

COUR CIVILE

Audience de jugement préjudiciel du 4 septembre 2009

Présidence de M. BOSSHARD, président
Juges : Mme Carlsson et Mme Saillen, juge suppléante
Greffier : Mme Bron

Cause pendante entre :

V. _____ (Me A. Cereghetti Zwahlen)

et

C. _____ (Me D. Pache)

- Du même jour -

Délibérant immédiatement à huis clos, la Cour civile considère :

Remarques liminaires:

J._____, compagnon de la demanderesse et père de ses enfants, a été entendu en qualité de témoin dans la présente cause. Il a admis savoir à peu près quelles questions lui seraient posées lors de son audition. Compte tenu de ses relations avec une des parties, ses déclarations ne seront pas tenues pour probantes, à moins d'être corroborées par d'autres éléments du dossier.

De même, le témoignage de la doctoresse W._____, patiente du défendeur, qui a rencontré la demanderesse pendant le procès, a expliqué avoir discuté du litige avec le conseil de cette dernière et avoir examiné le dossier médical ainsi que le rapport d'expertise, ne sera retenu que pour autant que ses dires soient confirmés par d'autres éléments du dossier.

Les témoins S._____, L._____, R._____ et M._____ ont également été entendus. Ostéopathes, ils ont tous admis connaître le litige et en avoir parlé avec le défendeur. Leurs témoignages ne seront donc retenus que pour autant que leurs dires ressortent d'autres témoignages ou de pièces figurant au dossier.

Quant au témoin Z._____, également ostéopathe, il n'a pas parlé du litige avec le défendeur et ne connaît pas les écritures des parties. Son témoignage pourra être retenu.

Quant aux témoins A._____, Q._____, T._____, F._____, H._____ et P._____, amis ou proches de la demanderesse, ils ont tous affirmé connaître l'objet du litige. En outre, leurs témoignages portent essentiellement sur des faits ou appréciations que la

demanderesse leur a rapportés. Ils ne seront également retenus que dans la mesure où d'autres éléments du dossier confirment leurs dires.

En fait :

1. La demanderesse V._____ est née en 1966. En 1993, elle était étudiante en médecine et médecin diplômé en 1999. A l'époque des faits, elle travaillait à la Policlinique médicale et universitaire de Lausanne (PMU), comme médecin-assistant. Elle se préparait à passer, au mois d'août 2000, les examens pour l'obtention du diplôme de spécialisation FMH en médecine interne.

Le concubin de la demanderesse est le professeur J._____ oncologue au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après: CHUV), à distinguer du professeur [...], orthopédiste. Il est le père des enfants de la demanderesse. Tous deux forment une communauté familiale. La demanderesse vivait avec lui au moment des faits.

Le défendeur C._____ a obtenu un diplôme de physiothérapeute le 12 septembre 1974, un doctorat d'étiopathie le 12 juin 1982; il a également une formation d'ostéopathe. En outre, il a obtenu un certificat de cours de drainage lymphatique sous la direction du Professeur Leduc le 13 juin 1979, les félicitations du Centre d'Etiopathie Européen pour sa fidélité et sa contribution remarquable à la promotion de l'étiopathie en novembre 1987, un acte d'accomplissement de la formation en haptosynésie le 4 septembre 1990, un certificat de cours en thérapie manipulative du Tan Tock Seng Hospital le 4 septembre 1996 et un acte d'accomplissement de la formation à l'accompagnement pré- et postnatal haptonomique le 29 septembre 1991. Il a enseigné de 1981 à 1989 l'anatomie crânienne et le système neuro-végétatif, l'anatomie-physiologique du système cardio-vasculaire, l'anatomie-physiologie du système uro-génital et la pratique étiopathique organique à l'Ecole d'Ostéopathie de Genève. Lorsqu'il a

donné sa démission en qualité d'enseignant, il a été remercié par le Centre d'Étiopathie Européen pour son enseignement et pour la contribution scientifique qu'il a apportée. Il est l'auteur de planches anatomiques et d'ouvrages. La plaque apposée à l'entrée de l'immeuble sur la porte du cabinet dans lequel il pratique, les cartes de visite, le papier à lettres, ainsi que les notes d'honoraires portent tous la mention " C. _____ - *étiopathe* - D.E.". Dans l'annuaire téléphonique, le défendeur figure comme étiopathe. Cela fait trente ans qu'il exerce. Il est connu pour sa dextérité et la douceur de ses manipulations. Ce n'est pas un homme à effectuer des manipulations violentes et encore moins "par surprise".

En 1999, l'étiopathie se présentait comme "une médecine manuelle assimilée aux médecines de terrain". Actuellement, l'ostéopathie regroupe sous son nom l'étiopathie - terme qui n'est plus en usage - et l'ostéopathie. Ces pratiques médicales sont reconnues et prises en charge par les assurances complémentaires.

2. Le beau-frère et la soeur de la demanderesse ont conseillé à cette dernière de recourir aux soins du défendeur.

Depuis 1993, la demanderesse a consulté à plusieurs reprises le défendeur, pour divers problèmes, notamment des douleurs à une épaule occasionnées par une chute à ski. Les manipulations du défendeur ont alors amélioré l'état de son épaule. Lors de la consultation du 10 février 1993, la demanderesse a en outre parlé d'évanouissements répétitifs déjà présents avant le traitement.

La demanderesse a à nouveau consulté le défendeur, notamment dans le courant de l'année 1998, en raison de nouvelles douleurs à l'épaule. Les manipulations du défendeur ont alors également amélioré son état.

Le dossier médical de la demanderesse établi par le défendeur comprend la rubrique "Statuts actuels" qui indique,

notamment, les réponses aux données "Vertébral - Respiratoire - Digestif - Uro-génital - Périphérique" et la rubrique "Antécédents" relative aux antécédents "Traumatiques - Chirurgicaux - Pathologiques", de même que la rubrique "Antécédents thérapeutiques". S'agissant des antécédents, en 1993, il est noté "Néant". Toutes les séances effectuées en 1993, en 1994, en 1995, en 1997, en 1998 et en 1999 ont fait l'objet du même modèle comprenant "anamnèse et traitement". Le défendeur a manipulé la demanderesse à plusieurs reprises au niveau des vertèbres cervicales depuis 1993. Il ressort ce qui suit du dossier médical de la demanderesse:

" (...)

- 5/2/93: C7 réfl. G. en ext.
C1 Post. droite ext.

(...)

- 1/3/94: C7 Post. dte

(...)

C6 PDt en dd.

(...)

- 15/3/94: C6 lat G
C6 post. dt.

(...)

- 29/3/94: C4

(...)

- 7/3/95: C7 D1

(...)

- 14/11/97: C6 lat Dt
C7

(...)

- 18/6/98: C4

(...)

- 29/6/98: C1 PG.

(...)"

La demanderesse s'est toujours présentée au cabinet du défendeur sans ordonnance médicale.

3. Le 11 novembre 1998, la demanderesse a accouché d'une fillette, Juliette. Dans le courant de l'été 1999, elle a commencé à ressentir des douleurs à l'épaule et au bras (biceps) en raison du port de son enfant. La demanderesse a dès lors consulté le défendeur en date du 8 décembre 1999. Elle lui a indiqué les raisons de sa venue au

cabinet. Lors de cette consultation, les parties ont discuté et le défendeur a procédé à des examens. Le dossier médical de la demanderesse mentionne notamment ce qui suit pour cette consultation:

" (...)

Plaintes act.

Douleurs épaule et m. sup droit semble-t-il suite port du BB

Sinon RAS

Tests et vision = Ret. veineux diff

(...)

Peau adhérente interomoplate

(...)

Rotation tête à gauche = frein

(...)."

Il ne ressort pas du dossier médical que le défendeur ait effectué de radiographie.

En position assise, la demanderesse a ensuite subi une manipulation qu'elle a ressentie comme très brutale. Elle aurait alors entendu craquer ses vertèbres et aurait ressenti de vives douleurs cervicales et des vertiges dont elle se serait plainte au défendeur. Il ne ressort cependant pas du dossier médical que la demanderesse se soit plainte de quoi que ce soit lors de la manipulation ni par la suite dans le cabinet. Les troubles dont la demanderesse souffrait se sont atténués après environ une semaine.

La demanderesse a annulé le rendez-vous qu'elle avait avec le défendeur le 13 décembre 1999.

4. Entre la séance du 8 décembre 1999 et le 3 janvier 2000, la demanderesse n'a pas pris contact avec le défendeur et ne s'est jamais plainte auprès de lui pendant toute cette période.

5. Le 3 janvier 2000, entre 16 et 17 heures, alors qu'elle lisait en position couchée, la demanderesse a soudain ressenti de très violents vertiges, accompagnés de nausées et de vomissements, ainsi que de troubles de la parole, de l'ouïe et de la vision. En outre, elle

éprouvait de grandes difficultés à coordonner ses mouvements. Elle a dû être hospitalisée en urgence au CHUV où un accident vasculaire cérébelleux ischémique (ci-après: AVC) a été diagnostiqué dans le territoire de l'artère cérébelleuse supérieure droite ainsi qu'une dissection de l'artère vertébrale gauche. La demanderesse est restée au CHUV du 3 au 18 janvier 2000.

6. A partir du 18 janvier 2000 et jusqu'au 4 février 2000, la demanderesse a séjourné au service de rhumatologie, de médecine physique et de réhabilitation, à l'Hôpital Nestlé. Elle y a subi une rééducation fonctionnelle intensive. Cette rééducation s'est poursuivie après sa sortie du CHUV le 4 février 2000. Elle a encore subi des traitements intensifs, tout d'abord quotidiens, puis bi-hebdomadaires et hebdomadaires, de physiothérapie et d'ergothérapie.

Depuis ces faits, dans son activité professionnelle, la demanderesse travaille avec un système de dictée vocale.

7. Dans son rapport du 14 mars 2000, le Dr. Rolf Frischknecht, médecin associé spécialiste en médecine physique et réhabilitation au CHUV, qui n'a pas assisté à la manipulation, a estimé que l'origine des troubles de la demanderesse pourrait être en relation avec les manoeuvres du défendeur.

Le Dr. Frischknecht a délivré un certain nombre de certificats d'incapacité de travail pour la demanderesse ainsi qu'un certificat médical datant du 18 avril 2000, mentionnant des changements de comportement de la fille de la demanderesse lorsqu'elle était amenée en visite au CHUV.

8. Dans son expertise hors-procès du 14 janvier 2001, le Dr. Giovanni Foletti, neurologue à Lavigny, qu'il s'agit de distinguer du Dr. Antonio Foletti, anesthésiste au CHUV, a considéré que les troubles affectant la demanderesse ont très probablement été occasionnés par les manipulations auxquelles le défendeur a procédé le 8 décembre

1999. Il a relevé que, compte tenu des publications à disposition, ces manipulations comportaient un danger de lésions artérielles cervicales, danger vraisemblablement sous-évalué.

9. Par courrier du 2 avril 2001 adressé au Juge de paix du cercle de Lausanne, le conseil du défendeur a informé cette autorité qu'il renonçait à requérir un complément d'expertise du Dr. Giovanni Foletti. Il estimait en effet que l'expert avait démontré un parti pris à l'encontre de la profession d'étiopathe et que si l'on pouvait approuver ou désapprouver ce type de médecine, l'on devait cependant bien admettre qu'il s'agissait d'une médecine reconnue puisqu'elle était prise en charge par les assurances complémentaires, puisqu'il y avait des écoles formatrices connues et que nombre de médecins se faisaient eux-mêmes soigner par des étiopathes, dont la demanderesse. En outre, il ajoutait ce qui suit:

"En pages 3 et 4, le Dr Foletti retient les déclarations unilatérales de Mme V._____. Dans les réponses aux questions posées, il revient sur ces faits qu'il considère comme admis. Ainsi, à la question 1, il parle de symptômes immédiats, il insiste sur un traumatisme sévère, sous-entendant une brutalité lors des manipulations. Partant, il en conclut que ce sont les manipulations de M. C._____ qui sont la cause de l'ischémie. Or, comme cela a été longuement rappelé dans les déterminations sur la requête d'expertise hors-procès et comme cela a été rappelé par M. C._____, Mme V._____ ne s'est nullement plainte de quoi que ce soit lors des manipulations et les jours suivants. Ces manipulations ont été effectuées au niveau de la 6^{ème} vertèbre cervicale, segment VI; or, il y a eu occlusion du segment V3.

Enfin, en matière de responsabilité civile, plus précisément en matière de responsabilité civile médicale, il faut non seulement une relation de causalité naturelle, mais également l'existence d'une faute. En réponse à la question 9, l'expert écrit simplement :

«Voir question no 8». Or, sa réponse à la question 8 ne traite pas de l'aspect «faute», mais de l'aspect «risques opératoires ou risques de l'acte médical», ce qui est tout autre chose. D'après la doctrine, les manipulations effectuées présentent un risque de 1 sur 4 millions ou 5 millions. Tout acte médical présente un risque. En l'occurrence, ce risque est extrêmement faible. Il a été assumé par la Dresse V._____, qui, en sa qualité de médecin, était consciente de cet aspect.

La notion de faute n'a rien à voir avec la notion de risque. Il s'agit de comparer la manière de procéder du praticien avec celle d'un praticien de même formation. Il fallait donc que le Dr Foletti se renseignât sur les manipulations pratiquées par les confrères de M. C._____ sur des patients présentant les mêmes maux. Or, il n'y a aucune réponse à ce

sujet."

10. Le 13 février 2004, le Dr. Alain Reverdin, médecin-adjoint de la clinique de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), mandaté par le seul défendeur, a rédigé le rapport suivant:

"L'examen des dossiers relatifs à une manipulation cervicale effectuée par Monsieur C. _____ sur Madame V. _____ le 8.12.1999 suggère les commentaires suivants:

- La patiente a été victime d'un problème neurologique hautement suggestif de dissection vertébrale qui s'est manifesté par une ischémie aiguë dans le territoire SCA à droite le 3.1.2000 et par une occlusion réversible vertébrale gauche à cette date.

- Le délai de un mois est compatible avec des suites de manipulation mais il l'est également avec tout événement antérieur ou postérieur, voire avec une occurrence spontanée sans aucun élément déclenchant.

- Les différentes étiologies de dissection ont été recherchées lors du séjour en Neurologie en janvier 2000. Le dossier rapporte des examens Doppler et IRM-ARM suffisants pour le diagnostic de dissection régressive mais ne rapporte pas d'examen angiographique, seul capable de détailler des étiologies indépendantes possibles, de type dysplasie. Or la patiente a été investiguée plusieurs années auparavant (1991) pour des malaises sans déboucher sur un diagnostic précis, la piste crises-EEG longue durée ayant été normale.

- L'événement ischémique aurait pu éventuellement être évité si la patiente avait été placée à temps sous anti-coagulation auparavant. Malgré sa profession de médecin elle ne semble pas avoir été alertée par des éléments annonciateurs relatés peu après sa manipulation: si elle l'avait signalé au thérapeute il est indubitable que celui-ci aurait pensé à la possibilité parfaitement connue dans cette profession d'une dissection.

- L'élément des dossiers de traitement de Monsieur C. _____ montre que tous les éléments de diagnostic et d'indication thérapeutique y sont consignés de manière approfondie et adéquate.

- Les complications vasculaires de manipulation cervicale sont extraordinairement rares et ne sont en principe pas détaillées vis-à-vis des patients, d'autant plus si des traitements similaires préalables, comme c'est le cas ici, avaient déjà été pratiqués sur eux.

- Les éléments relatifs aux explications données ou au geste lui-même ne peuvent être précisément appréciés en présence de deux versions différentes (patiente et thérapeute).

La patiente a donc probablement présenté malheureusement une complication très rare d'un geste effectué dans les règles de l'art quant à son déroulement et à ses indications sans éléments permettant dans les antécédents de la prévoir ou de la suspecter et sans possibilité pour le

thérapeute d'y remédier, en l'absence de prise de contact de la part de la patiente dans les suites."

Le traitement des AVC relève de la neurologie et parfois de la neurochirurgie, soit la discipline pratiquée par le Dr. Alain Reverdin. La demanderesse n'a jamais autorisé l'accès de son dossier médical à ce praticien et ne l'a jamais rencontré.

11. Le 2 avril 2006, le Dr. Marc-Henri Gauchat, a adressé à la demanderesse un rapport évoquant un problème de santé publique en la matière, affirmant que les ostéopathes sont des "laïques" et qu'il faudrait toujours passer d'abord par la radiologie.

12. En cours d'instruction, une expertise a été confiée au Dr. Roman Sztajzel, du service de neurologie des HUG, qui a déposé son rapport le 26 janvier 2006. L'expert s'est adjoint un co-expert en la personne de Nicolas Marcer, ostéopathe.

L'expert Sztajzel a consulté le dossier médical du CHUV, a discuté avec la demanderesse, a procédé à un examen neurologique de cette dernière et s'est entretenu avec le défendeur. A cette occasion, le défendeur a mentionné qu'il demandait à chaque patient de l'informer d'un éventuel problème pouvant survenir à la suite d'une séance de manipulation.

L'expert confirme qu'il n'y a, dans le dossier établi par le défendeur, ni mention d'un examen général qui doit en principe être réalisé lors de la première consultation, ni mention du test à la recherche d'une insuffisance vertébro-basilaire. En se fondant sur les annotations consignées dans le dossier du défendeur, l'expert affirme que la prise en charge initiale, datant de 1993, était insuffisante. Cependant, l'expert relève que, lors de la consultation du 8 décembre 1999, le défendeur a procédé à un examen ostéopathique

complet et approprié, en rapport avec la douleur du biceps ayant motivé la consultation de la demanderesse. Même s'il n'y a aucune mention d'un examen général ou d'autres tests comportant l'examen de la force, de la sensibilité, des réflexes et de la coordination, ou en particulier d'un test à la recherche d'une insuffisance vertébro-basilaire, le défendeur connaissait la demanderesse depuis plusieurs années et il avait déjà procédé à plusieurs reprises à des manipulations cervicales. Il pouvait donc se baser sur son expérience passée, les manipulations précédentes n'ayant jamais entraîné de complications. En outre, l'expert constate qu'il n'y a pas eu non plus de bilan radiologique, mais il affirme qu'il n'y avait pas de nécessité de procéder à un bilan radiologique particulier. Ainsi, selon l'expert, compte tenu du motif de la consultation du 8 décembre 1999, il n'y avait pas plus ni moins de nécessité de procéder à des tests préalables à toute manipulation que lors des précédentes consultations.

Concernant les traitements pratiqués sur la demanderesse, l'expert relève qu'en général, les annotations faites par le défendeur depuis 1993 sont détaillées, mentionnant les différents troubles dont se plaint la demanderesse, les différentes constatations de l'examen ostéopathique et les différentes manœuvres thérapeutiques. Les niveaux soit cervicaux, dorsaux ou lombaires traités y sont en outre consignés de manière précise. L'expert constate que la manière dont le défendeur a procédé n'est en revanche pas indiquée. Il précise que les annotations ne mentionnent en rien avec quelle force ou vitesse sont réalisées les manipulations. L'expert explique cependant qu'une manipulation peut être ressentie comme un geste relativement brutal dans la mesure où celui-ci est effectué avec une haute vitesse et une petite amplitude de mouvement, soit un aspect très certainement propre à ce type de thérapie. Il confirme aussi que les manipulations peuvent se faire soit en position assise soit en position couchée, la position assise pouvant être plus appropriée pour certaines manipulations, notamment au niveau cervical.

D'après l'expert, il est très vraisemblable que les

manipulations effectuées par le défendeur soient à l'origine des lésions induites par une dissection de l'artère vertébrale. Les douleurs et les troubles avec impression de chute et de perte de connaissance survenant très rapidement après la manipulation, soit moins d'une heure, constituent de forts arguments en faveur de cette possibilité. Par ailleurs, l'installation de l'accident vasculaire cérébral quelques semaines après correspond en général à la période de formation d'un thrombus, soit d'un caillot, au niveau de l'artère disséquée, thrombus qui va migrer dans une artère distale et ainsi provoquer la lésion cérébrale ischémique, par manque d'apport sanguin. En effet, l'expert explique que les deux artères vertébrales cheminent dans un canal constitué par les vertèbres cervicales. Ces artères alimentent en grande partie le cervelet par le biais des artères cérébelleuses postéro-inférieures qui naissent dans chacune des deux artères vertébrales. La relation entre la manipulation et la dissection vertébrale est liée à la position anatomique de l'artère vertébrale. La grande majorité des dissections vertébrales se produisent effectivement au niveau de leur segment V3, comme c'est le cas pour la demanderesse, c'est-à-dire le segment situé juste après la sortie de l'artère vertébrale de son canal. Il s'agit d'un segment de l'artère qui comporte une plus grande partie mobile et qui, de ce fait, peut être lésé plus facilement par certains mouvements de la nuque, notamment lors d'une manipulation. L'expert relève que ces mouvements ne doivent pas être nécessairement violents ou brutaux. Il peut par exemple s'agir de micro-traumatismes répétés qui, à la longue, produisent une lésion de dissection. Le caillot se forme en général lorsque le flux sanguin est altéré au niveau de l'artère. Ceci est dû essentiellement au fait que l'hématome de paroi devient important et qu'il a tendance à obstruer la lumière de l'artère. Il ne s'agit pas d'une cicatrisation. L'expert confirme que le mécanisme le plus vraisemblable est qu'à partir de l'artère vertébrale disséquée au niveau de son segment V3, un caillot se soit détaché et ait ainsi occlus une artère plus distale, soit l'artère cérébelleuse supérieure, produisant la lésion cérébelleuse. D'après lui, cette lésion cérébelleuse a engendré des troubles neurologiques impliquant essentiellement l'hémicorps droit, troubles dont souffre encore actuellement la

demanderesse. Selon l'expert, une manipulation cervicale, même si elle est pratiquée dans les règles de l'art, sans aucune violence par ailleurs, peut être à l'origine d'une dissection. Il s'agit d'un risque inhérent au geste lui-même, dû en grande partie à la disposition anatomique des artères vertébrales et à un mouvement à haute vitesse. De ce fait, selon l'expert, même si la manipulation du défendeur a très vraisemblablement produit un dommage à l'artère, cela ne veut pas dire que cette manipulation ait été réalisée de manière violente. D'après lui, la dissection produite par une manipulation cervicale reste un événement assez rare. Selon les données existant dans la littérature médicale, l'incidence de dissections vertébrales a été estimée de l'ordre de 1 sur 40'000 à 120'000 manipulations cervicales. Les dissections causées par les manipulations peuvent se produire entre quelques heures et quelques semaines après la manipulation. Dans la majorité des cas, immédiatement ou peu après la manipulation, la lésion initiale peut causer une douleur cervico-occipitale intense et soudaine. Puis, cette lésion peut rester sans symptômes ou causer des symptômes généraux tels que vertiges, nausées, vomissements ou bruits dans l'oreille. Après quelques jours et au maximum après quelques semaines, vraisemblablement jusqu'à cinq ou six semaines, apparaissent les symptômes neurologiques. Il est toutefois certain, selon l'expert, que plus l'intervalle de temps est important entre la séance de manipulation cervicale et la survenue des troubles neurologiques, plus la probabilité d'un lien de causalité directe diminue. Il devient alors important de considérer la possibilité d'autres causes, même assez banales ayant pu induire une dissection artérielle, tels une activité sportive, un accident, une toux opiniâtre ou une séance chez le coiffeur. Il affirme en outre que l'accident vasculaire cérébral peut avoir de nombreuses causes, les plus fréquentes étant les plaques d'athérome localisées au niveau des artères à destination cérébrale ou les embolies à point de départ cardiaque. Cependant, l'administration d'un traitement anticoagulant lors de la phase précoce d'une dissection artérielle permet d'éviter la survenue ultérieure d'un accident vasculaire cérébral. En l'espèce, selon l'expert, même si l'accident s'est produit dans un délai d'un peu moins de quatre semaines, les

symptômes très évocateurs qui se sont immédiatement installés après la manipulation et qui ont persisté pendant quelques jours, rendent la manipulation responsable de la dissection avec une très haute probabilité.

L'expert Sztajzel explique qu'il ne peut se prononcer sur les douleurs qui auraient été exprimées ou non par la demanderesse à la suite de la manipulation cervicale du 8 décembre 1999. Il est en effet difficile, d'après lui, de se prononcer quant à l'attitude du défendeur face aux symptômes signalés par la demanderesse immédiatement après la manipulation cervicale, car il existe une discordance dans les faits rapportés par l'une et l'autre des parties. Il affirme cependant que des douleurs, après une manipulation cervicale, dorsale ou lombaire, peuvent survenir et ne revêtent pas nécessairement une signification pathologique particulière. Leur caractère intense et inhabituel, tel que rapporté par la demanderesse, peut néanmoins laisser suspecter la présence d'une lésion grave sous-jacente et mérite une attention particulière.

L'expert relève que le diagnostic retenu à la sortie du CHUV de la demanderesse est celui d'une dissection de l'artère vertébrale dont l'origine pourrait être en relation avec les manœuvres de manipulation cervicale. Dans le diagnostic différentiel sont évoqués une origine cardiaque, la possibilité d'une lésion ancienne et d'une dysplasie. Cependant, l'expert confirme que le bilan effectué par le CHUV démontre que la demanderesse ne présentait aucune anomalie de flux sanguin auparavant. Le fait que le flux se rétablisse complètement au niveau de l'artère vertébrale gauche après quelques jours, suggère l'absence de lésion sous-jacente pouvant expliquer la dissection.

Concernant l'expertise du Dr. Giovanni Foletti, l'expert confirme que ce dernier conclut à un très probable lien de causalité entre la manipulation cervicale et la dissection artérielle. Il estime que cette conclusion se fonde sur l'histoire clinique et sur la séquence très évocatrice des événements qui ont suivi la manipulation. Selon l'expert,

aucune appréciation n'est cependant faite sur la manipulation elle-même. De ce fait, d'après lui, il n'est pas correct d'affirmer que l'expertise hors procès conclut que le défendeur a violé les règles de l'art. En outre, selon lui, la manipulation cervicale a au contraire été réalisée dans les règles de l'art et conformément aux pratiques des confrères du défendeur, ce qu'a confirmé à son tour le co-expert Marcer.

S'agissant des suites de la manipulation, l'expert confirme qu'une atteinte cérébelleuse rend l'écriture avec la main droite difficile du fait des difficultés de mouvements de coordination et des mouvements fins, qu'elle peut engendrer une dysarthrie et des troubles de l'articulation pouvant rendre le langage difficile à comprendre et qu'elle rend la marche difficile. Il explique qu'il existe actuellement chez la demanderesse un handicap modéré à important lié à cette atteinte qui touche tout l'hémicorps droit. L'expert ajoute que la demanderesse présente des troubles de coordination importants qui touchent le membre supérieur et dans une moindre mesure le membre inférieur droit. Une attention et une concentration soutenue sont nécessaires en raison de ces troubles, ce qui implique une importante fatigabilité. En outre, d'après l'expert, dans l'atteinte cérébelleuse, il existe très souvent une diminution du tonus musculaire mais non une abolition complète de ce dernier. Actuellement, selon lui, la demanderesse présente une difficulté dans l'expression assez modérée, mais il est vraisemblable qu'un effort soutenu induise un phénomène de fatigabilité rendant ainsi les difficultés d'expression plus marquées. La demanderesse peut écrire une petite phrase avec relativement peu de difficultés, mais il est vraisemblable que cette difficulté s'accroît lors d'un effort plus soutenu. Selon l'expert, dans l'ensemble, le handicap que présente la demanderesse est suffisamment sévère pour constituer une entrave importante, que ce soit dans ses activités quotidiennes ou dans sa vie professionnelle.

Le co-expert Nicolas Marcer a confirmé les dires de l'expert Sztajzel et affirmé que le traitement prodigué par le défendeur lors de la consultation du

8 décembre 1999 paraissait approprié compte tenu des plaintes de la demanderesse. Même si le co-expert Marcer admet qu'aucun test ne permet d'éliminer une pathologie sous-jacente, en particulier vasculaire, il affirme qu'en réalisant ces tests, le praticien démontre cependant qu'un certain nombre de précautions sont prises et que cela est surtout valable lorsqu'il effectue un traitement de manipulation sans le consentement du patient. Quant à la question de savoir ce qu'aurait fait la demanderesse si le défendeur lui avait demandé son consentement avant la manipulation, le co-expert Marcer répond qu'il est probable qu'elle aurait donné son accord, puisqu'elle est retournée chez lui à plusieurs reprises après avoir subi des manipulations semblables. Il en conclut qu'il est possible qu'il y ait eu une négligence du fait que les contre-indications habituelles à une manipulation cervicale ne semblent pas avoir été cherchées en 1993, mais il relève qu'en 1999, le défendeur s'est basé sur son expérience passée avec la demanderesse pour effectuer son traitement.

13. L'expert Roman Sztajzel a déposé le 27 août 2006 un rapport complémentaire pour lequel il s'est également adjoint le concours de Nicolas Marcer.

L'expert Sztajzel explique qu'il y a deux étapes dans la prise en charge d'un patient: une étape diagnostique comprenant l'anamnèse, l'examen clinique et éventuellement para-clinique, soit la prise de radiographies par exemple, puis une étape thérapeutique qui, dans le cas de l'ostéopathie, comprend, entre autres, les manipulations. Selon l'expert, une anamnèse et un examen clinique détaillé, ostéopathique et général, sont nécessaires pour permettre une approche thérapeutique correcte et pour dépister d'éventuelles contre-indications à un traitement ostéopathique comprenant des manipulations. Si ce premier bilan est normal, il n'y a pas de nécessité de recourir de manière systématique à d'autres investigations préalables, en particulier radiologiques, avant de réaliser des manipulations thérapeutiques. Selon l'expert, d'après les données du dossier du défendeur, une anamnèse intermédiaire mentionnant la grossesse et l'accouchement a été réalisée. Quant à la plainte relative à

la douleur du membre supérieur droit, l'anamnèse la concernant est également mentionnée dans le dossier. En ce qui concerne l'anamnèse d'évanouissements répétitifs, elle est mentionnée dans le dossier de 1993 et, en l'absence de récurrence de cette symptomatologie, il n'y avait a priori pas de raison de la reprendre en détail en 1999. L'expert affirme, qu'en l'espèce, sur la base du dossier médical, l'anamnèse et l'examen ostéopathique ont été effectués de manière satisfaisante lors de la première consultation de février 1993. En ce qui concerne l'examen général, l'expert rappelle que, dans le dossier du défendeur, il n'y a pas de donnée concernant l'état vasculaire et l'état neurologique de la demanderesse, ni de donnée concernant la pratique de tests à la recherche d'une insuffisance vertébro-basilaire. L'expert confirme donc que cette première étape diagnostique était en partie insuffisante, alors que la deuxième étape a été réalisée de manière tout à fait réglementaire. Il affirme que, d'une manière générale, lorsque l'étape diagnostique a été faite correctement, le traitement qui en découle est le traitement correct et approprié. Selon l'expert, ceci a été le cas en l'espèce puisque la demanderesse a rapporté une amélioration nette de ses symptômes et qu'elle a consulté le défendeur durant plusieurs années. L'expert en conclut que sur le plan strictement ostéopathique, la prise en charge a été suffisante. En ce qui concerne l'absence de tests à la recherche d'une insuffisance vertébro-basilaire, il explique que dans l'anamnèse qui figure au dossier, la notion d'évanouissements répétés est mentionnée et, de ce fait, la pratique d'un tel test pourrait se justifier selon les recommandations actuelles données par les ostéopathes. Il souligne cependant que la demanderesse avait fait l'objet préalablement d'investigations médicales qui s'étaient toutes révélées normales et que ce test, qui comprend des manoeuvres fonctionnelles cervicales, peut constituer en lui-même déjà une manoeuvre qui pourrait être délétère pour un patient à risque. L'expert affirme en outre que les faits invoqués par la demanderesse et le défendeur ainsi que les éléments contenus dans le dossier ne justifiaient pas de procéder à un bilan radiologique. En effet, la présence notamment d'une malformation de la charnière cervico-occipitale et d'une hernie cervicale sont suspectés sur une base clinique

d'abord. Or, si une telle suspicion n'existe pas, il n'y a pas lieu, selon lui, de procéder à un bilan radiologique. En outre, si la notion de traumatisme avec possibilité de fracture représente aussi une autre situation où il peut être nécessaire de recourir à un bilan radiologique, tel n'était pas le cas en l'espèce, puisqu'il n'y avait aucun élément en faveur d'un traumatisme dans l'anamnèse de la demanderesse. D'après l'expert, dans la mesure où il n'existe aucune recommandation stipulant l'obligation de réaliser un bilan radiologique dans tous les cas et en dehors de toute suspicion clinique, il n'est pas possible d'affirmer qu'il fallait effectuer un tel bilan préalable avant de procéder aux manipulations. D'après les éléments figurant au dossier concernant la consultation du 8 décembre 1999, aucun élément de l'anamnèse ou de l'examen clinique n'indiquait la nécessité d'une précaution supplémentaire en comparaison avec les plaintes précédentes de la demanderesse. En outre, l'expert relève que le simple fait d'avoir manipulé préalablement ne permet pas d'écartier avec certitude une quelconque contre-indication à une telle procédure, même si le fait d'avoir manipulé la demanderesse préalablement et le fait que les manipulations précédentes n'avaient jamais entraîné de complications constituaient un facteur rassurant pour le thérapeute. En fin de compte, l'expert conclut que c'est avant tout l'anamnèse qui est l'étape déterminante et qui permet à un ostéopathe de savoir s'il existe une contre-indication. D'après l'expert, sur la base du dossier du défendeur, l'anamnèse initiale a été réalisée de manière tout à fait satisfaisante. Dès lors qu'il n'y avait pas d'élément clinique spécifique qui devait inciter à réaliser un examen clinique plus poussé, la démarche utilisée par le défendeur correspond bien à ce qui est conforme du point de vue de la "bonne pratique ostéopathique". Il y a eu un examen ostéopathique approprié et en rapport avec la douleur du biceps ayant motivé la consultation de la demanderesse, ce qui est tout à fait conforme aux règles actuellement enseignées. L'expert confirme en outre qu'une partie du traitement entrepris pouvait tout à fait être effectuée en position assise. L'expert explique encore que les recommandations et sources auxquelles il se réfère pour déterminer quelles sont les règles de l'art sont basées sur les recommandations de la pratique conforme de l'ostéopathie telle qu'elle est enseignée en

Suisse. Il n'existe en effet à l'heure actuelle pas de véritable règlement établi en Suisse concernant l'ostéopathie. L'ostéopathe n'est donc pas tenu au sens strict de pratiquer des tests ou manoeuvres préalables à toute manipulation. Sa pratique dépendra essentiellement de l'école qu'il a suivie et de la manière dont il a été formé.

14. L'expert a encore déposé un rapport complémentaire après réforme le 2 janvier 2009 pour lequel il s'est, comme précédemment, adjoint les services du co-expert Nicolas Marcer, ostéopathe.

L'expert revient sur l'anamnèse et l'examen clinique du 8 décembre 1999, tels que figurant dans le dossier médical du défendeur. En se référant à la pratique ostéopathique, il confirme qu'en principe, les éléments cliniques évoqués et mentionnés dans le dossier sont suffisants pour apprécier la pathologie en question et décider d'un traitement. Selon lui, des investigations supplémentaires, tels radiographies, IRM, Ct-san cervical ou bilan vasculaire, ne doivent en principe être entreprises que s'il existe déjà une suspicion clinique préalable. De plus, un bilan radiologique ne rend pas compte d'éventuelles anomalies vasculaires. Revenant sur le test de recherche d'une insuffisance vertébro-basilaire, l'expert précise que ce test fait l'objet d'une importante controverse dans la littérature scientifique. Une étude récente rapporte en effet que ce test est contre-indiqué lorsque le patient présente des symptômes suspects d'une pathologie vasculaire, car il risque d'aggraver l'affection sous-jacente. En revanche, la probabilité que ce test permette d'identifier un patient à risque est très faible lorsque ce patient ne présente aucun symptôme suspect d'une affection vasculaire sous-jacente. De ce fait, c'est essentiellement l'anamnèse, en l'occurrence l'anamnèse de traumatisme récent, qui permet de dire si tel patient est à risque ou non de développer une complication après une manipulation cervicale. L'expert constate que, dans le cas de la demanderesse, il n'y avait a priori, lors de la consultation du 8 décembre 1999, aucun élément anamnestique ou clinique suggestif d'une pathologie vasculaire sous-jacente et susceptible d'entraîner une complication après la

manipulation cervicale. En outre, l'absence de troubles neurologiques à la suite des manipulations réalisées en 1993, 1994, 1995, 1997 et 1998 constituait un facteur rassurant quant à un éventuel risque de complication vasculaire. Selon lui, il n'y avait donc pas de raison supplémentaire de réaliser un test vasculaire préalable en 1999. En considérant l'ensemble de ces éléments, l'expert affirme que la demanderesse ne présentait aucun des facteurs de risque et qu'il n'y avait dans son cas aucune contre-indication à la pratique de manipulation cervicale. Malgré cela, le fait qu'elle ait présenté une dissection vertébrale est très certainement en lien avec la manipulation. Ceci, selon l'expert, suggère fortement l'existence d'autres éléments, tels qu'une prédisposition génétique ou des anomalies du tissu conjonctif, que la science médicale n'est pas encore en mesure d'identifier à l'heure actuelle par les examens standards et qui jouent un rôle important dans la genèse de cette affection.

S'agissant du plan de traitement, l'expert affirme qu'il découle en principe d'un diagnostic fondé sur l'anamnèse et l'examen clinique. Il ajoute qu'il doit être expliqué au patient et discuté avec lui. En outre, lorsqu'un soignant informe son patient du risque associé à un traitement, il doit lui donner une appréciation globale statistique ainsi qu'une évaluation qui s'applique au cas particulier. Selon l'expert, tout patient, même s'il est lui-même médecin, a le droit d'être informé de son diagnostic, du type de traitement qu'on va lui proposer et enfin des risques inhérents au traitement qui sont généralement très difficiles à estimer. Dans le dossier du défendeur, tous les éléments cliniques ainsi que la procédure du traitement qui a été appliqué sont bien documentés. Toutefois, l'expert précise qu'il ne peut pas apprécier, sur la base des renseignements discordants qui sont à sa disposition, dans quelle mesure tous ces éléments ont été clairement discutés avec la demanderesse. L'expert ne peut pas non plus apprécier, sur la base de ces informations, dans quelle mesure la demanderesse a été informée du risque encouru. Il souligne cependant que la demanderesse avait déjà consulté le défendeur à plusieurs reprises, soit pour des douleurs de l'épaule droite soit pour des douleurs lombaires, et qu'elle avait

bénéficié de nombreuses manipulations suivies d'effets positifs. De plus, au niveau médical, il n'y avait, en décembre 1999, aucun élément particulier qui aurait rendu le traitement prodigué comme étant "plus à risque" comparativement aux consultations de 1993, 1994, 1995, 1997 et 1998. Dans le cas de la demanderesse, il n'y avait donc anamnestiquement et/ou cliniquement aucun élément suggestif d'une éventuelle complication liée à la manipulation cervicale. Cependant, dans la mesure où, à l'heure actuelle, beaucoup de travaux font effectivement référence à une association possible entre manipulation cervicale et risque de dissection vertébrale, il est impératif d'informer le patient et d'obtenir son consentement préalable. Ainsi, dans le cas de la demanderesse, il aurait été important de lui signaler que la littérature scientifique rapporte des cas de complications cérébro-vasculaires survenant après des manipulations cervicales, mais qu'elle-même ne présentait a priori aucun des facteurs de risque susceptible d'engendrer une telle complication. Compte tenu de l'ensemble des éléments du dossier et de l'absence de toute complication à la suite des manipulations réalisées en 1993, 1994, 1995, 1997 et 1998, l'expert considère que le risque ne pouvait certainement pas être présenté comme important.

La demanderesse n'a pas requis de seconde expertise.

15. D'autres faits allégués et admis ou prouvés, mais sans incidence sur la solution du présent procès, ne sont pas reproduits ci-dessus.

16. Par demande du 14 mai 2004, V._____ a pris, avec dépens, les conclusions suivantes:

" I. Le défendeur, C._____, doit prompt et immédiat paiement à la demanderesse, V._____, de la somme de Fr. 2'678'023.-- (deux millions six cent septante-huit mille et vingt-trois francs), avec intérêt à 5 % l'an, dès le dépôt de la présente demande."

Par réponse du 6 juillet 2004, C._____ a conclu avec dépens à ce que la demanderesse soit déboutée de toutes ses

conclusions.

A l'audience préliminaire du 2 juin 2005, la demanderesse a requis que soit jugée préalablement la question de la responsabilité du défendeur.

Par ordonnance sur preuves et de disjonction du 2 juin 2005, le Juge instructeur de la cour de céans a ordonné la disjonction de l'instruction et du jugement de la question préalable suivante:

" Le défendeur C. _____ est-il responsable des lésions subies par la demanderesse V. _____ ?"

En droit:

I. La demanderesse soutient que le défendeur n'a pas procédé, comme il aurait dû le faire, à une anamnèse et à un examen clinique complet, qu'elle n'a pas été dûment informée de la nature ainsi que des risques du traitement envisagé, que la manipulation cervicale pratiquée n'a pas été effectuée conformément aux règles de l'art et que le défendeur n'a pas pris en considération les plaintes qu'elle a exprimées à la suite des douleurs ressenties après la manipulation. Elle estime dès lors que la responsabilité contractuelle du défendeur est engagée sur la base des art. 394 ss CO (Code des obligations du 30 mars 1911, RS 220), subsidiairement sur la base des art. 41 ss CO relatifs à la responsabilité délictuelle, pour les lésions qu'elle a subies.

Le défendeur oppose que la manipulation cervicale a été réalisée conformément aux règles de l'art, qu'aucun lien de causalité entre son intervention et les maux dont se plaint la demanderesse n'est établi, qu'il n'a pas violé son devoir d'information et qu'il ne peut donc être tenu pour responsable des lésions alléguées.

II. Les contrats du domaine médical sont une expression générique visant tous ceux qui ont pour objet des services par lesquels sont fournis des soins, qu'ils soient physiques ou psychiques (Tercier/Favre, Les contrats spéciaux, 4^e édition, n. 5389, p. 813). Il n'existe pas de règles spéciales relatives aux contrats médicaux, raison pour laquelle on leur applique les règles du mandat (Tercier/Favre, op. cit., n. 5396, p. 814). En dehors du devoir de ne faire que les prestations convenues, soit de ne procéder qu'aux traitements et actes que le patient a acceptés, sauf exceptions, et du devoir de confidentialité, le prestataire de soins médicaux est tenu par le devoir d'information et par le devoir de respecter les règles de l'art (Tercier/Favre, op. cit., nn. 5406 ss, pp. 816 ss).

Le prestataire de soins s'engage à mettre en œuvre ses connaissances, sa technique et ses équipements sans promettre pour autant un résultat. Son unique obligation est d'agir avec diligence en vue d'atteindre le but qui motive son action sans garantir qu'il sera atteint. Dès lors, si le résultat n'est pas atteint, mais que le mandataire a correctement mis ses moyens au service du mandant, il y a parfaite exécution (Engel, Contrat de droit suisse, 2^e éd., pp. 481 ss). L'étendue de ce devoir de diligence 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 prestataire de soins. La violation, par celui-ci, de son devoir de diligence - communément mais improprement appelée "faute professionnelle" - constitue, du point de vue juridique, une inexécution ou une mauvaise exécution de son obligation de mandataire et correspond ainsi, au plan contractuel, à la notion d'illicéité propre à la responsabilité délictuelle. Si elle occasionne un dommage au mandant et qu'elle se double d'une faute, le patient pourra obtenir des dommages et intérêts (art. 97 al. 1 CO) (ATF 133 III 121 consid. 3.1, rés. in JT 2008 I 103). En effet, la responsabilité du prestataire de soins obéit

aux règles générales, savoir aux principes déduits de l'art. 398 CO. En sa qualité de mandataire, il répond de la bonne et fidèle exécution du mandat (art. 398 al. 2 CO). L'art. 398 al. 1 CO soumet la responsabilité du mandataire aux mêmes principes que ceux du travailleur dans les rapports de travail. La règle renvoie à l'art. 321e CO qui reprend le régime général de l'art. 97 CO (Werro, *Le mandat et ses effets*, n. 786, p. 270). Il s'agit donc pour le patient de prouver l'inexécution de l'obligation, le dommage et le lien de causalité entre les deux. Comme n'importe quel mandataire, le prestataire de soins répond de toute faute. Mais pour admettre qu'il a violé une obligation contractuelle, il faut tenir compte des particularités et des risques de l'activité médicale. En particulier, le prestataire de soins n'a pas à répondre des dangers et des risques inhérents à tout acte médical (Tercier/Favre, *op. cit.*, nn. 5418-5419, pp. 818-819). Cependant, lorsqu'une violation des règles de l'art est établie, il lui appartient de prouver qu'il n'a pas commis de faute (ATF 133 III 121 consid. 3.1, rés. in JT 2008 I 103).

En l'espèce, les parties ont été liées par un contrat de mandat au sens de l'art. 394 CO, soit un contrat médical qui avait pour objet les services d'un ostéopathe.

III. Il convient d'examiner les différents griefs reprochés par la demanderesse au défendeur, soit, plus précisément, les prétendues omissions de procéder à certains examens préalables (a), la brutalité de la manipulation (b), l'absence de prise en considération des douleurs ressenties et exprimées, (c) ainsi que la violation du devoir d'information (d).

a) aa) La demanderesse reproche au défendeur de ne pas avoir procédé à une anamnèse et à un examen clinique complet comprenant un examen ostéopathique, un bilan radiologique et la recherche d'une insuffisance vertébro-basilaire.

Le prestataire de soins doit appliquer les règles qui constituent

des principes établis par la science médicale, généralement reconnus et admis, communément suivis et appliqués par les praticiens au moment de l'intervention (ATF 133 III 121 consid. 3.1, rés. in JT 2008 I 103). Cela vaut pour le diagnostic, le choix de la méthode de traitement et le traitement proprement dit (Tercier/Favre, op. cit., n. 5415, pp. 817-818). Il s'agit donc d'appliquer les usages professionnels, les devoirs qui s'imposent à tous les membres d'une même corporation, les règles générales dont l'ignorance constituerait une faute grave et les soins usuels. Il n'existe cependant aucune définition des règles de l'art. Le Tribunal fédéral, d'ailleurs, a reconnu que dans une profession si complexe où les opinions sont multiples et parfois divergentes, et dans une science si évolutive, il est difficile de fixer des procédés constants ou de codifier les règles de l'art trop mouvantes. Ainsi, le problème de la faute en la matière ne doit être étudié que sur le plan de la casuistique. Dès lors, les tribunaux, s'appuyant sur l'avis des experts, donnent de cas en cas une portée juridique aux règles de l'art (Ney, La responsabilité des médecins et de leurs auxiliaires notamment à raison de l'acte opératoire, thèse, pp. 160-161).

De manière générale, l'anamnèse consiste en un interrogatoire minutieux. Il s'agit de l'histoire médicale du patient, la description par celui-ci des divers symptômes subjectifs qu'il a personnellement pu observer, ses particularités, tels que son âge, sa situation sociale ou sa profession par exemple, les éventuels antécédents héréditaires et les traitements déjà subis (Ney, op. cit., p. 255). Afin d'établir un diagnostic, le praticien procède à un examen clinique du patient dans le but de déceler des symptômes objectifs grâce à une observation attentive (Ney, op. cit., pp. 255-256). Lorsque les symptômes constatés par le prestataire de soins grâce au seul examen clinique ne lui suffisent pas pour poser un diagnostic sûr et précis, il recourt alors à l'aide que lui fournit, notamment, la radiologie. Selon les cas, ces recherches peuvent être simplifiées, voire même écartées en cas d'urgence (Ney, op. cit., p. 256).

bb) En l'espèce, l'expertise judiciaire relève que, si la prise

en charge de la demanderesse en 1993 par le défendeur était insuffisante, dès lors qu'une approche thérapeutique correcte nécessitait, selon les règles de l'art en vigueur à l'époque, un test à la recherche d'une insuffisance vertébro-basilaire avant toute manipulation cérébrale et non seulement une anamnèse et un examen clinique détaillé, le défendeur pouvait se baser sur les traitements pratiqués sur la demanderesse depuis 1993 sans aucune complication pour effectuer une nouvelle fois une manipulation cervicale. Lors de la consultation du 8 décembre 1999, le défendeur a procédé à un examen approprié en rapport avec la douleur du biceps. Le complément d'expertise judiciaire confirme que l'anamnèse et l'examen clinique ostéopathique ont été effectués de manière satisfaisante, mais que le seul manquement, à reprocher au défendeur, consiste en l'absence de tests à la recherche d'une insuffisance vertébro-basilaire. En ce sens, la première étape du diagnostic était en partie insuffisante. Cependant, dans la mesure où la demanderesse avait subi préalablement des investigations médicales qui s'étaient révélées normales et que le bien-fondé d'un tel test est désormais mis en cause dès lors qu'il comprend des manoeuvres fonctionnelles qui peuvent être délétères pour un patient à risque, c'est avant tout l'anamnèse qui était déterminante. Or, s'agissant de la consultation du 8 décembre 1999, elle a comporté une anamnèse, ainsi qu'un examen ostéopathique complet. Il n'y avait pas d'élément clinique spécifique qui devait inciter le défendeur à réaliser un examen clinique plus poussé. Le complément d'expertise après réforme confirme également ces éléments et précise que le test relatif à la recherche d'une insuffisance vertébro-basilaire fait l'objet d'une importante controverse dans la littérature scientifique récente, dès lors qu'il est contre-indiqué lorsque le patient présente des symptômes suspects d'une pathologie vasculaire, car il risque d'aggraver la pathologie sous-jacente. De ce fait, c'est essentiellement l'anamnèse qui permet de dire si le patient risque ou non de développer une complication après une manipulation cervicale. Dans le cas de la demanderesse, lors de la consultation du 8 décembre 1999, l'anamnèse et l'examen clinique ont été effectués. En outre, il n'y avait a priori aucun élément anamnestique ou clinique suggestif d'une pathologie vasculaire sous-

jacente. Il n'y avait ainsi pas de raison de réaliser un test vasculaire préalable, ni de bilan radiologique et il n'y avait aucune contre-indication à la pratique de la manipulation cervicale.

cc) La demanderesse remet en cause la force probante de l'expertise judiciaire et considère que celle-ci est contradictoire, puisque après avoir constaté qu'il y avait eu une insuffisance dans la prise en charge par le défendeur en 1993, l'expert retient que les traitements pratiqués par la suite lors des différentes consultations ont été réalisés selon les règles de l'art. Selon elle, le raisonnement tenu par l'expert est en outre choquant, puisqu'il revient à considérer que l'insuffisance de la prise en charge de 1993 est comblée du seul fait qu'aucun accident n'est survenu lors des manipulations effectuées ultérieurement.

En l'espèce, l'expertise judiciaire n'est pas contradictoire, mais évolutive compte tenu des questions qui ont été posées par les parties dans le cadre des compléments d'expertise ainsi que de l'évolution des connaissances médicales en la matière. En effet, après avoir considéré qu'un test de recherche d'une insuffisance vertébro-basilaire était nécessaire, l'expert explique dans le complément d'expertise que ce test est seulement pratiqué par certains ostéopathes, puisqu'il n'existe pas de véritable règlement leur imposant de pratiquer des tests et manœuvres préalables à toute manipulation. Par ailleurs, ce test, qui comprend des manœuvres fonctionnelles cervicales, peut constituer en lui-même déjà une manœuvre qui pourrait être délétère pour un patient à risque. Plus précisément, selon les développements scientifiques récents, il apparaît que le test peut constituer une manœuvre contre-indiquée lorsque le patient présente des symptômes suspects d'une pathologie vasculaire, alors que la probabilité que ce test permette d'identifier un patient à risque est très faible lorsque ce dernier ne présente aucun symptôme suspect d'une affection vasculaire sous-jacente. En outre, selon l'expert, les différentes manipulations effectuées sur la demanderesse par le défendeur depuis 1993 et qui n'ont été suivies d'aucun problème neurologique, ont servi de test. Dans cette mesure, le défendeur était

en droit de considérer que l'absence de suites problématiques pendant les différentes années de traitement suffisait à titre de mesure de précaution. Il apparaît ainsi que la demanderesse ne présentait aucun des facteurs de risque et qu'il n'y avait dans son cas aucune contre-indication à la pratique de la manipulation cervicale. Le défendeur a ainsi respecté les règles de l'art dans la première étape de la consultation du 8 décembre 1999, soit en ce qui concerne l'anamnèse et la pose du diagnostic. L'avis du Dr. Marc-Henri Gauchat ne permet pas de remettre en question la force probante de l'expertise judiciaire. En effet, son rapport du 2 avril 2006, qui a été sollicité et produit par la demanderesse, met seulement en évidence une divergence d'opinions d'avec l'expert et le co-expert ostéopathe.

Les griefs de la demanderesse relatifs à la prétendue violation des règles de l'art en amont de la manipulation effectuée par le défendeur le 8 décembre 1999 doivent donc être écartés.

b) aa) La demanderesse reproche ensuite au défendeur de ne pas avoir effectué la manipulation selon les règles de l'art. Selon elle, le geste aurait été violent et brutal.

Il appartient au créancier d'une obligation de moyens ou de diligence de prouver le manquement à la diligence due par le débiteur. Le fait que le résultat escompté n'ait pas été obtenu n'implique pas encore une violation de cette obligation. Ainsi, de même que la perte d'un procès ne permet pas de présumer la faute de l'avocat, l'absence de guérison ne permet pas non plus de présumer la faute du prestataire de soins. Juger autrement reviendrait à conclure à une violation du contrat par le débiteur chaque fois que le créancier subit un dommage. Cependant, tel n'est pas le sens à donner à l'art. 97 al. 1 CO. Dans le même ordre d'idées, le Tribunal fédéral a souligné que toute nouvelle atteinte à la santé ne constituait pas en soi une violation du contrat, car les traitements et interventions médicaux comportent des risques inévitables quand bien même toute la diligence requise serait observée (ATF 133 III 121 consid. 3.4, rés. in JT 2008 I 103 et les références citées). Le prestataire de soins

exerce une activité exposée à des dangers et il faut en tenir compte sur le plan du droit de la responsabilité. Il ne répond pas de manière générale de tous les dangers et risques inhérents à chaque acte médical. Tant lors du diagnostic qu'au moment de décider d'un traitement ou d'une mesure d'une autre nature, il doit souvent procéder, selon l'état de la science considéré objectivement, à une appréciation et choisir parmi les différentes possibilités. En optant pour l'une ou l'autre, il fait usage de son pouvoir d'appréciation conformément à ses devoirs (SJ 1999 I pp. 499 ss).

bb) En l'espèce, le dossier médical ne permet pas de savoir comment le défendeur a procédé pour effectuer la manipulation litigieuse. Seul est mentionné le fait qu'elle a été effectuée en position assise, position reconnue en la matière pour effectuer ce genre de traitements. L'expert relève en outre qu'une manipulation peut être ressentie comme un geste relativement brutal dans la mesure où celui-ci est effectué avec une haute vitesse et une petite amplitude de mouvement, soit un aspect propre à ce type de thérapie. Il affirme que, selon les renseignements à sa disposition, la manipulation a été réalisée dans les règles de l'art et conformément aux pratiques des confrères du défendeur. Aucun élément ne permet ainsi de retenir que la manipulation n'aurait pas été effectuée selon les règles de l'art.

Le grief invoqué par la demanderesse dans ses écritures, mais qui n'apparaît cependant pas dans le mémoire de droit qu'elle a déposé, doit donc être écarté.

c) aa) La demanderesse reproche également au défendeur de ne pas avoir tenu compte des douleurs qu'elle a ressenties et exprimées après la manipulation. Le défendeur soutient que la demanderesse ne lui a pas fait part de ses plaintes ni sur le moment ni ultérieurement.

Selon la jurisprudence, un fait n'est établi que si le juge en est convaincu. Il n'est pas admissible de juger selon une simple

vraisemblance, là où il manque l'intime conviction du juge et où il subsiste un doute dans l'état de fait ou de se baser sur des affirmations rendues vraisemblables, mais non prouvées (ATF 118 II 235, JT 1994 I 331).

bb) En l'espèce, les déclarations des parties sont divergentes quant à l'existence de plaintes de la part de la demanderesse. Le dossier médical ne contient aucune indication à ce propos. Quant aux différents témoins qui ont confirmé les dires de la demanderesse à ce sujet, ils n'ont fait que se fonder sur les déclarations de cette dernière, dès lors qu'aucun d'eux n'était présent lors de la manipulation. S'agissant des experts judiciaires, ils ne peuvent se prononcer. L'expert Sztajzel mentionne toutefois que la manipulation cervicale peut être douloureuse en tant que telle et que des douleurs après une manipulation cervicale, dorsale ou lombaire, peuvent survenir mais ne revêtent pas nécessairement une signification pathologique particulière. Il est dès lors vraisemblable que la demanderesse se soit plainte de douleurs ressenties lors de la manipulation mais, dans la mesure où une manipulation cervicale peut être douloureuse sans que cela soit alarmant, il ne peut être retenu que la demanderesse se soit plainte de manière telle que l'attention du défendeur aurait dû être attirée sur ce point et que ce dernier n'ayant rien entrepris, il aurait violé les règles de l'art. De toute manière, une simple vraisemblance ne suffit pas. Il n'est pas non plus établi que la demanderesse se soit plainte auprès du défendeur dans les jours qui ont suivi la manipulation. Au contraire, elle a même annulé le rendez-vous qu'elle avait quelques jours plus tard.

Le motif relatif à l'absence de prise en considération des plaintes de la demanderesse par le défendeur pendant ou après la manipulation doit donc être écarté, dès lors qu'il n'est pas prouvé que la demanderesse se soit plainte auprès de lui à quelque moment que ce soit.

d) aa) La demanderesse reproche enfin au défendeur d'avoir violé son devoir d'information. Selon elle, elle n'a pas été informée du traitement envisagé ni du risque encouru.

Le prestataire de soins a le devoir de donner au patient, en termes clairs, intelligibles et aussi complets que possible, une information notamment sur le diagnostic, la thérapie, le pronostic, les autres solutions proposées et les risques (Tercier/Favre, op. cit., n. 5408, p. 816; Manaï, Le devoir d'information du médecin en procès, in SJ 2000 II pp. 341 ss, pp. 348-350). On ne peut admettre des limitations voire des exceptions au devoir d'information du praticien que dans des cas très précis: par exemple lorsqu'il s'agit d'actes courants ne présentant aucun danger particulier et n'entraînant pas d'atteinte définitive ou durable à l'intégrité corporelle, s'il y a une urgence confinant à l'état de nécessité ou si, lors d'une opération en cours, il y a une nécessité évidente d'en effectuer une autre. On ne saurait non plus exiger que le prestataire de soins renseigne minutieusement un patient qui a subi une ou plusieurs opérations du même genre. Toutefois, s'il s'agit d'une intervention particulièrement délicate quant à son exécution ou à ses conséquences, le patient a droit à une information claire et complète à ce sujet (Tercier/Favre, op. cit., n. 5409, pp. 816-817; Manaï, op. cit., p. 350; ATF 133 III 121 consid. 4.1.2, rés. in JT 2008 I 103). S'agissant de l'information relative aux risques de l'intervention, la doctrine retient que celle-ci a pour but de rendre le patient capable d'évaluer approximativement le risque. L'information ne dépend alors pas seulement de la fréquence statistique du risque mais aussi de sa gravité (Manaï, op. cit., pp. 351-351). Dès lors, si le prestataire de soins n'est pas tenu de révéler les risques qui, sans être absolument imprévisibles, sont du moins tellement exceptionnels qu'on ne saurait les envisager (Ney, op. cit., p. 74), un risque même statistiquement rare doit être mentionné lorsqu'il conduit à un grand dommage et altère lourdement la manière de vivre d'un patient (Manaï, op. cit., pp. 351-352; Devaud, L'information en droit médical, thèse Lausanne 2009, pp. 158 ss et références citées). La jurisprudence n'a cependant pas tracé de contours très clairs pour l'information sur les risques et celle-ci dépend donc largement des circonstances du cas particulier (Manaï, op. cit., p. 352). Aussi, le principe est-il d'exonérer le praticien dès que le risque est atypique, inhabituel, minime ou même lorsqu'il est normal, à savoir inhérent à l'acte médical (Devaud, op. cit., pp. 158 ss et références

citées). Le prestataire de soins peut en outre partir de l'idée qu'il a affaire à une personne sensée, qui connaît les risques de caractère général inhérents à l'acte médical (Manai, op. cit., p. 350; ATF 117 Ib 197, JT 1992 I 214). La jurisprudence considère ainsi qu'il peut restreindre la quantité d'informations à dispenser quand il s'agit d'actes courants ne présentant pas de danger spécial et ne pouvant entraîner aucune atteinte importante ou durable à l'intégrité corporelle (Devaud, op. cit., pp 158 ss), voire lorsque le patient a déjà subi des interventions similaires ou s'il a une formation médicale, pour autant qu'il soit déjà au clair sur tous les risques encourus en raison de ses connaissances préexistantes (Guillod, *Le consentement éclairé du patient, Autodétermination ou paternalisme?*, thèse Neuchâtel 1986, p. 174; ATF 115 Ib 175, SJ 1995, pp. 708-709; ATF 117 Ib 197, JT 1992 I 214).

Le devoir d'information du prestataire de soins doit notamment permettre au patient de donner son consentement, en particulier lorsque l'intervention envisagée porte atteinte à son intégrité corporelle ou psychique. Or, pour être efficace, le consentement doit être donné de manière libre et éclairée, c'est-à-dire donné en connaissance de cause (Tercier/Favre, op. cit., n. 5412, p. 817; Ney, op. cit., p. 70; TF 4C.66/2007 du 9 janvier 2008 consid. 5.1; ATF 133 III 121 consid. 4.1.3, rés. in JT 2008 I 103). L'exigence d'un consentement éclairé se déduit directement du droit du patient à la liberté personnelle et à l'intégrité corporelle, qui est un bien protégé par un droit absolu (ATF 133 III 121 consid. 4.1.1, rés. in JT 2008 I 103). Celui qui procède à une opération sans informer son patient ni en obtenir l'accord commet un acte contraire au droit et répond du dommage causé, même si l'intervention est exécutée conformément aux règles de l'art (Tercier/Favre, op. cit., n. 5413, p. 817; ATF 133 III 121 consid. 4.1.1, rés. in JT 2008 I 103). En effet, une atteinte à l'intégrité corporelle est illicite à moins qu'il n'existe un fait justificatif. Dans le domaine médical, la justification de l'atteinte réside le plus souvent dans le consentement du patient. (ATF 133 III 121 consid. 4.1.1, rés. in JT 2008 I 103). C'est au prestataire de soins qu'il appartient d'établir qu'il a suffisamment renseigné le patient et obtenu

le consentement éclairé de ce dernier préalablement à l'intervention (TF 4C.66/2007 du 9 janvier 2008 consid. 5.1; ATF 133 III 121 consid. 4.1.3, rés. in JT 2008 I 103). La jurisprudence a précisé qu'une annotation en termes généraux dans le dossier médical du patient mentionnant que l'attention de celui-ci a été attirée sur les risques et les complications n'est pas suffisante (Devaud, op. cit., pp. 180-181; Manaï, op. cit., pp. 350-351; ATF 117 Ib 197, JT 1992 I 214). Dans le cas de la violation du devoir d'information, la preuve porte sur la causalité entre l'intervention médicale effectuée sans information suffisante et le préjudice subi par le patient. Pour établir le lien de causalité, il suffit que le patient démontre qu'il n'aurait vraisemblablement pas été lésé dans son intégrité corporelle si le prestataire de soins n'avait pas effectué l'intervention en cause (Manaï, op. cit., p. 355).

En l'absence de consentement éclairé, la jurisprudence reconnaît au prestataire de soins la faculté d'invoquer l'existence éventuelle d'un consentement hypothétique du patient. Il doit alors établir que le patient aurait accepté l'opération même s'il avait été dûment informé (Tercier/Favre, op. cit., n. 5414, p. 817; ATF 133 III 121 consid. 4.1.3, rés. in JT 2008 I 103). Le consentement hypothétique intervient comme un fait interruptif de la causalité (Manaï, op. cit., p. 357). Le fardeau de la preuve incombe au praticien, le patient devant toutefois collaborer à cette preuve en rendant vraisemblable ou au moins en alléguant les motifs personnels qui l'auraient incité à refuser l'opération s'il en avait connu les risques. Lorsque le genre et la gravité du risque encouru auraient nécessité un besoin accru d'information, le consentement hypothétique ne pourra, en principe, pas être admis. Dans un tel cas, il est en effet plausible que le patient se serait trouvé dans un réel conflit quant à la décision à prendre et qu'il aurait sollicité un temps de réflexion. Enfin, il ne faut pas se fonder sur le modèle abstrait d'un patient raisonnable, mais sur la situation personnelle et concrète du patient dont il s'agit (Tercier/Favre, op. cit., n. 5414, p. 817; ATF 133 III 121 consid. 4.1.3, rés. in JT 2008 I 103). Ce n'est que dans l'hypothèse où le patient ne fait pas état de motifs personnels qui l'auraient conduit à refuser l'intervention proposée qu'il

convient de considérer objectivement s'il serait compréhensible, pour un patient sensé, de s'opposer à l'opération (Manai, op. cit., p. 357; ATF 133 III 121 consid. 4.1.3, rés. in JT 2008 I 103). Il appartient au prestataire de soins de prouver qu'il a informé le patient de manière suffisante et, en cas de défaut d'information qui n'est justifié ni par l'exception thérapeutique ni par la renonciation du patient, il doit prouver que le patient aurait consenti à l'intervention s'il avait été informé de manière satisfaisante (Manai, op. cit., p. 358).

bb) En l'espèce, selon les données existant dans la littérature médicale, l'incidence des dissections vertébrales a été estimée de l'ordre de 1 sur 40'000 à 120'000 manipulations cervicales, soit un risque statistique très faible, largement inférieur à 1%. Le Dr. Alain Reverdin, médecin-adjoint de la clinique de neurochirurgie des HUG, qualifie la complication subie par la demanderesse d'extraordinairement rare. Quant à l'expert judiciaire, il la définit comme un événement assez rare. Si le risque d'accident relatif à la manipulation dont il est question est rare, les éventuelles complications peuvent être graves. En l'espèce, le défendeur n'était donc pas dispensé de son obligation d'informer la demanderesse. Il ne prouve pas avoir informé la demanderesse des risques liés à une manipulation cervicale. Rien ne figure d'ailleurs à ce sujet dans le dossier médical. Le défendeur aurait dû donner à la demanderesse une appréciation globale statistique, une évaluation qui s'appliquait au cas particulier et lui signaler qu'elle ne présentait a priori aucun des facteurs de risque susceptible d'engendrer une complication cérébro-vasculaire. Le défendeur n'a donc pas établi avoir satisfait à son devoir d'informer sa patiente ni avoir obtenu le consentement de cette dernière.

Toutefois, en présence d'un risque inférieur à 1 % et dans la mesure où la demanderesse s'est régulièrement présentée au cabinet du défendeur pour y subir des traitements qu'elle connaissait déjà, en particulier de nombreuses manipulations cervicales, ceci sans complications, le risque ne pouvait pas être présenté comme important. La

gravité du risque encouru, s'il justifiait une information complète, ne nécessitait pas un besoin accru d'information qui exclurait l'existence d'un consentement hypothétique. En l'espèce, on doit considérer que la demanderesse, qui avait subi de nombreuses manipulations depuis 1993, aurait accepté la manipulation proposée par le défendeur si ce dernier lui avait indiqué le risque statistique qu'elle était à même d'apprécier en sa qualité de médecin et le risque la concernant qui ne pouvait pas être présenté comme important. Le consentement hypothétique de la demanderesse doit ainsi être retenu, cette dernière n'ayant au surplus établi aucun motif de refus.

e) En définitive, dès lors que l'existence du consentement hypothétique de la demanderesse est retenue, nul n'est besoin d'examiner plus avant l'argument de la demanderesse relatif aux mesures qu'elle aurait pu prendre si elle avait été informée des risques, ni les autres conditions d'application des dispositions sur la prétendue responsabilité du défendeur.

IV. L'art. 287 al. 1 CPC prévoit que l'ordonnance de disjonction doit déterminer avec précision la question qui sera instruite et jugée séparément en spécifiant les allégués qui s'y rapportent. Le juge ne peut ainsi, sans violation de l'art. 3 CPC, trancher une question différente de celle qui fait l'objet de l'ordonnance de disjonction et des conclusions préjudicielles (Poudret/Haldy/Tappy, Procédure civile vaudoise, 3^{ème} éd., n. 2 ad art. 3 CPC; JT 1974 III 118).

La question soumise à la cour par les parties et reprise dans l'ordonnance de disjonction était celle de savoir si le défendeur C. _____ est responsable des lésions subies par la demanderesse V. _____. Il convient de répondre par la négative à cette question.

V. a) S'agissant d'un jugement préjudiciel qui met fin définitivement au procès et tranche le sort des conclusions au fond, il doit également être statué sur la question des dépens (Poudret/Haldy/Tappy, op. cit., n. 3 ad art. 285 CPC et n. 7.8 ad art. 92 CPC et les références citées). En effet, selon la jurisprudence, des dépens sont dans ce cas alloués à la partie qui obtient l'adjudication de ses conclusions préjudicielles sur une question ayant fait l'objet d'une instruction séparée (JT 1965 III 89; JT 1966 III 35).

Selon l'art. 92 al. 1 CPC, des dépens sont alloués à la partie qui obtient gain de cause. Ceux-ci comprennent principalement les frais de justice payés par la partie, les honoraires et les débours de son avocat (art. 91 litt. a et c CPC). Les frais de justice englobent l'émolument de justice, ainsi que les frais de mesures probatoires. Les honoraires d'avocat sont fixés selon le tarif des honoraires d'avocat dus à titre de dépens du 17 juin 1986 (RSV 177.11.3). Les débours ont trait au paiement d'une somme d'argent précise pour une opération déterminée. A l'issue d'un litige, le juge doit rechercher lequel des plaideurs gagne le procès et lui allouer une certaine somme en remboursement de ses frais, à la charge du plaideur perdant. Lorsque aucune des parties n'obtient entièrement gain de cause, le juge peut réduire les dépens ou les compenser (art. 92 al. 2 CPC).

b) Obtenant gain de cause, le défendeur C. _____ a droit à des dépens, à la charge de la demanderesse V. _____, qu'il convient d'arrêter à 30'165 fr., savoir :

- a) 20'00 fr à titre de participation aux honoraires de son conseil;
-) 0 .
- b) 1'000 fr pour les débours de celui-ci;
-) .
- c) 9'165 fr en remboursement de son coupon de justice.
-) .

**Par ces motifs,
la Cour civile,
statuant à huis clos,
prononce
par voie préjudicielle:**

- I. Le défendeur C._____ n'est pas responsable des lésions subies par la demanderesse V._____.

- II. Les frais de justice sont arrêtés à 44'940 fr. (quarante-quatre mille neuf cent quarante francs) pour la demanderesse et à 9'165 fr. (neuf mille cent soixante-cinq francs) pour le défendeur.

- III. La demanderesse versera au défendeur le montant de 30'165 fr. (trente mille cent soixante-cinq francs) à titre de dépens.

Le président :

P. - Y. Bosshard

La greffière :

M. Bron

Du

Le jugement préjudiciel qui précède, dont le dispositif a été communiqué aux parties le 14 septembre 2009, lu et approuvé à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, aux conseils des parties.

Les parties peuvent recourir au Tribunal cantonal dans les dix jours dès la notification du présent jugement en déposant au greffe de la Cour civile un acte de recours en deux exemplaires désignant le jugement attaqué et contenant leurs conclusions en nullité, ou leurs conclusions en réforme dans les cas prévus par la loi.

Le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière civile devant le Tribunal fédéral au sens des art. 72 ss LTF et 90 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral - RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). L'art. 100 al. 6 LTF est réservé.

La greffière :

M. Bron