'arrondissement de Lausanne le 12 août 2014, [...], mère de l'appelante, a déclaré que sa fille lui avait dit qu'elle avait informé l'infirmière que M.\_\_\_\_\_ avait vomi à l'hôpital. La témoin a indiqué qu'elle avait demandé à sa fille si elle avait dit au médecin que M.\_\_\_\_\_ avait vomi, ce à quoi elle avait répondu par l'affirmative.

Lors de son interrogatoire par la Juge déléguée de CPAT, [...] a déclaré qu'elle ne se souvenait plus si l'appelante lui avait dit avoir informé le médecin ou l'infirmière des vomissements de M.\_\_\_\_\_.

**e)** La Chambre patrimoniale a relevé que le dossier médical ne faisait pas état d'éventuels vomissements, que cela soit dans la fiche remplie par l'intimé X.\_\_\_\_\_ ou celle établie par l'intimée R.\_\_\_\_\_. Elle a constaté qu'il n'a pas été établi, M.\_\_\_\_\_ aurait-il vomi à l'hôpital, que cela aurait été transmis à R.\_\_\_\_\_ ou à X.\_\_\_\_\_, les déclarations de l'appelante n'ayant pas plus de poids que les déclarations contraires de R.\_\_\_\_\_ et rien ne les corroborant.

**4.** La Dresse T.\_\_\_\_\_, médecin radiologue auprès des Y.\_\_\_\_\_, a conclu à une discrète coprostase dans un document établi le 26 août 2008.

**5.** Le 23 septembre 2008, l'appelante a établi une note « à qui de droit » dans laquelle elle a retracé les événements des 21 au 23 août 2008. Elle y a notamment écrit qu'elle avait informé l'infirmière du fait que M.\_\_\_\_\_ avait vomi après le lavement et que lorsqu'elle avait appelé les urgences le vendredi 22 août vers 17h00 pour leur dire que M.\_\_\_\_\_ n'avait pas cessé de vomir, l'infirmière lui avait indiqué qu'il faudrait que ce dernier consulte un médecin, mais qu'il ne fallait pas descendre directement aux urgences de [...] mais à celles de l'hôpital de [...], dont l'appelante a indiqué ignorer l'existence.

**6.** Le 13 novembre 2008, l'intimé X.\_\_\_\_\_ a adressé une note à l'appelante, par laquelle il lui a indiqué qu'il ne pouvait pas cautionner la prescription d'un anti-vomitif dans cette situation (cf. ch. 1/d ci-dessus).

Le 18 novembre 2008, l'appelante a adressé un fax à l'intimé X.\_\_\_\_\_ pour répondre à sa note du 13 novembre 2008. Elle lui a notamment indiqué qu'elle n'avait jamais eu de nouvelles suite à son fax du 23 août 2008.

**7.** Sur mandat du Juge d'instruction de l'arrondissement de Lausanne, les médecins du Centre Universitaire Romand de Médecine Légale (*ci-après : CURML*) ont procédé, le 26 août 2008, à une autopsie médico-légale du corps de M.\_\_\_\_\_, ainsi qu'à des analyses toxicologiques. Leur conclusion est la suivante :

*"Sur la base de l'ensemble des éléments à notre disposition, la cause du décès de [...] n'a pas été établie avec certitude. Il pourrait s'agir d'un décès d'origine naturelle en l'occurrence consécutif à un iléus mécanique (arrêt du transit intestinal). Cependant, l'altération post mortem marquée ne nous permet pas d'être plus affirmatif. Nous n'avons pas mis en évidence d'éléments en faveur d'une autre éventualité."*

Ce rapport, établi en date du 29 janvier 2009, contient également un courrier du 19 janvier 2009 du Dr. G.\_\_\_\_\_, concernant l'examen radiologique post-mortem qu'il a effectué. Il indique notamment avoir été frappé par « *l'importante distension aérique et liquidienne des anses grêles* ». Il fait état de ce qui suit :

*"on se trouve vraisemblablement en présence d'une hernie interne du grêle, trans-mésocolique. Celle-ci est peut-être à l'origine d'un étranglement avec iléus mécanique, ce qui expliquerait l'aspect inhabituellement distendu des anses grêles ainsi que le remplissage de liquide avec (recte) la présence de niveaux. Toutefois, cet aspect n'est pas spécifique et peut être simplement dû à l'état de putréfaction du corps."*

Ce rapport ne mentionne pas la présence de stents.

**8. a)** Dans le cadre de l'instruction pénale, une expertise judiciaire a été mise en œuvre afin de déterminer si la prise en charge de M. \_\_\_\_\_ par le médecin X. \_\_\_\_\_ avait été adéquate selon les règles de l'art médical. Par ordonnance du 31 août 2009, le Prof. B. \_\_\_\_\_, médecin-chef auprès du service de gastro-entérologie et d'hépatologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (*ci-après : CHUV*), a été désigné en qualité d'expert. L'appelante, par l'intermédiaire de son conseil, s'est expressément ralliée, à deux reprises, à la proposition de désigner le Prof. B. \_\_\_\_\_ en qualité d'expert.

Le 10 novembre 2009, le Prof. B. \_\_\_\_\_ a déposé une expertise médicale dans le cadre de l'enquête pénale. Dans le rappel des faits, il a indiqué que, selon le procès-verbal d'audition de l'appelante, lors de l'application d'un lavement, M. \_\_\_\_\_ avait été pris de vomissements à deux reprises. Une infirmière avait ensuite demandé à M. \_\_\_\_\_ s'il avait pu aller à selles après le lavement et il lui avait répondu que tel avait effectivement été le cas, mais avec une défécation incomplète. Toujours selon l'appelante, elle avait alors précisé à l'infirmière que M. \_\_\_\_\_ avait vomi et ce dernier avait confirmé ces faits à cette dernière. Le Prof. B. \_\_\_\_\_ a indiqué que par la suite, le Dr. X. \_\_\_\_\_ avait revu M. \_\_\_\_\_. Le Prof. B. \_\_\_\_\_ a notamment exposé ce qui suit :

*"Selon le rapport de l'autopsie médico-légale, il pourrait s'agir d'un décès naturel en l'occurrence consécutif à un iléus mécanique. [...]"*

*Sur la base du dossier des Etablissements Y. \_\_\_\_\_, l'hypothèse d'un iléus mécanique est établie par la radiographie qui montre une aérogrélie de l'hémi-abdomen droit et par une leucocytose (augmentation des globules blancs dans le sang) dans les examens de laboratoire. Cette hypothèse est également soutenue par le procès-verbal de Madame C. \_\_\_\_\_ où elle précise qu'après l'apparition des douleurs, ainsi que lors de son séjour à l'hôpital, Monsieur M. \_\_\_\_\_ a vomi et qu'il n'a plus cessé de vomir dans la journée du 22 août 2008. Un autre indice parlant en faveur d'un iléus mécanique est que les habitudes de selles de Monsieur M. \_\_\_\_\_ ont changé 3 à 4 jours avant les douleurs intenses qu'il a ressenties.*

*[...]*

*Les examens de laboratoire et radiologiques ont montré une augmentation des globules blancs dans le sang à 15'000 et au niveau radiologique, une accumulation de selles au niveau du côlon descendant et de l'air dans le côlon ascendant, selon l'interprétation*

du Dr X.\_\_\_\_\_. La conclusion de ce dernier est que les douleurs du patient sont dues à une constipation (coprostase).

[...]

Monsieur M.\_\_\_\_\_ est probablement décédé à la suite de troubles métaboliques entrant dans le contexte d'une occlusion de l'intestin grêle. Le diagnostic posé par le Dr X.\_\_\_\_\_ s'est révélé faux rétrospectivement. Les mesures thérapeutiques prises par le Dr X.\_\_\_\_\_ lors de l'admission du patient ont été correctes en regard du diagnostic posé.

[...]

Le décès de Monsieur M.\_\_\_\_\_ est la conséquence d'une erreur de diagnostic excusable.

[...]

L'examen radiologique a mal été interprété par le Dr X.\_\_\_\_\_ car l'air intestinal ne se trouvait pas dans le côlon ascendant mais dans l'intestin grêle au niveau de l'hémi-abdomen droit.

Cette accumulation d'air au niveau de l'intestin grêle est également difficile à interpréter et pourrait être due à une accumulation d'air au niveau du petit intestin due à la constipation aiguë ou être des signes précurseurs d'une obstruction de l'intestin grêle. Cependant, les signes classiques d'une obstruction de l'intestin grêle comme des niveaux aéro-hydriques étaient absents. [...]

Le diagnostic d'une obstruction intestinale dans sa phase initiale, en l'absence de signes typiques, est un diagnostic très difficile. [...] Il est possible qu'un médecin ayant une grande expérience en maladies digestives ait pu arriver au bon diagnostic."

En résumé, le Prof. B.\_\_\_\_\_ a indiqué que M.\_\_\_\_\_ présentait rétrospectivement des symptômes précoces d'une obstruction intestinale sans les signes cliniques caractéristiques de cette pathologie lors du séjour du patient à l'hôpital. Cet expert a jugé que l'erreur de diagnostic de l'intimé X.\_\_\_\_\_ était excusable et ne constituait aucune violation des règles de l'art médical. Le Prof. B.\_\_\_\_\_ a relevé que X.\_\_\_\_\_ avait conseillé à M.\_\_\_\_\_ de prendre contact avec son médecin traitant si sa symptomatologie ne s'améliorait pas. Il a ajouté que l'attitude de l'infirmière qui avait eu l'appelante au téléphone était tout à fait correcte et judicieuse.

**b)** Le 20 mai 2010, le Prof. B.\_\_\_\_\_ a effectué un complément d'expertise médicale, dans laquelle il a notamment précisé que, sur la base du fonctionnement hiérarchique des urgences du service de chirurgie des Y.\_\_\_\_\_, il n'y avait aucune raison que X.\_\_\_\_\_ se réfère à son supérieur. Il a relevé que des mesures urgentes au moment de la consultation n'étaient pas nécessaires. Il n'était pas absolument garanti que le superviseur direct de l'intimé X.\_\_\_\_\_ aurait posé le

diagnostic correct, car sur le plan clinique, M.\_\_\_\_\_ ne montrait pas de signes classiques d'une obstruction intestinale. Enfin, le système de supervision appliqué dans le service de chirurgie des Y.\_\_\_\_\_ était un système qui se retrouvait couramment dans les hôpitaux du canton de Vaud.

**9.** Le 7 avril 2011, l'appelante a versé au dossier pénal un rapport établi le 6 avril 2011 par le Prof. H.\_\_\_\_\_, qu'elle a requis et financé. Entre 2000 et 2010, le Prof. H.\_\_\_\_\_ a été à la tête du département de gastro-entérologie et d'hépatologie du CHUV. Depuis 2009, il fait partie de l'équipe de la division de gastro-entérologie et d'hépatologie du CHUV. Entre 1996 et 2000, le Prof. H.\_\_\_\_\_ a occupé le poste de professeur assistant auprès de la Harvard Medical School à Boston, MA. Depuis 2000, le Prof. H.\_\_\_\_\_ occupe le poste de Professeur de gastro-entérologie auprès de l'Université de Lausanne, dont il a également été vice-doyen entre 2006 et 2007.

**a)** Dans son rapport - étant précisé que le Prof. H.\_\_\_\_\_ n'a pas eu accès aux radiographies de l'abdomen de M.\_\_\_\_\_ -, le Prof. H.\_\_\_\_\_ a indiqué que deux faits importants avaient contribué à sous-estimer la gravité de la situation de M.\_\_\_\_\_, à savoir que le patient était, d'une part, porteur de deux stents (prothèses vasculaires) dans des gros vaisseaux abdominaux et sous anticoagulation par aspirine et, d'autre part, que le patient avait reçu dès son admission aux urgences des calmants qui avaient entraîné une atténuation des douleurs lors de l'examen de l'abdomen. Il a relevé qu'une sous-estimation de la situation abdominale à cause des calmants et la négligence des antécédents avaient mené à une sous-estimation - malheureusement rétrospectivement évidente - de la situation dont les conséquences auraient pu être évitées si le cas avait été évalué et pris en charge adéquatement le soir de l'admission aux urgences de [...]. Il a précisé que si l'on considérait que la prise en charge avait requis deux calmants, dont un majeur en dix minutes, le patient pouvait être décrit comme extrêmement algique, donc en mauvais état général. Par ailleurs, il lui semblait que la transmission des informations dans le service était

défaillante. Toujours selon lui, retenir un diagnostic de constipation pour des douleurs aiguës chez un homme jeune, qui avait déjà été constipé par le passé sans consulter pour autant les urgences, et négliger tout ce que les stents pouvaient impliquer sur le plan diagnostique n'était pas acceptable pour un médecin en charge d'urgences. Le sens clinique devait faire penser que quelque chose de plus grave se passait. Il a conclu que le diagnostic de constipation ne pouvait pas être retenu et que l'absence de soulagement net après le lavement aurait dû faire douter l'intimé X.\_\_\_\_\_ du diagnostic en question et le faire reprendre son anamnèse, ce qui aurait donné une chance au patient de parler de ses vomissements. Pour le Prof. H.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_ a négligé le fait que le patient prenait de l'aspirine, était porteur de stents vasculaires dans l'abdomen et présentait une leucocytose, autant d'éléments facilement identifiables. Le Prof. H.\_\_\_\_\_ a retenu comme hypothèse « un ulcère gastrique ou ailleurs sur le tube digestif, secondaire à la prise d'aspirine ».

A la question de savoir si le décès de M.\_\_\_\_\_ était la conséquence d'une erreur de diagnostic excusable, le Prof. H.\_\_\_\_\_ a répondu qu'il n'était pas possible de répondre de manière formelle à cette question, relevant notamment ce qui suit :

*"[...] le Dr X.\_\_\_\_\_ a posé un diagnostic erroné, soutenu uniquement par la présence de selles sur la radiographie. Par contre, il a négligé la sévérité de la situation en raison de l'administration précoce de calmants, élément qu'il ne connaissait peut-être pas mais qui aurait dû être porté à son attention par la personne qui les a administrés. S'il a fait administrer lui-même ces deux calmants en dix minutes à un patient sans diagnostic abdominal, alors il aurait su que les douleurs étaient extrêmement sévères à l'admission. En tous les cas, chacun des deux éléments ci-dessus était suffisant pour demander un suivi plus long et un diagnostic plus précis et pour exclure une constipation. Donc il était erroné de le laisser rentrer à domicile sans observation plus longue et examens plus approfondis, ou sans en référer à son superviseur."*

A la question de savoir si le décès de M.\_\_\_\_\_ était la conséquence d'une violation (par omission le cas échéant) des règles de l'art, le Prof. H.\_\_\_\_\_ a répondu ce qui suit :

*"Oui. Un médecin, même inexpérimenté, devrait demander à chaque patient s'il prend des médicaments, devrait savoir que la*

*constipation ne cause pas de leucocytose, que la prise d'aspirine a des effets secondaires digestifs qui peuvent être graves, devrait savoir reconnaître des stents sur une radiographie, devrait savoir que la présence de stents à 44 ans est inhabituelle et implique une anti-coagulation ou une prise d'aspirine, et que l'administration de calmants puissants peut masquer la sévérité des signes d'atteinte aiguë de l'abdomen."*

Sur le plan plus général du fonctionnement de l'équipe des urgences des Y.\_\_\_\_\_, le Prof. H.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il existait une faute ou une omission des règles de transmission d'information au sein de l'équipe soignante si X.\_\_\_\_\_ n'avait pas été spontanément informé de l'administration des calmants.

A la question de savoir s'il était hautement vraisemblable que le décès de M.\_\_\_\_\_ aurait pu être évité si les règles de l'art avaient été respectées, le Prof. H.\_\_\_\_\_ a répondu comme il suit :

*"Oui, car il ne semble pas que le patient soit décédé d'une cause non curable, au vu du rapport d'autopsie, qui suggère plutôt des troubles métaboliques secondaires. Si la gravité de la situation avait été reconnue, ce qui était possible [...], alors le patient aurait de manière hautement vraisemblable été hospitalisé et suivi, ce qui aurait permis de voir qu'il se dégradait et permis d'éviter les troubles métaboliques secondaires."*

Le Prof. H.\_\_\_\_\_ est parvenu à la conclusion que le décès de M.\_\_\_\_\_ était la conséquence d'une erreur non excusable découlant d'une violation des règles de l'art médical évitable. Il a indiqué dans ce rapport que M.\_\_\_\_\_ avait reçu du Tramadol lors de sa prise en charge aux Y.\_\_\_\_\_ et qu'une occlusion intestinale, par exemple due à des adhérences sur ses deux chirurgies abdominales, aurait probablement pu être vue à l'autopsie. Il a encore observé ce qui suit :

*"M. M.\_\_\_\_\_ et son amie ont fait preuve d'un stoïcisme difficilement compréhensible. Ils n'ont pas suivi le conseil d'appeler le médecin-traitant de M. M.\_\_\_\_\_, ni ne se sont à nouveau présenté (sic) dans un centre d'urgences, comme proposé lors du téléphone effectué aux urgences de [...]. [...] L'issue fatale aurait peut-être encore pu être évitée si un second contact médical avait eu lieu."*

**b)** Dans son rapport complémentaire du 7 mai 2013, le Prof. H. \_\_\_\_\_ a admis s'être trompé en retenant dans son premier rapport que X. \_\_\_\_\_ avait administré du Tramadol alors qu'il s'agissait de Toradol. Il a précisé que le fait que M. \_\_\_\_\_ ait reçu du Toradol atténuait le risque de masquer des douleurs abdominales car il s'agissait d'un analgésique moins fort.

**10.** Au cours de l'enquête pénale, l'appelante a soulevé le fait que le Prof. B. \_\_\_\_\_ travaillait avec X. \_\_\_\_\_ au moment de la rédaction de son expertise, ce à quoi le juge d'instruction n'a pas donné suite.

L'intimé X. \_\_\_\_\_ a travaillé auprès du CHUV dès 2009. Il n'a toutefois pas eu de contacts avec le Prof. B. \_\_\_\_\_.

**11. a)** Le 11 décembre 2013, le Ministère public a rendu une ordonnance de classement en faveur des intimés Y. \_\_\_\_\_, X. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ et de l'appelante.

Cette ordonnance a toutefois été annulée, par arrêt de la Chambre des recours pénale du Tribunal cantonal vaudois du 24 mars 2014, et le dossier renvoyé au Ministère public afin qu'il puisse notamment soumettre au Prof. B. \_\_\_\_\_, expert judiciaire, les résultats du rapport privé et lui demander de se déterminer. Dans son arrêt, la Chambre des recours pénale a notamment indiqué que le rapport rendu par le Prof. H. \_\_\_\_\_ était un « *avis médical émanant d'une sommité dans le domaine* ». Elle a également retenu ce qui suit :

*"[...] on peut se demander si le fait que l'information concernant les vomissements de M. \_\_\_\_\_ durant la consultation n'ait pas été transmise de l'infirmière au Dr X. \_\_\_\_\_, que le téléphone de C. \_\_\_\_\_ le lendemain de la prise en charge de M. \_\_\_\_\_, qui faisait état de vomissements persistants, n'ait pas été communiqué au Dr X. \_\_\_\_\_, de garde quelques heures plus tard (P. 131/2), ou encore que le fax de C. \_\_\_\_\_ concernant une prescription d'anti-vomitif n'ait pas interpellé le Dr X. \_\_\_\_\_ (P. 21), ne révèlent pas justement un système défaillant."*

**b)** Le 29 octobre 2014, après avoir pris connaissance du rapport du Prof. H. \_\_\_\_\_, le Prof. B. \_\_\_\_\_ a rendu un complément

d'expertise, au terme duquel il a confirmé que l'erreur de diagnostic était excusable au vu de la difficulté à diagnostiquer une obstruction intestinale au début de son évolution. Le Prof. B.\_\_\_\_\_ a indiqué que les comorbidités de M.\_\_\_\_\_ n'étaient pas symptomatiques et stables. Il a précisé qu'elles n'avaient pas influencé l'évolution de la maladie ni n'avaient compromis l'état général du patient. Selon lui, il ne s'agissait pas d'un patient présentant un risque médical élevé. L'examen clinique n'avait pas montré de signes inquiétants à la palpation abdominale et les bruits intestinaux étaient normaux. Il a relevé que le Dr. X.\_\_\_\_\_ avait pris des mesures pour exclure une situation nécessitant une intervention ou un traitement d'urgence, ce qui n'était pas le cas en l'occurrence, car le tableau clinique, les examens de laboratoire et l'image radiologique ne parlaient pas en faveur de la présence d'une maladie grave lorsque le patient était au service des urgences des Y.\_\_\_\_\_. La prescription d'un anti-inflammatoire non stéroïdien en présence d'un traitement d'aspirine ne comportait pas de risque élevé pour des ulcérations gastroduodénales, à condition que la dose reste unique. Il a indiqué que le Dr. X.\_\_\_\_\_ avait mal interprété la présence d'air dans l'abdomen droit, qui n'était pas dans le côlon mais dans l'intestin grêle, et n'avait pas vu les deux prothèses iliaques situées à gauche et à droite au niveau du bas ventre. Par contre, il a constaté une coprostase au niveau du côlon gauche et un contenu d'air augmenté au niveau du côlon droit. Le Prof. B.\_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit :

*"Le Docteur X.\_\_\_\_\_ a conclu (recte) que le tableau clinique était compatible avec une constipation aiguë accompagnée de douleurs crampiformes, mais finalement ce diagnostic était erroné. En rétrospective, la symptomatologie, les résultats cliniques, sanguins et radiologiques, étaient compatibles avec une obstruction intestinale **débutante** par un obstacle (tumeur, sténose bénigne) ou une adhérence."*

Il a relevé que le diagnostic d'une obstruction intestinale débutante était très difficile à poser, même pour des médecins expérimentés. Pour le Prof. B.\_\_\_\_\_, un élément important à la décharge du Dr. X.\_\_\_\_\_ était qu'il n'avait pas été informé du fait que le patient avait vomi lors de son séjour aux urgences, ni par l'infirmière en charge du patient, ni par la compagne de M.\_\_\_\_\_. Selon le Prof. B.\_\_\_\_\_, si le

médecin X.\_\_\_\_\_ avait été au courant de ce fait, il aurait probablement gardé le patient sous observation à l'hôpital. Il a relevé la mauvaise communication entre l'infirmière en charge de M.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, qui n'avait pas été informé de la survenance des vomissements chez le patient. Il a précisé que les erreurs de diagnostic étaient inévitables et inhérentes au système de supervision mis en place aux Y.\_\_\_\_\_, seule une supervision continue 24h/24h pouvant peut-être permettre d'éviter des incidents semblables. Le Prof. B.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'un péritonisme ou des signes de défense à la palpation de l'abdomen n'auraient pas pu être masqués complètement par les deux antalgiques. Il a réitéré que le système de supervision appliqué dans le service de chirurgie des Y.\_\_\_\_\_ était un système qui se retrouvait couramment dans les hôpitaux du canton de Vaud. Ce complément d'expertise a par ailleurs la teneur suivante :

"(...)

*Etant donné la situation globale, le Docteur X.\_\_\_\_\_ a décidé de laisser le patient rentrer à domicile après qu'il a constaté que les médicaments ont eu un effet partiel sur les douleurs qui ont diminué et que le lavement a permis l'évacuation partielle de selles. De plus, le patient ne présentait pas de symptômes manifestes d'autres maladies qui auraient pu influencer l'évolution de la situation actuelle. Un autre élément pour renvoyer le patient à la maison était le fait qu'il était accompagné par sa compagne Mme C.\_\_\_\_\_ qui habitait dans le même appartement et qui aurait pu assister Monsieur M.\_\_\_\_\_ en cas de nécessité. Un autre élément important est que le Docteur X.\_\_\_\_\_ lui a conseillé de contacter son médecin traitant si la situation ne s'améliore pas.*

[...]

*L'issue fatale du patient est surtout due au fait qu'il n'a pas voulu contacter son médecin traitant lors de la péjoration de ses symptômes, même sur demande de sa compagne. Il est fortement probable que sa vie aurait pu être sauvée s'il avait accepté de revoir un médecin ou les urgences d'un hôpital. Même le samedi matin on aurait probablement pu sauver le patient par une prise en charge adéquate.*

[...]

*Le fait de laisser le patient rentrer chez lui était justifié étant donné l'amélioration de ses symptômes pendant son séjour aux urgences de l'hôpital et de la recommandation de contacter son médecin traitant en cas de persistance des douleurs."*

Dans un courrier du 13 février 2015, le Prof. B.\_\_\_\_\_ a confirmé au Juge d'instruction que lors de spasmes associés à des vomissements, le lavement devait être interrompu.

**c)** Le 8 juillet 2015, le Procureur a rendu une nouvelle ordonnance de classement en faveur des intimés Y.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_, R.\_\_\_\_\_ et de l'appelante. Il a notamment exposé qu'il convenait de retenir que le Dr. X.\_\_\_\_\_ avait posé un diagnostic erroné, mais que celui-ci était excusable au regard de la situation, de sorte qu'aucune négligence ne lui était en définitive imputable. Le Procureur a également mis fin à l'action pénale dirigée contre l'intimée R.\_\_\_\_\_ pour le motif qu'aucune mesure d'instruction n'avait permis de départager sa version des faits de celle de l'appelante.

**d)** La Chambre des recours pénale a notamment rejeté le recours de l'appelante et confirmé l'ordonnance du 8 juillet 2015 dans son arrêt du 15 janvier 2016. Il ressort de ce jugement que l'action pénale est prescrite.

**12. a)** En cours de procédure civile, le mandat de réaliser une expertise médicale judiciaire a été confié à V.\_\_\_\_\_, chef de service de gastroentérologie et d'hépatologie des hôpitaux universitaires de Genève, qui a établi un rapport daté du 3 août 2021.

**b)** Après avoir énoncé la problématique et les pièces dont il disposait, l'expert a effectué un rappel des faits et a posé le diagnostic final suivant :

"(...)  
*Constipation aiguë résultant d'un iléus (occlusion) grêle sur hernie interne non reconnue dans la nuit du 21 au 22.08.2008 et aggravé (sic) par du Padma Lax administré à deux reprises les 21 et 22.08.2008 ayant contribué aux vomissements (fécaloïdes), à la déshydratation et troubles métaboliques qui ont entraîné le décès."*

Il s'est ensuite déterminé sur les allégués à proprement parler.

Le diagnostic émis par le Dr. X.\_\_\_\_\_, soit une coprostase, était erroné, dès lors que le diagnostic final était celui d'une très probable hernie interne responsable au final d'un iléus (ou occlusion intestinale) ayant conduit au décès du patient. La présentation clinique de M. \_\_\_\_\_ à son admission aux urgences à [...] dans la nuit du 21 au 22 août 2008 ne permettait toutefois pas d'appréhender de façon définitive le diagnostic final d'iléus. Il était impossible de donner un diagnostic d'occlusion aiguë lors de la consultation aux urgences car au moment de son admission nocturne les signes cliniques présentés par M. \_\_\_\_\_ étaient « discrets et pour le moins non pathognomoniques d'une occlusion ».

La prise en charge de M. \_\_\_\_\_ avait été correcte et adéquate, mais n'avait pas permis d'aboutir à un diagnostic définitif d'iléus ou occlusion intestinale. Cette erreur de diagnostic était excusable dans la mesure où les signes cliniques présentés par M. \_\_\_\_\_ au moment de son admission nocturne étaient discrets et pour le moins non pathognomoniques d'une occlusion. Le diagnostic de constipation avait été confirmé par une pièce objective actuelle qu'est la radiographie, même si cette dernière avait été mal interprétée dans la mesure où le Dr. X. \_\_\_\_\_ avait omis le fait que le patient était porteur de stents vasculaires iliaques et qu'il pouvait être éventuellement un patient à haut risque vasculaire ouvrant implicitement d'autres hypothèses diagnostiques. L'expert s'est par ailleurs étonné que personne n'ait parlé dans cette expertise des facteurs de risques cardiovasculaires de M. \_\_\_\_\_, relevant également que personne ne parlait d'un éventuel tabagisme actif chez le patient. De ce fait, le Dr. X. \_\_\_\_\_ se trouvait devant la phase initiale d'une occlusion intestinale en cours d'installation. Trois éléments auraient dû attirer l'attention du Dr. X. \_\_\_\_\_ sur une gravité potentielle de la situation présentée par M. \_\_\_\_\_, à savoir une constipation nouvelle présente trois ou quatre jours avant l'admission aux urgences, l'existence d'une leucocytose à plus de 15.000/mm<sup>3</sup> et une valeur tensionnelle anormale. On pouvait tout au plus reprocher au Dr. X. \_\_\_\_\_ de ne pas avoir obtenu et colligé toutes les informations nécessaires, soit notamment le fait que M. \_\_\_\_\_ était porteur de stents, traduisant un état vasculaire préterité, et de ne pas avoir lu de façon

correcte la radiographie, même si, dans ce cas, l'attitude de prise en charge n'aurait pas été modifiée. L'analyse sanguine avait révélé un taux d'hémoglobine dans la norme, ce qui avait permis d'écarter le diagnostic d'hémorragie en cours ou chronique. Néanmoins, toujours selon l'expert, l'anamnèse était importante, dans la mesure où lorsqu'une personne présentait une hémorragie digestive, il y avait en règle générale une extériorisation de sang par la bouche ou par l'anus, ce qui n'avait pas été répertorié dans l'anamnèse effectuée par le Dr. X.\_\_\_\_\_. Il a rappelé que ce n'était pas l'hémoglobine qui témoignait d'une inflammation chronique, mais bien les leucocytes qui étaient eux par contre élevés, à plus de 15.000/mm<sup>3</sup>, sans déviation gauche. Il a confirmé que cela était un signe non spécifique et pouvait être dû à une multitude de diagnostics. La leucocytose pouvait être le signe d'un état de stress, ce qui était le cas lors de l'admission du patient aux urgences, ou d'une inflammation sous-jacente, toutefois sans sévérité dans la mesure où il n'y avait pas de déviation gauche (présence de jeunes leucocytes dans le sang périphérique). Dans le cas de M.\_\_\_\_\_, il a confirmé que le taux élevé de leucocytes aurait pu être dû notamment à ses douleurs. Il a en outre relevé que le Dr. X.\_\_\_\_\_ avait également ordonné une radiographie de l'abdomen de M.\_\_\_\_\_, que l'examen radiologique n'avait pas montré d'obstruction intestinale manifeste ni de signes de perforation intra-abdominale, mais mis en évidence une coprostase. De même, l'analyse de la radiographie effectuée par la Dresse T.\_\_\_\_\_, médecin radiologue qui avait revu l'intégralité des radiographies effectuées durant le week-end, avait également permis de détecter une coprostase modérée du cadre colique avec aéro-grélie de l'abdomen droit, avec présence de gaz jusqu'au niveau du rectosigmoïde. Au final, il n'y avait pas de violation des règles de l'art médical au moment où le patient était vu par le Dr. X.\_\_\_\_\_. Les dossiers médicaux rédigés par ce dernier médecin et l'infirmière R.\_\_\_\_\_ ne mentionnaient pas de vomissements, de sorte qu'il était difficile de se prononcer sur ce point particulier. Il paraissait toutefois extrêmement peu probable, pour l'expert, que la recherche de vomissements n'ait pas été effectuée par le Dr. X.\_\_\_\_\_ lors de son anamnèse. L'expert a précisé que la présence de vomissements représentait un signe clinique majeur, évocateur d'une occlusion

intestinale en voie de constitution. En effet, l'association d'une constipation aiguë et de vomissements devait faire évoquer d'emblée la possibilité d'une affection digestive plus sévère que ce qu'il ne paraissait, en l'occurrence une occlusion intestinale. Si ni le patient, ni l'infirmière n'avaient signalé de vomissements au Dr. X.\_\_\_\_\_, on ne pouvait pas dire que ce dernier avait violé les règles de l'art médical. Si cette information avait été transmise par l'appelante à l'infirmière, elle n'avait pas été communiquée au Dr. X.\_\_\_\_\_. Il a relevé que, n'ayant pu départager les dires de l'appelante de ceux de l'infirmière R.\_\_\_\_\_, à l'instar du procureur en charge du dossier pénal, il était difficile de prendre position définitivement sur la transmission ou non de l'information sur les vomissements qu'avait possiblement présentés M.\_\_\_\_\_ lors de son passage aux toilettes. Si cette information relative aux vomissements avait été transmise, les vomissements auraient certainement constitué une pierre cardinale de sévérité de l'affection en voie de constitution. L'impossibilité de départager les dires de ces deux personnes, liée au fait que le Dr. X.\_\_\_\_\_ n'en faisait absolument pas mention dans son dossier médical, « rend[ait] l'hypothèse de la transmission de cette information au corps infirmier peu vraisemblable, sans toutefois que l'on puisse être capable de le prouver ». Il a confirmé que le Dr. X.\_\_\_\_\_ avait posé un diagnostic de constipation et qu'il n'en avait jamais douté, fort de la radiographie effectuée. Cet examen avait mis en évidence une coprostase modérée, un diagnostic confirmé ultérieurement par la radiologue FMH qui avait lu quelques jours plus tard le cliché radiologique. Le Dr. X.\_\_\_\_\_ n'avait commis aucune violation des règles de l'art médical ni aucune faute.

A la question de savoir si le décès de M.\_\_\_\_\_ aurait pu être évité si les règles de l'art médical avaient été respectées, l'expert a indiqué qu'il était vraisemblable que si les vomissements avaient été signalés et entendus par le Dr. X.\_\_\_\_\_, celui-ci aurait modifié sa prise en charge médicale en faisant appel au superviseur à domicile ou en prescrivant une investigation complémentaire plus approfondie et vraisemblablement une surveillance plus adéquate. Il a cependant relevé qu'il ne s'agissait que d'une supputation.

Il a précisé que les mesures thérapeutiques prises par le Dr. X.\_\_\_\_\_ étaient correctes, à savoir un lavement évacuateur partiel et la prescription d'un laxatif à domicile. Le Dr. X.\_\_\_\_\_ n'avait pas de raison de faire appel à son supérieur hiérarchique au vu du diagnostic présomptif, sa démarche diagnostique étant légitime, factuelle et ayant suivi une logique chronologique acceptable en se basant sur des preuves cliniques, biologiques et radiologiques. Néanmoins, au vu d'un dossier médical succinctement rempli et de l'absence d'informations quant à l'existence d'une constipation présente trois à quatre jours avant l'admission aux urgences, il a indiqué qu'il eut été de bon aloi de s'enquérir des raisons pour lesquelles le patient avait une constipation nouvelle et inhabituelle (prise de constipants ?, régime pauvre en fibre ?, voyage à l'étranger ?, infection en cours ? etc.). Aux yeux de l'expert, l'état de santé de M.\_\_\_\_\_ au moment de l'admission ne nécessitait aucune intervention urgente. Seul un suivi ou une surveillance intra-hospitalière aurait permis de détecter l'aggravation de la situation médicale. Or, le patient n'avait pas les critères d'une hospitalisation au moment de son admission de 2 h 15 à 4 h 15.

Il a relevé que le diagnostic d'une obstruction intestinale débutante s'avérait très difficile à poser, même pour des médecins expérimentés. Sur la base de l'examen clinique et des données biologiques, il était légitime de renvoyer le patient à domicile, dès lors que le Dr. X.\_\_\_\_\_ avait constaté que les médicaments avaient eu un effet sur les douleurs, qui avaient diminué grâce aux antalgiques. Le lavement avait permis l'évacuation partielle des selles et M.\_\_\_\_\_ était accompagné de sa compagne qui, habitant dans le même appartement, aurait pu l'assister en cas de nécessité. Il a également confirmé que le Dr. X.\_\_\_\_\_ avait recommandé à M.\_\_\_\_\_ de revenir à l'hôpital ou de consulter son médecin traitant si la situation ne s'améliorait pas, cette information ayant été répertoriée dans le dossier médical tenu par le Dr. X.\_\_\_\_\_.

Il a précisé qu'un simple et unique lavement évacuateur pouvait n'engendrer qu'un effet très partiel sur les symptômes du patient et qu'il devait parfois être répété. Il n'était pas rare de voir une constipation occasionner des douleurs abdominales. Toutefois, il était difficile d'évaluer la douleur si son intensité n'était pas exprimée selon une échelle visuelle disponible dans la majeure partie des établissements publics et privés. Il a relevé que cette information objective n'existait pas dans le dossier.

Il a indiqué qu'il était vraisemblable que sur la base de l'analyse déficiente du cas de M.\_\_\_\_\_, le Dr. X.\_\_\_\_\_ lui avait prescrit du Transipeg et l'avait laissé rentrer chez lui en lui indiquant qu'il devait consulter son médecin traitant si cela ne s'améliorait pas. Dire précisément à un patient et à sa compagne qu'il fallait reconsulter au besoin en cas d'aggravation ne signifiait en aucun cas que la situation présente ne pouvait pas évoluer. L'expert a précisé qu'il était de règle de donner cette information à tout patient qui quittait un service des urgences si d'aventure son état clinique devait s'aggraver dans les heures qui suivaient la première consultation. Pour l'expert, la lecture des notes manuscrites du Dr. X.\_\_\_\_\_ était très claire : s'il n'y avait pas d'amélioration, il fallait que M.\_\_\_\_\_ aille effectuer un contrôle chez son médecin traitant, une copie du dossier ayant été remise au patient. L'ensemble des informations transmises à M.\_\_\_\_\_ et à sa compagne était convergent vers un seul point, soit l'inciter à consulter à nouveau au moindre problème et à la moindre aggravation de la situation clinique. Par ailleurs, il a relevé que l'appelante en avait fait état dans ses notes manuscrites, dans lesquelles elle avait indiqué qu'elle avait demandé à plusieurs reprises à son compagnon de bien vouloir retourner chez le médecin ou aux urgences, même si, au final, elle avait décidé de dédramatiser et de traiter par elle-même le trouble digestif dont souffrait son compagnon en lui donnant un laxatif stimulant puissant.

Il a dû se déterminer sur la question de savoir si le fait que le décès de M.\_\_\_\_\_ soit intervenu moins de quarante-huit heures après avoir consulté les urgences d'un hôpital suisse était un indice que son état

de santé était déjà grave lors de sa consultation aux Y.\_\_\_\_\_ et que ladite consultation n'avait rien amélioré. Il a précisé que toute situation clinique qui amenait un patient aux urgences pouvait évoluer en quelques secondes, minutes ou heures suivant la pathologie dont il était atteint. Au moment de l'admission de M.\_\_\_\_\_ aux urgences dans la nuit du 21 au 22 août 2008, la situation clinique du patient était stable, sans aucun signe hémodynamique alarmant, sans qu'aucun examen de laboratoire ne puisse aller dans un sens d'un syndrome inflammatoire biologique sévère. Sur la base de l'examen clinique effectué dans la nuit du 21 au 22 août 2008, M.\_\_\_\_\_ souffrait d'une constipation et son état était en effet sans gravité. L'ensemble des éléments convergeait pour dire que le patient pouvait rentrer à domicile. Les recommandations médicales étaient adéquates, l'expert insistant particulièrement sur le fait que le patient devait reconsulter au moindre signe d'aggravation. Selon l'expert, ni l'appelante, ni M.\_\_\_\_\_, ni le corps médical et soignant ne pouvait se douter que le patient était en danger de mort lorsqu'il avait quitté les urgences.

Le déplacement à domicile d'un médecin d'urgence le vendredi 22 août 2008 aurait certainement permis de diagnostiquer un iléus par le simple examen clinique ; l'auscultation de l'abdomen aurait dû montrer une absence de bruits ou des bruits pathologiques de type métalloïde. L'existence de vomissements fécaloïdes constitue de façon incontestable des signes cliniques que tout médecin saurait interpréter comme une occlusion menaçante et pouvant donc mettre en péril la survie du patient. L'expert a confirmé les constatations du Prof. B.\_\_\_\_\_, à savoir que l'issue fatale du patient aurait pu être évitée si M.\_\_\_\_\_ avait recontacté son médecin traitant ou s'il avait repris contact avec les urgences de l'hôpital, soit de [...] soit de [...]. Il paraissait vraisemblable également que le patient aurait pu être sauvé, y compris le samedi matin, par une prise en charge adéquate.

Il paraissait vraisemblable que l'Hôpital [...] aurait pu prendre en charge de manière adéquate M.\_\_\_\_\_ s'il s'y était présenté. Le refus de ce dernier de consulter les urgences de l'hôpital de [...] était intervenu

plus de douze heures après sa première consultation aux urgences des Y.\_\_\_\_\_, alors que son état de santé ne s'était toujours pas amélioré. Selon l'expert, l'issue fatale aurait pu être évitée si M.\_\_\_\_\_ et l'appelante avaient suivi l'avis médical du Dr. X.\_\_\_\_\_, à savoir d'assurer un suivi médical pour le cas où la situation ne s'améliorait pas, et celui des infirmières des Y.\_\_\_\_\_, à savoir de se rendre aux urgences de l'Hôpital de [...]. Au vu de ce qui précède, l'expert a confirmé que le comportement adopté par M.\_\_\_\_\_, malgré les recommandations médicales qui lui avaient été faites, avait rompu tout lien de causalité qui aurait pu exister entre sa prise en charge par les urgences des Y.\_\_\_\_\_ et son décès. Il a également fait mention de la passivité de l'appelante lorsqu'elle a découvert le visage de son compagnon aux traits tirés, celui-ci n'ayant pratiquement pas dormi durant la nuit du 22 au 23 août 2008, alors qu'il était déshydraté par le fait d'avoir vomi à de multiples reprises et que son état de vigilance pouvait être altéré, ne lui permettant pas de reconnaître la gravité de la situation dans laquelle il se trouvait. L'expert a relevé que l'appelante avait fait état du fait qu'elle se trouvait face à un mort-vivant, mais que, paradoxalement, elle n'en avait pas mesuré les conséquences, ne l'emmenant pas aux urgences ou n'appelant pas un médecin d'urgence à domicile.

Le diagnostic de constipation retenu par le Dr. X.\_\_\_\_\_ était une information objective et reposait sur des faits établis par l'examen clinique, la biologie et la radiologie. La lecture de la prise en charge démontrait qu'en cas d'aggravation de la symptomatologie, le patient avait reçu l'information de reconsulter aux urgences ou son médecin traitant. L'expert s'est étonné de la passivité de l'appelante en face d'un compagnon qui vomissait en quantité toute la nuit, décidant au surplus de passer la nuit dans une chambre isolée pour ne pas être dérangée et de porter des boules quiès. Il était également surpris de la passivité de l'appelante le matin du 23 août lorsqu'elle disait en croisant son ami dans les toilettes « qu'il a une tête de mort-vivant », mais qu'elle le laissait seul et partait travailler. L'expert a relevé qu'il était vraisemblable que l'hétéro-prescription de laxatifs Padmalax par l'appelante le jour de la consultation puis le lendemain de la consultation avait pu contribuer de

façon notable à aggraver la situation clinique en augmentant les pertes d'eau et en induisant des troubles métaboliques (dont l'hypokaliémie) qui avaient pu favoriser l'issue fatale de M.\_\_\_\_\_. La prescription de Padmalax était rigoureusement contre-indiquée en présence d'une occlusion intestinale en voie de constitution, le Padmalax contenant une substance toxique pouvant induire des troubles du rythme cardiaque.

Il a ensuite dû se déterminer sur le fait de savoir si le diagnostic erroné du médecin urgentiste était dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le décès de M.\_\_\_\_\_. Il a répondu qu'une occlusion intestinale consistait en un arrêt de passage des matières fécales et des gaz à travers l'anus, élément qui n'avait jamais été répertorié ou mis en avant jusqu'à ce jour, ni par le Dr. X.\_\_\_\_\_, ni par les experts qui avaient été mis en œuvre dans cette affaire. Il a expliqué que les signes cliniques d'une occlusion intestinale consistaient en un arrêt des matières et des gaz ainsi qu'en des vomissements rapidement incoercibles, d'abord alimentaires puis parfois fécaloïdes, ce que le patient avait présenté, au demeurant tardivement, et qui n'avaient pas été pris en considération, ni par le patient, ni par sa compagne. On ne pouvait pas leur en tenir rigueur dans la mesure où ils n'avaient pas de connaissances médicales. Il a relevé que, si réellement l'existence de vomissements avait été correctement confiée à l'infirmière et par la suite non transmise au Dr. X.\_\_\_\_\_, ou si ce dernier n'en avait pas fait mention dans son dossier ou ne l'avait pas recherchée par l'anamnèse, on pouvait considérer que cet élément avait pu influencer de façon négative l'évolution désastreuse de M.\_\_\_\_\_. En ce sens, il a relevé que l'organisation des Y.\_\_\_\_\_, dans sa communication entre la voie bleue et la voie rouge était possiblement déficitaire si tant est que l'appelante ait bien énoncé la présence de vomissements lorsque son compagnon en avait été pris aux toilettes. L'expert a précisé qu'un point de doute à ce sujet subsisterait indéfiniment.

Il s'est encore déterminé sur le fait de savoir si R.\_\_\_\_\_ avait violé les règles de l'art médical ou, à tout le moins la diligence que l'on pouvait attendre de sa part. D'après le dossier, l'existence des

vomissements n'avait pas été communiquée à l'infirmière, ni au médecin. Selon l'expert, il semblait peu vraisemblable que l'infirmière ait gardé cette information pour elle, eu égard à ses compétences professionnelles louées par ses précédents supérieurs hiérarchiques. Toutefois, il fallait considérer que l'admission du patient s'était faite de nuit et que certaines informations avaient pu ne pas être transmises de façon adéquate au Dr. X.\_\_\_\_\_, eu égard à un manque d'attention circonstancielle. Il a ainsi confirmé qu'R.\_\_\_\_\_ n'avait commis aucune négligence, ni aucune faute et qu'elle avait agi avec toute la diligence que l'on pouvait attendre d'elle.

Il a en outre confirmé que le seul acte qui concernait R.\_\_\_\_\_ dans le cadre de la présente procédure était le lavement, qu'elle avait effectué selon toutes les règles de l'art et de son savoir d'infirmière, sans aucune complication. Il a précisé que si une personne venait à vomir pendant un lavement, il faudrait immédiatement l'interrompre au vu des risques extrêmement élevés de lésions internes, car même un petit mouvement pouvait être dangereux lorsque l'appareillage de lavement était introduit. Pour l'expert, il était impossible que M.\_\_\_\_\_ ait vomi durant le lavement effectué par R.\_\_\_\_\_ puisque ce lavement avait été mené à son terme, ce qui n'aurait pas été le cas avec des spasmes de vomissements. Il a ainsi confirmé qu'un vomissement pendant un lavement était effectivement dangereux et pouvait causer de graves lésions internes au patient.

Il a estimé, sur la base du dossier, qu'on pouvait constater que la communication interne dans les Y.\_\_\_\_\_ n'était pas adéquate. Premièrement, l'information liée à des vomissements (pour autant qu'elle fût avérée) présentés par M.\_\_\_\_\_ n'avait pas été transmise correctement de l'infirmière au médecin. L'expert a également noté que la demande de prescription d'un anti-vomitif par l'appelante n'avait pas été communiquée au Dr. X.\_\_\_\_\_ et qu'il n'était pas fait mention du fait que le Dr. X.\_\_\_\_\_ aurait été au courant de l'administration d'antalgiques à M.\_\_\_\_\_ à deux reprises, avant que ce dernier ne soit pris en charge pour une anamnèse et un examen clinique. Il a indiqué que l'infirmière jointe à 17h00 le 22 août 2008 n'avait vraisemblablement pas transmis

l'information de l'appelante au Dr. X.\_\_\_\_\_. En ce sens, on pouvait dire que la communication était déficitaire dans cet établissement. Si d'aventure le Dr. X.\_\_\_\_\_ avait su que le patient vomissait de façon abondante, il aurait certainement revu son diagnostic et transmis son inquiétude au patient ou à sa compagne.

A la question de savoir si le dossier infirmier de M.\_\_\_\_\_ établi par les intimés était lacunaire et non structuré, il a relevé que le dossier médical rédigé par le Dr. X.\_\_\_\_\_ en date du 22 août 2008 était succinct. Dans son anamnèse, il ne soulignait pas le fait que le patient présentait une constipation qui s'était installée trois à quatre jours avant l'admission à l'hôpital. Le Dr. X.\_\_\_\_\_ n'a pas non plus fait mention dans les antécédents du patient de la présence de stents iliaques, témoin d'un passé vasculaire sévère, ni n'a indiqué si M.\_\_\_\_\_ était fumeur ou pas. L'interprétation de la radiographie de l'abdomen à vide était sujette à caution dans la mesure où le Dr. X.\_\_\_\_\_ retenait le diagnostic de coprostase du côlon descendant avec air dans le côlon, alors qu'en fait, il s'agissait d'air dans le grêle et non dans le côlon. Il a relevé que le dossier mentionnait clairement l'attitude adoptée par le Dr. X.\_\_\_\_\_, à savoir la prescription d'un lavement évacuateur de même que la prescription d'un laxatif à base de Transipeg. Le dossier infirmier était également un peu succinct, dans la mesure où on ne retrouvait pas facilement la fréquence cardiaque du patient alors qu'il était fait mention de sa tension artérielle, de sa saturation en oxygène et de sa température. Il a précisé qu'il était néanmoins fait mention de l'administration de Perfalgan 1 g iv et de Toradol 30 mg iv à dix minutes d'intervalle, soit pour le premier à 2 h 20 et le second à 2 h 30. L'administration de Practomil avait été faite à 3 h 45, soit environ une demi-heure avant le départ du patient pour son domicile. Il n'y avait pas de mention de vomissements dans le dossier tant du médecin que celui de l'infirmière. Au final, les deux rapports étaient certes succincts, mais mentionnaient les faits les plus importants. Toutefois, certains éléments pourraient manquer, notamment éventuels vomissements que le patient aurait présentés alors qu'il était aux toilettes lors de l'évacuation du lavement, éléments potentiellement recherchés ou pas par l'anamnèse et possiblement non retranscrits par le Dr. X.\_\_\_\_\_

dans son dossier manuscrit. Si, véritablement, l'information des vomissements avait été transmise à l'infirmière R. \_\_\_\_\_ par l'appelante et si cette dernière information n'avait pas été communiquée de vive voix au Dr. X. \_\_\_\_\_, l'on pouvait considérer que l'organisation des Y. \_\_\_\_\_ était déficiente. L'expert a relevé qu'un doute subsisterait indéfiniment sur ces deux points.

A la question de savoir s'il était conforme à la pratique admise à l'époque de ne pas noter les réponses négatives du patient, ni les questions correspondantes, il a répondu qu'il n'avait personnellement pas été éduqué dans cette pratique particulière. Dans son système universitaire, on lui avait toujours enseigné de noter tous les éléments obtenus par l'anamnèse. Dans ce cas de figure, il n'était pas possible d'affirmer que la question des vomissements avait bel et bien été posée à M. \_\_\_\_\_ par le Dr. X. \_\_\_\_\_.

Il a confirmé que la nuit du 22 août 2008, le service d'urgences des Y. \_\_\_\_\_ était dirigé par un seul médecin assistant qui avait terminé ses études universitaires une année et demie plus tôt.

A la question de savoir si les intimés auraient pu faire appel au chef de clinique ou à un médecin-chef de garde pour qu'il confirme le diagnostic, si ce dernier avait été sur place la nuit du 22 août 2008 et si les informations au sein de l'équipe soignante avaient circulé correctement, il a répondu qu'il s'agissait d'un point important qui remettait en question le fonctionnement des établissements publics périphériques comparés aux établissements publics universitaires. Il a expliqué qu'alors qu'il était courant dans un hôpital universitaire que le médecin de garde de première ligne soit supervisé par un chef de clinique sur place, tel n'était pas le cas des hôpitaux périphériques qui faisaient appel à des internes en première ligne et à des superviseurs disponibles par téléphone à leur domicile. On ne pouvait que regretter cet état de fait. A ce titre, il a précisé qu'on ne pouvait en tenir rigueur au Dr. X. \_\_\_\_\_ puisqu'il travaillait dans une institution qui avait mis en place ce modèle de supervision. Néanmoins, sur le fond, il paraissait possible aux yeux de

l'expert, mais pas certain, qu'une seconde appréciation de l'état clinique de M. \_\_\_\_\_ par un superviseur sur place aurait pu modifier le diagnostic et la prise en charge y relative. L'évaluation d'une situation clinique par deux personnes était certainement de meilleure qualité que par une seule, notamment lors d'admissions de patients présentant une situation urgente. Selon l'expert, le ré-interrogatoire de M. \_\_\_\_\_ par un second médecin aurait pu déboucher sur la découverte de vomissements non signalés précédemment et aurait pu donc permettre une surveillance plus adaptée. On se trouvait toutefois dans le domaine de la supposition.

Il a dû se déterminer sur l'appréciation selon laquelle, s'agissant de la mauvaise organisation des urgences des Y. \_\_\_\_\_ en 2008, ce n'était pas parce qu'un certain système de supervision se retrouvait couramment dans divers hôpitaux en 2008 qu'il était adéquat et que ladite situation permettait aux Y. \_\_\_\_\_ de se départir de toute responsabilité. Pour l'expert, il s'agissait d'un problème purement politique et économique que de pouvoir mettre dans chaque hôpital périphérique public un superviseur de nuit, de jour et de week-end. L'organisation de la majeure partie des hôpitaux périphériques était fondée sur la présence d'un seul médecin assistant pour une branche donnée (chirurgie, médecine, pédiatrie) et d'un superviseur à domicile qui pouvait être appelé pour se déplacer en cas d'urgence ou de situation clinique difficile.

Il a dû se déterminer sur la question de savoir si, sur la base du dossier médical de M. \_\_\_\_\_ établi par les Y. \_\_\_\_\_, du dossier d'enquête pénale (en particulier les rapports des différents médecins et/ou experts, le rapport d'autopsie du CURML et les procès-verbaux d'auditions) et des échantillons prélevés par le CURML lors de l'autopsie du défunt, le contenu du rapport du Prof. H. \_\_\_\_\_ était fondé. Il a relevé que, quand bien même le Prof. H. \_\_\_\_\_ avait relevé deux détails omis par la précédente expertise (stents iliaques et prescription d'antalgiques pouvant atténuer la douleur et masquer des signes cliniques de sévérité), ses conclusions n'avaient pas été confirmées par l'autopsie médico-légale, à savoir absence d'ulcère et absence d'ischémie mésentérique. On ne

pouvait reprocher au Dr. X.\_\_\_\_\_ un manque de diligence dans la mesure où il avait donné un diagnostic correct de constipation, celui-ci étant supporté par une anamnèse, un examen clinique, des examens de biologie et un examen de radiologie confirmant une coprostase modérée.

Il a dû se déterminer sur le fait de savoir s'il était exact que le rapport du CURML retenait que la cause du décès de M.\_\_\_\_\_ n'avait pas été établie avec certitude, mais ne contredisait pas les hypothèses émises par le Prof. H.\_\_\_\_\_, ni ne confirmait celles du Prof. B.\_\_\_\_\_. Il a répondu qu'il était un peu surpris par le manque d'analyse de la part de ses confrères car la symptomatologie de M.\_\_\_\_\_ était clairement celle d'un iléus en voie de constitution qui avait démarré trois ou quatre jours avant l'admission aux urgences de l'hôpital de [...] dans la nuit du 21 au 22 août 2008 puisqu'il développait progressivement une constipation, des vomissements, des vomissements fécaloïdes qui traduisaient l'interruption des matières fécales et des gaz par l'anus. Cette information de vomissements fécaloïdes était un argument absolument pathognomonique d'une occlusion intestinale. Se basant sur le résultat du scanner post-mortem qui avait montré une dilatation importante de l'estomac et des anses grêles et d'une hernie interne, il paraissait à l'expert difficile de ne pas conclure à l'existence d'une occlusion sur une hernie interne. Pour lui, il fallait voir ce que l'on voyait et pouvoir faire une synthèse anatomopathologique et clinique. Il n'était pas utile de prendre les éléments séparément lorsqu'ils avaient une séquence logique.

Il a confirmé l'analyse de l'expert judiciaire de la procédure pénale, le Prof. B.\_\_\_\_\_, selon laquelle le taux élevé de leucocytes était non spécifique et pouvait être dû à une multitude de diagnostics. Dans le cas de M.\_\_\_\_\_, le taux élevé de leucocytes aurait pu être dû notamment à ses douleurs.

**c)** Le 14 avril 2022, il a transmis un rapport d'expertise complémentaire.

Se prononçant sur la question de savoir si la désorganisation des intimés était dans un rapport de causalité naturelle avec le décès de M.\_\_\_\_\_, il a répondu que ce facteur avait pu y contribuer et a relevé que cette désorganisation était en partie liée à un problème structurel des hôpitaux périphériques comparés aux hôpitaux universitaires. Selon lui, si l'Etat de Vaud avait donné davantage de moyens financiers pour engager un superviseur médical, idéalement sur place 24h/24h, l'issue fatale de M.\_\_\_\_\_ aurait peut-être pu être évitée.

A la question de savoir s'il aurait été possible d'éviter le décès prématuré de M.\_\_\_\_\_ si le Dr. X.\_\_\_\_\_ avait posé le bon diagnostic et qu'il avait gardé le patient à l'hôpital, il a premièrement réitéré que le diagnostic posé par le Dr. X.\_\_\_\_\_ était celui d'une constipation, basant son jugement sur les symptômes du patient, les éléments radiologiques et de laboratoire. Il a de nouveau conclu que, rétrospectivement en effet, il s'agissait d'une erreur diagnostique mais d'une erreur excusable dans la mesure où le Dr. X.\_\_\_\_\_ se trouvait en face d'une occlusion en voie de constitution. L'état de M.\_\_\_\_\_ au moment de l'admission ne nécessitait aucune intervention en urgence et la radiologie ne comportait aucun élément indiquant un iléus. Un suivi ou une surveillance intra hospitalière de plus longue durée aurait permis de détecter l'évolution clinique défavorable du patient. Toute détérioration clinique aurait donc pu être notée soit par l'infirmière soit par le médecin, de sorte que les vomissements auraient bien évidemment été notés et colligés dans le dossier du patient.

**13.** Par différents courriers, les intimés Etat de Vaud, par la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (DGAIC), Y.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ ont renoncé à se prévaloir de la prescription jusqu'au 30 juin 2017 pour cette dernière, au 31 août 2017 pour l'Etat de Vaud et au 31 décembre 2017 pour X.\_\_\_\_\_ et les Y.\_\_\_\_\_.

**14. a)** Par demande du 29 juin 2017, faisant suite à une autorisation de procéder délivrée le 28 mars 2017, l'appelante a pris la

conclusion suivante contre les intimés Etat de Vaud (DGAIC), Y.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_, et R.\_\_\_\_\_, avec suite de frais et dépens :

"I. « Y.\_\_\_\_\_ », X.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ sont débiteurs solidaires de C.\_\_\_\_\_ et lui doivent immédiat paiement d'un montant qui sera précisé en cours d'instance mais qui n'est à ce jour par (sic) inférieur à CHF 1'634'595.- (un million six cent trente-quatre mille cinq cent nonante-cinq francs suisses), avec intérêt à 5% l'an dès le 23 août 2008."

Les 13 novembre 2017, 20 mars, 28 juin et 6 novembre 2018, les défendeurs Etat de Vaud (DGAIC), Y.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ ont chacun déposé une réponse, par laquelle ils ont conclu, avec suite de frais et dépens, au rejet des conclusions prises par l'appelante.

Le 11 juin 2019, l'appelante a déposé une réplique, par laquelle elle a confirmé, sous suite de frais et dépens, les conclusions prises au pied de sa demande du 29 juin 2017.

Par duplique du 9 août 2019, l'intimé Etat de Vaud a conclu, avec suite de frais et indemnité équitable, au maintien de son rejet des conclusions prises par l'appelante.

Les 11 novembre 2019, 7 février et 12 mars 2020, les intimés Y.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ ont confirmé les conclusions prises au pied de leur réponse respective.

**b)** Le 13 octobre 2021, l'appelante a été interrogée en qualité de partie. Les intimés X.\_\_\_\_\_, R.\_\_\_\_\_ et [...], pour les intimés Y.\_\_\_\_\_, ont été interrogés en qualité de partie lors des audiences des 3 et 16 novembre 2021.

Le Prof. A.\_\_\_\_\_ et [...] ont été entendus en qualité de témoins lors de l'audience du 17 novembre 2021. [...], [...] et [...] ont également été entendus en cette qualité lors de l'audience du 14

décembre 2021. Le Prof. B. \_\_\_\_\_ a été entendu en qualité de témoin lors de l'audience du 15 décembre 2021.

**c)** Par prononcé du 20 décembre 2022, la Juge déléguée de la CPAT a notamment ordonné la limitation de la procédure à la question de la responsabilité des parties intimées.

Les parties ayant indiqué qu'elles étaient d'accord avec le fait qu'un délai commun leur soit imparti pour déposer des plaidoiries écrites, dites écritures ont été déposées les 11 et 12 mai 2023. Chaque partie a confirmé ses conclusions précédentes.

**d)** Une séance de délibérations a eu lieu le 22 août 2023.

## **En droit :**

### **1.**

#### **1.1**

**1.1.1** L'appel est recevable contre les décisions finales de première instance (art. 308 al. 1 let. a CPC) au sens de l'art. 236 CPC, dans les affaires patrimoniales dont la valeur litigieuse, au dernier état des conclusions de première instance, est de 10'000 fr. au moins (art. 308 al. 2 CPC). L'appel, écrit et motivé, est introduit auprès de l'instance d'appel, soit la Cour d'appel civile (art. 84 al. 1 LOJV [Loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; BLV 173.01]).

**1.1.2** En l'espèce, l'appel, motivé, a été formé en temps utile contre une décision finale dans une cause dont la valeur litigieuse est supérieure à 10'000 fr., par une partie jouissant d'un intérêt digne de protection (art. 59 al. 2 let. a CPC). L'appel est dès lors recevable.

## **1.2**

**1.2.1** 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 (ATF 138 III 378 consid. 4.3.1 ; TF 4A\_168/2022 du 10 juin 2022 consid. 5.2 et 6 ; Jeandin, *in* Bohnet et al. [éd.], Commentaire romand, Code de procédure civile, 2<sup>e</sup> éd. 2019 [ci-après : CR-CPC], nn. 2 ss ad art. 310 CPC). Le juge d'appel contrôle librement l'appréciation des preuves effectuée par le juge de première instance (art. 157 CPC en relation avec l'art. 310 let. b CPC) et vérifie si celui-ci 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).

## **1.2.2**

**1.2.2.1** Selon l'art. 311 al. 1 CPC, l'appel doit être motivé, soit démontrer le caractère erroné de la motivation attaquée. Pour satisfaire à cette obligation, l'appelant doit démontrer le caractère erroné de la motivation de la décision attaquée (ATF 147 III 176 consid. 4.2.1 ; ATF 144 III 394 consid. 4.1.4, JdT 2019 II 147 ; ATF 141 III 569 consid. 2.3.3). Ainsi, notamment, lorsque la motivation de l'appel est identique aux moyens qui avaient déjà été présentés en première instance, avant la reddition de la décision attaquée (TF 4A\_621/2021 du 30 août 2022 consid. 3.1; TF 4A\_97/2014 du 26 juin 2014 consid. 3.3), ou si elle ne contient que des critiques toutes générales de la décision attaquée ou encore si elle ne fait que renvoyer aux moyens soulevés en première instance, elle ne satisfait pas aux exigences de l'art. 311 al. 1 CPC et l'instance d'appel ne peut pas entrer en matière (TF 5A\_779/2021 et TF 5A\_787/2021 du 16 décembre 2022 consid. 4.3.1). Le renvoi à des écritures annexes, notamment à des plaidoiries déposées en première instance, est irrecevable (cf. TF 5A\_801/2018 du 30 avril 2019 consid. 4.4).

**1.2.2.2** Il s'ensuit que la référence de l'appelante à ses plaidoiries notamment ne constitue pas une motivation recevable.

**2.** L'appelante s'écarte de l'état de fait constaté dans le jugement de première instance sur plusieurs points.

**2.1** Elle reproche en premier lieu à l'autorité précédente de ne pas avoir considéré comme prouvé, au vu des déclarations des parties et des pièces au dossier, que le fait que M.\_\_\_\_\_ vomissait avait été communiqué à l'équipe médicale dès la consultation aux urgences.

**2.1.1** L'autorité précédente a estimé que les déclarations des parties divergeaient sur ce point. En effet, lors de son audition par la police cantonale, le 24 août 2008, l'appelante avait indiqué avoir dit à l'infirmière que M.\_\_\_\_\_ avait vomi à deux reprises dans les toilettes des Y.\_\_\_\_\_ après lavement, ce que ce dernier aurait confirmé à l'infirmière. Lors de cette audition, l'appelante n'a pas prétendu avoir informé le médecin de ces vomissements. Lors de son audition par le juge d'instruction, le 8 janvier 2010, l'appelante a indiqué avoir communiqué à l'infirmière les vomissements lors de leur passage aux urgences des Y.\_\_\_\_\_ mais qu'elle pensait que cette information n'avait pas été transmise au médecin. Elle a ajouté qu'elle n'avait pas « redit au médecin que M.\_\_\_\_\_ avait vomi ». L'appelante a également dit qu'elle avait mis des boules quies pour dormir le 22 août 2008 au soir. Lors de son audition par le Ministère public, le 13 janvier 2012, l'appelante a toutefois modifié ses déclarations en indiquant qu'elle avait informé le médecin des vomissements de M.\_\_\_\_\_, justifiant ce revirement par une discussion qu'elle avait eue avec sa mère. Elle a en outre indiqué qu'elle n'avait pas mis de boules quies si M.\_\_\_\_\_ n'avait pas dormi avec elle. Quant à sa mère, [...], entendue par le Ministère public le 12 août 2014, elle a indiqué que sa fille lui avait dit qu'elle avait informé l'infirmière et le médecin que M.\_\_\_\_\_ avait vomi à l'hôpital. Lors de son interrogatoire par la juge déléguée de première instance, [...] a toutefois indiqué qu'elle ne se souvenait plus si l'appelante lui avait dit avoir informé le médecin ou l'infirmière des vomissements de M.\_\_\_\_\_. Quant à X.\_\_\_\_\_, il a indiqué lors de son audition par le juge d'instruction le 15 avril 2010 avoir posé plusieurs questions dont l'existence de vomissements à M.\_\_\_\_\_

mais que celui-ci ne lui avait pas dit qu'il avait vomi. Lors de son audition par le Ministère public, le 4 décembre 2012, il a indiqué que si le fait que M.\_\_\_\_\_ prenait de l'aspirine cardio tous les jours n'était pas indiqué dans le dossier c'était qu'il ne l'avait pas mentionné, à l'instar des nausées et des vomissements. R.\_\_\_\_\_, infirmière expérimentée, qui s'était occupée de M.\_\_\_\_\_ lors de sa venue aux urgences, a indiqué lors de son audition par le juge d'instruction le 19 août 2010, ne pas se souvenir qu'il lui aurait été dit que M.\_\_\_\_\_ avait vomi aux toilettes de l'hôpital. Elle a ajouté que « s'il l'avait déclaré, je ne sais pas ce que cela aurait changé à la consultation. En effet, la décision aurait dépendu du médecin. Vous me demandez si j'aurais dû référer d'une information de la sorte au médecin. Je vous réponds par l'affirmative ». Elle a par ailleurs précisé qu'« en consultant le dossier, je ne vois pas de mention de vomissement. Comme je l'ai déjà dit, ce symptôme aurait été rapporté au médecin ». Quant aux pièces versées au dossier, le dossier médical de M.\_\_\_\_\_ ne fait pas état d'éventuels vomissements, que cela soit dans la fiche remplie par R.\_\_\_\_\_ ou par X.\_\_\_\_\_. Dans ces conditions, la CPAT a estimé que l'on ne pouvait retenir que les vomissements de M.\_\_\_\_\_ après le lavement ont été rapportés à X.\_\_\_\_\_. Ni lui ni R.\_\_\_\_\_ n'étaient au courant du fait que M.\_\_\_\_\_ aurait vomi lors de son passage aux urgences.

**2.1.2** L'appelante invoque toutefois que M.\_\_\_\_\_ aurait vomi et que ce fait aurait été porté à la connaissance des médecins. Il convient ici de distinguer les différents moments.

Selon le jugement attaqué, non contesté sur ce point, l'appelante n'a pas assisté à l'anamnèse de son compagnon, de sorte qu'elle ignorait ce que M.\_\_\_\_\_ a dit ou pas à R.\_\_\_\_\_ puis au médecin à cette occasion.

Dans ces conditions, on ne saurait retenir que M.\_\_\_\_\_, seul alors présent lors de l'anamnèse, aurait dit à R.\_\_\_\_\_ ou à X.\_\_\_\_\_ qu'il avait vomi. Il convient à cet égard, faute d'autres preuves contraires de retenir comme probant les déclarations de ce dernier qui a indiqué

avoir posé la question à M.\_\_\_\_\_ de savoir s'il avait vomi lors de l'anamnèse et que celui-ci lui aurait répondu par la négative. Au demeurant personne, et notamment pas l'appelante, ne prétend que M.\_\_\_\_\_ aurait vomi avant son lavement, l'appelante ayant uniquement soutenu que M.\_\_\_\_\_ avait vomi à deux reprises dans les toilettes des Y.\_\_\_\_\_ après le lavement (cf. appel, également, p. 3). Ainsi on ne peut retenir avant la fin du lavement ni que M.\_\_\_\_\_ avait vomi, ni que ce fait aurait été porté à la connaissance dR.\_\_\_\_\_ ou d'X.\_\_\_\_\_. Cela explique très clairement pourquoi l'anamnèse du patient ne mentionne pas cet élément.

L'appelante invoque que M.\_\_\_\_\_ aurait vomi après le lavement, alors qu'il était toujours aux urgences, et que ce fait aurait été porté à la connaissance de l'infirmière R.\_\_\_\_\_ et du médecin X.\_\_\_\_\_. L'existence de ces vomissements et la transmission de cette information aux précités doit être examinée à la lumière des circonstances existant à ce moment. En effet, on ne saurait retenir qu'ils auraient été mis au courant par l'appelante ou par M.\_\_\_\_\_, après le lavement et avant sa sortie des urgences, au motif notamment que l'appelante aurait contacté une autre infirmière, par téléphone, le 22 août à 17 h, soit 13 heures après la sortie de M.\_\_\_\_\_ des urgences, pour lui dire que celui-ci vomissait. Au demeurant, cette infirmière a expressément conseillé à l'appelante, vu les vomissements qu'elle rapportait, que M.\_\_\_\_\_ se rende aux urgences, conseil qui n'a pas été suivi.

De même on ne saurait retenir qu'R.\_\_\_\_\_ ou X.\_\_\_\_\_ auraient su que M.\_\_\_\_\_ avait vomi aux toilettes des Y.\_\_\_\_\_ le 22 août avant son départ de cet établissement, à 4 h 15 du matin, car l'appelante aurait faxé le 23 août à 8 h 19 une quittance de pharmacie pour un anti-vomitif à l'attention d'X.\_\_\_\_\_ aux Y.\_\_\_\_\_, en demandant de se faire rembourser ce médicament, indiquant que depuis son passage, M.\_\_\_\_\_ n'avait pas arrêté de vomir. L'appelante y écrit au demeurant que « nous sommes venus jeudi dans la nuit car mon ami, M.\_\_\_\_\_, était constipé ; depuis il n'a pas arrêté de vomir ». De telles déclarations n'établissent ni que ce dernier aurait vomi à l'hôpital déjà, ni

que le personnel soignant en aurait été informé. Dans ces conditions, on ne peut suivre l'appelante lorsqu'elle soutient que dès lors qu'X. \_\_\_\_\_ a indiqué après le décès qu'au vu du diagnostic il ne pouvait cautionner la prescription d'un anti-vomitif, cela signifiait qu'il avait connaissance des vomissements comme déclaré par l'appelante lors du passage de M. \_\_\_\_\_ aux urgences. Un tel élément n'apporte aucunement la preuve qu'X. \_\_\_\_\_ savait lors du passage de M. \_\_\_\_\_ aux urgences que celui-ci avait vomi.

L'appelante invoque encore que si l'information des vomissements n'avait pas été communiquée à l'équipe soignante lors de la consultation aux urgences, on pouvait s'interroger sur le manque total de réaction de leur part à la suite du téléphone du 22 août 2008 à 17h et de la réception du fax du 23 août 2008. Ici encore le grief ne saurait prospérer. Tout d'abord il n'est pas établi qu'X. \_\_\_\_\_ ou R. \_\_\_\_\_ ait travaillé entre le 22 août 2008 à 17 h et le décès de M. \_\_\_\_\_ le 23 août 2008. Dans ces conditions, on ne saurait tirer quoi que ce soit de leur silence. En outre, on soulignera ici que les intimés n'ont pas manqué de réagir. En effet, l'infirmière contactée par l'appelante le 22 août 2008 à 17 h lui a clairement dit que M. \_\_\_\_\_ devrait se rendre aux urgences. Ce conseil reprend l'injonction toute aussi explicite donnée par X. \_\_\_\_\_ à M. \_\_\_\_\_ avant sa sortie d'urgence le 22 août 2008 à 4 h 15 que si son état de santé ne s'améliorait pas il devait consulter son médecin traitant ou se rendre à nouveau à l'hôpital. Dans ces conditions, on ne saurait considérer que M. \_\_\_\_\_ ou l'appelante n'avaient pas été informés de ce qu'ils devaient faire et que leur appel aurait été laissé sans réaction. A deux reprises, leur a-t-on dit d'aller consulter un médecin sans tarder.

Dans le même ordre d'idée, qu'X. \_\_\_\_\_, dans son fax en réponse à celui du 18 novembre 2008, de l'appelante indique qu'il ne peut cautionner la prescription d'anti-vomitif ne signifie aucunement qu'il aurait su, le 22 août 2008 avant 4h15 du matin, que M. \_\_\_\_\_ avait vomi lors de son passage à l'hôpital.

Restent donc les déclarations des parties portant sur la période entre le lavement et le départ de M. \_\_\_\_\_ des urgences, et les éléments du dossier. Il résulte de la lecture des déclarations au dossier que celles de l'appelante ont varié sur plusieurs points, notamment le fait d'avoir informé R. \_\_\_\_\_ sans indiquer avoir également informé le médecin de vomissements, puis, lors de son audition suivante, d'avoir informé R. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ de tels vomissements. En outre, l'appelante est revenue sur d'autres déclarations pour la période postérieure au retour des urgences, indiquant avoir porté des boules qu'elles pour dormir le 22 août 2008 avant de soutenir le contraire lors de son audition suivante. De tels revirements fragilisent nécessairement la force probante à donner à ses déclarations. Quant au témoignage de sa mère qu'elle invoque, d'une part celui-ci porte sur des faits indirects, soit ce que sa fille lui aurait dit avoir dit à l'infirmière et au médecin hors sa présence, d'autre part la témoin s'est rétractée en première instance, indiquant finalement ne plus se souvenir. Il ne saurait partant être d'aucune aide à la valeur probante à donner aux déclarations de l'appelante. En outre, il était difficilement concevable qu'ayant assisté à la consultation après l'anamnèse et sachant qu'un laxatif par voie orale avait été prescrit à son compagnon, l'appelante n'ait pas demandé sur place que la prescription soit modifiée, alors qu'elle n'avait pas manqué de relever ce fait dans son fax au Dr. X. \_\_\_\_\_ du 17 novembre 2008. Une telle contradiction fragilisait encore les déclarations de l'appelante. Quant aux déclarations d'R. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_, ceux-ci ont tous deux affirmé, de manière constante, que le fait que M. \_\_\_\_\_ aurait vomi lors de son séjour aux Y. \_\_\_\_\_ ne leur avait pas été rapporté durant ce séjour. De telles déclarations sont frontalement contradictoires avec celles, qui plus est variables, de l'appelante. Dans ces conditions, on ne peut retenir comme prouvé, sur la base de ces témoignages, que le fait que M. \_\_\_\_\_ aurait vomi durant son passage aux urgences aurait été rapporté à R. \_\_\_\_\_ ou à X. \_\_\_\_\_, que l'on se fonde sur la preuve stricte ou la vraisemblance prépondérante.

Au demeurant, l'appelante invoque cette vraisemblance prépondérante, niveau de preuve inférieure à la preuve stricte, qui n'est

admissible que si une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut pas être exigée en raison de la nature de l'affaire (ATF 130 III 321 consid. 3.2 ; TF 4A\_254/2021 du 21 décembre 2021 consid. 4.1). Cela dit, on ne voit pas que dans la présente cause, où on dispose de pièces et de témoignages, on doive abaisser le niveau de preuve nécessaire pour examiner si le fait litigieux doit être considéré comme établi. Les exemples que l'appelante cite à cet égard ne sont en particulier pas comparables à la présente cause. La preuve stricte était ainsi nécessaire.

Les pièces au dossier qu'invoque l'appelante, soit le dossier médical de M.\_\_\_\_\_, ne permettent pas non plus de retenir comme établi que le fait que ce dernier aurait vomi après le lavement et avant sa sortie des Y.\_\_\_\_\_ aurait été porté à la connaissance d'R.\_\_\_\_\_ ou d'X.\_\_\_\_\_. En effet le dossier médical de M.\_\_\_\_\_, constitué lors de son passage aux urgences et qui comprend les fiches de suivi remplies par X.\_\_\_\_\_ et par R.\_\_\_\_\_, ne contient aucun élément relatif à des vomissements de M.\_\_\_\_\_. Or on ne saurait, comme le voudrait l'appelante, car certaines informations auraient pu être portées dans ces dossiers, selon certaines pratiques en vigueur dans d'autres établissements, notamment la réponse négative donnée par le patient à des questions importantes, considérer que le silence à cet égard signifierait que la réponse aurait été positive, respectivement que l'information aurait été donnée. En d'autres termes, on ne saurait, car aucune information ne figure au dossier concernant des vomissements, retenir que la question aurait été posée et qu'il y aurait été répondu par l'affirmative ou qu'une information de vomissement aurait été portée à la connaissance d'R.\_\_\_\_\_ ou d'X.\_\_\_\_\_. Une telle théorie ne peut être suivie. Au demeurant, comme on l'a vu ci-dessus, aucun élément ne permet de retenir que M.\_\_\_\_\_ aurait vomi avant son lavement. L'anamnèse au dossier, faite logiquement avant le lavement, fût-elle plus complète et aurait-elle compris l'indication des réponses négatives aux questions posées n'aurait ainsi pu qu'indiquer que M.\_\_\_\_\_ n'avait pas vomi. Cela n'aide aucunement la thèse de l'appelante.

L'appelante se réfère également à ses écrits dès septembre 2008. Elle ne fait qu'y répéter sa version des faits, n'indiquant notamment pas dans son courrier du 23 septembre 2008 avoir dit d'une quelconque manière au médecin, et non seulement à l'infirmière, qu'il aurait vomi. Ces déclarations apparaissent ainsi elles aussi contradictoires avec celle faite, comme dit ci-dessus, en 2012 où elle affirme avoir informé le médecin. Dans son fax du 18 novembre 2008 à l'attention d'X.\_\_\_\_\_, elle affirme que « l'infirmière et vous-même étiez au courant de ceci », soit du fait que M.\_\_\_\_\_ aurait déjà vomi à l'hôpital. Elle n'indique aucunement comment ceux-ci auraient été au courant. De telles écritures ne renforcent pas la valeur probante de ses dires et ne permettent pas à elles seules de démontrer, vu les dénis d'X.\_\_\_\_\_ et d'R.\_\_\_\_\_ et l'absence de toute mention dans le dossier de M.\_\_\_\_\_, la véracité du fait litigieux. A l'appui de la force probante à donner à ses déclarations, l'appelante invoque toutefois qu'au moment de celles-ci aucun rapport d'expertise médicale n'avait encore été rendu de sorte que l'on ignorait que les vomissements étaient un facteur déterminant. Au moment de ces écrits, M.\_\_\_\_\_ était décédé alors que « depuis son passage dans leur service, M.\_\_\_\_\_ n'arrêtait pas de vomir » selon les déclarations de l'appelante (jgt, p. 6) à l'infirmière contactée le 22 août à 17h qui lui avait dit, sur la base de tels vomissements constants, de se rendre aux urgences. L'appelante pouvait déjà à ce moment se douter que les vomissements constants de M.\_\_\_\_\_ étaient un signe alarmant d'un problème de santé.

L'appelante invoque encore que le fait que M.\_\_\_\_\_ vomissait aurait dû avoir un impact important sur le diagnostic posé et la prise en charge. Cela ressort en effet des différentes expertises au dossier. Cela n'apporte toutefois aucun élément en matière de preuve à la question de savoir si le fait que M.\_\_\_\_\_ aurait vomi après son lavement et avant son départ des urgences aurait été porté à la connaissance d'R.\_\_\_\_\_ et/ou d'X.\_\_\_\_\_. Or au vu de ce qui précède, ce fait, dont l'appelante supporte le fardeau de la preuve, ne peut être tenu pour établi.

Il s'ensuit que le grief de constatation inexacte des faits est infondé.

**2.2** L'appelante reproche également aux premiers juges d'avoir estimé qu'il n'était pas établi qu'X.\_\_\_\_\_ travaillait dans la nuit du 22 au 23 août 2008 et était donc présent à l'hôpital lorsqu'elle a envoyé son fax, le 23 août à 8 h 19.

L'appelante, contrairement à son devoir de motivation (cf. ci-dessus, consid. 1.2.2.1), ne se réfère à aucune pièce précise dans son écriture de sorte que le grief, pour ce motif déjà, est irrecevable. Au demeurant, les « preuves y relatives » des allégués 575 à 577 auxquels elle se réfère, vérification faite, ne prouvent aucunement qu'X.\_\_\_\_\_, en plus d'avoir passé la nuit à l'hôpital du 21 au 22 août 2008 et assisté au colloque du 22 août 2008 à 8 h du matin, serait resté ensuite à l'hôpital et notamment durant la nuit du 22 au 23 août 2008 de sorte à être présent à l'hôpital à 17 h le 22 août 2008 au moment de la réception du fax adressé par l'appelante.

Un tel fait n'a par conséquent pas à être ajouté et le grief doit être rejeté.

**2.3** Pour le surplus, faute pour l'appelante d'accompagner d'un grief de constatation inexacte des faits ceux qu'elle invoque qui n'ont pas été constatés dans le jugement de première instance, ces faits sont irrecevables et avec eux les griefs qu'elle fonde sur eux.

**3.** L'appelante conteste que l'Etat de Vaud n'ait pas la légitimation passive. A l'appui de ce grief, elle invoque notamment que la condition de l'illicéité serait réalisée dès lors qu'un droit absolu, à savoir le droit à la vie de M.\_\_\_\_\_, a été violé. Il ne serait partant pas nécessaire de rechercher, comme l'a fait l'autorité précédente, si et de quelle manière l'auteur a violé une norme de comportement. Elle cite à l'appui de cette position l'ATF 144 I 318 consid. 5.4.

**3.1** Ce considérant de l'ATF 144 I 318 prévoit que s'agissant de définir la notion d'acte illicite, explicitée à l'art. 4 LRECA/VD par les mots "d'une manière illicite", il convient, « en l'absence de disposition spécifique de droit cantonal, de se fonder sur la jurisprudence du Tribunal fédéral pour déterminer cette notion. En pratique, si le fait dommageable porte atteinte à un droit absolu (comme la vie ou la santé humaines, ou le droit de propriété), l'illicéité est d'emblée réalisée, sans qu'il soit nécessaire de rechercher si et de quelle manière l'auteur a violé une norme de comportement spécifique; on parle à ce propos d'illicéité par le résultat ("*Erfolgsunrecht*"). Si, en revanche, le fait dommageable constitue une atteinte à un autre intérêt (par exemple le patrimoine), cette condition suppose qu'il existe un "rapport d'illicéité", soit que l'auteur ait violé une norme de comportement ayant pour but de protéger le bien juridique en cause; c'est ce que l'on appelle l'illicéité par le comportement ("*Verhaltensunrecht*"). La simple lésion du droit patrimonial d'autrui ne représente donc pas, en tant que telle, un acte illicite; il faut encore qu'une règle de comportement interdise une telle atteinte et que cette règle ait pour but la protection du bien lésé (...). Une omission peut aussi, le cas échéant, constituer un acte illicite, mais il faut alors qu'il ait existé, au moment déterminant, une norme juridique qui sanctionnait explicitement l'omission commise ou qui imposait à l'Etat de prendre en faveur du lésé la mesure omise; un tel chef de responsabilité suppose donc que l'Etat ait eu une position de garant vis-à-vis du lésé et que les prescriptions qui déterminent la nature et l'étendue de ce devoir aient été violées (ATF 144 I 318 consid. 5.5 et les nombreuses références jurisprudentielles et doctrinales auxquelles il se réfère).

**3.2** En l'occurrence, la responsabilité de l'Etat et ses agents, telle que prévue par la LRECA, ne saurait être engagée envers l'appelante du fait que le droit absolu à la vie d'un tiers à la procédure, soit M.\_\_\_\_\_, seul droit qu'elle invoque dans son appel, aurait été lésé.

En outre et surtout, l'appelante perd de vue que ce qu'elle reproche aux intimés n'est pas une action, par exemple une opération, mais une omission, à savoir selon sa demande, en substance, le fait, de

n'avoir pas procédé à un examen clinique correct et sur la base d'un mauvais diagnostic, respectivement d'une mauvaise organisation des Y.\_\_\_\_\_, de n'avoir pas prodigué à M.\_\_\_\_\_ les soins adéquats à son état de santé (notamment all. 44 de la demande). Or pour qu'une omission constitue un acte illicite, il est nécessaire qu'il ait existé, au moment déterminant, une norme juridique qui sanctionnait explicitement l'omission commise ou qui imposait à l'Etat de prendre en faveur du lésé la mesure omise. L'admission d'un acte illicite au sens de l'art. 4 LRECA impliquait donc bien dans le présent cas qu'une règle de comportement, en l'occurrence une règle de l'art médical, ait été violée.

A cet égard, le grief de l'appelante est rejeté, les autres griefs de l'appelante s'agissant de la légitimation passive de l'Etat de Vaud pouvant souffrir de n'être pas tranchés au vu de ce qui suit.

**4.** L'appelante estime que la responsabilité des intimés reste entière, X.\_\_\_\_\_ ayant violé les règles de l'art.

#### **4.1**

**4.1.1** La notion d'illicéité est la même en droit privé fédéral et en droit public cantonal de la responsabilité. Le personnel chargé des soins (médecins, infirmiers, sages-femmes, etc.) est tenu de respecter les règles de l'art médical, afin de protéger la vie ou la santé du patient. Il doit observer la diligence requise, déterminée selon des critères objectifs. La notion d'illicéité rejoint ici celle de violation du devoir de diligence, appliquée en matière de responsabilité contractuelle (TF 4A\_315/2011 du 25 octobre 2011 consid. 3.1 ; 4P.110/2003 du 26 août 2003 consid. 2.2).

Si le propre de l'art médical consiste, pour le médecin et ses auxiliaires, à obtenir le résultat escompté grâce à leurs connaissances et à leurs capacités, cela n'implique pas pour autant qu'ils doivent atteindre ce résultat ou même le garantir, car le résultat en tant que tel ne fait pas partie de leurs obligations. L'étendue du devoir de diligence qui incombe au personnel médical se détermine selon des critères objectifs. Les exigences qui doivent être posées à cet égard ne peuvent pas être fixées

une fois pour toutes; elles dépendent des particularités de chaque cas, telles que la nature de l'intervention ou du traitement et les risques qu'ils comportent, la marge d'appréciation, le temps et les moyens disponibles, la formation et les capacités du médecin et de ses auxiliaires (ATF 133 III 121 consid. 3.1 p. 124). La violation du devoir de diligence ne doit cependant pas être comprise en ce sens qu'elle inclurait toutes les mesures ou abstentions qui, considérées *a posteriori*, se sont révélées dommageables. Le personnel médical ne répond pas de tous les risques liés à un acte médical ou à la maladie même. Il exerce une activité exposée à des dangers et le droit de la responsabilité civile doit en tenir compte. Dans le diagnostic comme dans le choix d'une thérapie ou d'autres mesures, le médecin dispose souvent, selon l'état objectif de la science, d'une marge d'appréciation qui autorise un choix entre les différentes possibilités entrant en considération. Aussi n'engage-t-il pas nécessairement sa responsabilité pour ne pas avoir trouvé la solution qui était objectivement la meilleure lorsque l'on en juge *ex post*. Il ne manque à son devoir que si un diagnostic, une thérapie ou quelque autre acte médical apparaît indéfendable au regard de l'état de la science médicale et sort donc du cadre de l'art médical considéré de manière objective (ATF 148 IV 39 consid. 2.3.4 ; TF 6B\_1177/2022 du 21 février 2023, consid. 2.3.3 ; 4A\_315/2011 du 25 octobre 2011 consid. 3.1 ; 4A\_48/2010 du 9 juillet 2010 consid. 6.1 ; voir aussi: ATF 130 IV 7 consid. 3.3 p. 112; 120 Ib 411 consid. 4 p. 413).

**4.1.2** 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 108 II 59 consid. 1; 64 II 200 consid. 4a). 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 ; TF 4A\_160/2021 du 6 mai 2022 consid. 3). La conclusion des juges cantonaux, fondée sur une expertise judiciaire, complétée par l'audition de l'expert, qu'aucune violation des règles de l'art médical ne pouvait être imputée à l'intimé, relève de l'appréciation des preuves (TF 4A\_487/2016 du 1<sup>er</sup> février 2017

consid. 2.3 ; également TF 4A\_614/2021 du 21 décembre 2023 consid. 5.1).

Lorsque l'autorité précédente juge une expertise concluante et en fait sien le résultat, le Tribunal fédéral n'admet le grief d'appréciation arbitraire des preuves que si cette expertise est dénuée de toute valeur probante, au point qu'il était arbitraire de s'y référer, si les experts n'ont pas répondu aux questions posées, si leurs conclusions sont contradictoires ou que, d'une autre façon, l'expertise est entachée de défauts à ce point évidents et reconnaissables, même sans connaissances spécifiques, que les juges ne pouvaient tout simplement pas les ignorer (ATF 138 III 193 consid. 4.3.1 ; 136 II 539 consid. 3.2; 133 II 384 consid. 4.2.3 ; TF 4A\_160/2021 du 6 mai 2022 consid. 5.2.1 ; 4A\_487/2016 du 1<sup>er</sup> février 2017 consid. 2.4; 4A\_18/2015 du 22 septembre 2015 consid. 3.2 ; TF 4A\_543/2014/ 4A\_547/2014 du 30 mars 2015 consid. 5 non publié de l'ATF 141 III 97).

**4.1.3** Il appartient au lésé d'établir la violation des règles de l'art médical (ATF 133 III 121 consid. 3.1 ; ATF 120 Ib 411 consid. 4 in fine p. 414; ATF 115 Ib 175 consid. 2b p. 181 et les références ; TF 4A\_267/2014 du 8 octobre 2014 consid. 3 ; 4A\_315/2011 du 25 octobre 2011 consid. 4.1.2).

**4.2** En ce qu'elle fonde son grief de responsabilité sur le fait qu'R.\_\_\_\_\_ ou X.\_\_\_\_\_ aurait su, lors du passage de M.\_\_\_\_\_ aux urgences que celui-ci y avait vomi, ce fait ayant été écarté (cf. consid. 2.1 ci-dessus), on ne peut que faire de même des griefs de droit qui tentent de se fonder sur ce fait. Il en va de même des griefs de l'appelante fondés sur le fait qu'X.\_\_\_\_\_ aurait été présent à l'hôpital entre le 22 août 2008 17 h et le décès de M.\_\_\_\_\_ le 23 août 2008 (cf. consid. 2.2 ci-dessus).

**4.3** Même en considérant que les vomissements n'ont pas été communiqués au médecin lors de la consultation aux urgences, l'appelante estime que sa responsabilité reste entière.

**4.3.1** En l'occurrence, les premiers juges se sont fondés sur les deux expertises judiciaires, mises en œuvre dans le cadre de la procédure pénale puis de la présente procédure civile, qui constataient un diagnostic erroné mais excusable et n'ont par conséquent toute violation des règles de l'art. Ils ont en revanche écarté le rapport privé déposé par l'appelante et établi par le Prof. H.\_\_\_\_\_.

Les premiers juges ont rappelé qu'une expertise judiciaire confiée au Prof. B.\_\_\_\_\_ avait été mise en œuvre dans la procédure pénale après que l'appelante s'était à deux reprises ralliée au choix de cet expert. Cette expertise avait valeur probante dès lors que le droit d'être entendue de l'appelante avait été respecté. De plus, deux compléments d'expertise avaient été requis pour clarifier certains points. Les premiers juges n'avaient en revanche pas retenu le rapport du Prof. H.\_\_\_\_\_, quand bien même celui-ci était une référence en matière de gastro-entérologie, et avaient considéré que son contenu était assimilable à de simples allégués de l'appelante pour les motifs que ce rapport avait été requis et financé par l'appelante et que le Prof. M.\_\_\_\_\_ n'avait pas eu accès aux radiographies de l'abdomen de M.\_\_\_\_\_.

Après avoir rappelé le contenu des deux expertises judiciaires, les premiers juges ont observé que les deux experts étaient concordants sur le caractère certes erroné du diagnostic posé par l'intimé X.\_\_\_\_\_, mais excusable, dès lors que le diagnostic d'une obstruction intestinale débutante était difficile à poser même pour des médecins expérimentés. En outre, l'autopsie n'avait pas permis d'établir avec certitude les causes du décès de M.\_\_\_\_\_. L'intimé X.\_\_\_\_\_ n'avait dès lors pas violé son obligation de diligence en posant un faux diagnostic.

A cet égard, le rapport du Prof. H.\_\_\_\_\_ qui relevait des manquements de la part de l'intimé X.\_\_\_\_\_ a été confronté au résultat de l'expertise judiciaire mise en œuvre dans la procédure pénale. L'expert V.\_\_\_\_\_ a dû en particulier se déterminer sur la question de savoir si, sur la base du dossier médical de M.\_\_\_\_\_ établi par les Y.\_\_\_\_\_, du dossier d'enquête pénale (en particulier les rapports des différents

médecins et/ou experts, le rapport d'autopsie du CURML et les procès-verbaux d'auditions) et des échantillons prélevés par le CURML lors de l'autopsie du défunt, le contenu du rapport du Prof. H.\_\_\_\_\_ était fondé. L'expert a relevé que, quand bien même le Prof. H.\_\_\_\_\_ avait relevé deux détails omis par la précédente expertise (stents iliaques et prescription d'antalgiques pouvant atténuer la douleur et masquer des signes cliniques de sévérité), ses conclusions n'avaient pas été confirmées par l'autopsie médico-légale, à savoir, absence d'ulcère et absence d'ischémie mésentérique. L'expert a précisé qu'on ne pouvait reprocher au Dr. X.\_\_\_\_\_ un manque de diligence dans la mesure où il avait donné un diagnostic correct de constipation, celui-ci étant supporté par une anamnèse, un examen clinique, des examens de biologie et un examen de radiologie confirmant une coprostase modérée.

Les premiers juges ont par ailleurs relevé que tant l'expert V.\_\_\_\_\_ que l'expert B.\_\_\_\_\_ avaient indiqué que l'issue fatale aurait pu être évitée si M.\_\_\_\_\_ et sa compagne avaient respecté d'une part l'avis de l'intimé X.\_\_\_\_\_ d'assurer un suivi médical dans le cas où la situation ne s'améliorerait pas et d'autre part l'avis de l'infirmière qui avait répondu à l'appel téléphonique de l'appelante de se rendre aux urgences de [...], ville dans laquelle ils habitaient. Le Prof. H.\_\_\_\_\_ avait également confirmé que l'issue fatale aurait pu être évitée si un second contact médical avait eu lieu. Or l'appelante et M.\_\_\_\_\_ n'ont pas suivi les recommandations médicales, puisque l'appelante a admis en procédure qu'ils n'étaient pas allés aux urgences ou chez le médecin-traitant de M.\_\_\_\_\_, quand bien même la situation de ce dernier n'avait de cesse de s'empirer.

**4.3.2** A l'appui de son grief, l'appelante se réfère tout d'abord à un passage de l'expertise du Prof. B.\_\_\_\_\_ qui tient compte pour poser son diagnostic rétrospectif du fait que M.\_\_\_\_\_ avait vomi à l'hôpital et a vomi durant toute la journée du 22 août 2008 (cf. ci-dessus, lettre C/ch. 8a, 2<sup>e</sup> paragraphe). Or comme exposé précédemment (cf. ci-dessus, consid. 2.2) il n'est pas établi que le fait que M.\_\_\_\_\_ aurait vomi à l'hôpital ait été porté à la connaissance d'R.\_\_\_\_\_ ou d'X.\_\_\_\_\_ lors du

séjour de M.\_\_\_\_\_ à l'hôpital. On ne saurait dès lors reprocher à X.\_\_\_\_\_ de ne pas avoir posé à ce moment-là un diagnostic tenant compte et fortement influencé par un fait - notamment futur puisque l'expert B.\_\_\_\_\_ tient aussi compte pour établir son diagnostic des vomissements intervenus après le départ de l'hôpital - qu'il ne connaissait pas. L'appelante omet en outre que malgré les éléments de l'expertise B.\_\_\_\_\_ qu'elle cite, cet expert judiciaire a estimé l'erreur de diagnostic excusable au vu des circonstances. Comme l'expert V.\_\_\_\_\_, l'expert B.\_\_\_\_\_ a conclu (dans son rapport principal et dans le complément du 20 mai 2010) que les signes classiques d'une obstruction intestinale, étaient absents, ce qui rendait très difficile le diagnostic correct d'une obstruction intestinale dans sa phase initiale. Il n'était absolument pas garanti que le superviseur direct de l'intimé X.\_\_\_\_\_ pose le diagnostic correct. L'expert a par conséquent, en tant qu'expert médical, estimé qu'X.\_\_\_\_\_ par la prise en charge de M.\_\_\_\_\_ n'avait commis aucune violation des règles de l'art médical. Cette appréciation ne prête pas flanc à la critique. En effet, on déduit de cette expertise que le diagnostic retenu par l'intimé n'apparaissait pas indéfendable au regard de l'état de la science médicale, puisqu'un praticien plus expérimenté aurait pu parvenir au même résultat que l'intimé. L'appelante, qui passe toute cette réflexion de l'expert judiciaire B.\_\_\_\_\_ sous silence, n'expose pas en quoi les premiers juges auraient fait une appréciation erronée des preuves et constaté inexactement les faits en retenant la valeur probante de cette expertise.

**4.3.3** L'appelante reproche également aux premiers juges d'avoir écarté le rapport du Dr. H.\_\_\_\_\_ au motif qu'il s'agissait d'une expertise privée.

En l'occurrence, deux expertises judiciaires ont été établies par des spécialistes en la matière, le Prof. B.\_\_\_\_\_ étant médecin-chef auprès du service de gastro-entérologie et d'hépatologie du CHUV - désignation alors non contestée par l'appelante - le Dr. V.\_\_\_\_\_ étant chef de service de gastroentérologie et d'hépatologie des HUG. Aucune critique n'a été soulevée ni retenue à l'encontre de ces expertises, en

particulier en ce qui concerne les procédés d'investigation, l'objectivité et l'exactitude des observations. Or ces deux expertises judiciaires concluent toutes deux à l'absence de violation des règles de l'art, dès lors que le diagnostic *a posteriori* retenu, soit d'une obstruction intestinale débutant, est très difficile à poser même par des médecins expérimentés et que les causes du décès n'ont même pas pu être établies avec certitude par l'autopsie. L'appelante n'expose pas en quoi l'autorité précédente aurait apprécié ces preuves de manière inexacte en n'écartant pas ces expertises. Or cela conduisait à ne pas prendre le rapport H.\_\_\_\_\_ en considération.

On ajoutera encore que le rapport du Dr. H.\_\_\_\_\_ avait clairement moins d'objectivité et de valeur probante que les deux expertises judiciaires au dossier puisqu'il avait été financé par l'appelante et que c'est très probablement elle, alors déjà assistée, et non un tribunal, qui lui avait fourni les données pour répondre aux questions posées. Les parties adverses n'avaient en outre aucunement pu participer à la mise en œuvre de ce médecin. Enfin comme le relèvent par ailleurs les premiers juges, le Dr. H.\_\_\_\_\_ n'avait pas disposé dans ses analyses des radios de l'abdomen de M.\_\_\_\_\_. Comme le relève l'expert judiciaire V.\_\_\_\_\_, les conclusions du Dr. H.\_\_\_\_\_ n'avaient de plus pas été confirmées par l'autopsie médico-légale.

On relèvera encore que le Dr. H.\_\_\_\_\_ avait mis en évidence plusieurs problèmes lors de la prise en charge du patient le conduisant à retenir une violation des règles de l'art : la présence de leucocytose a toutefois été confirmée par l'expert V.\_\_\_\_\_ comme étant un signe non spécifique et pouvait être dû à une multitude de diagnostics. Elle n'impliquait donc pas un autre diagnostic, ni ne rendait celui posé par X.\_\_\_\_\_ indéfendable. S'agissant de la prise de médicaments qui n'aurait, selon le Dr. H.\_\_\_\_\_, pas été portée à la connaissance d'R.\_\_\_\_\_ ou d'X.\_\_\_\_\_, rien ne permet de retenir que la question n'aurait pas été adéquatement posée à M.\_\_\_\_\_ qui aurait simplement omis de mentionner les médicaments qu'il prenait, X.\_\_\_\_\_ déclarant que M.\_\_\_\_\_ ne lui avait pas indiqué prendre d'aspirine cardio et

l'appelante n'invoquant pas que M.\_\_\_\_\_ ou elle-même en aurait fait état. Quant à la présence de stents vasculaires dans l'abdomen de M.\_\_\_\_\_, que le Dr. H.\_\_\_\_\_ reproche à X.\_\_\_\_\_ de n'avoir pas noté dans le dossier médical du patient et *a fortiori* pris en compte, l'expert V.\_\_\_\_\_ a retenu que le diagnostic de constipation avait été confirmé par une pièce objective actuelle qu'était la radiographie, même si cette dernière avait été mal interprétée dans la mesure où le Dr. X.\_\_\_\_\_ avait omis le fait que le patient était porteur de stents vasculaires iliaques et qu'il pouvait être éventuellement un patient à haut risque vasculaire ouvrant implicitement d'autres hypothèses diagnostiques. Selon l'expert V.\_\_\_\_\_, l'attitude de prise en charge n'aurait pas été modifiée. Enfin, le Dr. H.\_\_\_\_\_ avait particulièrement insisté dans son rapport sur le fait que la situation abdominale avait été sous-estimée du fait des calmants administrés. Or ceux-ci, selon les constatations des premiers juges, ont été administrés à M.\_\_\_\_\_ sur ordre d'X.\_\_\_\_\_. On ne voit donc pas qu'ils n'aient pas été pris en compte par ce dernier par la suite, notamment dans l'examen de l'évolution de la situation du patient. En outre, dans son rapport complémentaire du 7 mai 2013, le Dr. H.\_\_\_\_\_ a admis s'être trompé en retenant dans son premier rapport qu'X.\_\_\_\_\_ avait administré du Tramadol alors qu'il s'agissait de Toradol. Il a précisé que le fait que M.\_\_\_\_\_ ait reçu du Toradol atténuait le risque de masquer des douleurs abdominales car il s'agissait d'un analgésique moins fort. De tels éléments rendent peu convaincante l'appréciation du Dr. H.\_\_\_\_\_, au vu de l'ensemble des circonstances et des critiques mêmes des experts judiciaires au sujet des conclusions du Dr. H.\_\_\_\_\_.

Dans ces conditions, disposant de deux expertises judiciaires établies dans des circonstances claires et non critiquées, aux conclusions motivées et fondées sur l'ensemble des éléments à disposition - dont les radios de l'abdomen de M.\_\_\_\_\_ - et convergentes, les premiers juges n'ont pas apprécié les preuves de manière inexacte en retenant les conclusions de dites expertises plutôt que le rapport du Dr. H.\_\_\_\_\_, établi dans des conditions moins claires, sur la base d'informations non complètes et dont les conclusions n'étaient pas confirmées par l'autopsie médico-légale.

Au demeurant, comme exposé ci-dessus, il appartient au lésé d'établir la violation des règles de l'art médical. Or en l'occurrence, on ne saurait admettre, faute de motif le justifiant, qu'une telle violation devrait être considérée comme établie au seul motif qu'un médecin sur les trois précités, qui plus est alors que la manière dont il a été sollicité et mis en œuvre n'est pas aussi transparente que les autres, aurait retenu une telle violation alors que les deux autres médecins l'ont nié clairement et de manière motivée. A cet égard, il convient de constater que l'appelante a échoué à apporter la preuve de la violation des règles de l'art qu'elle invoque et doit en subir les conséquences, soit le rejet de son action. Un tel raisonnement permet de laisser ouverte les réflexions faites par l'appelante sur le poids à donner à une expertise privée quel qu'il soit : les rapports et complément établis par le Dr. H. \_\_\_\_\_ ne suffisaient pas, face à deux expertises judiciaires claires et convaincantes, dont l'appelante ne critique pas de manière un tant soit peu convaincante les conclusions, à prouver un élément nié par elles. Dès lors qu'elle n'allègue pas des circonstances susceptibles d'ébranler la crédibilité des expertises judiciaires, sa seule critique selon laquelle « la référence aux appréciations des deux experts B. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ ne sauraient [sic] suffire, surtout qu'un autre expert en la matière (Prof. H. \_\_\_\_\_) parvient à un résultat opposé » (appel, p. 17) ne constitue pas une motivation suffisante contre l'appréciation des premiers juges.

Dans ces conditions, les premiers juges se sont à raison fondés sur les expertises judiciaires. Ils ont en conséquence retenu, se basant sur dites expertises, qu'R. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ n'avaient violé aucune règle de l'art médical. En particulier selon les deux experts, l'erreur de diagnostic, s'il apparaissait *a posteriori* inexact, était excusable, le diagnostic d'une obstruction intestinale dans sa phase initiale, en l'absence de signe typique étant très difficile. Dans ces circonstances, dès lors que ni le diagnostic, ni la prise en charge qui s'en était suivie n'apparaissait indéfendable au regard de l'état de la science, une violation des règles de l'art et partant du devoir de diligence d'R. \_\_\_\_\_ ou d'X. \_\_\_\_\_ a été niée à bon droit.

**4.3.4** A l'encontre de cette appréciation, l'appelante relève qu'X.\_\_\_\_\_ a prescrit du Transipeg à M.\_\_\_\_\_, soit un laxatif et reproche à l'expert de lui faire grief à elle d'en avoir administré. Elle invoque n'avoir fait que suivre les instructions données par l'intimé X.\_\_\_\_\_, de sorte que son erreur médicale est la seule et unique cause du décès de M.\_\_\_\_\_. Une telle appréciation ne peut être suivie : d'une part l'appelante a donné des laxatifs à M.\_\_\_\_\_ avant d'aller aux urgences, de sorte qu'on ne voit pas qu'elle puisse s'appuyer pour cette hétéro-médication sur l'avis d'X.\_\_\_\_\_. D'autre part, le laxatif prescrit par celui-ci n'a jamais été administré à M.\_\_\_\_\_. Enfin, s'agissant des instructions données par X.\_\_\_\_\_, celles-ci étaient que si la situation de M.\_\_\_\_\_ ne s'améliore pas il consulte son médecin traitant ou se rende aux urgences. Ce dernier conseil, clair et limpide, a été répété par l'infirmière que l'appelante a appelée le 22 août 2008 à 17 h. Or ces instructions, qui auraient très clairement pu sauver la vie de M.\_\_\_\_\_ si elles avaient été suivies, ne l'ont pas été. Dans ces conditions, il est erroné de soutenir que c'est la prescription de médicaments non pris par M.\_\_\_\_\_ et préalablement administrée unilatéralement par l'appelante qui aurait été la seule et l'unique cause du décès de M.\_\_\_\_\_. On ne saurait, au vu de ce qui précède, non plus suivre l'appelante lorsqu'elle soutient que le patient et elle n'auraient pas obtenu les renseignements nécessaires pour comprendre comment se comporter par la suite.

**4.3.5** L'appelante se plaint ensuite d'une mauvaise organisation des Y.\_\_\_\_\_.

**4.3.5.1** Dès lors qu'elle reprend la manière dont la consultation aux urgences s'est déroulée et relève que certains éléments n'auraient pas été pris en compte par le Dr. X.\_\_\_\_\_, on ne peut que se référer à ce qui précède. Le grief est infondé.

**4.3.5.2** L'appelante revient sur l'absence d'un superviseur médical au sein des Y.\_\_\_\_\_ le 22 août 2008 « idéalement sur place 24h/sur 24 » qui aurait pu permettre d'éviter l'issue fatale.

Une organisation, qui plus est hospitalière, est toujours améliorable, le budget pouvant notamment être augmenté, comme le personnel sur place. Reste qu'ici la question n'est pas là.

En effet, le fait invoqué par l'appelante n'est aucunement démontré, dès lors que le dossier de M. \_\_\_\_\_ a été examiné moins de 4 h après par le supérieur d'X. \_\_\_\_\_, le Prof. A. \_\_\_\_\_. Or celui-ci a approuvé la prise en charge du médecin assistant, soit tant le diagnostic que les mesures thérapeutiques prescrites, et a signé le dossier médical. Tout porte ainsi à croire que si le Dr. A. \_\_\_\_\_ avait été présent à l'hôpital la nuit du 21 au 22 août 2008 et appelé par le Dr. X. \_\_\_\_\_ lors de la consultation de M. \_\_\_\_\_, il aurait également validé le diagnostic X. \_\_\_\_\_, de sorte que celui-ci et le traitement n'auraient pas été différents. On ne voit donc pas qu'un défaut d'organisation puisse ici être retenu, qui plus est dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le dommage subi.

**4.3.5.3** L'appelante voit également un problème d'organisation dans le fait que le contenu de son appel téléphonique, le 22 août à 17 h n'aurait pas été transmis à X. \_\_\_\_\_, de même que son fax, envoyé aux Y. \_\_\_\_\_ le 23 août à 8 h 19.

Il n'est pas établi qu'X. \_\_\_\_\_ travaillait à l'hôpital à ces moments-là (cf. consid. 2.2). Or quelle que soit l'organisation d'un hôpital on ne saurait attendre qu'un médecin ayant travaillé à l'hôpital à un moment donné y soit en tout temps pour recevoir des nouvelles des patients examinés. On ne saurait non plus attendre d'un médecin, qui serait cas échéant sur place en train de travailler, qu'il arrête toute chose immédiatement, notamment l'urgence qu'il traite, pour aller prendre connaissance d'un téléphone. A cet égard on relève que l'appelante n'indique pas avoir demandé à l'infirmière contactée à 17 h le 22 août 2008 de pouvoir parler au Dr. X. \_\_\_\_\_ ni demandé que le contenu de son appel lui soit transmis toute affaire cessante. Il n'a pas non plus été démontré que l'appelante se serait souciée de savoir si le Dr. X. \_\_\_\_\_

travaillait au moment où elle a appelé ou a envoyé son fax le 23 au matin. On relève en outre que l'infirmière contactée par l'appelante le 22 août 2008 à 17 h n'a pas laissé l'appelante sans réponse. Elle lui a clairement dit, en tant que professionnelle de santé qu'elle était, que M. \_\_\_\_\_ devait se rendre aux urgences justement pour être examiné. Or on ne voit pas qu'une organisation efficiente d'un hôpital impose de pouvoir obtenir directement des conseils médicaux par téléphone, par un médecin, qui plus est celui qui était déjà intervenu auparavant et dont il n'est pas établi qu'il se trouvait alors à l'hôpital et était en outre non occupé par un autre patient. Au surplus, l'information qui aurait alors été donnée par le Dr. X. \_\_\_\_\_ aurait été de se rendre immédiatement aux urgences. Or c'est précisément ce qui avait déjà été dit à M. \_\_\_\_\_ et l'appelante avant leur sortie des urgences le 22 août 2008 à 4 h 15, le Dr. X. \_\_\_\_\_ leur disant expressément que ce n'était, non pas si la situation de santé de M. \_\_\_\_\_ empirait, mais déjà si elle ne s'améliorait pas qu'il devait consulter sans retard son médecin traitant ou se rendre aux urgences. C'est la même instruction qui avait été répétée par l'infirmière avec qui l'appelante avait parlé le même jour à 17 h alors que M. \_\_\_\_\_ avait vomi toute la journée et que son état ne s'était donc clairement pas amélioré. Dans ces conditions, on ne voit pas quelle mauvaise organisation des Y. \_\_\_\_\_ serait ici en jeu, qui plus est dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le drame qui s'est ensuite produit, M. \_\_\_\_\_ se mourant chez lui au lieu de se rendre chez un médecin ou à l'hôpital.

Dans ces conditions, on ne saurait retenir que dans le cas d'espèce un défaut d'organisation puisse être reproché aux intimés, qui plus est en rapport de causalité naturelle et adéquate avec le décès survenu.

**5.** Vu ce qui précède, l'appel, manifestement mal fondé, doit être rejeté selon le mode procédural de l'art. 312 al. 1 *in fine* CPC, et le jugement attaqué confirmé.

La requête d'assistance judiciaire doit être rejetée, l'appel étant d'emblée dénuée de toute chance de succès (art. 117 let. b CPC).

Les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 17'345 fr. (art. 62 al. 1 TFJC [tarif des frais judiciaires civils du 28 septembre 2010 ; RSV 270.11.5]), sont mis à la charge de l'appelante qui succombe (art. 106 al. 1 CPC).

Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens de deuxième instance, les intimés n'ayant pas été invités à procéder.

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

- I.** L'appel est rejeté.
- II.** La requête d'assistance judiciaire déposée par C.\_\_\_\_\_ est rejetée.
- III.** Les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 17'345 fr. (dix-sept mille trois cent quarante-cinq francs), sont mis à la charge de l'appelante C.\_\_\_\_\_.
- IV.** L'arrêt est exécutoire.

La présidente :

La greffière:

Du

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

- Me Christian Chillà, avocat (pour C. \_\_\_\_\_)
- ETAT DE VAUD, représenté par la Direction générale des affaires institutionnelles et des Communes (DGAIC)
- Me Eric Muster, avocat (pour Y. \_\_\_\_\_)
- Me Jean-Christophe Diserens, avocat (pour X. \_\_\_\_\_)
- Me Juliette Perrin, avocate (pour R. \_\_\_\_\_)

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

- Mme la Présidente de 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).

La greffière :