

COUR CIVILE

Audience de jugement du 11 mars 2011

Présidence de M. MULLER, président

Juges : MM. Bosshard et Hack

Greffière : Mme Bron

Cause pendante entre :

B. _____

(Me L. Moreillon)

et

C.1 _____
C.2 _____

(Me A. Thévenaz)

- Du même jour -

Délibérant immédiatement à huis clos, la Cour civile considère :

Remarques liminaires:

R._____, chirurgien, directeur médical de l'C.3 (ci-après C.3) au moment des faits, est impliqué au premier chef dans le litige qui divise les parties. En outre, en tant que directeur médical, il lui est arrivé de répondre aux questions qui lui étaient posées par le conseil des défendeurs. Compte tenu de son rôle dans le litige, ses déclarations ne seront pas tenues pour probantes, à moins d'être corroborées par d'autres éléments du dossier.

Z., actuel directeur général de l'C.3 depuis le 1^{er} janvier 2005 et qui y travaillait auparavant en tant que directeur-adjoint depuis son ouverture en 1999, a été entendu comme témoin en cours d'instruction. Ce témoin a admis avoir eu des contacts avec le conseil des défendeurs au stade initial de la procédure et avoir vu les écritures puisqu'il est le destinataire de ce qui concerne l'hôpital. Compte tenu de son implication dans le litige, ses déclarations ne seront pas tenues pour probantes, à moins d'être confirmées par d'autres preuves figurant au dossier.

W._____, compagne du demandeur, a été entendue en qualité de témoin dans la présente cause. Compte tenu de ses relations avec une des parties, ses déclarations ne seront pas tenues pour établies, à moins d'être corroborées par d'autres éléments du dossier.

De même, le témoignage d'G._____, secrétaire médicale du demandeur depuis sa venue à [...], qui a expliqué que le demandeur l'a tenue au courant de la procédure, ne sera retenu que pour autant que ses dires soient confirmés par d'autres éléments du dossier.

En fait :

1. Le demandeur B._____, docteur en médecine, né le [...], originaire de [...], est porteur d'un diplôme de spécialiste FMH en chirurgie. Il a obtenu son diplôme fédéral de médecin de l'Université de [...] au mois de décembre 1987. Il est spécialiste FMH en chirurgie depuis le mois de septembre 1995. Il est porteur d'un diplôme inter-universitaire de chirurgie digestive par voie coelioscopique de la Faculté de médecine [...] du mois de juin 1994. Il est d'autre part porteur d'un diplôme de l'Université de chirurgie viscérale laparoscopique de [...] depuis le mois de février 1998. Il est également porteur d'un diplôme universitaire de techniques chirurgicales vasculaires (Université [...]) depuis le mois de juin 1994. Il est membre de la Société Suisse de Chirurgie, ainsi que d'autres associations (Société suisse de chirurgie générale et d'urgence, Société suisse de chirurgie viscérale ainsi que d'autres sociétés chirurgicales de caractère international). Il est également instructeur ATLS (Advanced Trauma Life Support) depuis 2002, formation qui atteste d'une capacité optimale à prendre en charge les cas d'urgences graves et de réanimation. A cet égard, il donne des cours à des médecins dans le cadre de leur formation postgrade. Entre 1989 et 2003, il a publié ou participé à la rédaction de plusieurs études scientifiques. De 1988 à 1995, il a participé à de nombreux stages en qualité d'interne. Il poursuit une formation continue.

Il jouit d'une bonne, voire d'une très bonne, réputation professionnelle. Ainsi, entendu comme témoin en cours d'instruction, S._____, médecin qui a participé à l'engagement du demandeur à l'hôpital de [...], a déclaré qu'il représentait un apport pour l'hôpital, que les constatations relatives à la qualité de son travail étaient bonnes tant de son point de vue que de celui des autres médecins de la région et que le demandeur n'a pas prêté le flanc à la critique. Il a ajouté qu'ils étaient très sensibles à la qualité de ses interventions dès lors que l'hôpital était dans le collimateur de l'Etat. D._____, chef de service de pédiatrie à l'hôpital à l'époque des faits, a également été entendu comme témoin. Il a

expliqué que le demandeur était humaniste et compréhensif envers les patients, qu'il avait une profonde gentillesse et était apprécié par le personnel. Il était donc atypique par rapport à la culture générale en chirurgie de la région. Jugeant ses compétences professionnelles, le témoin a déclaré que le demandeur était un passionné de chirurgie et que le fait qu'il se rendait régulièrement, tous les mois, une semaine à [...] pour participer à des opérations chirurgicales, lui faisait dire qu'il devait être bon. Il est considéré par certains collègues comme un médecin de grande valeur, tout à fait capable d'être autonome, d'être responsable d'une unité chirurgicale et d'être chef de service dans un hôpital. Le certificat établi par le Dr [...] le 2 juin 2004 mentionne à cet égard ce qui suit:

" (...) pour l'ensemble des chefs de service et des médecins de l'hôpital, il a donné entière satisfaction. (...) Il a en outre une excellente formation en chirurgie vasculaire et en chirurgie thoracique, et les services dans lesquels il est passé pour ces spécialités ont été extrêmement satisfaits de sa participation à leurs activités.

En outre, sur le plan humain, le Docteur B._____ est absolument irréprochable, tant en ce qui concerne son équilibre, que son honnêteté, que ses relations avec les autres médecins et chirurgiens, les infirmières, les patients et leur famille. Je pense même que s'il avait été Français et installé à [...], le Docteur B._____ aurait eu toutes les qualités pour pouvoir me succéder tant dans le privé, que dans mon activité hospitalière et c'est avec plaisir et fierté que j'aurais soutenu sa candidature à ces deux postes. En définitive, je pense que le Docteur B._____ est un chirurgien de très grande qualité et je n'ai absolument aucune faute, ni erreur importante à lui reprocher, bien au contraire.

(...)."

Le demandeur n'est pas un spécialiste en chirurgie vasculaire et n'opère en principe pas les artères situées en dessus des artères surrénales et du dessus du genou.

2. a) La défenderesse C.2_____ ont exploité la société simple C.3. Par mesure de simplification et quand bien même une société simple n'est pas un sujet de droit, il sera fait référence ci-dessous à l'C.3, par quoi il faudra comprendre les institutions exploitant conjointement les Hôpitaux de [...] et d'[...], sur la base du contrat de société simple les liant.

C.1_____ est une association au sens des art. 60 ss du Code civil suisse. Elle a son siège à [...]. O. en a été le président. Elle exploite à [...] un hôpital reconnu d'intérêt public au sens de la loi vaudoise du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public. Cet hôpital est soumis aux dispositions de la loi vaudoise précitée, en particulier les dispositions relatives au financement de son activité et celles relatives à la surveillance par les autorités vaudoises. Elle est membre de la Fédération des hôpitaux vaudois FHV et partie indirecte à la Convention vaudoise d'hospitalisation (CVHO) qui règle les principes de couverture des coûts d'exploitation des hôpitaux membres de la FHV entre les différents partenaires concernés. Le but de cette association est d'exploiter un hôpital de zone, dans la zone hospitalière [...] prévue par le plan hospitalier cantonal vaudois. A cet effet, elle était partenaire de l'C.2_____ à [...], en vue de la mise sur pied de l'C.3, tel que prévu dans une convention intercantonale vaudoise-fribourgeoise. L'C.2_____ était une association de communes au sens de l'art. 109 de la loi fribourgeoise du 25 septembre 1908 sur les communes. Elle avait la personnalité morale et son siège à [...]. Elle exploitait un hôpital public au sens de la loi fribourgeoise du 23 février 1984 sur les hôpitaux, soumis aux dispositions de ladite loi, l'Hôpital de district de [...].

Le 5 février 1998, les Conseils d'Etat vaudois et fribourgeois, représentés respectivement par le Chef du Département vaudois de l'intérieur et de la santé publique et par la Directrice fribourgeoise de la santé publique et des affaires sociales, ont signé une convention approuvant la création de l'C.3, "société simple, hôpital sur deux sites à [...] et [...]". Ils sont convenus d'unir leurs ressources et leurs compétences pour offrir à la population des districts de [...] ([...]), de [...] ([...]), d' [...] ([...]) et des communes de [...], [...], [...], [...] (du district de [...]) une infrastructure hospitalière d'accueil et de soins performante, moderne et de proximité, tout en optimisant la structure financière et opérationnelle de cette infrastructure. Selon cette convention, étaient fondatrices, pour la partie fribourgeoise, l'C.2_____ et pour la partie vaudoise, l'C.1_____. En exécution de la convention intercantonale du 5 février 1998,

l'C.1_____ et l'C.2_____ ont conclu, le 21 janvier 1999, un contrat de société simple. Le but de cette convention est d'exploiter, sous la dénomination "C.3" les sites hospitaliers de [...] et d[...]. Depuis le 27 juin 2006, le C.2_____ s'est substitué à l'C.2_____e pour l'exploitation de l'C.3.

b) Selon l'art. 6 du contrat de société simple du 21 janvier 1999, le conseil d'administration nomme les médecins-chefs de service, les médecins consultants et les médecins agréés de l'C.3 conformément aux dispositions en vigueur dans les deux cantons et en fixe le cahier des charges; il veille à ce que l'organisation hospitalière mise en place soit conforme aux dispositions légales et réglementaires en vigueur; il exerce la gestion et la surveillance générale des deux sites et édicte les règlements internes nécessaires à cet effet, entre autres.

Le statut du personnel est réglé à l'art. 11 du contrat de société simple du 21 janvier 1999. En particulier, selon cette disposition, le personnel en place au moment de l'entrée en fonction de l'C.3 conserve son statut jusqu'à l'échéance du délai de résiliation prévu par contrat ou dans le statut régissant les rapports de service. Après cette échéance, les rapports de travail sont régis par un contrat individuel de travail établi à partir d'un règlement de base édicté par le conseil d'administration. Ce règlement sert de base pour l'aménagement du statut du personnel du futur établissement concordataire. Selon l'art. 11 al. 3 du contrat de société simple, les médecins sont engagés sur la base d'un contrat de mandat. Cette disposition réserve toutefois des mesures transitoires émises par le conseil d'administration pour régler le changement de statut des médecins d[...]. Cette réserve ne concerne pas les relations entre le demandeur et les défendeurs.

Au sein de l'C.3, les Services de médecine interne, de chirurgie, d'anesthésiologie et de radiologie sont chacun organisés en département.

Sous réserve des prérogatives des instances administratives, relèvent de la responsabilité médicale départementale: 1) le maintien d'une qualité optimale de la prise en charge des patients avec le souci de l'économie des moyens, de l'entretien d'une unité de doctrine, de la formation continue et des exigences liées aux progrès de la science médicale; 2) la coordination entre les différents sites d'activités ou les différents services départementaux; 3) l'organisation des gardes des médecins-chefs; 4) les médecins-assistants: engagement, formation (rotations), congés-absences-remplacements, validation des stages; 5) la surveillance et la formation du personnel para-médical techniquement subordonné (participation au choix des cadres); 6) la concertation avec les responsables administratifs; 7) l'entretien d'une collaboration fluide avec les autres départements et services de l'C.3 ainsi qu'avec les médecins extra-hospitaliers et tous les intervenants des réseaux de soins de la région; 8) l'organisation des consilium au sein de l'C.3; 9) les propositions d'introduction de nouvelles techniques et d'acquisition de nouveaux matériels; 10) la proposition de modifications structurelles internes: engagements de nouveaux chefs de services, de médecins agréés ou consultants.

Il existe au sein de l'C.3 un collège des médecins, qui fait l'objet d'un règlement des 26 août 2002 et 1^{er} janvier 2003 et qui est organisé en bureau. Ce collège est constitué des médecins-chefs de service, des médecins agréés et des médecins consultants réguliers. Il est présidé par un doyen qui est le porte-parole du corps médical de l'C.3, son représentant auprès des instances administratives et qui arbitre en première instance les conflits qui pourraient surgir au sein du corps médical de l'établissement. Le collège des médecins a pour objectif d'établir une étroite collaboration et d'assurer une coordination efficace entre les différents services médicaux conformément à la mission de l'hôpital; de déterminer la politique médicale la plus favorable à l'avenir de l'établissement pour le meilleur bénéfice des patients de la région; d'agir de concert avec les organes administratifs - et tout particulièrement avec le directeur médical - pour mettre en œuvre cette politique; de veiller à entretenir de bonnes relations avec le corps médical extra-hospitalier de la

région. Il a les prérogatives suivantes: il est concerné au premier chef par les questions de politique sanitaire régionale et intercantonale; il propose au conseil d'administration, par l'intermédiaire du doyen et du directeur médical, la création d'un nouveau poste de médecin-chef de service ou de médecin agréé; il participe à la désignation d'un médecin-chef de service ou d'un médecin agréé au sein de l'établissement. Le bureau du collège des médecins a, quant à lui, des prérogatives et, en particulier, il règle en deuxième instance, en cas d'échec de la médiation du doyen, les conflits qui pourraient survenir au sein du corps médical de l'hôpital. Le Dr [...] était doyen des médecins, en 2004, au sein de l'C.3.

Depuis le 1^{er} janvier 2003, il existe au sein de l'C.3 un directeur médical, dont la fonction est également définie dans le règlement du collège des médecins des 26 août 2002 et 1^{er} janvier 2003. Le directeur médical est nommé par le conseil d'administration sur préavis du collège des médecins et du directeur général. La durée de son mandat est de trois ans, renouvelable tacitement d'année en année. Il est directement subordonné au directeur général de l'C.3. Il assume les relations fonctionnelles avec le décanat et le collège des médecins ainsi qu'avec tous les intervenants médicaux de l'C.3 et de réseau. Il conseille le doyen dans l'exercice de ses fonctions et le remplace en cas d'empêchement. Les fonctions de directeur médical auprès de l'C.3 sont réglées dans un statut et cahier des charges du 15 mai 2002. Le directeur médical doit ainsi assurer une participation médicale active et régulière dans la gestion administrative de l'C.3, participer à l'élaboration des orientations stratégiques et au bon usage des ressources, harmoniser le fonctionnement médical et paramédical, garantir la qualité et l'économie des prestations médicales offertes par l'établissement, ainsi que veiller à la bonne marche des différents départements et services médicaux en assurant entre eux une coordination efficace, une étroite collaboration et un juste équilibre conformément à la mission de l'hôpital. Le cahier des charges prévoit plus particulièrement ce qui suit:

" 1. **Participation à la gestion administrative de l'C.3:**

- 1.a. Proposer les conditions cadre relatives à l'activité des médecins chefs, des médecins agréés et consultants,

des chefs de clinique et des médecins assistants (contrats) et surveiller leur application.

(...)

1.e. Attirer l'attention du Collège des médecins et du Décanat sur les situations problématiques et s'assurer d'un suivi approprié.

2. **Participation à l'élaboration des orientations stratégiques et au bon usage des ressources:**

(...)

3. **Harmoniser le fonctionnement médical et paramédical:**

3.a. Stimuler et contrôler la supervision médicale des services paramédicaux.

3.b. S'assurer de l'efficacité des services de garde.

3.c. Participer à la résolution des conflits concernant le corps médical.

3.d. Développer l'entraide entre les services (mobilité du personnel).

3.e. Assurer le suivi des plaintes et critiques à caractère médical émanant des usagers et des employés.

3.f. Promouvoir la collaboration avec les médecins extra-hospitaliers.

3.g. Promouvoir la collaboration avec les partenaires du réseau et les autres établissements dispensateurs de soins médicaux.

4. **Garantir la qualité et l'économie des prestations médicales offertes par l'établissement:**

4.a. Stimuler la responsabilité et susciter l'esprit d'économie.

4.b. Elaborer et mettre en œuvre des procédures d'évaluation (contrôles de qualité) en concertation avec la direction administrative.

4.c. Stimuler l'intérêt du corps médical pour les instruments de gestion.

4.d. Encourager la formation continue du corps médical. Appuyer le développement scientifique et l'enseignement.

4.e. Evaluer la dotation médicale à tous les échelons en collaboration avec la Direction Générale, le Collège des médecins et le Décanat.

- 4.f. participer au recrutement de nouveaux chefs de service, médecins agréés, médecins consultants, médecins assistants et chefs de clinique en fonction des orientations stratégiques et des besoins.
- 5. **Contribuer à la qualité de l'image interne et externe de l'C.3:**
 - 5.a. En participant à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une politique de communication.
 - 5.b. En entretenant des relations étroites avec les établissements de référence (HCF, CHUV...) et avec les autres hôpitaux, en référence avec les planifications sanitaires cantonales.
 - 5.c. En s'investissant dans les projets d'information médiatique, particulièrement pour ce qui touche au corps médical.

(...)."

Le chef du département n'assume qu'une fonction purement administrative et non médicale. Il est responsable de la qualité des soins de son département, comme de l'enseignement aux assistants ou aux chefs de clinique. Ainsi, le chef du département de chirurgie apparaît comme le supérieur hiérarchique de tous les médecins-chefs opérant dans ce département. Entendu comme témoin en cours d'instruction, le Dr a., chirurgien à l'C.3, a précisé qu'il s'agit d'un supérieur hiérarchique administratif, répondant envers et auprès de l'administration. Il ne s'agit en revanche pas d'un supérieur hiérarchique dans le cadre de l'activité médicale où tout le monde est égal sur ce plan. Il existe en effet une liberté thérapeutique pour les médecins-chefs et le chef du département ne peut intervenir en imposant un traitement à un collègue qu'en cas de faute. En dehors de tels cas, il ne peut pas intervenir directement. Selon M._____, directeur de l'C.3 jusqu'au 31 décembre 2004, le chef du département de chirurgie était au même niveau que les médecins-chefs avec une responsabilité supplémentaire. Le chef du département de chirurgie est responsable de l'organisation médicale de ce département, du choix de techniques éprouvées, si possible respectées par chacun pour permettre un enseignement valable aux assistants. Il préside les rapports du matin et du soir. En dernier ressort, il décide du choix thérapeutique. Par exemple, dans le cas du patient qui connaît des complications graves

aux soins intensifs, l'avis du médecin-chef pourrait être de ne pas le reprendre, alors que celui des autres chirurgiens est de le faire; c'est dans de tels cas extrêmes que le chef du département tranche. Il peut aussi le faire sur une question de mode opératoire, selon la culture de l'établissement. Chaque chef de service dispose cependant d'une liberté thérapeutique, le chirurgien disposant d'une autonomie sur le plan médical et opérant sous sa responsabilité.

Sur le plan médical, le directeur médical n'était pas le supérieur hiérarchique du demandeur et ne pouvait, concrètement, prendre des décisions ainsi que des initiatives à l'encontre d'un collègue sans en référer au préalable au collège des médecins, voire au doyen. Du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2006, le Dr R. _____ a occupé le poste de directeur médical.

Au sein de l'C.3, les membres de la direction générale, dont le directeur médical, participent aux séances du conseil d'administration et de son bureau.

Selon le cahier des charges du médecin-chef, établi par l'C.3, le médecin-chef est responsable ou co-responsable de la direction médicale d'un service hospitalier. Le médecin-chef coordonne l'activité des médecins agréés et dirige les médecins-chefs de clinique, les praticiens hospitaliers, les médecins-assistants et les médecins stagiaires de son service. Le médecin-chef assume une fonction dirigeante et collabore en partenaire de manière déterminante au succès et à la bonne marche de l'établissement. Il rend compte de la gestion médicale de son service à la direction, s'insère dans une organisation hospitalière dont il accepte les règles de fonctionnement et s'engage à défendre les intérêts de l'hôpital. Il jouit de la liberté thérapeutique dans le cadre des dispositions légales et dans les limites des moyens alloués. Il assume la direction médicale de son service, il en garantit la qualité et l'économicité des prestations. Il définit le cadre de prise en charge des patients et organise son service en accord avec ses collègues de la même discipline et, si nécessaire, avec ceux des disciplines voisines. Le médecin-chef veille à ce que chaque

patient qui se présente spontanément aux urgences soit vu par un médecin. Il assume quotidiennement, directement ou par délégation, les visites et le suivi des patients dont il a la responsabilité médicale. Il organise et assure les gardes. Il assume les urgences selon le plan des gardes. Le médecin-chef est responsable de l'enseignement de sa discipline. Il est le référent, pour sa spécialité, lors des gardes des assistants et/ou chefs de clinique. Le médecin-chef signale les incidents médicaux à la direction médicale. Il est responsable de la formation, du suivi et de l'évaluation des assistants de son service. Il participe à la promotion de son service. Il fait connaître à la région et au réseau de soins les compétences de l'institution et ses spécificités. Il s'engage à maintenir le niveau de formation requis par les exigences des sociétés professionnelles, se tient à jour des évolutions de sa discipline, des nouvelles techniques, des nouveaux équipements et il organise sa propre formation continue dans le respect du bon fonctionnement de l'institution. Il participe activement à la démarche qualité institutionnelle et veille à l'application des protocoles médicaux et des standards de pratique. Chaque médecin-chef assume son travail sans recevoir d'instructions précises sur le plan médical.

A l'époque, dans le département de chirurgie de l'C.3, les médecins-chefs étaient les suivants: a) chirurgie générale: Drs R._____, N._____, B._____; b) chirurgie orthopédique: Drs A.M._____, [...], [...]. Le chef du département de chirurgie était le Dr R._____, ainsi que son adjoint, le Dr A.M._____.

3. Le 9 décembre 1998, la direction de l'ancien [...] a nommé le demandeur en qualité de médecin agréé à temps partiel en chirurgie, avec effet immédiat. Le demandeur en a été informé par lettre du 29 décembre 1998.

Le conseil d'administration de l'C.3 a décidé, au mois d'octobre 2000, d'accorder le statut de médecin-chef de service au demandeur. Le Dr R._____ faisait partie de la commission qui a engagé le demandeur. Le 31 décembre 2000, l'[...] a fermé son bloc opératoire; jusqu'à cette

date-là, le demandeur était médecin-chef du service de chirurgie de cet hôpital. L'C.3 a dès lors demandé au Médecin cantonal vaudois d'être dispensé de la procédure relative à la désignation des médecins dans les hôpitaux reconnus d'intérêt public. Une lettre en ce sens a été adressée, le 27 octobre 2000, par l'C.3 au Service de la santé publique du canton de Vaud. Par lettre du 1^{er} novembre 2000, le Service de la santé publique a dispensé l'C.3 de la procédure ordinaire de nomination, en rapport avec la désignation du demandeur en qualité de médecin-chef de service. Le Service de la santé publique a considéré que la désignation du demandeur répondait à une préoccupation d'intérêt public et que la procédure de concours était inopportune en la circonstance.

Par lettre du 9 novembre 2000, l'C.3 a informé le demandeur du fait qu'il était nommé en qualité de médecin-chef de service du département de chirurgie, avec effet au 1^{er} janvier 2001. Il a été rappelé, dans cette lettre du 9 novembre 2000, que le demandeur devait maintenir un cabinet de consultation à [...]. Un contrat devait être établi ultérieurement, mais aucun contrat écrit n'a été signé.

Le 13 novembre 2000, le demandeur a adressé au directeur général de l'C.3 les lignes suivantes:

" J'ai bien reçu votre lettre du 9 novembre dernier et vous en remercie beaucoup. Je tiens également à remercier très chaleureusement le Conseil d'Administration de l'C.3 de m'avoir nommé médecin-chef du département de chirurgie à partir du 1^{er} janvier 2001.

Je suis très heureux d'avoir été nommé à ce poste, et suis très optimiste quant au développement de mon activité au sein de l'C.3.

Il est bien clair que mon cabinet de consultation restera à [...].

En attendant de pouvoir vous adresser mes remerciements de vive voix, recevez, Monsieur le Directeur, mes salutations distinguées."

Le 8 janvier 2001, à l'occasion du bureau du collège des médecins, l'arrivée du demandeur en qualité de médecin-chef de service a été annoncée.

Le 5 février 2001, à l'occasion du plenum du collège des médecins, le demandeur a été d'entrée félicité pour sa nomination en qualité de médecin-chef de service, au sein de l'C.3.

Le 25 juin 2003, le conseil d'administration de l'C.3 a adressé au demandeur le courrier suivant:

" (...)

Concerne: Projet «Statut et rémunération des médecins hospitaliers»

Monsieur le Docteur,

Dans le cadre des nombreux travaux qui sont conduits actuellement par les différents partenaires concernant l'objet cité en marge, nous devons d'ores et déjà organiser la suite de nos relations contractuelles dans le respect du droit.

Nous vous rappelons que le Conseil d'Etat a fixé l'entrée en vigueur des nouveaux contrats au 1^{er} janvier 2004. En conséquence, et dans un souci de traiter de la même manière l'ensemble du corps médical, nous vous informons par la présente, que nous résilions la convention ou autres documents qui vous lient à notre hôpital avec effet au 31 décembre 2003. Pour la bonne règle, vous voudrez bien nous retourner le double de la présente, dûment daté et signé.

Nous tenons à insister sur le fait que cette résiliation n'est pas une réelle rupture de notre relation mais uniquement une mesure indispensable à l'entrée en vigueur des nouvelles conditions contractuelles. Une plate-forme FHV - SVM chargée d'élaborer le nouveau statut des médecins hospitaliers et d'établir un contrat type a été mise en place. Nous attendons par conséquent les résultats des travaux de cette plate-forme paritaire pour pouvoir vous soumettre un nouveau contrat conforme aux principes retenus et dont la teneur exacte fera encore l'objet d'une discussion avec vous.

Dans le cas où la date du 1^{er} janvier 2004 devait être reportée, la convention actuelle serait renouvelée de mois en mois jusqu'à la nouvelle date arrêtée pour l'entrée en vigueur du contrat de travail.

(...)."

Le 27 juin 2003, le demandeur a lu et approuvé cette lettre.

Le 22 décembre 2003, le conseil d'administration de l'C.3 a adressé au demandeur la lettre suivante:

" (...)

Concerne: Projet «Statut et rémunération des médecins hospitaliers»

Monsieur le Docteur,

Nous nous permettons de revenir à notre lettre du 25 juin dernier relative à l'objet cité en marge et, en référence à son avant-dernier paragraphe, nous avons l'avantage de porter à votre connaissance, par la présente, que la convention ou autres documents qui vous lient à notre hôpital sont prolongés d'une année, soit jusqu'au 31 décembre 2004.

En annexe à la présente, veuillez trouver une copie de la lettre de Monsieur Marc Diserens, Chef du service de la santé et Président du Groupe de coordination.

Tout en vous remerciant de bien vouloir prendre note de ce qui précède et en vous souhaitant d'ores et déjà nos meilleurs vœux pour l'An nouveau, nous vous présentons, Monsieur le Docteur, nos salutations distinguées.

(...)"

A ce courrier était jointe une copie de la lettre du Service de la santé publique du 18 novembre 2003 aux directions des hôpitaux de soins aigus membres de la FHV et à la Direction de l'Ensemble hospitalier de La Côte. Il ressort ce qui suit de cette lettre:

" (...)

Projet Statut et rémunération des médecins hospitaliers: contrats 2004

(...)

Les conventions actuelles avec les médecins ont été résiliées par les hôpitaux pour la fin de l'année 2003, dans la perspective d'une introduction au 1^{er} janvier 2004 des nouvelles conditions d'engagement des médecins-chefs et des médecins agréés répondant aux lignes directrices émises par le Conseil d'Etat dans sa détermination du 12 avril 2000.

Suite aux informations transmises par le CoPil FHV-SVM sur l'avancement du projet, le Groupe de coordination cantonal a cependant pris acte (...) du fait que les nouvelles conditions d'engagement n'entreront en vigueur que le 1^{er} janvier 2005.

Il y a dès lors lieu de prolonger les contrats actuels d'une année, soit au 31 décembre 2004. Nous vous remercions vivement de faire le nécessaire à cet effet.

(...)."

Il est admis que les médecins qui travaillaient au sein de l'C.3, comme au sein des autres hôpitaux cantonaux, étaient liés à celui-ci par

un contrat de mandat, jusqu'au 31 décembre 2004. Selon les déclarations concordantes de plusieurs témoins, ce système a changé avec effet au 1^{er} janvier 2005. Depuis cette date, les médecins-chefs sont liés à l'hôpital par un contrat de travail.

4. a) Depuis son arrivée à l'C.3 et au fil des mois, il est apparu lors d'interventions chirurgicales dirigées par le demandeur, dont certaines étaient difficiles, que celui-ci était plus lent que le Dr R._____, plus expérimenté et dont la formation était différente. Etant de deux générations différentes, il y avait des différences d'approches des pathologies et des techniques opératoires. D'après les témoins R._____ et A.M._____, un certain nombre de collaborateurs en salle d'opération, assistants et chefs de clinique, ont montré des réticences d'ordre technique à travailler avec le demandeur en salle d'opération et ont demandé d'en être dispensés. Il s'agissait surtout de la lenteur dans la technique opératoire du demandeur et des hésitations dans les actes chirurgicaux qui déstabilisaient les assistants et les chefs de clinique. Le Dr P._____, médecin, a expliqué que certains chefs de clinique ne voulaient plus aller en salle d'opération avec le demandeur parce que les opérations pouvaient être relativement longues de par la minutie du demandeur et les multiples vérifications qu'il effectuait, ainsi que parce que le teaching n'était pas celui espéré, le demandeur ne laissant pas facilement la main et les techniques opératoires utilisées étant différentes. Le

Dr U., médecin-anesthésiste qui a travaillé avec le demandeur, a déclaré que la question de la rapidité est accessoire et secondaire par rapport à celle de la qualité des opérations et que, lorsqu'il opérait avec le demandeur, il était tranquille quant au résultat et savait qu'une fois l'opération terminée, il n'allait pas être rappelé pour une complication. Il a ajouté qu'il est très exceptionnel d'avoir des chirurgiens qui opèrent vite et bien. A une occasion, le Dr V._____ a assisté le demandeur dans une opération difficile qu'il n'aurait pas débuté de la même manière. Aucune autre difficulté n'a cependant été rencontrée par les collègues de travail du demandeur. Il n'y avait aucun conflit sur le plan humain, tout le monde

s'entendait bien avec le demandeur qui entretenait des contacts tout à fait collégiaux, déontologiques et amicaux.

A aucun moment, des reproches médicaux, par quelque médecin que ce soit autre que le Dr R._____, n'ont été formulés en présence du demandeur. Tout au plus, en date du 16 mars 2001, le Dr [...], praticien à [...], a reproché aux Drs B._____ et [...] d'avoir effectué des soins ambulatoires non pas à l'C.3 mais au cabinet médical du demandeur à [...]. A cet égard, le demandeur a répondu au Dr R._____ de la manière suivante:

" (...)

J'ai expliqué à Monsieur [...] que, d'une part je demandais à chacun de mes opérés s'il lui était possible de venir me voir jusqu'à [...], que si tel n'était pas le cas, j'essayais d'organiser un rendez-vous à l'C.3 et que d'autre part, actuellement, je ne disposais ni de local ni d'infrastructure me permettant de consulter dans de bonnes conditions à l'C.3.

Je crois que Monsieur [...] l'a bien compris et qu'il se réjouit comme nous de la fin des travaux de l'C.3. J'espère en effet qu'une fois ces travaux terminés nous aurons bien, nous les médecins-chefs de l'C.3 qui consultons hors du site de [...], un bureau à l'hôpital où nous pourrons recevoir nos patients de manière décente. (...) je serai très heureux d'y consulter les patients pour lesquels un déplacement jusqu'à [...] pose problème.

(...)

J'espère qu'après ces quelques lignes tu penses comme moi que pour l'instant il est tout à fait normal que j'essaie de reconvoquer la plus grande partie de mes patients à [...] et que le cas échéant, tu soutiennes ma position. En effet, c'est le seul endroit où je peux actuellement offrir un lieu de consultation confidentiel, intime et tranquille à mes patients.

(...)."

Le 22 février 2002, [...], infirmier ICUS au service d'anesthésiologie, a adressé le courrier suivant au Dr R._____:

" (...)

Permetts-moi par la présente de porter à ta connaissance quelques constatations faites lors des derniers mois de collaboration avec le Dr. B._____ et d'en tirer quelques conséquences ainsi que de positionner notre service par rapport à l'ensemble.

D'une façon générale, lorsque nous travaillons avec le Dr. B. _____ nous pouvons constater:

- notre incapacité beaucoup trop fréquente à prévoir les temps réels d'intervention.
- des reprises d'interventions majeures chez des patients souvent âgés et d'état général très péjoré.
- des matinées opératoires où les délais d'intervention très longs nous ont amenés à terminer les programmes pendant la garde ou à reporter des patients.
- notre difficulté à faire entendre réellement et durablement le point de vue de l'anesthésie, lorsque nous avons des préventions, par rapport aux techniques opératoires utilisées et à la comparaison risque anesthésique/bénéfice pour le patient.

Un exemple: garde du 20.01.2002

Il s'agissait de reprendre un patient déjà opéré par le Dr. B. _____ quelques temps auparavant. La gravité du problème chirurgical et les antécédents médicaux ont alerté l'équipe d'anesthésie de garde quant à la très haute probabilité qu'il y aurait de devoir ventiler ce patient en post-op immédiat.

Les soins intensifs n'ayant alors pas de place disponible des solutions ont été proposées au Dr. B. _____:

- le transfert vers un autre site
- un délai d'intervention plus grand (afin de prévoir une place aux SI)

Ces solutions ont toutes été refusées. Le malade a donc été endormi et bien sûr n'a pu être réveillé autonome sur le plan respiratoire. Il a donc fallu à l'équipe des SI faire sortir un de leur patient en urgence afin de réceptionner celui du Dr. B. _____, ce qui a nécessité un délai assez long (environ 45 min) pendant lequel le patient est resté sur la table d'intervention intubé/ventilé.

Voici donc ce que nous avons pu constater en l'espace de quelques mois et l'exemple cité t'explique à quels types de problèmes notre équipe est confrontée.

- d'une part, nous sommes obligés d'adopter des attitudes thérapeutiques lourdes, pour des interventions initialement de gravité moyenne à faible; ceci afin d'essayer de contrer les conséquences d'un temps opératoire très long ou des techniques d'interventions particulières (endoscopie).
- Nous avons beaucoup de peine à organiser correctement des matinées opératoires sans débordement d'horaire à cause de ces mêmes temps opératoires.
- d'autre part, bien que très agréable et très civil avec nous, le Dr. B. _____ ne tient pas compte de nos préventions et continue d'agir en ignorant les problèmes posés, aux patients, à l'équipe d'anesthésie et à l'organisation du bloc opératoire.

Je terminerai en positionnant notre service par rapport à ces faits:

- Il n'est pas normal de faire prendre des risques de ce type aux patients, de désorganiser plusieurs services à cause de temps opératoires trop longs.
- Il n'est pas normal non plus de devoir se battre, quelques fois en pure perte, pour faire entendre le point de vue de la sécurité du patient anesthésié.

Aussi, Cher R._____, j'aimerais qu'en temps que Chirurgien responsable de l'organisation du bloc opératoire, tu puisses intervenir auprès du Dr. B._____ pour qu'enfin il organise des matinées opératoires cohérentes, où les temps d'interventions prévus soient réalistes par rapport aux performances qu'il peut fournir; qu'il tienne compte des impératifs de l'anesthésie et de la sécurité du patient.

(...)."

Ce courrier a été transmis au demandeur. Par lettre du 11 mars 2002 au Dr I._____, le demandeur a requis qu'une réunion soit organisée avec M. [...], le Dr [...], la Dresse [...], I._____ et lui-même. Ce courrier n'a pas eu de suite. Aucun reproche n'a été formulé à l'endroit du demandeur par le corps médical du service d'anesthésiologie, qui n'a aucunement soutenu son infirmier-chef.

Par courrier du 25 août 2003 adressé au demandeur ainsi qu'au Dr Y._____, le Dr R._____ a critiqué la prise en charge d'une urgence durant une nuit du week-end des 23 et 24 août 2003. Le Dr Y._____, chirurgien orthopédiste, était le chef de clinique de chirurgie de garde et le demandeur le médecin-chef de chirurgie de garde ce week-end-là. En substance, une patiente avait été admise aux urgences, se plaignant de douleurs abdominales aiguës. Elle avait alors été transférée au CHUV pour suspicion d'une pathologie digestive grave consécutive à une intervention effectuée au CHUV. Le demandeur, depuis son domicile, a avalisé le transfert, sans savoir qu'un test de grossesse n'avait pas été effectué chez cette patiente, qui a finalement été transférée en service de gynécologie pour grossesse extra-utérine.

La direction générale, puis le conseil d'administration de l'C.3 ont été informés de deux cas survenus au printemps 2004 (lésion

traumatique de l'artère poplitée, le 10 mars 2004, et abcès appendiculaire, le 9 avril 2004) et, par courrier du 30 avril 2004, [...] (ci-après le patient n° 3, cas n° 3, M. A.), un des deux patients traités, a demandé des explications à l'C.3 dans les termes suivants:

" (...)

Je me permets de vous écrire ces quelques lignes à propos de ma prise en charge à l'hôpital de [...] le 10 mars 2004 vers 17 heures, à la suite de mon accident professionnel au mollet gauche.

Après un temps d'attente d'environ une heure aux urgences, où l'on m'a changé le garrot, j'ai été pris en salle d'opération.

Durant l'intervention j'ai été transporté, **endormi**, au CHUV pour la terminer !!!

Je viens de passer 6-7 semaines au CHUV et suis actuellement en rééducation à la clinique de la SUVA à Sion (pour au minimum un à deux mois).

Je suis un peu étonné des circonstances de mon transfert et me pose quelques questions:

1. Si ma plaie était si grave pourquoi ne m'a-t-on pas transféré de suite au CHUV ?
2. Pourquoi m'a-t-on transféré **endormi** au cours de l'opération ?
3. Que s'est-il passé entre le moment où je suis allé en salle d'opération et mon départ pour le CHUV?
4. Ne savait-on pas traiter mon cas à [...] ?

J'espère, Monsieur le Directeur, que vous pourrez trouver les réponses à mes questions, de façon à pouvoir prendre, de mon côté, toutes les mesures qui s'imposent.

(...)."

Le 5 mai 2004, l'C.3 a répondu ce qui suit à ce patient:

" (...)

Le délai d'attente d'environ une heure aux urgences, d'après les renseignements qui nous ont été donnés par le Dresse P. _____, cheffe de clinique du Département de chirurgie, a été justifié par quelques examens complémentaires dans les locaux des urgences et non à la salle d'attente. Il est tout naturel, même devant une affection sévère et nécessitant un traitement d'urgence, de procéder à quelques contrôles complémentaires, en particulier un examen clinique, une prise de sang et quelques documents d'imagerie pour préciser le diagnostic et envisager la meilleure thérapeutique.

Votre première question a trait à votre transfert au CHUV.

- Il est vrai que l'affection traumatique que vous présentiez, manifestée par une grosse enflure de la jambe, un pied froid, des troubles de la sensibilité, de la motricité et l'absence de signe d'une vascularisation périphérique, constituait une lésion extrêmement grave demandant des mesures thérapeutiques rapides. En l'occurrence une obstruction artérielle aiguë, souvent accompagnée par des lésions veineuses et des nerfs, impose une correction chirurgicale rapide dont le délai maximum ne devrait pas excéder six heures. Le chirurgien qui vous a pris en charge a reconnu la gravité de la situation et a pris la décision d'une exploration chirurgicale dans notre bloc opératoire. Sa décision impliquait ipso facto qu'il serait en état d'accomplir cette thérapeutique de manière adéquate.

Sous chiffre 2, vous posez la question du pourquoi d'un transfert per-opératoire au CHUV.

- Le chirurgien qui vous a pris en charge a réalisé au cours de l'intervention que la gravité des lésions ne lui permettait pas de procéder à une réparation vasculaire sur place. Il a donc pris la décision de ce transfert au CHUV.

La question 3 tient à préciser la suite des événements entre votre entrée en salle d'opération et votre départ au CHUV.

- La plaie que vous présentiez au niveau du genou justifiait un large abord pour faire un diagnostic précis des lésions et de leur étendue, pour mettre en évidence les organes touchés (nerfs, veines, artères), et pour définir la meilleure solution thérapeutique. Durant cette première phase de l'intervention, il était par ailleurs nécessaire de procéder à une décompression des tissus pour éviter une aggravation de l'ischémie, c'est-à-dire du manque d'apport d'oxygène aux tissus ayant pour conséquence d'aggraver les lésions tissulaires. Cette première mesure thérapeutique a été accomplie en tout cas partiellement. Pour autant que le chirurgien en question ait pu juger de l'étendue des lésions par l'abord chirurgical qu'il avait choisi, il a pris la décision de vous transférer ne se sentant pas en mesure de réparer lui-même ce genre de lésion.

La question 4 traite de la compétence de l'C.3 de traiter de telles lésions.

- Le chef du Département de chirurgie, en place depuis 1979, a eu l'occasion à plusieurs reprises de réparer des lésions artérielles graves, en particulier le type de lésions que vous présentiez. (...) Pour ces différentes lésions, la collaboration d'un chirurgien orthopédique entraîné est souvent nécessaire car le traumatisme qui conduit à la lésion de vaisseaux sanguins est parfois consécutif à de graves lésions osseuses. (...) la compétence à traiter de telles lésions relève d'une part de la mission de l'hôpital et d'autre part des compétences du chirurgien chef amené à traiter la lésion. Pour le cas qui vous concerne, nous pensions qu'il eût été préférable, sur la base d'un diagnostic préopératoire, de mettre en route immédiatement votre transfert au CHUV ou alors de rechercher à ce stade des événements un autre chirurgien vasculaire qui aurait pu réparer cette lésion sur place. Nous avons depuis pris des mesures complémentaires pour disposer sur place d'un chirurgien vasculaire entraîné ou alors de mettre en route immédiatement le transfert dans un centre spécialisé.

En conclusion, nous pensons ainsi pouvoir vous dire que votre prise en charge dans le département de chirurgie de l'C.3 n'a pas été réalisée dans des conditions optimales. Nous suivons de près votre récupération et espérons bien entendu que les séquelles vasculaires, voire neurologiques, seront les plus minimes possibles, même si nous déplorons que malgré le traitement pratiqué au CHUV dans d'excellentes conditions, eu égard au délai écoulé depuis l'accident initial, a tout de même entraîné des complications locales et des séquelles fonctionnelles justifiant un long séjour en soins aigus puis dans un centre de réadaptation.

Nous sommes bien entendu à votre disposition pour vous parler en détail de cette situation, vous répondre d'une manière encore plus circonstanciée par écrit et vous remercions surtout de nous avoir fait parvenir par écrit vos préoccupations et vos questions.

(...)

M. _____
Directeur général

Dr R. _____
Directeur médical

(...)"

A la suite de cette correspondance, [...] a consulté un avocat en la personne de Me Jean-Jacques Collaud à Fribourg.

Par courrier du 2 septembre 2004, Me Jean-Jacques Collaud s'est adressé au demandeur en ces termes:

" (...)

Monsieur le patient n° 3 ne conteste pas que la cause première de ses ennuis de santé provient de l'accident de travail susmentionné. Toutefois, selon les renseignements qu'il a obtenus, votre intervention a largement aggravé sa situation et provoqué des séquelles probablement définitives.

(...)

Je ne vous cache pas, d'une part, que la direction du C.3 semble admettre une faute professionnelle de votre part et que, d'autre part, il appartiendra vraisemblablement à un expert de le confirmer ou de l'infirmier.

Le mandataire du C.3 m'a affirmé que vous ne travailliez auprès de cet établissement que sous contrat de mandat et que, par conséquent, la responsabilité de cet établissement est exclue, seule votre responsabilité personnelle étant en cause.

(...)."

b) Entendu comme témoin en cours d'instruction, le Dr A.M._____, chef de la clinique d'orthopédie et adjoint du Dr R._____ au moment des faits, a expliqué qu'il existait une différence de concept professionnel entre le demandeur et le Dr R._____, et que le conflit entre ces deux personnes consistait en un conflit entre deux concepts de l'art chirurgical. La culture chirurgicale des deux intéressés est différente. En médecine privée, chaque patron est responsable de ses propres cas du début à la fin, alors qu'en médecine publique, il y a une hiérarchie. Le Dr R._____ estimait qu'en tant que chef du département, il voulait une ligne directrice, un fil rouge et il a émis des considérations sur la manière dont le demandeur prenait en charge ses cas. Le Dr R._____ a admis qu'il lui est arrivé de remettre en cause certaines attitudes du demandeur et que leurs rapports professionnels se sont tendus après 2004, soit après les quelques cas dans lesquels il n'était pas d'accord avec la manière de procéder du demandeur. H._____, responsable du bloc opératoire à l'hôpital, a déclaré que les rapports entre le demandeur et le Dr R._____ étaient légèrement tendus. Selon le Dr D._____, le Dr R._____ faisait partie d'une autre génération de chirurgiens et il n'était plus à la page par rapport à certaines nouvelles techniques ainsi que par rapport à la culture d'entreprise. Le sentiment du Dr D._____ était que, soit il y avait une erreur d'appréciation, soit il s'agissait d'une cabale. Il est arrivé à la conclusion qu'il existait un conflit de personnes entre le demandeur et le Dr R._____. Pour le Dr N._____, chirurgien à [...] depuis 1999, il s'agissait d'un conflit de personnes dû à un problème de caractère et non de culture médicale, le Dr R._____ ayant un caractère extrêmement autoritaire et des réactions très virulentes lorsqu'il est contredit. D'après J._____, infirmière-instrumentiste à [...] de 2000 à 2003, il s'agit d'un conflit de personnes avec le Dr R._____ et non d'un problème de compétences professionnelles. Elle a expliqué qu'elle devait faire l'intermédiaire entre le Dr R._____ et le demandeur. Le Dr R._____ ne donnait pas lui-même des instructions au demandeur, mais demandait à J._____ de le faire en sa qualité de responsable. Il est par exemple arrivé qu'il lui demande d'aller dire au demandeur de quitter la salle à midi parce qu'il en avait besoin, alors que dans certains cas, cela n'était pas avéré. Le Dr R._____ émettait fréquemment des critiques envers le demandeur.

c) Les Drs A.M._____ et R._____ ont eu quelques entretiens avec le demandeur afin de lui faire part de doutes quant au bon déroulement de certains processus opératoires. Le chef du département de chirurgie et son adjoint sont arrivés à la conclusion que le demandeur n'avait pas les compétences nécessaires pour assurer la mission chirurgicale de l'C.3 et que le pronostic fonctionnel, voire vital de certains malades aurait pu être entaché, en partie tout au moins, par ses décisions diagnostiques et thérapeutiques. Au printemps 2004, le Dr R._____ a émis des considérations sur la manière de travailler du demandeur, son départ a été évoqué et il lui a notamment dit qu'il vaudrait mieux qu'il pratique son art ailleurs. Le demandeur a demandé d'être suspendu des gardes, à tout le moins jusqu'au 31 mai 2004. Le directeur médical, soit le Dr R._____, a admis cette requête.

Le 11 mars 2004, le Dr R._____ a adressé aux Drs A.M._____, [...], [...], B._____, N._____, Y._____, P._____ et [...], le courrier suivant:

" (...)

Dès ce jour, lors de l'admission d'un patient présentant une pathologie vasculaire nécessitant un traitement d'urgence, le médecin-assistant concerné, le chef de clinique consulté ou le médecin-chef de service de garde, s'adressera d'abord au Dr R._____, qu'il soit de garde, ou non.

Si ce dernier ne peut être atteint, il faudra rechercher le Dr V._____, à l'Hôpital «[...]» à [...], voire le Dr [...] ou le Dr [...], à l'Hôpital d'[...].

Si aucun de ces chirurgiens n'est disponible, le transfert dans le centre approprié devra être alors organisé par le chef de clinique ou le chef de service de garde.

(...)."

Le 19 avril 2004, le Dr R._____ s'est adressé au demandeur en ces termes:

" (...)

En date du 11 mars 2004, une lettre adressée aux différents chefs de service et chefs de clinique de l'C.3 annonçait une modification

dans l'organisation des gardes de chirurgie vasculaire suite au transfert per opératoire d'un malade admis sous ta garde.

Cette lettre a motivé ton intervention au dernier staff de chirurgie qui a eu lieu le 5 avril 2004, en présence de tous les chefs de service du Département, à l'exception, pour ce point tout au moins, du Dr N._____. Comme tu as pu le constater, nos relations professionnelles étaient fortement ébranlées par ton approche de ce cas de lésion de l'artère poplitée admis en urgence à l'C.3. Les Dr A.M._____ et Dr [...] ont été très clairs: il est difficile, pour des orthopédistes, de ne pouvoir compter en urgence sur une collaboration vasculaire efficace, en particulier pour les lésions de la région poplitée. Il a été d'autre part souligné qu'à plusieurs reprises tes décisions diagnostiques et thérapeutiques avaient posé problème.

Nous nous sommes rencontrés le lendemain, et je t'ai fait part de mes préoccupations te demandant un effort de réflexion durant les jours de Pâques.

Lors de ce week-end où tu étais de garde, tu es intervenu chez la jeune patiente [...], âgée de 14 ans, qui souffrait d'un abcès appendiculaire important. (...)

A ce sujet, je souhaiterais obtenir quelques précisions de ta part. Avant de passer en laparotomie médiane sus- et sous-ombilicale, lors de la dissection, tu fais état dans ton protocole, «d'une impression d'appendice sous-séreux puis d'une duplication intestinale, et enfin d'une dissection sous-muqueuse de la muqueuse caecale». Cette phrase ne m'apparaît pas très claire et je voudrais obtenir des réponses aux questions suivantes:

- Qu'entends-tu par dissection sous-muqueuse de la muqueuse caecale?
- Lors de cette dissection, est-il vrai qu'il s'est produit une contamination importante par des selles sur perforation iatrogène?
- Si oui, pourquoi n'en parles-tu pas dans ton protocole?

(...)

- Sur quelle base as-tu pensé à une duplication?
- Pourquoi n'as-tu pas simplement drainé l'abcès au moment de l'entrée en contact avec la collection purulente après un lavage soigneux permettant ainsi d'éviter une laparotomie et la résection iléo-caecale dans un milieu infecté par le pus et par les selles?

(...)

Qu'est-ce qui a causé, à ton avis, cette perte de sang importante?

(...)

Ces deux événements me laissent extrêmement perplexe, d'abord pour les conséquences fonctionnelles et pronostiques des malades considérés, ensuite pour la réputation de notre établissement, enfin pour ma responsabilité de chef du Département de chirurgie en

ayant accepté jusqu'à ce jour de te confier régulièrement les gardes de chef de service.

Ma perplexité, les réactions de mes collègues chefs de service (...) et d'autres collègues non chirurgiens, les questions qui m'ont été posées par la Direction de notre établissement, m'obligent à envisager des mesures inévitables, même si elles sont extrêmement désagréables à prendre.

Je souhaiterais en parler avec toi, en présence du Dr A.M._____, médecin-chef adjoint du Département et nous fixerons cet entretien dès que possible.

(...)."

L'indication d'opérer la patiente n° 4 ne souffrait d'aucun doute. Cette patiente ne supportait en effet pas un abcès appendiculaire malgré un traitement antibiotique mené correctement.

Le 11 mai 2004, le Dr R._____ s'adressant au demandeur, a fait état d'une discussion avec les chefs du service de chirurgie du 10 mai 2004 à l'issue de laquelle il avait été décidé de ne pas prendre position au sujet du demandeur et d'une discussion avec M._____, qui ne voulait pas prendre position avant le bureau du conseil d'administration du 18 mai 2004. Le Dr R._____ a proposé au demandeur de faire parvenir au directeur général, la même semaine, sa détermination quant à sa fonction de chef de service et ses propositions telles que présentées le 10 mai 2004.

Le 17 mai 2004, le demandeur, par l'intermédiaire de son conseil, a adressé une lettre au directeur général de l'C.3. Il en ressort ce qui suit:

" (...)

Comme vous le savez sans doute déjà, mon mandant est victime d'un conflit de personnes. En effet, le directeur médical de votre établissement,

M. le Dr R._____, s'en prend depuis quelques temps et de manière toujours plus aiguë au Dr B._____ en lui faisant régulièrement des reproches et en mettant une grosse pression sur ses épaules. Le Dr R._____ est même allé jusqu'à demander au Dr B._____ de démissionner. La situation est aujourd'hui telle que le Dr B._____ n'a plus la possibilité d'exercer sa profession avec toute la sérénité voulue.

Au vu de ce qui précède, mon mandant vous demande de bien vouloir, dans les meilleurs délais, faire le nécessaire afin de mettre fin à cette situation inadmissible, dans laquelle il est victime de ce qu'il faut bien appeler du mobbing, et recréer les conditions indispensables pour qu'il puisse exercer sa profession dans un contexte de relation humaine adapté aux exigences de celle-ci.

En outre, il semble que le Dr R. _____ ait accusé, ce qui est grave, le Dr B. _____ d'avoir commis des erreurs médicales, ce qui est intégralement contesté par mon mandant. Or, il se trouve qu'une rumeur s'est largement répandue au sein de votre établissement concernant les prétendues «erreurs» qu'aurait commises le Dr B. _____. A nouveau, c'est inadmissible.

Si le Dr R. _____ estime, pour une raison ou pour une autre, que le Dr B. _____ a commis des erreurs, il doit traiter ces questions avec les autorités compétentes de l'C.3 uniquement. De plus, il doit le faire de manière prudente, car son avis n'appartient qu'à lui.

En tout état de cause, le crédit et l'honneur professionnel et médical du Dr B. _____ est gravement entamé par les accusations du Dr R. _____ et les rumeurs qui en ont découlé. Cette situation est fortement dommageable pour mon mandant, à tous points de vue. Il s'agit d'ailleurs d'un élément supplémentaire du mobbing mentionné ci-dessous.

Par conséquent, mon mandant vous saurait gré de bien vouloir prendre toutes les mesures utiles pour que, si tant faire se peut, son crédit et son honneur professionnel et médical soient préservés, respectivement rétablis.

Par ailleurs le Dr B. _____ souhaite que les accusations du Dr R. _____ soient clairement formulées et qu'elles lui soient communiquées. Ensuite, si les accusations sont maintenues, toujours dans le but de préserver, respectivement rétablir le crédit et l'honneur professionnel et médical de mon mandant, il conviendra de mandater un expert neutre qui puisse se prononcer.

(...)."

Par lettre du 19 mai 2004, le demandeur a été convoqué pour la séance du bureau du conseil d'administration du 25 mai 2004 à 16 heures. Le bureau du conseil d'administration s'était réuni en séance ordinaire la veille le 18 mai 2004. Au cours de cette séance, à laquelle assistait le Dr R. _____, il a été décidé que le Dr [...] prendrait contact avec le demandeur pour l'informer qu'il serait reçu par le bureau du conseil le mardi 25 mai 2004.

Un procès-verbal de la séance du 25 mai 2004 a été tenu. Il en ressort notamment ce qui suit:

" (...)

Sont présents: MM. [...], [...],
[...] et M. _____
MM. Drs A.M. _____, B. _____, R. _____
et [...]

M. [...] ouvre cette séance en précisant que ce bureau a été convoqué afin d'entendre M. le Dr B. _____ sur certains faits qui lui sont reprochés.

M. le Dr A.M. _____ explique qu'il a participé aux entretiens entre MM. les Drs B. _____ et R. _____ en tant qu'observateur et médecin-chef adjoint du Département de chirurgie et donne les précisions suivantes:

- Les entretiens se sont déroulés dans une parfaite collégialité.
- En aucun cas, il s'agit d'un conflit de personne, mais ces deux chirurgiens n'ont pas la même vision de la chirurgie au C.3.
- La personnalité de M. le Dr B. _____ ne pose pas de problèmes.
- M. le Dr B. _____ ne s'est jamais adapté au poste qu'il occupe, surtout face aux situations dites d'urgence, n'est pas à l'aise. Il manque de sérénité et la situation s'est aggravée progressivement.
- Certains chefs de cliniques ne veulent plus aller en salle d'opérations avec M. le Dr B. _____.
- Certains collègues extra muros ont poussé M. le Dr R. _____ à ne pas occulter le problème.
- Selon M. le Dr A.M. _____, M. le Dr B. _____ possède la formation qui lui permet d'occuper ce poste de médecin-chef. Mais, malgré tout il lui manque la faculté décisionnelle dans l'urgence exigée au C.3. On le sent craintif dans certaines situations ou perturbé dans les prises de décisions.
- A titre personnel et de par son poste de chef d'orthopédie, M. le Dr A.M. _____ doit pouvoir compter sur un collègue de garde en chirurgie vasculaire ayant une palette la plus large possible.

M. le Dr B. _____ répond:

- N'a rien à cacher et n'est pas du tout d'accord avec les affirmations de malfaçon médicale dont il est accusé. Il ne prétend pas faire de la chirurgie de haut niveau.
- On lui reproche d'avoir envoyé des patients au CHUV ? Oui, mais pour des gestes qu'il ne sait pas faire.

- Assumer les gardes ? Il est certain qu'il n'est pas à l'aise dans certaines situations difficiles de chirurgie vasculaire.
- A demandé d'être suspendu des gardes, d'entente avec M. le Dr R. _____, en tout cas jusqu'au 31.05.04.
- N'a ressenti aucune tension en salle avec les autres collaborateurs.
- Est très touché et profondément affecté par les critiques. Il apprend ce soir que certaines personnes ne veulent plus travailler avec lui.
- A cherché des avis auprès de sa famille chirurgicale. Certaines situations peuvent être interprétées de façon différente. Son avis n'est pas forcément faux.
- Ses conditions de travail sont lourdes, mais il n'est pas vindicatif et ne va pas se battre contre les courants. Il sent qu'il n'a pas réussi à s'adapter et à s'intégrer dans le département de chirurgie.
- Sa seule préoccupation est que l'on fasse la lumière sur les faits reprochés.
- Si ces faits ne sont pas justifiés, son honneur médico-chirurgical doit être rétabli.
- Souhaite qu'une lettre soit envoyée et cosignée par M. le Dr R. _____ et lui-même à tous ses collègues médecins-chefs intra et extra muros afin de rétablir son honneur.

M. le Dr R. _____ prend la parole:

- Il précise qu'il n'était pas opposé à la nomination de M. le Dr B. _____ et était prêt à l'intégrer de manière complète et à partager son poste.
- Il a reçu des critiques déjà depuis 3 ou 4 ans, bien avant les 2 cas qui ont fait éclater l'affaire. Certains chefs de clinique ne veulent plus travailler avec M. le Dr B. _____, certaines instrumentistes ne sont pas à l'aise et n'ont pas confiance.
- Il rappelle qu'il s'agit tout de même d'une dizaine de personnes qui ont eu des problèmes avec M. le Dr B. _____ et qu'en tant que chef du département de chirurgie et directeur médical, il se doit de défendre les patients et la réputation de l'établissement.

M. [...] demande à M. le Dr B. _____ s'il pense que ses compétences correspondent au poste confié ?

M. le Dr B. _____ répond qu'il n'a pas plus de mauvais résultats qu'un autre chirurgien. Il peut assumer ce poste et ne trahit pas sa mission.

M. le Dr [...] demande à M. le Dr B. _____ s'il a une proposition à faire au Bureau du Conseil d'Administration quant à son avenir. Pas de réponse de la part de M. le Dr B. _____.

M. [...] demande le pourquoi d'avoir recouru à un avocat ?
Il se sentait seul et avait besoin de conseils.

M. [...] demande à M. le Dr B. _____ s'il veut aller de l'avant, demander une expertise et s'il est prêt à en accepter le verdict ? M. le Dr B. _____ répond par l'affirmative.

(...)."

A cette époque, le Dr [...] était le doyen et le porte-parole du corps médical de l'C.3. Les Drs A.M. _____ et R. _____ représentaient le département de chirurgie.

Selon les témoins Z. _____, A.M. _____ et R. _____, le contenu de ce procès-verbal correspond à ce qui s'est dit lors de la séance du bureau du conseil d'administration du 25 mai 2004.

Le 26 mai 2004, le conseil du demandeur a adressé le courrier suivant à l'C.3:

" (...)

1. En premier lieu, je dois contester les conditions dans lesquelles le Dr B. _____ a été entendu par le bureau extraordinaire le 25 mai 2004 à 16 h. (...)

Dans la mesure où il s'agit d'un conflit qui oppose, principalement, le Dr R. _____ au Dr B. _____, il est inadmissible que le Dr R. _____ ait participé à cet entretien. Cette situation est d'autant plus incompréhensible qu'à l'issue de son audition, le Dr B. _____ a dû se retirer alors que le Dr R. _____ est resté pour participer à la prise de position du bureau extraordinaire.

L'image qui en ressort est que le Dr B. _____ a comparu devant un véritable "*tribunal*", en présence de deux "*procureurs*" (les Drs R. _____ et A.M. _____).

Pour ces raisons déjà, une nouvelle audition du Dr B. _____ devra être agendée, à laquelle ne participeront pas les Drs R. _____ et A.M. _____. Il importe que le Dr B. _____ puisse s'exprimer hors la présence de ces deux personnes. On rappellera que le Dr R. _____ a eu, lui, le loisir de s'exprimer librement devant le Conseil d'administration, en l'absence du Dr B. _____, et d'exposer sa vision unilatérale des choses.

2. A ce jour, le bruit court à l'hôpital que le Dr B. _____ aurait commis de "graves erreurs". On laisse entendre qu'il serait carrément incompétent.

Ces accusations sont non seulement graves mais pourraient relever de la calomnie voire de la diffamation. Mon client doit connaître les circonstances exactes de ces bruits de couloirs et savoir qui en sont les auteurs. Là également, il appartient à l'hôpital de faire toute la lumière sur cette situation.

3. A ce jour, le Dr B. _____ doit constater que les critiques ou reproches qui lui sont faits, principalement par le Dr R. _____, demeurent vagues. En effet, aucun cas concret ne lui a été réellement soumis. Il semblerait bien plutôt qu'il s'agisse de divergences relatives à des conceptions de la pratique médicale. (...)

Dans ce contexte, (...), je requiers formellement que le Dr R. _____ indique précisément par écrit, pièces et dossiers à l'appui, les griefs qu'il a à l'encontre du Dr B. _____ et les "prétendues erreurs médicales" qu'il semble lui reprocher.

Le Dr B. _____, ayant été gravement mis en cause, devra ensuite disposer d'un délai pour répondre, point par point, aux accusations dont il fait l'objet.

Cette procédure doit être strictement écrite.

4. Comme il est pratiquement certain que le Dr B. _____ n'a commis aucune erreur médicale, il faudra par la suite demander à un expert judiciaire externe FMH neutre de se déterminer sur les griefs portés à l'encontre de ce praticien. Là également, il convient que toute la lumière soit faite avant qu'une quelconque décision ne soit prise par l'hôpital.

(...)

6. (...) selon une jurisprudence constante, il appartient à la direction de l'établissement, médical ou non, de prendre les mesures afin d'éradiquer un conflit surgissant entre ses directeurs, cadres et employés. A ce jour, aucune mesure n'a été prise pour garantir au Dr B. _____ des conditions acceptables de travail. Cette situation peut s'apparenter à du *mobbing*, comme le définit la jurisprudence du Tribunal fédéral.

Je mets dès lors l'C.3 en demeure de prendre des mesures dès aujourd'hui afin de rétablir l'équilibre entre d'une part le Dr B. _____ et d'autre part le Dr R. _____. (...)

(...)."

Le même jour, a eu lieu une séance du conseil d'administration de l'C.3. Le procès-verbal de cette séance a notamment la teneur suivante:

" (...)

Objet 4bis: Dr B. _____

En préambule, M. [...] demande une confidentialité totale sur cet objet.

Il explique, en compagnie de M. le Dr R. _____, la problématique que le département de chirurgie rencontre avec M. le Dr B. _____, chef de service depuis le 1^{er} janvier 2001.

Arrivé dans notre établissement, sans mise au concours suite à la fermeture de l'Hôpital de [...], M. le Dr B. _____ a accumulé plusieurs graves problèmes lors d'interventions survenues le plus souvent durant ses gardes.

Par ses diagnostics douteux, ses attitudes thérapeutiques peu adéquates, les plaintes du médecin-chef de clinique, de l'infirmier-chef anesthésiste et la crise de confiance qui en résulte, M. le Dr R. _____ a suspendu M. le Dr B. _____ de toute garde. Il en a informé le directeur général et le bureau du Collège des médecins.

Après plusieurs entretiens avec M. le Dr R. _____, en compagnie de M. le Dr A.M. _____, et un courrier envoyé par M. le Dr R. _____, M. le Dr B. _____ a fait les propositions suivantes:

- Démissionne de son poste de médecin-chef de service.
- Demande à être nommé médecin agréé avec une demi-journée par semaine pour des opérations électives.
- Souhaite reprendre le cabinet de M. le Dr N. _____ lors de son départ à la retraite sur le site d'[...], avec la responsabilité des urgences de ce site.

M. le Dr R. _____ précise que le staff des médecins-chefs de chirurgie n'est pas favorable à ces propositions.

M. M. _____ a également entendu M. le Dr B. _____. Celui-ci conteste totalement les problèmes d'ordre médical qui lui sont reprochés et précise qu'il s'agit de divergence de vue avec

M. le Dr R. _____. M. M. _____ a souhaité que M. le Dr B. _____ lui envoie une lettre pour confirmation de ses dires, lettre qu'il n'a jamais reçue. Par contre, M. le Dr B. _____ a mandaté un avocat pour le défendre.

Mardi 25 mai, les membres du Bureau ainsi que le directeur général et MM. les Drs A.M._____, R._____ et [...] ont entendu M. le Dr B._____.

Il réfute les faits qui lui sont reprochés et souhaite que son honneur médical soit rétabli.

A aucun moment, il n'a parlé des propositions faites quelques temps avant à M. le Dr R._____.

Après un long débat, le Bureau fait la proposition suivante:

1) De ne pas renouveler le contrat de M. le Dr B._____ au 1^{er} janvier 2005.

Tous les contrats des médecins-chefs ont été dénoncés au

31 décembre 2004 et doivent être renégociés pour 2005, date à laquelle entrera en vigueur le nouveau statut et rémunération des médecins.

2) Accorder à M. le Dr B._____ ½ journée par semaine pour ses opérations électives et selon le schéma spécifique du département de chirurgie.

3) Le suspendre définitivement des gardes.

Les membres du CA avec 2 abstentions sont d'accord avec cette proposition.

(...)."

5. Par courrier recommandé du 5 juin 2004, le directeur général de l'C.3 s'est adressé de la manière suivante à l'avocat du demandeur:

" (...)

J'accuse réception de votre courrier du 26 mai 2004.

Le Conseil d'administration de notre établissement, réuni en séance ordinaire le 26 mai 2004, a pris la décision de suspendre le Dr B._____ de toute activité de garde, lui laissant la possibilité d'opérer ses malades électivement jusqu'au 31 décembre 2004. Un nouveau contrat d'engagement ne lui sera pas proposé.

Ces décisions sont communiquées par courrier séparé à votre mandant.

Dans cette affaire, nous réfutons tout conflit de personne entre les Dr R._____ et Dr B._____. Sur la base des renseignements qui nous ont été donnés, nous avons estimé qu'il n'y avait plus de relation de confiance avec le Dr B._____ et le C.3, entraînant la décision de notre Conseil d'administration sur la base d'une procédure strictement interne.

La prise en charge de plusieurs patients par le Dr B. _____ n'a pas été adéquate. Transferts injustifiés vers un autre centre, non respect de la mission de l'C.3, de l'économicité des traitements, de la qualité des soins pour les malades considérés. Les décisions thérapeutiques du Dr B. _____ ont, en partie tout au moins, entraîné des conséquences pour le pronostic vital et fonctionnel de ces malades. Il ne s'agit pas de critiques vagues mais d'un relevé précis de l'inadéquation de cette prise en charge pour les patients considérés. Le Dr B. _____ a été régulièrement informé des événements liés à ces malades. Il a reçu plusieurs courriers précis du chef du Département de chirurgie. Il a pu s'exprimer au sujet de plusieurs de ces cas lors du Bureau ordinaire du Conseil d'administration du 25.05.2004. Comme le Conseil d'administration, je reste ainsi surpris du point 3 de votre courrier où il est affirmé «qu'aucun cas concret ne lui a été réellement soumis». Si le Dr B. _____ est délié du secret médical pour ces malades, les dossiers et pièces justificatives pourraient être mis à votre disposition.

Les demandes de M. [...], comme la réponse de la Direction médicale mandatée par la Direction générale, sont envoyées ce jour au Dr B. _____.

A notre connaissance, aucun bruit de couloir ne circule dans notre établissement. Les démarches et entretiens qui ont eu lieu ont respecté la plus stricte confidentialité. S'il venait à notre connaissance qu'un collaborateur de l'C.3 ne se plie pas à cette confidentialité, nous prendrions immédiatement les mesures qui s'imposent.

A la suite du dernier entretien entre le Dr B. _____, les Dr R. _____ et Dr A.M. _____ au début du mois de mai, c'est le Dr B. _____ lui-même qui a demandé d'être suspendu de gardes jusqu'à la fin du mois de mai. Il l'a d'ailleurs confirmé lors de l'entretien avec le Bureau du Conseil d'administration, réuni le 25 mai 2004.

(...)."

Le même jour, le conseil d'administration de l'C.3 a adressé au demandeur une lettre de la teneur suivante:

" (...)

Par la présente, nous tenons à porter à votre connaissance les décisions prises à votre égard par le Conseil d'Administration du C.3 lors de sa séance ordinaire du 26 mai dernier, à savoir:

- 1) De ne pas renouveler votre contrat au 1^{er} janvier 2005.
Nous nous référons à nos lettres des 25 juin et 22 décembre 2003.
- 2) De vous accorder, jusqu'au 31 décembre 2004, une ½ journée par semaine pour vos opérations électives et ceci selon le schéma spécifique du département de chirurgie.

3) De vous suspendre définitivement des gardes.

D'autre part, vous trouverez en annexe les documents suivants:

- Copie de la lettre du 30 avril 2004 d'un patient, Monsieur [...].
- Copie de la réponse à Monsieur [...], du 5 mai 2004.
- Un exemplaire du procès-verbal de la séance du Bureau du Conseil d'administration du C.3 du 25 mai 2004 à 16 h. 00.

(...)."

Par courrier du 11 juin 2004, le conseil du demandeur a adressé un nouveau courrier à la direction générale de l'C.3, contestant les griefs qui étaient formulés à son endroit et demandant la rectification du procès-verbal de la séance du 25 mai 2004. Il renouvelait sa réquisition tendant à faire établir une expertise concrète FMH pour chaque "dysfonctionnement prétendument constaté" chez le demandeur. En particulier, le demandeur, par l'intermédiaire de son conseil, demandait la rectification des passages suivants:

" (...)

- **Page 1: première réponse du Dr B. _____**

Le procès-verbal doit être modifié en ce sens que:

"N'a rien à cacher et n'est pas du tout d'accord avec les affirmations de malfaçon médicale dont il est accusé. Il précise simplement qu'il n'est pas un chirurgien spécialisé en chirurgie vasculaire".

- **Page 1: troisième réponse du Dr B. _____**

Cette phrase doit être protocolée de la façon suivante:

"Assumer des gardes ? La chirurgie vasculaire périphérique est une chirurgie de spécialiste. Il n'en est pas un. En particulier, en présence d'un patient se présentant avec une rupture d'anévrisme de l'aorte, il faudrait pouvoir intervenir avec un collègue chirurgien afin qu'une opération soit effectuée à deux personnes, à défaut de quoi il est préférable de faire transférer le patient si son état le permet. Cette pratique est d'ailleurs celle suivie par le Dr R. _____".

- **Page 2: troisième réponse du Dr B. _____**

Cette phrase doit être modifiée de la façon suivante:

"Est très touché et profondément affecté par les critiques. Il conteste l'affirmation du Dr A.M. _____ selon laquelle certains chefs de clinique ne voudraient plus aller en salle

d'opération avec lui. Le Dr A.M. _____ ne lui avait fait ce reproche que deux mois avant la séance du Bureau. Il a interrogé les chefs de clinique qui ont nié l'affirmation du Dr A.M. _____. Selon lui, il n'a aucun problème avec les trois chefs de clinique".

- **Page 2: quatrième réponse du Dr B. _____**

La réponse doit être protocolée de façon différente:

"A cherché des avis auprès de sa famille chirurgicale. Cette famille comprend en particulier son ancien patron à [...] qui le soutient inconditionnellement et qui estime qu'il pratique dans le parfait respect des règles de l'art".

(...)."

L'C.3 n'a pas modifié le procès-verbal.

6. Le 29 juin 2004, en rapport avec le cas de [...], le Dr F. _____, travaillant au sein du Service de Chirurgie Thoracique et Vasculaire du CHUV, ancien collègue de travail du demandeur avec lequel il n'a plus de contact, a adressé au demandeur une correspondance dont la conclusion est la suivante:

" (...)

Devant la complexité des lésions vasculaires, un transfert est totalement justifié. En effet, ce genre d'intervention reste relativement peu fréquent et nécessite une prise en charge dans un centre spécialisé. La réapparition de pouls périphériques au Doppler est probablement liée à la levée du spasme vasculaire et l'effet bénéfique des fasciotomies. En présence d'une ischémie subaiguë, les éventuelles séquelles neurologiques sont liées aux lésions traumatiques des nerfs et non pas à des lésions ischémiques de ces derniers. L'intervention pratiquée par vos soins à l'C.3 a permis un contrôle de l'hémorragie. Au vu des découvertes per-opératoires, de l'asymétrie de température au niveau du membre inférieur gauche, vous avez décidé de son transfert dans un milieu spécialisé. Votre bonne appréciation d'un problème vasculaire post-traumatique complexe et peu fréquent avec décision de transfert en milieu universitaire est une attitude saine et exemplaire.

(...)."

Le Dr F. _____ a eu l'intégralité du dossier du patient, puisqu'il s'en est occupé. Entendu comme témoin en cours d'instruction, il a expliqué que, selon lui, le demandeur a pris les mesures nécessaires pour sauver la vie de ce patient.

Par courrier du 9 juillet 2004 adressé au conseil de l'C.3, le conseil du demandeur a produit cette attestation du 29 juin 2004. Dans ce contexte, le conseil du demandeur a mis l'C.3 en demeure de réintégrer immédiatement le demandeur, celui-ci estimant que les conditions d'une suspension de ses gardes n'étaient plus réalisées et qu'il devait à nouveau pouvoir exercer son art au sein de l'C.3.

Par lettre de son conseil du 30 juin 2004, adressé à l'avocat du demandeur, l'C.3 a rappelé qu'il agissait dans cette affaire dans le souci de protéger les malades et de défendre la réputation de l'institution, et que les problèmes liés au demandeur ne résultaient pas d'un conflit de personnes qu'il aurait avec tel ou tel autre médecin de l'C.3.

7. Le 27 juillet 2004, par l'intermédiaire de son avocat, l'C.3 a mandaté le Professeur Philippe Gertsch, qui est Professeur à l'Université de Berne et Chef du Service de chirurgie de l'Hôpital de Bellinzona.

Le 2 août 2004, le Professeur Philippe Gertsch a rendu son rapport d'expertise. Il en ressort ce qui suit:

" (...)

En réponse à votre lettre du 27 juillet, je vous fais part de mon analyse et des réflexions que m'inspirent les 4 cas que vous avez soumis à mon attention, en me faisant parvenir quelques documents les concernant.

Cas no 1. Mr G. B., 51 ans, opéré à l'hôpital de [...] au mois de décembre 2001.

(...)

Il est certain que ce patient a présenté d'emblée une situation dangereuse dont le traitement était particulièrement difficile, à cause de l'accumulation de facteurs de risques compromettant le pronostic vital. Les patients présentant ce profil, tolèrent mal les chutes de tension, et l'attitude en général recommandée est celle d'une plus grande agressivité chirurgicale. L'accumulation de facteurs de risque comme l'obésité morbide, un éthylo-tabagisme chronique, une hémorragie nécessitant une transfusion sanguine de plus de 4 flacons et des stigmates endoscopiques tels qu'un vaisseau visible, avec la récurrence

précoce de l'hémorragie constituent une indication à opérer en urgence. Ces critères étaient déjà réunis chez le patient n° 1 le matin du 10 décembre, et l'on peut s'étonner qu'il n'ait pas été opéré à ce moment. La récurrence de l'hémorragie dans la nuit suivante a finalement fait prendre la décision d'opérer dès le matin. Indépendamment de la situation difficile et de la tactique chirurgicale (peu claire au vu du rapport opératoire) choisie par le Dr B. _____, il ne fait pas de doute que la décision opératoire a été prise trop tardivement selon les critères habituellement reconnus dans la littérature chirurgicale. Cette décision tardive peut avoir contribué à l'évolution tumultueuse et en définitive défavorable du cas.

Cas no 2. Me A. S., 34 ans, opéré à l'hôpital de [...] au mois d'octobre 2002.

(...)

Cet incident me paraît très préoccupant. Il témoigne de l'immaturation d'un médecin-chef prétendant être qualifié non seulement en chirurgie générale mais encore en chirurgie vasculaire. L'erreur initiale (clampage intempestif de l'artère) est grossière, elle témoigne soit d'un manque d'expérience ou d'esprit critique soit d'un manque d'attention inadmissible pour un chirurgien. Qui plus est on aurait pu attendre de la part d'un chirurgien vasculaire qualifié confronté à cet événement, plus d'esprit critique et d'analyse devant l'apparition d'un hématome segmentaire au lieu du traumatisme infligé. Une révision de l'intérieur de l'artère faite sur le champ aurait évité une nouvelle opération et surtout les aléas liés à une occlusion artérielle aiguë. Fort heureusement ce cas a pu être «rattrapé» à temps et de graves complications évitées.

Cas no 3. Mr M. A., 19 ans, opéré à l'hôpital de [...] le 10 mars 2004.

(...)

Ce cas m'inspire les réflexions suivantes. L'évaluation de la gravité de la plaie a été faite correctement, de même que celle de la situation clinique: hémorragie contrôlée par un pansement compressif, ischémie non complète et parésie des releveurs du pied. Le trajet de la mèche dans la région sous-poplitée comme les signes cliniques mentionnés devaient évidemment faire suspecter une lésion vasculaire grave, peut-être associée à une lésion nerveuse. Tenant compte de ces informations, on peut admettre qu'un transfert d'urgence au CHUV était possible sans faire courir de risque d'hémorragie ou d'ischémie trop élevés (ceci s'étant confirmé par la suite, lors du transfert au CHUV initialement non prévu). La décision d'opérer sur place aurait été justifiée si le chirurgien s'était montré capable de mener à terme l'opération. Manifestement, il s'est trouvé dépassé par la situation en cours d'intervention, fort heureusement il s'en est rendu compte et a organisé au mieux le transfert au

CHUV. Je ne pense pas que l'on puisse attribuer de manière indiscutable à cet incident une aggravation des lésions dues à l'ischémie, qui n'était pas complète. Je pense plutôt que les séquelles neurologiques, et ceci jusqu'à preuve du contraire, sont à attribuer à une lésion traumatique du nerf sciatique poplitée externe, probablement méconnue durant l'opération.

Le Dr B. _____ me semble avoir sur-estimé ses capacités de chirurgien vasculaire, ceci lui ayant fait prendre la décision erronée de traiter le patient sur place. Même si le traitement chirurgical larvé à l'hôpital de [...] et terminé au CHUV n'a pas eu de manière certaine un impact négatif sur le résultat final, la lettre écrite par le patient montre bien qu'il restera habité par des doutes et cherchera probablement à obtenir réparation. De toute évidence, de tels événements nuisent à la réputation de l'hôpital de [...] et peuvent mettre en danger les patients.

Cas no 4. L. B., 14 ans, opéré à l'hôpital de [...] le 9 avril 2004.

(...)

Ce cas mérite quelques considérations. Le traitement universellement reconnu de l'abcès appendiculaire est, pour autant que possible, d'abord conservateur avec antibiothérapie et observation attentive de l'évolution qui peut se faire de manière favorable, sans autre intervention. Lorsque les circonstances le dictent, des gestes plus agressifs peuvent être nécessaires: drainage percutané d'une collection de pus, ou alors abord chirurgical avec simple drainage de l'abcès. Cette tactique est largement admise, le seul sujet de controverse étant le choix de faire ou de ne pas faire l'appendicectomie «à froid» quelques mois plus tard.

Il me semble que le Dr B. _____ démontre, dans la gestion de ce cas, son ignorance sur ce qui précède. Ceci est certes critiquable, mais peut-être plus encore le fait que les informations données dans le protocole opératoire sont partielles et fausses. J'ai l'impression que ce protocole cherche à masquer la situation réelle, en ne mentionnant pas la perforation large du caecum et la contamination stercorale grave du champ opératoire qui en a résulté. De plus ce ne sont pas 10 cm d'iléon qui ont été réséqués, mais près de 50 cm ! Ceci pourrait avoir des conséquences métaboliques graves à long terme et compromettre de façon durable la santé de cette jeune patiente. Le traitement de cette jeune patiente a clairement été inadéquat et inutilement dangereux.

Les considérations que j'ai faites pour chacun de ces cas répondent en détail aux questions spécifiques que vous me posez dans votre lettre (1.-2.-3.-4.-5.-6.-7.-8.)

Question 9.- Cas GB. On peut en effet penser que si le Dr B. _____ avait suivi le conseil du chef de son département et opéré le malade

avant la dernière hémorragie et l'état de choc qui en a suivi, les suites opératoires auraient été plus simples. L'insuffisance multi-organique consécutive à l'état de choc hémorragique a certainement contribué de manière significative à l'évolution défavorable.

Question 10.- Les 4 cas que vous m'avez soumis révèlent plusieurs problèmes. Le Dr B. _____ fait état d'une formation spéciale en chirurgie vasculaire. Deux des cas dont j'ai pu prendre connaissance révèlent en réalité que ses compétences dans ce domaine sont insuffisantes et ne lui permettent pas d'assurer la garde pour de tels cas.

Les deux autres cas de chirurgie viscérale témoignent également de compétences ne correspondant pas à ce que l'on peut attendre à la lecture de son curriculum vitae. Je pense que le Dr B. _____ n'a pas fait le pas qui permet au chirurgien arrivé en fin de formation de travailler de manière autonome avec la sécurité que l'on est en droit d'attendre. En ce sens, il constitue une menace pour certains patients, et la décision prise par la direction de l'C.3 de les protéger en le suspendant des gardes me paraît adéquate.

Question 11.- (...) Je pense que les 4 cas que vous m'avez soumis révèlent un problème certain et une situation préoccupante. Ils trahissent non seulement une insuffisance technique, mais aussi décisionnelle qui rendent difficile, voire dangereuse pour les patients (et l'hôpital) l'activité autonome de ce collègue. Si une activité contrôlée, avec une reprise de l'éducation chirurgicale et l'attribution sélective de cas à traiter n'est pas envisageable, on peut alors admettre, pour la protection des patients, qu'il soit mis un terme au contrat liant le Dr B. _____ à l'C.3. (...)."

Le 18 août 2004, le rapport établi par le Professeur Gertsch a été transmis à l'avocat du demandeur.

L'C.3 n'a jamais avisé le demandeur qu'il avait contacté le Professeur Gertsch le 27 juillet 2004 pour lui confier une expertise le concernant et lui communiquer une liste de questions. En particulier, s'agissant du cas n° 3 M. A., la question n° 3 est formulée de la façon suivante: "Etant admis que le Dr B. _____ n'est pas à l'aise pour une réparation artérielle distalement au genou (...)". La question n° 6 est formulée de la façon suivante: "Est-il admissible de la part d'un chef de service faisant état d'une formation académique en clinique vasculaire de confondre artère fémorale et branche veineuse lors d'une cure de varices ?" La question n° 9 est ainsi libellée: "Si le Dr B. _____ avait obtempéré aux ordres du chef de son département et opéré le malade plus tôt, les complications de l'hémorragie et de l'opération n'auraient-elles pas été moins importantes ?" La question n° 10 a trait au

caractère adéquat de la décision de l'C.3 de suspendre les gardes du demandeur. La question n° 11 presse l'expert de confirmer que la décision de l'C.3 de mettre fin aux rapports contractuels avec effet au 1^{er} janvier 2005 était justifiée.

Le Professeur Gertsch connaît le Dr R._____. Ils ont travaillé ensemble au CHUV, notamment dans le Service de chirurgie du Professeur Mosimann. Le Dr R._____ s'est rendu dans les locaux du Professeur Gertsch pour lui transmettre les quatre cas à examiner, ainsi qu'une partie des dossiers. Le Professeur Gertsch n'a jamais convoqué le demandeur pour connaître sa détermination et n'a jamais eu accès à l'intégralité des dossiers des patients litigieux. Le témoin D._____ a affirmé que le Professeur Gertsch n'était pas aussi indépendant que ce qui avait été présenté par le Dr R._____.

8. Le 30 août 2004, l'C.3 a tenu un bureau du collège des médecins. Un procès-verbal a été établi. Il a été annoncé aux membres présents, _____ soit _____ les Drs [...], [...], A.M._____, N._____, [...], [...], K._____, [...] et I._____, que le conseil d'administration avait suspendu le demandeur de garde avec effet immédiat et que son contrat ne serait pas renouvelé d'ici au mois de janvier 2005. Le procès-verbal indique qu'un avis médical a été demandé par le conseil d'administration à une personne compétente dans les domaines de la chirurgie vasculaire et abdominale, personne ni fribourgeoise ni vaudoise. Il indique encore que quatre cas ont été examinés. Ledit document mentionne que le rapport critique de manière très précise les manquements décisionnels et chirurgicaux du demandeur, ne lui permettant pas d'assurer avec sécurité pour les patients sa responsabilité de médecin-chef du service de chirurgie.

Par lettre du 30 août 2004, le demandeur a été informé qu'il serait entendu par le bureau de l'C.3, des représentants de son corps médical et de sa direction, en présence des avocats des parties, le 8 septembre 2004. Le but de cette séance était pour l'essentiel de recueillir les déterminations du demandeur en rapport avec l'expertise

établie par le Professeur Philippe Gertsch et de débattre de l'avenir du demandeur au sein de l'C.3.

Le conseil du demandeur a répondu par lettre du 31 août 2004, dont il ressort ce qui suit:

" (...)

1. Le moins que l'on puisse dire, c'est que le Professeur Gertsch n'a pas été intégralement renseigné sur les circonstances exactes des interventions qui sont reprochées à mon mandant.

(...) Dans ce contexte, la détermination du Professeur Gertsch est inutilisable.

2. Plus particulièrement, s'agissant du cas numéro 1, il saute aux yeux que le Professeur Gertsch n'a pas été tenu au courant des faits (essentiels) suivants:

- le Docteur B. _____ n'a été informé de la récurrence de l'hémorragie digestive du 10 décembre que vers 07h00;
- dans le même ordre d'idée, il n'a été avisé de l'existence d'une nouvelle endoscopie faite à 8h30 que le 10 décembre vers 15h00, lors de la visite départementale de chirurgie dans l'unité de soins intensifs;
- les internistes (responsables des soins intensifs) et le gastro-entérologue avaient décidé, après la deuxième endoscopie, de surveiller le patient dans l'espoir qu'il ne récurrence pas son hémorragie. Le gastro-entérologue avait même proposé une troisième endoscopie en cas de nouvelle récurrence hémorragique, tant l'intervention de ce patient leur semblait dangereuse en fonction de sa poly-pathologie;
- après l'endoscopie du 10 décembre à 8h30, le patient avait été stable du point de vue hémodynamique à tel point que la Noradrénaline a pu être régulièrement diminuée puis stoppée;
- après la visite aux soins intensifs (le patient avait alors reçu six flacons de sang), le Docteur B. _____ a discuté avec le médecin-chef de médecine interne responsable ce jour-là des soins intensifs et, ensemble, ils ont alors décidé de ne pas opérer le patient de suite mais de le faire au moindre signe de récurrence de l'hémorragie digestive;
- le patient a été stable du point de vue hémodynamique jusque vers 24h00; il a montré des signes de choc hémodynamique à partir de 01h00 du matin le 11 décembre; dans ce contexte il a été remis sous Noradrénaline et transfusé;

- le Docteur B. _____ n'a été mis au courant de cette situation que vers 06h30 le 11 décembre 2001. L'opération a débuté vers 07h30;
- lors d'une réunion tenue à l'Hôpital le 11 décembre dans l'après-midi entre le chef du département de chirurgie, le chef du département de médecine interne et le Docteur B. _____, le cas a été discuté. Tout le monde était d'accord pour dire qu'aucune faute ne devait être reprochée à mon client.

Ces faits résultent du dossier du patient.

3. S'agissant du cas numéro 2, il est regrettable que le Professeur Gertsch n'ait pas eu tous les éléments.

En particulier, il aurait dû savoir, avant d'exprimer un avis

«*autorisé*»:

- que la patiente avait subi une cure de varices par crossectomies des veines saphènes internes droite et gauche ainsi que de la veine externe droite;
- que cette cure avait été effectuée en novembre 1998, à l'Hôpital de [...], sous la responsabilité du chef du département de chirurgie;
- qu'il est curieux dans ce contexte que, moins de 4 ans plus tard, il faille réopérer la patiente de néocrosses insuffisantes des veines saphènes internes droite et gauche et de la veine saphène externe droite;
- qu'au stade post-opératoire, le Docteur B. _____ a naturellement surveillé attentivement la patiente. En fonction de son évolution clinique, il s'est donné les moyens de diagnostiquer l'occlusion de l'artère fémorale superficielle droite. Il a ensuite posé l'indication à une réintervention;
- que dans ce contexte, le Docteur B. _____ a téléphoné au Docteur R. _____ pour lui demander s'il était libre et s'il pouvait venir l'aider à réparer la lésion. Il faut préciser qu'à ce moment-là il était normal qu'ils interviennent à deux. D'ailleurs à aucun moment le Docteur R. _____ n'a fait des reproches à mon client sur ce point;
- qu'enfin, la patiente a été vue régulièrement jusqu'en octobre 2003. Elle se porte bien. Tout au plus un contrôle systématique est prévu en octobre 2004.

4. S'agissant du cas numéro 3, les mêmes conclusions

s'imposent:

- qu'en fonction de l'examen clinique du patient avec, à l'ablation du garrot, reprise d'une température et d'une coloration normale du pied avec bon remplissage veineux et pouls capillaire présent, avec douleurs très importantes au niveau du mollet qui devenait de plus en plus dur avec progressive péjoration du status vasculaire du pied, le Docteur B. _____ était en droit de suspecter une lésion vasculaire ne nécessitant pas

un geste de revascularisation, accompagnée d'un syndrome de loge très important;

- qu'à la lecture du dossier, il valait mieux avant l'intervention, identifier la réalité de la situation avant de faire transférer le patient. C'est dans ce contexte que le CHUV a déclaré que l'attitude du Docteur B._____ était exemplaire.

5. Le cas numéro 4 illustre un conflit de doctrine récurrent qui pourrait d'ailleurs également stigmatiser les divergences entre l'*ancienne* école et la *nouvelle*. S'il est vrai que pour les Anglo-saxons l'attitude pour le traitement des abcès appendiculaires est le drainage, cette pratique n'est pas reconnue en France où l'appendicectomie est en principe la règle.

C'est dans ce contexte que:

- le Docteur B._____ a tenté de trouver l'appendice et a fait une dissection sous-muqueuse de muqueuse caecale;
- par la suite, il a décidé de la conversion en laparotomie médiane;
- c'est à ce moment-là qu'il y a eu contamination stercorale;
- cette contamination était de faible importance dans la cavité péritonéale et n'a pas eu de conséquence sur les suites grâce à sa courte durée et à un lavage de la cavité concernée;
- à l'heure actuelle, la patiente se porte bien.

Enfin, les éventuelles conséquences métaboliques à long terme de l'ablation d'iléon sont extrêmement rares et leur prévention et leur traitement sont simples et légers.

6. Ce qui est également caractéristique dans la démarche de l'Hôpital c'est que ses responsables n'ont pas permis au Docteur B._____ d'être entendu par le Professeur Gertsch avant qu'il ne délivre son «*rapport*». (...)

7. Comme je l'ai rappelé à maintes reprises, seule une expertise sérieuse objective impartiale FMH s'impose.

En l'état, vous comprendrez que la réunion du 8 septembre me paraît prématurée dans la mesure où l'on est tous dans l'attente d'un rapport objectif des quatre cas que, péniblement, l'Hôpital de [...] tente de grandir pour justifier la fin des rapports de travail.

(...)

8. Reste un point qui m'interpelle: vous semblez soutenir que le Docteur B._____ aurait été engagé par contrat de «*mandat*». J'avoue mal comprendre l'argumentation juridique et souhaiterais plus d'explications sur ce point.

9. Enfin, (...), je pense qu'une rencontre entre avocats serait plus utile qu'une simple mascarade à [...].

(...)."

Par lettre du 2 septembre 2004, l'C.3 a informé le demandeur du fait que la séance du 8 septembre 2004 était maintenue et qu'il était invité à y faire valoir ses arguments.

Les 6 et 7 septembre 2004, un échange de courriers a encore eu lieu entre avocats.

Par fax du 7 septembre 2004, l'C.3 a confirmé, par l'intermédiaire de son conseil, que l'objet de la séance du 8 septembre 2004 était de débattre du rapport établi par le Professeur Gertsch et de l'avenir du demandeur au sein de l'C.3.

Le 8 septembre 2004, le demandeur ne s'est ni présenté, ni fait représenter lors de la séance du bureau du conseil d'administration.

9. Le 11 septembre 2004, une séance du conseil d'administration a eu lieu. A l'issue de cette séance, le conseil d'administration a décidé à l'unanimité de mettre fin avec effet immédiat aux relations contractuelles qui liaient l'C.3 au demandeur et d'informer les médecins cantonaux vaudois et fribourgeois de cette rupture des rapports contractuels. Par l'intermédiaire de Z., alors directeur adjoint, le demandeur en a été informé immédiatement par un téléphone qui a eu lieu au cours de la matinée du 11 septembre 2004. Par lettre et par fax du même jour, le demandeur et son avocat ont également été informés par écrit de la résiliation immédiate des rapports contractuels.

Le passage suivant est extrait de cette correspondance:

" A ce stade, compte tenu des avis médicaux recueillis auprès de la Direction du Département de chirurgie, du rapport d'expert établi par M. le Professeur Gertsch, de la dégradation des rapports liant l'C.3 à M. le Dr B. _____, du souci de protéger les patients, ainsi que la réputation de l'Institution, le Conseil d'administration a décidé ce qui suit:

- I.- Il n'est pas donné suite à la requête de M. le Dr B. _____, tendant à la mise en œuvre conjointe d'une expertise FMH.
- II.- Il est mis fin avec effet immédiat aux relations contractuelles qui lient M. le Dr B. _____ à l'C.3.
- III.- En conséquence, M. le Dr B. _____ n'est pas autorisé à effectuer les deux opérations prévues pour le 14 septembre 2004.
- IV.- Une copie de la présente et du rapport de M. le Professeur Gertsch sont transmises aux Médecins cantonaux des cantons de Vaud et Fribourg, par l'intermédiaire du soussigné (cf., pour le canton de Vaud, article 80a de la loi sur la santé publique).
- V.- Une information appropriée, tenant compte de tous les intérêts en présence, notamment de la protection de la personnalité de M. le Dr B. _____, sera donnée aux chefs de service travaillant au sein de l'C.3."

Le 13 septembre 2004, par l'intermédiaire de son conseil, l'C.3 a transmis aux médecins cantonaux vaudois et fribourgeois une copie du rapport d'expertise établi par le Professeur Gertsch le 2 août 2004, une copie de la lettre de l'avocat du demandeur du 31 août 2004 et une copie de la lettre de résiliation de mandat du 11 septembre 2004. L'C.3 a indiqué aux médecins cantonaux vaudois et fribourgeois que compte tenu des renseignements qui avaient été communiqués par la direction du département de chirurgie et de la clarté des conclusions du Professeur Gertsch, le conseil d'administration avait considéré qu'il n'était pas nécessaire de requérir conjointement une expertise FMH et qu'une décision rapide s'imposait, au vu des incidents qui s'étaient produits jusque-là. L'C.3 se fondait sur l'art. 80 al. 1 de la loi sur la santé publique.

Par courrier du même jour, le demandeur, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté auprès des médecins cantonaux vaudois et fribourgeois les conclusions du rapport Gertsch.

Le même jour, le demandeur a informé l'C.3 du fait qu'il allait mettre en œuvre une expertise FMH.

Le 15 septembre 2004, le directeur général de l'C.3 a adressé un communiqué aux médecins-chefs de service et aux médecins agréés de l'C.3, ayant la teneur suivante:

" Dans sa séance du 11 septembre 2004, le Conseil d'administration du C.3 a mis fin, avec effet immédiat, aux activités de M. le Dr B._____ dans notre hôpital.

Le Conseil d'administration a été amené à prendre cette décision sur la base d'un rapport médical externe établi par M. le Professeur Philippe Gertsch, à propos de quatre cas opérés par M. le Dr B._____. Même si ce dernier conteste les conclusions de ce rapport qui a été demandé unilatéralement par le C.3, le Conseil d'administration est arrivé à la conclusion que M. le Dr B._____ ne pouvait répondre comme chirurgien-chef à la mission de notre hôpital."

Entendu comme témoin en cours d'instruction, le Dr Q._____ a déclaré que, plus tard, le Dr R._____ lui avait dit que le demandeur n'avait pas les compétences requises et qu'il lui déconseillait fortement de le garder dans son cabinet. Par courrier du 13 décembre 2004, le Dr Q._____ a indiqué au demandeur qu'il ne pouvait pas continuer à collaborer avec lui en raison notamment d'informations obtenues sur son activité chirurgicale. L'Hôpital de [...] a, quant à lui, décliné le 7 décembre 2004 l'offre que le demandeur lui avait faite, ceci en raison de son récent licenciement par le conseil d'administration de l'C.3. Le 5 octobre 2004, la Clinique [...] a refusé une demande d'accréditation présentée par le demandeur. Le 15 décembre 2004, la Fondation [...] a décliné l'offre du demandeur.

Le 21 septembre 2004, l'C.3 a adressé, par l'intermédiaire de son conseil, quelques observations complémentaires aux médecins cantonaux vaudois et fribourgeois.

10. Par courrier du 28 septembre 2004, le demandeur s'est adressé au Bureau d'expertises extrajudiciaires de la FMH. Par courrier du 4 octobre 2004, la FMH s'est déclarée incompétente, ne procédant pas à des expertises dans le cadre de litiges opposant un médecin à une institution hospitalière. L'Association Romande des Praticiens en Expertises Médicales (ARPEM) s'est également déclarée incompétente. Elle

a en revanche conseillé de contacter le Professeur Urban Laffer, Président de la Société suisse de chirurgie, service de chirurgie clinique de l'Hôpital de Bienne. Par courrier du 26 octobre 2004, le demandeur s'est adressé au Professeur Laffer, qui a décliné l'offre par courrier du 27 octobre 2004, n'étant plus président de la Société suisse de chirurgie.

Par courrier du 5 novembre 2004, le demandeur s'est alors adressé au Professeur Rolf Schlumpf, nouveau président de la Société suisse de chirurgie. Le demandeur a sollicité ce spécialiste pour fonctionner comme expert extra-judiciaire ou, à défaut, de désigner, en sa qualité de Président de la Société suisse de chirurgie, le ou les médecins capables de réaliser une telle expertise. Par courrier du 22 novembre 2004, le Professeur Schlumpf a refusé de fonctionner comme expert mais a offert son aide pour trouver un expert spécialisé dans ce domaine. Par courrier du 11 février 2005, le demandeur a proposé au Professeur Schlumpf de désigner le Professeur Walter Marti, médecin-chef adjoint du Service de chirurgie générale de l'Hôpital universitaire de Bâle. Le Professeur Schlumpf s'est déclaré d'accord avec le choix du Professeur Marti par courrier du 22 février 2005. En date du 2 mars 2005, le demandeur, par l'intermédiaire de son conseil, a précisé les cinq questions qui devaient être posées à cet expert. Par courrier du même jour, le conseil du demandeur a pris contact avec le Professeur Marti pour lui remettre les quatre dossiers litigieux et pour lui indiquer que le demandeur se tenait à sa disposition pour donner toute explication complémentaire orale sur les méthodes chirurgicales adoptées pour chacun des cas litigieux.

Le 14 avril 2005, le Professeur Marti a transmis le résultat de son expertise du 10 avril 2005 effectuée avec un co-expert, le Dr Lorenz Gürke, qui est professeur dans le Service du Professeur Marti et qui s'occupe plus particulièrement de chirurgie vasculaire et de transplantation à l'Hôpital universitaire de Bâle. Il a précisé qu'il avait intentionnellement établi cette expertise sur la base des documents mis à disposition, qu'il n'avait interviewé ni le demandeur, ni les médecins-chefs de l'hôpital afin de pouvoir apprécier la situation de manière aussi neutre

que possible, à distance. L'C.3 ou ses représentants n'ont donc pas été amenés à faire valoir leur point de vue, dans le cadre de l'élaboration de ce rapport, dont il ressort notamment ce qui suit:

" (...)

1.2. Documents à disposition:

(...)

Appréciation par le Dr F. _____ du 29.6.2004

(...)

Appréciation par le Prof. Y. Héloury Nantes France

(...)

1.5 Liens personnels avec le Dr B. _____ :

Je ne connais pas le chirurgien concerné ni personnellement ni professionnellement. Je ne dispose pas non plus de curriculum vitae.

(...)

3. Appréciation de l'expert aux investigations et traitements entrepris.

Cas 1: Mr G. B. 51 ans

(...)

En résumé:

- Traitement endoscopique initial correct.
- Indication temporellement correcte à l'opération.
- Prophylaxie incomplète de la récurrence hémorragique lors de l'opération.
- Double transfixation de la paroi duodénale/paroi de l'ulcère comportant un potentiel d'ischémie locale.
- L'issue létale n'est pas en rapport causal avec le management initial ou la manière d'opérer.

Cas 2: Mme A. S. 34 ans

(...)

En résumé:

- Confusion de vaisseau per-opératoire identifié avant la transection.
- Lésion intimale manquée.
- Reconstruction artérielle correctement confiée à un chirurgien vasculaire expérimenté.

Cas 3: Mr M. A. 19 ans

(...)

En résumé:

- Diagnostic pré-opératoire correct au moyen de l'exploration de la plaie.
- Transfert temporellement correct au centre hospitalier universitaire.

Cas 4: patient Mme L. B. 14 ans

(...)

En résumé:

- Diagnostic correct.
- Indication opératoire correcte.
- Accès initial suboptimal au moyen d'une incision en fosse iliaque droite (...).
- Documentation opératoire mauvaise avec suspicion de dissimulation du déroulement et de l'importance de la résection.
- Résection grêle étendue (éventuellement inutile ?).

4. Compétences du Dr en Médecine B. _____ pour la prise en charge des cas

Cas 1: Mr G. B. 51 ans

En dépit que la technique opératoire diverge de notre école (double transfixation, pas de ligature de l'artère gastro-duodénale et de l'artère pancréatico-duodénale), il n'y a pas d'erreur prouvée de traitement qui ait eu pour le patient un effet négatif.

Cas 2: Mme A. S. 34 ans

La confusion d'une artère avec une veine dans une situation pas claire est une mésaventure qui peut arriver. Durant l'opération, la lésion intimale ne fut pas reconnue puisque la circulation périphérique maintenue, on a renoncé à une révision ouverte de l'artère.

A l'établissement d'une ischémie périphérique, le problème fut identifié et correctement résolu par un chirurgien vasculaire expérimenté, au moyen d'une interposition veineuse. Une véritable erreur de traitement ne se laisse pas vérifier.

Cas 3: Mr M. A. 19 ans

Au moyen de l'exploration de la plaie, l'étendue du dégât traumatique a été reconnu et le patient a été correctement transféré dans un centre de référence. Il n'y a pas d'erreur de traitement.

Cas 4: Mme L. B. 14 ans

Au moyen d'une incision en fosse iliaque droite comme accès opératoire, on n'a pas choisi ici la solution optimale d'accès. L'intervention fut documentée de manière imprécise, ce qui attire le soupçon de dissimulation. La raison pour laquelle a été réséqué autant d'intestin grêle (> 36 cm) n'est pas clairement compréhensible, pour une résection iléocaecale lors d'une appendicite perforée avec abcès du Douglas. Malgré cela, sur la base de la documentation disponible aucune erreur de traitement ne peut être jugée.

RESUME

Nous partons du principe que Mr le Dr en Médecine B. _____ dispose d'un titre de spécialiste FMH en Chirurgie. En résumé, sur la base des 4 cas à disposition, la compétence comme chirurgien généraliste ne peut pas lui être déniée. Afin de pouvoir établir une fréquence de complications trop élevée, ces interventions opératoires devraient être évaluées de manière plus complète.

5. Réponses aux questions de Mr Laurent Moreillon, avocat

5.1 Avez-vous dans le traitement des 4 cas susmentionnés établi une quelconque erreur de traitement ?

Non, des erreurs thérapeutiques aussi dans le sens d'une faute professionnelle ne sont vérifiables dans aucun des 4 cas en discussion.

5.2 Peut-on à part cela, dans ces 4 cas, parler d'un comportement médical inadéquat ?

Cas 1: Mr G.B. 51 ans: une insuffisance duodénale est à considérer comme une complication qui peut survenir. Il n'y a pas à parler ici de comportement médical inadéquat même si, comme mentionné sous point 3 et 4, l'intervention ne correspond pas en tous points à notre école.

Cas 2: Mme A. S. 34 ans: lors d'une opération de varices, on doit identifier un vaisseau avant de le clamper. Le clampage précoce dans une situation mal reconnaissable peut être classé comme comportement inadéquat. Mais, la situation a été comprise encore

avant la transection de l'artère. L'ischémie fut reconnue dans un délai adéquat et levée par un chirurgien ultérieur.

Cas 3: Mr M. A. 19 ans: bien qu'il soit discutable si un patient avec la blessure donnée doit être directement transféré au centre universitaire ou d'abord évalué dans un hôpital périphérique, on ne peut pas parler de comportement médical inadéquat à propos du déroulement tel qu'il a eu lieu.

Cas 4: Mme L. B. 14 ans: la différence du rapport opératoire (10 cm d'iléon réséqué et lésion iatrogène non transmurale de la paroi intestinale) avec le rapport de pathologie y compris la documentation photographique de la préparation sans étalon (>36 cm d'iléon réséqué, défauts transmuraux à l'intestin grêle et au gros intestin) n'est pas explicable. Cette documentation opératoire paraît pour le moins incomplète sinon même trompeuse et doit être classée comme comportement médical inadéquat.

5.3 Le comportement médical ou une omission du Dr B. _____ justifient-ils son licenciement immédiat ?

Non, pas sur la base des documents à disposition (...).

5.4 Quel poids peut-on accorder à l'analyse et aux réflexions du rapport du Prof. Philippe Gertsch du 2 août 2004 ?

Le rapport a été dressé par un chirurgien confirmé. Pour cette raison, il doit être considéré comme important. Cela ne doit pas masquer que certains aspects furent jugés de manière très unilatérale et qu'on s'est livré à des présomptions qui ne peuvent pas être étayées par les faits disponibles.

Cas 1: Mr G. B. 51 ans: Dans notre Université comme dans d'autres Cliniques, la procédure chez un tel patient, lors d'une hémorragie stade IIa de Forrest, est endoscopique justement parce qu'une laparotomie d'urgence est très risquée. Même après une première récurrence hémorragique, on peut encore procéder par endoscopie (...). La divergence d'opinion entre le Prof. Ph. Gertsch et moi, montre comment les enseignements, ou du moins les manières de procéder de chirurgiens confirmés divergent. Cela se vérifie dans le fait que j'ai critiqué la démarche opératoire de manière totalement différente et qu'il y a divergence d'opinion à savoir quand il faut faire une laparotomie après traitement endoscopique. Que l'évolution, hélas malheureuse, ait dû être influencée ou même causée est de nature purement spéculative.

Cas 2: Mme A. S. 34 ans: là le Dr B. _____ est décrit comme chirurgien vasculaire formé. Un tel chirurgien doit disposer de nos jours d'une attestation approfondie en chirurgie vasculaire. Un tel titre n'est pas présent chez le Dr B. _____. Ainsi, l'identification d'une lésion intimale sur la base d'un hématome de la paroi artérielle n'est pas à présupposer.

Cas 3: Mr M. A. 19 ans: la gravité d'une blessure se laisse vérifier avec des moyens divers. Le Prof. Ph. Gertsch n'admet pas cela dans son appréciation. Par contre, il atteste que la lésion vasculaire traumatique a été correctement reconnue durant l'opération et dirigée dans le centre de référence au plus vite.

Cas 4: Mme L. B. 14 ans: le traitement proposé par le Prof. Ph. Gertsch d'une appendicite abcédée avec des antibiotiques seuls ou combinés avec un drainage percutané vaut comme une possible variante thérapeutique que nous n'utilisons pratiquement jamais dans notre Clinique. Combien d'iléon aurait pu être maintenu n'est pas déterminable rétrospectivement avec certitude. On ne peut que spéculer là-dessus.

5.5 Peut-on considérer le rapport du Prof. Ph. Gertsch formellement comme une expertise ?

Oui, encore que les questions posées initialement auxquelles il a été répondu, n'apparaissent pas dans le rapport. Au sens strict, l'expertise est pour cela incomplète. En outre, il est à mentionner que dans une expertise, on doit renoncer à des présomptions telles qu'elles sont contenues dans ce rapport.

(...)."

Le 12 mai 2005, le rapport des Professeurs Marti et Gürke du 10 avril 2005 a été transmis au conseil de l'C.3 par courrier recommandé, ainsi qu'aux médecins cantonaux vaudois et fribourgeois. L'C.3 n'avait pas connaissance du mandat confié par le demandeur aux Professeurs Marti et Gürke, avant de recevoir copie de leur rapport, par la lettre du 12 mai 2005. Le courrier mentionne notamment ce qui suit:

" (...)

5. Pour le compte de mon client, je formule les observations et réquisitions suivantes:
 - a) Je rappelle que dans la décision prise par l'Hôpital le 11 septembre 2004, C.3 a refusé de donner suite à la requête du Dr B._____ tendant à la mise en œuvre conjointe d'une expertise. Dès lors, la procédure d'évaluation du rapport Gertsch est désormais terminée.
 - b) S'agissant du cas du patient n° 3, je rappelle que le Dr R._____ n'a pas hésité, à l'époque, à adresser son propre «commentaire» à ce patient en relevant l'existence d'une faute médicale et professionnelle à la charge du Dr B._____. Vous constaterez dans le rapport établi par le Professeur Marti que mon client est totalement innocenté. Or aujourd'hui, le patient n° 3 a consulté un avocat pour faire valoir ses droits tant à l'encontre de l'Hôpital que du Dr B._____.

Je requiers de l'Hôpital qu'il adresse un nouveau courrier rectificatif au patient n° 3, respectivement à son conseil, pour l'informer que les conclusions du Dr R._____ étaient erronées. Sur ce premier point déjà, la présente vaut mise en demeure.

- c) Par décision du 11 septembre 2004, le Conseil d'administration de l'C.3 a transmis une copie du rapport Gertsch aux médecins cantonaux des cantons de Vaud et de Fribourg. Vous trouverez en annexe, par courrier séparé, la lettre que j'adresse ce jour aux responsables précités vaudois et fribourgeois. L'C.3, à réception du rapport Marti, voudra bien prendre contact également avec les médecins cantonaux des cantons de Vaud et de Fribourg pour indiquer qu'il retire

leur dénonciation. Sur ce point également, la présente vaut mise en demeure.

- d) Au cours de cette séance extraordinaire, le Conseil d'administration de l'C.3 a décidé qu'une information appropriée serait donnée aux chefs de services travaillant au sein de l'C.3.

Vous n'êtes pas sans ignorer que la *publicité* donnée par l'C.3 à la mise à pied sans délai du Dr B. _____ est de loin sortie de la Province broyarde. A la suite de ce licenciement avec effet immédiat, mon client a été dans l'incapacité de pouvoir opérer dans les cliniques de la Suisse romande. (...)

Vous pourrez constater qu'à la suite du discrédit jeté par l'C.3 sur le Dr B. _____, plus personne n'accepte ce dernier comme praticien opératoire.

Au vu de l'expertise établie par le Professeur Marti, je requiers de l'C.3 qu'il diffuse un communiqué à tous les hôpitaux, cliniques et médecins chirurgiens par lequel votre mandant se rétracte. Là également, la présente vaut mise en demeure.

- e) Enfin, les conditions d'un licenciement avec effet immédiat n'étant à l'évidence pas réalisées, je requiers, comme je l'ai fait à l'époque par lettre LSI, la réintégration immédiate du Dr B. _____ dans l'C.3.

(...)."

Par courrier du 16 juin 2005 adressé au conseil du demandeur, l'C.3 a rejeté les mises en demeure du demandeur. Rien n'a été fait s'agissant de la requête de rectification auprès du patient n° 3, ni s'agissant d'une réhabilitation des compétences du demandeur.

11. L'C.3 a soumis le rapport établi par les Professeurs Marti et Gürke au Professeur Gertsch.

Le 29 mai 2005, le Professeur Gertsch a adressé au conseil de l'C.3 une correspondance dont la teneur est la suivante:

" (...)

Ayant pris connaissance de l'expertise du Prof W.R. Marti et du Dr L. Gürke, je vous transmets mes réflexions concernant l'évaluation de ces deux experts.

Tout d'abord, je dois constater que Mr L. Moreillon, avocat, ne semble pas avoir donné aux deux experts le simple mandat

d'évaluer si des erreurs avaient été commises au cours du traitement des 4 patients, mais aussi celui d'évaluer l'avis que j'avais émis à propos de ces mêmes cas.

J'ai pris connaissance du rapport d'expertise du Prof Marti et Dr Gürke, et j'ai relu le rapport que je vous avais transmis. Je maintiens mon appréciation de ces cas qui, je pense, est pondérée et juste. Puisque les experts ont "expertisé" mon rapport, je me permettrai de faire de même pour le leur à propos de chacun des 4 cas.

Cas no 1. Mr G.B.

Selon mes notes, ce patient a présenté dès son admission un état de choc consécutif à une hémorragie gastro-intestinale, état de choc qui a récidivé lors d'une récurrence de l'hémorragie 5 heures plus tard. Le patient a reçu 6 concentrés érythrocytaires avant qu'une 3^{ème} hémorragie ne survienne, suite à laquelle il a été opéré.

Dans les suites opératoires, des amines vaso-actives ont été nécessaires et le patient n'étant pas extubable, il a été transféré aux soins intensifs du CHUV.

Le Prof. Marti attribue l'insuffisance de la duodénotomie aux facteurs suivants: «mauvaise condition circulatoire et perfusion intestinale insuffisante». Je suis parfaitement d'accord avec lui, tout en observant que les mauvaises conditions circulatoires et la perfusion intestinale insuffisante sont précisément la conséquence directe des états de choc récidivants, eux-mêmes dus à l'hémorragie initiale et aux récurrences qui ont suivi. Je n'ai pas critiqué la technique de suture de l'ulcère, (comme me le reproche le Prof Marti) car il n'y a pas eu de récurrence de l'hémorragie après l'opération (selon les informations fournies). Ce point m'est paru sans importance dans une évaluation des conséquences de l'évolution du patient. Mon but n'était pas de «charger» le

Dr B. _____, mais de fournir une évaluation objective du cas. Je considère que la remarque du Prof Marti sur ce point n'a fait que mettre en relief une insuffisance de plus du Dr B. _____, peut-être en ayant espéré discréditer tant soit peu l'avis que je vous avais donné.

L'évaluation de ce cas, encore une fois, ne peut se faire sans tenir compte des données de la littérature chirurgicale, qui montrent bien que l'état de choc à l'admission, les stigmates endoscopiques d'une hémorragie récente, et l'administration de plus de 5 concentrés érythrocytaires sont prédictifs d'une récurrence d'hémorragie. Je ne critique pas la décision de ne pas avoir opéré d'emblée et d'avoir tenté d'abord une hémostase endoscopique. Toutefois, dès la première récurrence de l'hémorragie, une opération devait être envisagée, et en tous les cas avant la deuxième. Il est en général recommandé d'opérer de manière plus précoce, les patients fragiles (âgés ou ceux qui présentent des co-morbidités) et Mr G.B présentait certainement cette caractéristique. La décision correcte n'a donc pas été prise à temps et le patient a malheureusement présenté une nouvelle hémorragie avec instabilité hémodynamique. L'insuffisance multi-organes traitée aux soins intensifs peut être considérée comme une conséquence de l'état de choc prolongé dont a souffert le patient, comme la fistule duodénale survenue dans les jours qui ont suivi.

Une analyse objective des faits doit conduire à des déductions logiques de ce qui a pu se passer. Il ne s'agit donc nullement de présomptions comme le pense le Prof Marti.

Cas no 2 Me A. S.

Je ne reviens pas sur les détails de ce cas. Je maintiens mon évaluation. Les prétendues qualifications en chirurgie vasculaire du Dr B. _____ ne pouvaient pas être confirmées, lors de son engagement à l'hôpital par une attestation de formation approfondie en chirurgie vasculaire, comme le pense le Prof Marti, puisque ce titre n'existait pas encore à ce moment-là. La demande du titre peut, en fait, être faite jusqu'à la fin de cette année. Même pour un chirurgien général, le clampage au moyen de clamps traumatiques (préparant ainsi la section du vaisseau) d'une artère fémorale confondue avec une néo-crosse de la veine saphène doit être considérée comme une erreur grossière.

Cas no 3 Mr M.A.

Je ne pense pas que l'évaluation de la situation que j'ai faite et que mes conclusions doivent être changées. Je me permets juste de m'étonner que le Dr B. _____, qui n'est pas considéré par le Prof Marti comme un chirurgien vasculaire dans l'évaluation du cas précédent, devient soudain «un chirurgien vasculaire avisé» (page 4 ligne 31). C'est bien le point que je mets en doute: le chirurgien était-il vasculaire ? et si, bien que prétendant l'être, il ne l'était pas, était-il avisé de s'embarquer dans une opération qu'il ne pouvait pas mener à terme ?

Cas no 4 L.B.

Dans ce cas également, je maintiens mon évaluation. Il me semble que le Prof Marti n'a pas lu mon rapport, et en déforme le contenu. Voici ce que j'écris: *«Le traitement universellement reconnu de l'abcès appendiculaire est, pour autant que possible, d'abord conservateur avec antibiothérapie et observation attentive de l'évolution qui peut se faire de manière favorable, sans autre intervention. Lorsque les circonstances le dictent, des gestes plus agressifs peuvent être nécessaires: drainage percutané d'une collection de pus, ou alors abord chirurgical avec simple drainage de l'abcès.»* Or voici ce qu'en dit le Prof. Marti *«Lors d'une appendicite abcédée, on procède en général à une appendicectomie avec lavage d'abcès. Une alternative au moyen d'un drainage percutané accompagné d'antibiotiques est pensable mais, certainement pas à décrire comme norme comme l'expertise du Prof. Gertsch le présente en tant qu'unique traitement correct».*

Je considère comme une erreur, de tenter à tout prix d'effectuer une appendicectomie lorsque le drainage chirurgical d'un abcès appendiculaire est entrepris. Je maintiens qu'un traitement conservateur comme je l'avais mentionné (voir ci-dessus) donne d'excellents résultats dans une majorité de cas. Divers textes de référence le confirment (...) comme de nombreuses publications récentes. S'il est vrai que les avis peuvent différer parmi les chirurgiens, une attitude rigide est dangereuse et souvent signe d'ignorance et le chirurgien averti devrait être capable de changer sa tactique lorsque les circonstances le demandent.

Je ne considère en aucun cas comme une présomption que d'affirmer qu'une résection de 50 cm d'iléon terminal (chez une

patiente de 14 ans) pourrait avoir des conséquences négatives à long terme. La physiopathologie est une science, et faire appel à ce qu'elle nous enseigne fait partie d'une évaluation médicale objective des conséquences possibles de certains actes chirurgicaux.

Cher Monsieur, j'ai l'impression que les experts mandatés par Mr L Moreillon, avocat, ont pris à cœur le mandat de défendre le Dr B. _____ plus que de donner une évaluation des cas soumis à leur attention. Ceci conduit aux contradictions que j'ai relevées dans leur rapport. Dans mon évaluation, je n'ai à aucun moment cherché à condamner le Dr B. _____, mais à évaluer s'il pouvait constituer un risque pour les patients. En ce sens, une activité totalement indépendante m'était parue potentiellement dangereuse. Par contre, une activité de chef de clinique, c'est-à-dire susceptible à tout moment d'être contrôlée par un médecin-chef paraissait envisageable.

(...)."

Le Professeur Gertsch a joint quelques textes de référence à son avis complémentaire du 29 mai 2005.

12. Le 16 juin 2005, par l'intermédiaire de son conseil, l'C.3 a adressé une correspondance complémentaire aux médecins cantonaux vaudois et fribourgeois, relevant que, de son point de vue, le principe de précaution justifiait la décision qui avait été prise, en septembre 2004, de se séparer du demandeur.

Au mois de juin 2005, le demandeur a adressé au doyen du collège des médecins une lettre devant être lue au plénum de l'C.3. Cette correspondance a la teneur suivante:

" Chers Collègues,

En septembre 2004, le Conseil d'Administration de l'C.3 avait mis fin avec effet immédiat aux relations contractuelles qui me liaient à cette institution.

Il l'avait fait en s'appuyant sur un rapport du Professeur Gertsch. Le Professeur Gertsch avait fait son rapport sur la base de certains éléments des dossiers de quatre de mes patients ainsi que sur des renseignements transmis par un représentant de l'C.3.

Je pense que vous comprendrez que dans ces conditions, je ne pouvais pas porter crédit au rapport du Professeur Gertsch.

J'avais du reste avant le rapport du Professeur Gertsch, demandé qu'une expertise objective soit faite au sujet des cas pour lesquels, on avait des reproches à me faire. J'ai effectivement toujours pensé

avoir travaillé de façon responsable et sérieuse dans les règles de l'art, pour le bien des patients, en fonction de chaque situation particulière.

J'ai, sous l'égide du Président de la Société Suisse de Chirurgie, le Professeur Schlümpf, obtenu que les Professeurs Marti (expert) et Gürke (co-expert) du service de Chirurgie viscérale de l'Hôpital Universitaire de Bâle, fassent une expertise sur les quatre cas qui avaient été présentés au Professeur Gertsch.

Pour faire cette expertise, les Professeurs Marti et Gürke avaient en possession les 4 dossiers médicaux complets des patients et l'expertise du Professeur Gertsch sur laquelle nous avons également demandé un avis.

Comme les Professeurs Marti et Gürke ont fait leur expertise sur dossiers, je n'ai encore jamais eu l'occasion d'expliquer à un expert le pourquoi et le comment de mes attitudes et gestes thérapeutiques ou de répondre à certaines questions.

Ceci dit, les conclusions des Professeurs Marti et Gürke sont éloquents. Je n'ai fait aucune erreur médicale dans les 4 cas examinés et rien ne justifiait mon licenciement. La seule charge retenue contre moi est le fait d'avoir effectué un très mauvais compte-rendu opératoire au sujet du 4^{ème} cas. Je suis tout à fait d'accord avec cette critique. Je regrette amèrement de ne pas m'être plus appliqué à faire ce compte-rendu car, il permet effectivement toutes les suppositions, en particulier quant à mon intégrité morale.

Ceci dit soyez rassurés, je suis régulièrement la patiente no 4, comme du reste la patiente no 2. Toutes deux se portent parfaitement bien.

Malgré l'expertise des Professeurs Marti et Gürke, l'C.3 soutient que mon licenciement était justifié.

Je ne peux accepter une telle injustice et n'ai plus pour me défendre, que le seul choix de donner une suite judiciaire à cette affaire. Il est possible que cela vous porte préjudice de près ou de loin. Croyez bien que j'en suis désolé.

Au cas où vous seriez intéressé et que vous n'auriez pas encore pu avoir accès au rapport d'expertise des Professeurs Marti et Gürke, sachez que le Dr [...] en a un exemplaire à votre disposition.

J'espère que vous imaginez à quel point ces démarches me sont cruelles.

Recevez, chers Collègues, mes meilleures salutations."

Le 11 juillet 2005, le doyen du collège des médecins de l'C.3 a adressé un courrier au demandeur, ayant notamment la teneur suivante:

" Il n'appartient pas au Plenum du Collège des médecins - encore moins à son doyen - d'ouvrir un débat rétrospectif sur des décisions arrêtées par le Conseil d'Administration de l'C.3.

Nous ne pouvons néanmoins ignorer le fait que tu as siégé durant des années au sein de notre Collège médical partageant nos préoccupations en parfaites déontologie et confraternité. Nous ne connaissons par ailleurs aucun contentieux personnel qui t'opposerait à l'un ou l'autre de ses membres. Pour cette raison et par souci d'apaisement, nous sommes donc convenus de donner suite à ta demande.

Ainsi, le Dr [...], doyen en charge au moment des faits, donnera une lecture intégrale de ta lettre de juin 2005 adressée aux membres du Plenum de l'C.3 lors de la prochaine réunion de cette instance, le 29 août 2005."

A la suite de la lettre adressée au plenum de l'C.3 par le demandeur, le conseil d'administration a également adressé une communication au plenum, dont la teneur est la suivante:

" (...)

Concerne: Dr B. _____

Nous avons pris connaissance des correspondances qui ont été échangées, en juin et le 11 juillet 2005, par le Dr B. _____ et le Dr E. _____.

Pour des raisons liées à la protection de la personnalité du Dr B. _____, il n'est guère possible au Conseil d'Administration de vous faire part des circonstances exactes qui l'ont amené à résilier le contrat qui liait ce médecin à l'C.3. Le Dr B. _____ lui-même a demandé à plusieurs reprises que la plus grande discrétion entoure cette affaire, ce qui nous amène à être très surpris de la démarche qu'il a entreprise auprès du plénum de l'C.3, en faisant état de certaines circonstances dans sa lettre du mois de juin 2005.

Le Conseil d'Administration tient cependant à rappeler que la résiliation du contrat auquel était partie le Dr B. _____ s'est fondée pour l'essentiel sur un rapport établi par un expert externe, de rang professoral.

Les critiques formulées à l'encontre de ce rapport par le Dr B. _____ ne sont pas partagées par le Conseil d'Administration, qui estime que sa décision était entièrement justifiée.

Nous saisissons en outre l'occasion du présent communiqué pour rappeler que cette affaire relevant de la compétence du Conseil d'Administration, nous vous remercions de ne pas interférer dans la procédure à venir.

(...)."

13. Le 28 juillet 2005, l'C.3 a demandé un nouveau rapport d'expertise au Professeur Philippe Morel, de l'Hôpital cantonal de Genève, à qui ont été remis les quatre dossiers des patients, le rapport d'expertise du Professeur Gertsch, le rapport des Professeurs Marti et Gürke et les remarques complémentaires du Professeur Gertsch. Une des questions posées au Professeur Morel était la suivante: "De votre point de vue, comment doit-on apprécier les attitudes inadéquates du Dr B. _____ ?".

Le 7 avril 2006, le Professeur Morel a établi son rapport. Il en ressort ce qui suit:

" (...)

Cas n° 1: Monsieur D.G, né le 03.11.1951:

(...)

La prise en charge de ce patient en première intention par un traitement endoscopique semble tout à fait correcte. Le timing de l'intervention chirurgicale après un 2^{ème} échec d'hémostase endoscopique semble correct. L'on peut rétrospectivement discuter si l'indication opératoire n'aurait pas pu être posée plus tôt chez ce patient au vu de sa fragilité générale à mettre sur le compte de ses comorbidités. Il est possible qu'un traitement chirurgical plus précoce ait été bénéfique chez ce patient qui ne pouvait que difficilement supporter une instabilité hémodynamique prolongée liée à des récives d'hémorragies sur ces 48 premières heures d'hospitalisation.

Concernant le traitement chirurgical, pratiqué par le Docteur B. _____; celui-ci est pour le moins peu clair à la lecture de son protocole opératoire. (...)

(...)

(...) Nous pensons donc que le traitement chirurgical au vu de la pathologie hémorragique de Monsieur G.B. a été insuffisant et non adéquat.

Nous ne pouvons pas discuter le fait que le patient ait été transféré au CHUV à la suite de l'intervention, ce transfert semblant tout à fait indiqué en raison de l'instabilité hémodynamique persistante chez ce patient, associée à une impossibilité d'extubation.

Concernant les suites de ce patient, (...) On ne peut directement incriminer le Docteur B. _____ de la survenue de cette fuite connaissant le risque intrinsèque (...). Toutefois, nous sommes étonnés de la notion de perforation colique chez ce patient au niveau sigmoïdien et nous pouvons nous poser la question de savoir si celle-ci n'a pas un lien avec la première intervention.

Concernant l'évolution du patient, la suite et ultérieurement son décès en mars 2006 (...), nous ne voyons pas de lien direct avec la prise en charge primaire du patient. Nous pourrions discuter, comme l'a fait le Professeur GERTSCH du timing de la première intervention qui s'il avait été plus précoce, aurait peut-être favorisé l'évolution postopératoire de ce patient en abrégant la période d'instabilité hémodynamique ayant précédé le traitement chirurgical et éventuellement favorisé les suites de celle-ci.
(...)

En conclusion, nous retenons dans ce cas:

- Une attitude chirurgicale inadéquate du point de vue de la technique opératoire et nous pensons que le traitement de la pathologie hémorragique ulcéreuse n'a pas été définitif ou du moins optimal durant l'opération du 11.12.2001 par le Docteur B._____. De plus, il est à noter que le rapport opératoire de cette intervention est peu clair et laisse planer quelques doutes quant à la compréhension du status opératoire par le chirurgien en charge de cette intervention.
- Concernant le timing de cette intervention, comme celui-ci a été discuté par le Professeur GERTSCH, l'on peut se demander si l'indication à une hémostase chirurgicale n'aurait pas pu être posée plus précocement chez ce patient. Ce point-là reste discutable au vu du dossier qui est entre nos mains.

En conclusion, nous pensons dans ce cas que le Docteur B._____ n'a pas su faire preuve d'une maturité chirurgicale suffisante dans le traitement de ce patient.

Cas n° 2: Madame A.S., née le 14.09.1968:

(...)

Dans ce cas, nous relevons plusieurs points pour le moins inquiétants:

- Un chirurgien prétendant avoir une formation en chirurgie vasculaire ne devrait pas confondre un vaisseau artériel et un vaisseau veineux.
- Tout chirurgien vasculaire devrait savoir que la mise en place de clamps traumatiques sur un vaisseau artériel peut engendrer des lésions de la paroi vasculaire sévères dont une des complications est la thrombose artérielle, comme cela sera le cas pour cette patiente. Par ailleurs, l'apparition de signes de lésions de la paroi artérielle après retrait des clamps doit impérativement faire suspecter une lésion intimale artérielle nécessitant d'être exclue de manière formelle, ce qui n'a pas été le cas chez cette patiente. Le résultat en a été pour la patiente une réopération en urgence qui fort heureusement a permis de rattraper à temps la situation et a pu éviter de graves, voire irréversibles complications. Il est bien entendu que dans ce cas, la réopération aurait pu être évitée si le Docteur B._____ s'était donné la peine d'exclure formellement une lésion vasculaire durant son intervention, ou s'il avait réalisé que la situation dépassait son niveau de

compétence et qu'il ait alors appelé à quelqu'un de plus expérimenté tel que le chirurgien qui a permis de récupérer la situation quelques heures plus tard et qui est un de ses collègues.

En conclusion nous retenons dans ce cas la présence de faute grave dont les conséquences ont pu être évitées fort heureusement pour la patiente, mais qui ne sont pas admissibles pour un médecin-chef d'hôpital régional.

Cas n° 3: Monsieur M.A., né le 24.03.1985:

(...)

Si dans ce cas, l'évaluation de la gravité de la lésion et de la situation clinique n'est pas formellement critiquable, l'on est en droit de se demander à la lecture du dossier si la gravité des lésions n'a tout de même pas été sous-estimée avant de débiter une opération en urgence à l'C.3 en l'absence d'équipe spécialisée, et si un transfert de ce patient au CHUV pour une prise en charge spécialisée en première intervention n'aurait pas été plus adéquat. Ceci d'autant plus qu'à la lecture du dossier il ne semblait pas y avoir de contre-indication à un transfert en première intention au CHUV. Cela aurait évité la réalisation d'une intervention chirurgicale par le Docteur B._____, incomplète, et non curative, comme ceci ressort du dossier du CHUV (...).

Heureusement, le Docteur B._____ a su en per-opératoire admettre son incapacité à réaliser un traitement chirurgical curatif et a pris la décision adéquate dans cette situation de transférer le patient à une équipe spécialisée.

En conclusion, le Docteur B._____ a dans ce cas soit surestimé ses capacités, soit sous-évalué la situation clinique. La conséquence a été une prise en charge chirurgicale en première intention par un chirurgien non spécialisé, pouvant entraîner une complication de travail pour l'équipe chirurgicale spécialisée du CHUV. De plus, un transfert du patient intubé a été nécessaire avec les risques que cela comporte ce qui bien sûr aura pour conséquence de ternir l'image de l'C.3.

Concernant les séquelles neurologiques présentées par le patient, nous pensons, comme le Professeur GERTSCH, et jusqu'à preuve du contraire, qu'elles sont probablement à attribuer à une lésion traumatique du nerf sciatique poplité externe probablement méconnue durant les interventions chirurgicales plutôt qu'à l'ischémie partielle présentée par ce patient.

Cas n° 4: Mademoiselle L.B., née le 18.02.1990:

(...)

Concernant la prise en charge pré-opératoire nous n'avons pas de commentaire à faire. (...)

(...)

Dans ce cas, plusieurs remarques sont à faire:

- Le plus grave semble être l'importante discordance entre le rapport opératoire et le rapport de pathologie et parallèlement l'incompréhension de la situation clinique à la lecture du protocole opératoire.

(...)

Ceci nous amène à discuter des options thérapeutiques qui auraient pu être proposées à cette patiente. (...) il nous semble que des options moins mutilantes auraient pu être proposées, voire réalisées chez cette patiente. (...)

(...)

En résumé, il nous semble que le Docteur B. _____ a effectué un traitement mutilant chez cette patiente sans en donner de justifications. Ceci laisse planer le doute, comme l'a relevé le Professeur GERTSCH sur d'éventuelles lésions peropératoires ou éventuellement à notre avis, à la lecture du protocole opératoire.

En conclusion, ce cas est inquiétant et démontre que dans la gestion de ce cas, le Docteur B. _____ a fait preuve d'ignorance et d'incompétence.

Il est par ailleurs très suspect de trouver d'importantes discordances entre le protocole opératoire et le rapport de pathologie qui relèvent soit d'une dissimulation délibérée, soit de l'absence de conscience professionnelle dans ce cas. Finalement, comme l'a relevé le Professeur GERTSCH, il est à espérer que cette patiente ne subisse pas les conséquences de cette chirurgie mutilante d'un point de vue digestif en raison de l'importance de la résection grêle qu'elle a subie.

(...)

De votre point de vue, comment doit-on apprécier les attitudes inadéquates du Docteur B. _____ ceci au vu des 4 cas précédents ?

(...)

En conclusion nous relevons au travers de ces 4 cas que le Docteur B. _____ présente des compétences insuffisantes pour la prise en charge en tant que médecin responsable d'un Hôpital Régional pour pouvoir assurer la prise en charge de tels cas, ceci pouvant constituer une menace pour certains patients.

Dans les 4 cas qui nous ont été donnés pour expertise, tous révèlent la présence d'erreurs d'appréciation et d'un manque de maturité chirurgicale n'étant pas compatibles avec un rôle de médecin-chef dans un hôpital régional. Il est bien entendu que cet avis se base uniquement sur les 4 cas qui ont été portés à notre connaissance et

ne prend pas en compte le reste de l'activité du Docteur B._____, pour lequel nous n'avons pas été mandatés.

(...)

Estimez-vous que la décision prise par le conseil d'administration de l'C.3, de résilier le contrat qui le liait au Docteur B._____, était justifiée, du point de vue de la défense des intérêts du patient compte tenu des risques encourus lors des opérations dirigées par le Docteur B._____ ?

Au vu des 4 cas qui nous ont été mandatés pour expertise, cette décision semble justifiée du point de vue de la défense du patient lors de prises en charge de pathologies similaires aux cas qui nous ont été exposés. Concernant 2 des 4 cas qui nous ont été soumis faisant appel à des connaissances de chirurgie vasculaire, les erreurs mises en évidence dans cette expertise, de même que dans les expertises des Professeurs GERTSCH, MARTI et GUERKE, il semble que le Docteur B._____ ne possède pas une expérience en chirurgie vasculaire lui permettant d'assurer un rôle de médecin-chef de garde dans le cadre de pathologies vasculaires comme l'avait noté le Professeur GERTSCH.

(...)

Estimez-vous qu'il soit justifié de porter cette affaire à la connaissance de la FMH, étant précisé que les médecins cantonaux vaudois et fribourgeois ont déjà été avisés ?

Non, nous ne pensons pas qu'il y ait lieu de porter cette affaire à la connaissance de la FMH.

(...)."

Le 26 novembre 2004, le demandeur s'était directement adressé au Professeur Morel en sollicitant une expertise de sa part. La correspondance du demandeur mentionnait ce qui suit:

" (...)

Par cette lettre, je me permets de vous demander si vous accepteriez de faire une expertise au sujet de 4 patients pour lesquels des reproches m'ont été faits.

En résumé, j'étais chef de service dans le département de Chirurgie de l'C.3. Ce dernier a mis fin avec effet immédiat aux relations contractuelles nous liant le 11 septembre dernier.

L'hôpital a fondé sa décision sur un rapport établi par le Professeur Gertsch.

En effet, l'C.3 avait demandé, sur requête et par l'intermédiaire de son chef du département de Chirurgie qui est également son

Directeur médical, au Professeur Gertsch de critiquer mon action auprès de 4 de mes patients.

Le Professeur Gertsch a réalisé son rapport sur la base de renseignements qui lui ont été transmis exclusivement et, de toute évidence, de façon incomplète par l'C.3.

Je conteste quant à moi formellement et fermement avoir commis la moindre erreur professionnelle.

Pour me défendre, mon avocat m'a conseillé, avant de prendre des dispositions d'ordre judiciaire, d'obtenir une expertise sérieuse, complète et digne de foi.

(...)."

Le 19 janvier 2005, le Professeur Morel avait répondu ce qui suit au demandeur:

" (...)

J'ai évidemment pris quelques renseignements sur la situation, et je suis malheureusement au regret de vous informer qu'il ne me sera pas possible d'accéder à votre demande de procéder à une expertise sur les cas concernés qui ont du reste déjà fait l'objet d'une évaluation par le Professeur GERTSCH.

(...)."

Le 20 janvier 2005, le conseil du demandeur avait écrit un courrier au Professeur Philippe Morel dont il ressortait ce qui suit:

" (...) le Professeur Gertsch, mandaté exclusivement par l'C.3, a réalisé son expertise sans prendre la peine d'entendre le Dr B._____. Il s'est fondé uniquement sur la base de renseignements (incomplets) qui lui ont été uniquement transmis par l'C.3.

(...)

Mon client se trouve aujourd'hui dans une situation impossible.

Tous les spécialistes auxquels il s'est adressé déclinent systématiquement l'offre qui leur est faite. On peut se demander si le Professeur Gertsch a une *autorité* telle qu'elle dissuaderait des Collègues ou des Confrères d'examiner le travail réalisé. On peut d'autre part se demander s'il n'y a pas une véritable *omerta*, au point que personne, dans le milieu et la profession, n'ose prendre position sur un litige qui divise un médecin de son ancien employeur.

La situation du Dr B._____ est cependant préoccupante. Non seulement il a été licencié avec effet immédiat (ce qu'il conteste), mais encore et surtout ce licenciement a eu des échos dans le milieu

médical. Aujourd'hui, il est très difficile au Dr B. _____ de trouver un endroit pour opérer, la rumeur ne cessant de se répandre. Au point que le Conseil de santé vient de m'interpeller pour me demander ce qu'il en était.

Dans ce contexte, il fait appel à votre compréhension, à vos compétences en tant que médecin et professeur à l'Université.

(...)

Il y va du droit du Dr B. _____ de pratiquer son métier.

(...)."

Le 4 février 2005, le Professeur Morel avait répondu ce qui suit au conseil du demandeur:

" (...)

Il est évident que si différentes personnes, comme vous le mentionnez dans votre lettre, ont refusé de procéder à une expertise pour le Docteur B._____, c'est que cette expertise serait simplement à la charge tout à fait claire du Docteur B._____.

J'ai moi-même pris également des renseignements, précis, et je peux vous dire que sa situation est simplement indéfendable.

(...)

Etant appelé par ce collègue pour le défendre, comme mes précédents confrères, je ne peux accepter ce mandat puisqu'il s'agirait non pas de le défendre, mais clairement de l'inculper.

(...)."

14. Le 10 juillet 2006, le patient n° 3 a intenté une expertise hors procès contre le demandeur et a saisi le bureau d'expertises FMH. Il ressort ce qui suit de cette procédure:

" (...)

A la suite de cet incident, la Direction de l'C.3, à [...], a licencié le Docteur B._____ parce qu'elle avait considéré qu'il avait commis une faute inacceptable en ce sens qu'il était évident dès le départ qu'il n'était pas compétent pour traiter le blessé.

(...)

3. Fautes présumées

La Direction du C.3, à [...] dont font partie plusieurs médecins, a considéré (...) que le Docteur B._____ avait de toute évidence commis une faute inacceptable en tentant de réparer la jambe de (...) alors qu'il savait ou aurait dû savoir dès le départ qu'il n'en était pas capable. Cette intervention et le retard qu'elle a provoqué avant que le CHUV ne puisse intervenir, ont contribué à aggraver le cas, ont nécessité des interventions plus importantes, ont prolongé la convalescence et ont aggravé les séquelles.

(...)."

Dans le cadre de ce litige, le Bureau d'expertises FMH a confié le mandat aux Drs Heim et Mouton. Selon cette expertise, le demandeur n'a pas parlé au patient de l'éventualité d'un transfert dans un centre de chirurgie vasculaire, avant l'opération. Contrairement à ce qui figure dans l'expertise, il est faux d'affirmer qu'un radiologue était toujours présent, même s'il y en avait toujours un qui était atteignable.

Cette expertise est aujourd'hui définitive et exécutoire, faute pour le patient précité d'avoir requis un complément ou une contre-expertise.

Le 8 février 2008, le conseil du demandeur a invité une nouvelle fois l'C.3 à prendre les mesures nécessaires afin de réhabiliter le demandeur sur le plan professionnel.

Le 21 février 2008, le conseil de l'C.3 a répondu à la lettre du 8 février 2008.

15. Au dépôt de la procédure, le demandeur n'avait toujours pas été entendu par quelque expert que ce soit.

16. Le demandeur a été chef de service dans le Département de chirurgie de l'C.3 du mois de janvier 2001 au mois de mai 2004. Il était de garde plus de 120 jours par an. Il y faisait ou y supervisait annuellement plus de 250 interventions sous anesthésie générale, dont environ une intervention sur cinq était une intervention en urgence.

L'incapacité d'opérer à [...] a placé le demandeur dans l'impossibilité de continuer son activité principale, qui était d'opérer des patients, en particulier de [...]. Cette activité exigeait en effet une intervention chirurgicale demandant une hospitalisation en chambre commune, la plupart des patients ne disposant pas d'assurance leur donnant un accès à une clinique privée. Le demandeur n'a plus pu en conséquence prendre en charge les patients dont il s'occupait d'habitude et a vu ainsi sa consultation à [...] se réduire presque à zéro. Plus précisément, la consultation privée à [...] pouvait continuer mais le demandeur ne pouvait plus opérer. Une partie de sa consultation à [...] même a également été annulée. La réduction a été très forte. Il ne restait plus qu'un demi-jour à un jour par semaine, pour une activité à 100%. Sa consultation à [...] avait déjà beaucoup diminué en raison de son transfert à [...]. Le demandeur ne faisait que de la consultation chirurgicale. N'ayant

plus accès à un hôpital public, le demandeur a été contraint, du jour au lendemain, de commencer à exercer une activité professionnelle pratiquement nouvelle.

Dans la profession, il est très rare qu'un chef de service soit mis à la porte avec effet immédiat, sous réserve d'une faute professionnelle ou de problèmes d'organisation, voire d'autorité.

Depuis le dépôt de la demande auprès de la Cour civile, le demandeur a continué à offrir ses services.

Par courrier du 28 juillet 2006, l'Hôpital de [...] ([...]) a décliné son offre. Il en va de même de l'Hôpital [...], selon lettre du 1^{er} septembre 2006.

17. Une expertise judiciaire a été confiée au Professeur Peter Buchmann, médecin-chef de la Clinique chirurgicale Stadspital Waid, à Zürich, qui a déposé son rapport le 29 juillet 2009.

S'agissant des comportements médicaux du demandeur, l'expert constate que le Professeur Gertsch et les Professeurs Marti et Gürke arrivent à des conclusions complètement opposées. Il admet que les quatre cas traités par le demandeur présentaient des situations difficiles et que les actes de l'opérateur prêtent à discussion. Dans le premier cas, l'expert explique que la technique opératoire choisie est correcte, l'hémostase chirurgicale était efficace et, selon lui, la perforation du diverticule du côlon n'est pas la conséquence de l'intervention sur le duodénum, mais elle a eu lieu de façon coïncidente. Le fait que la diverticulite ait abouti à une perforation et n'en soit pas restée au stade inflammatoire est peut-être lié à la situation générale qui a également abouti à une insuffisance au niveau duodénal. Dans le deuxième cas, l'expert confirme qu'il y a eu des erreurs commises pendant la primo-opération, soit la confusion des vaisseaux et non-identification de la lésion artérielle intinale. Dans le troisième cas, l'expert confirme que le patient devait être opéré à l'C.3 par le demandeur. En effet, l'hémorragie artérielle

avait déjà été arrêtée par deux fois sur le lieu de l'accident pendant trente minutes par la pose d'un garrot, le patient se plaignait de dysesthésies à son arrivée à l'hôpital et c'est pourquoi il n'était pas possible de laisser le garrot en place plus longtemps et qu'il était indiqué de procéder rapidement à une révision de la plaie. Durant l'opération, en ré-explorant la plaie, le demandeur a constaté qu'une revascularisation des artères distales des jambes dépassait ses possibilités à [...] et s'est rendu compte que l'intervention était beaucoup plus compliquée que prévu et qu'elle nécessitait le transfert du patient au CHUV. Ce transfert s'est déroulé dans des conditions et sur la base d'une analyse qualifiées d'exemplaires par le CHUV. Compte tenu du fait qu'il avait fallu poser un garrot à deux reprises, il était judicieux de procéder rapidement à une révision avec hémostase définitive. Le risque d'une récurrence hémorragique pendant le transport sans garrot était difficile à évaluer. Le patient présentait les symptômes d'un syndrome des loges à son admission; ne pas identifier un tel syndrome est une erreur grossière. Etant donné la reperfusion (recoloration de la jambe) visible, on peut comprendre que le demandeur n'ait pas supposé une occlusion des trois artères de la jambe. D'après l'expert, en présence de vaisseaux jeunes, un spasme temporaire est plus probable qu'en présence d'artères sclérotiques chez un patient âgé. Une incision supplémentaire permet toujours d'avoir une meilleure vue d'ensemble. Le rapport opératoire du 10 mars 2004 décrit spécifiquement qu'une exploration a été faite des deux côtés. Apparemment, à la fin, l'opérateur n'était plus sûr de son fait ("il n'est pas possible de repérer aisément ni l'artère tibiale antérieure ni le tronc tibio-péronier"); il était donc avisé de transférer le patient au CHUV. Selon l'expert, il est peu probable qu'une incision plus importante ait dissipé l'incertitude. S'agissant de ce patient, le diagnostic présumé était faux. En général, en présence d'une lésion sévère de l'artère poplitée ou des trois branches du tronc, on s'attendrait, au moment de lever le garrot, que la jambe ne se recoloré pas, ce qui serait également le cas en présence d'un syndrome des loges caractérisé. Pour éviter celui-ci, on procède à une ouverture précoce de la loge avant que l'ischémie, par augmentation de la pression dans la loge, n'occasionne des dégâts irréversibles. Il est compréhensible que le demandeur n'ait pas soupçonné d'atteinte sévère de l'artère

poplitée. La lésion de l'artère poplitée a d'ailleurs été confirmée par l'angiographie pratiquée au CHUV. L'expert relève que, d'après l'expertise extra-judiciaire, le demandeur avait la compétence requise pour une intervention de chirurgie vasculaire. Le nombre d'interventions figurant le catalogue opératoire du demandeur atteste qu'il est également intervenu sur la partie III de l'artère poplitée, mais on ne sait pas si ces interventions sont récentes et, à coup sûr, les anastomoses n'ont pas eu à être aménagées dans une zone fraîchement traumatisée. Selon l'expert, il est sage d'ordonner le transfert lorsqu'on est convaincu que d'autres le font mieux que soi-même, même si, sur le papier, on possède la qualification voulue. L'expert constate que l'expertise extrajudiciaire conclut qu'aucune faute n'est imputable au demandeur et que, dans leur rapport, les Professeurs Marti et Gürke n'ont trouvé aucun reproche à faire au demandeur s'agissant de ce cas. Ils ont estimé que le diagnostic intra-opératoire était correct et que le transfert au CHUV avait été fait dans les temps. L'expert estime que le transfert du patient dans un centre de compétence en chirurgie vasculaire a incontestablement été une bonne décision. Dans le quatrième cas, l'expert observe que le protocole opératoire relatif à l'opération de L.B. survenue le 9 avril 2004 n'a pas été tenu correctement, dès lors qu'il ne concorde pas avec les résultats de l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire. Cependant, l'expert pense que l'opérateur n'a pas consciemment fourni de fausses indications à des fins de dissimulation, comme le suppose le Professeur Gertsch dans son rapport, mais qu'il y a plutôt eu une appréciation erronée de la situation. Selon l'expert, la présomption de dissimulation est également contredite par la franchise avec laquelle l'opérateur fait état de son interprétation erronée concernant la duplication qui s'avère être une dissection, alors qu'il était par moments intervenu sur une couche erronée. Il relève que la dissection de la paroi du côlon ascendant et la longueur du segment réséqué sont le signe de la difficulté de la situation et d'une erreur d'appréciation passagère des conditions anatomiques.

S'agissant d'une éventuelle faute professionnelle commise par le demandeur, l'expert affirme qu'il n'existe probablement aucun médecin qui n'a jamais fait une erreur thérapeutique. Ce terme d'erreur

thérapeutique recouvre un vaste éventail depuis l'erreur mineure jusqu'à la négligence caractérisée. Dans les quatre cas soumis, l'expert constate que des erreurs ont été commises, mais qu'elles doivent être appréciées compte tenu des circonstances respectives. L'expert affirme que l'appréciation des quatre cas et des quatre expertises montre que le demandeur a effectivement commis des erreurs, en particulier dans le cas n° 2, lors de la confusion des vaisseaux, et dans le cas n° 4 où un traitement conservateur n'a manifestement pas été considéré, et du fait des discordances entre le rapport opératoire et le rapport anatomo-pathologique. Dans le cas n° 2, la méprise entre les deux vaisseaux est effectivement une faute, mais elle a été maîtrisée en temps voulu par le Dr R._____. Dans le cas n° 4, il existe la potentialité d'un dommage à long terme par l'ablation de tout l'iléon terminal. Dans le cas n° 1, l'issue fatale ne lui semble pas être une conséquence de la primo-intervention du demandeur et dans le cas n° 3, ni le Professeur Gürke, ni le Dr Fritschi, ni le chirurgien vasculaire du CHUV n'ont constaté d'erreur; d'ailleurs, dans ce cas, aucune faute n'a été constatée par les chirurgiens vasculaires et la lésion nerveuse est à considérer comme une conséquence de l'accident même. Selon l'expert, le demandeur ne semble pas posséder de formation approfondie en chirurgie vasculaire. Cependant, il explique que le traitement de récurrences de varices est souvent pratiqué par des chirurgiens sans formation particulière en chirurgie vasculaire et le traitement d'une lésion fraîche appartient aux chirurgiens FMH, titre que le demandeur a obtenu en 1995.

S'agissant de l'éventuelle dangerosité du demandeur, l'expert observe qu'on ne peut rien reprocher au demandeur dans les cas n°s 1 et 3. Selon l'expert, le rapport d'expertise extrajudiciaire du 4 novembre 2007 ne retient aucune faute du demandeur dans le cas n° 3 et conclut que les séquelles encore existantes sont les suites du traumatisme même et non d'une faute de traitement. L'expert relève que les constatations de ce rapport sont les suivantes: la lésion pénétrante de la jambe du patient n° 3 par un foret a provoqué une lésion artérielle de l'artère poplitée distale; cette circonstance a été interprétée initialement comme un syndrome de loge en raison d'un syndrome ischémique incomplet; il s'en

est suivi, au vu du diagnostic présumé, la révision chirurgicale et une fasciotomie partielle, ce qui est correct de l'avis des experts; peropératoirement, la lésion artérielle a été mise en évidence et le patient a été transféré dans un centre pour suite de traitement; l'angiographie pratiquée dans le centre confirme la lésion complète de l'artère poplitée distale accompagnée d'une ischémie partielle en raison des bonnes collatérales proximales; eu égard à l'ischémie incomplète, le retard présumé à cause de l'intervention à [...] ne peut être confirmé; les séquelles existantes sont vraisemblablement explicables par une lésion traumatique concomitante du nerf peronéus et non ischémique; cette composante neurologique avait déjà été mise en évidence avant l'opération à [...].

L'expert explique que, dans le cas d'abdomen aigu chez une femme en âge de procréer, il est obligatoire de poser la question de la grossesse et judicieux de procéder à un test de grossesse. Si une opération de stérilisation a été effectuée correctement, une grossesse n'est plus possible. Parfois cependant, l'obturation des trompes n'a pas été optimale et une femme peut quand même être enceinte après stérilisation. Dans le cas d'espèce, l'expert précise qu'il n'est pas clair si la patiente était enceinte malgré sa stérilisation. Cependant, le transfert à l'hôpital où avait déjà été effectuée une intervention abdominale est judicieux puisque tous les dossiers y afférents y sont disponibles et que le premier opérateur peut effectuer la seconde intervention. Ce test de grossesse, dans les urines, simple, rapide et peu coûteux, fait partie d'une routine. Le reproche d'avoir omis de faire effectuer une ultrasonographie doit être adressé aux médecins du CHUV, dès lors que c'est là que le test de grossesse a été effectué.

Concernant les déterminations du Professeur Gertsch sur l'expertise des Professeurs Marti et Gürke, l'expert estime que, dans le premier cas, l'affirmation relative aux conséquences du choc hémorragique est correcte; il aurait été avisé d'intervenir plus tôt. L'expert note que, dans le premier cas, le Professeur Gertsch, dans son expertise, ne critique pas la technique ou le compte-rendu opératoire mais bien le

fait que le demandeur n'aurait pas opéré le patient dans l'après-midi du 10 décembre 2001. Les Professeurs Marti et Gürke, ainsi que le Professeur Morel critiquent la procédure opératoire, mais ils divergent sur la procédure préconisée. S'il partage l'avis du Professeur Morel au sens d'une prévention absolue de la récurrence, l'expert explique toutefois que, dans une situation telle que celle-ci, il n'effectuerait pas l'intervention. L'expert relève que, dans le cas n° 1, les Professeurs Marti et Gürke ont jugé qu'il avait été juste d'attendre la récurrence hémorragique avant d'opérer le patient et que, selon le Professeur Morel, le timing de l'intervention chirurgicale, après le deuxième échec d'hémostase endoscopique semblait correct. L'expert estime que l'avis du Professeur Gertsch selon lequel les catécholamines destinées à soutenir la circulation sont mauvaises pour la guérison des plaies est parfaitement exact et des transfusions massives sont également défavorables pour l'évolution. Selon l'expert, si l'intervention chirurgicale était intervenue quelques heures plus tôt, la durée préopératoire pendant laquelle des doses élevées de catécholamines étaient administrées aurait été abrégée. Cependant, que cela ait influencé favorablement l'évolution est pure spéculation. La procédure chirurgicale était une variante tout à fait possible et habituelle dans ce cas. L'expert précise que, même si lors de l'intervention, on ne voyait pas de saignement actif, il fallait compter après vingt-huit heures de saignements répétés avec une hémorragie importante. Dans ce sens, il s'agit alors d'une intervention urgente. L'expert constate que, si l'intervention avait été fixée à 3 heures plutôt qu'à 7 heures, il aurait pu en résulter un impact positif sur l'évolution postopératoire. La question critique est cependant de savoir si le plaignant a été informé à ce moment-là, ce qui ne semble pas être le cas. S'agissant des déterminations du Professeur Gertsch relatives au cas n° 2 pour lequel le protocole opératoire mentionne la confusion de l'artère avec la veine, l'expert estime qu'on ne peut pas nier que le demandeur a commis une erreur d'appréciation. Selon lui, les pinces ont été placées par erreur sur l'artère fémorale superficielle, parce qu'elle a été prise pour une branche veineuse. L'expert constate, à la lecture du protocole opératoire et du résumé du dossier, qu'il est mentionné un temps de clampage de deux minutes, qu'aucun contrôle particulier en relation avec la vascularisation

n'est prévue dans l'attitude post-opératoire, mais que les explications qui ont suivi ont été faites de façon conséquente. L'expert relève également que le résultat post-opératoire montre que le moment de la ré-intervention n'est pas trop tardif. Sur la base de la confusion survenue dans ce cas, l'expert estime qu'une résiliation du contrat de travail n'est pas justifiée. Dans le troisième cas, l'expert explique qu'un médecin porteur du titre FMH en chirurgie doit aussi pouvoir pratiquer l'hémostase d'une hémorragie aiguë moyennant la pose d'un garrot. Le recours immédiat à la sonographie Doppler pour apprécier la vascularisation périphérique, puis le transfert rapide au CHUV ont peut-être permis au patient de conserver sa jambe. Les séquelles, selon l'expertise extrajudiciaire, ne sont pas imputables à la prise en charge de première intention à l'C.3. Dans ce cas, l'expert précise que le fait qu'une plaie, pour laquelle un garrot est nécessaire durant le transport pour hémostase, soit révisée paraît absolument correct, et le fait que le patient ait été rapidement évacué sur le CHUV après la révision est à considérer comme une bonne appréciation par le demandeur de ses propres possibilités et capacités. Selon l'expert, la procédure entreprise pour ce cas était correcte et aucune faute professionnelle ne peut être reprochée au demandeur. L'expert relève que, selon les informations des rapports du CHUV et de la clinique de réhabilitation, il n'y a pas de dommage vasculaire à déplorer et, en ce qui concerne la neuropathie, le pronostic pour une guérison dans les prochains mois est bon, voire très bon. L'expert estime que le comportement du demandeur dans ce cas était correct. Une résiliation du contrat de travail ne peut être conçue sur la base du comportement relatif au cas n° 3. Dans le quatrième cas, l'expert relève que l'affirmation du Professeur Gertsch selon laquelle cinquante centimètres d'iléum terminal ont été réséqués donne à penser que ce dernier n'a pas lu précisément le rapport histologique. L'expert retient que le traitement ne s'est pas déroulé de façon optimale et que la patiente a perdu trente centimètres d'iléon terminal, que ce segment intestinal est responsable de la réabsorption des acides biliaires et qu'il joue un rôle protecteur contre la formation de calculs biliaires. Selon l'expert, il est possible qu'un juge retienne l'erreur d'appréciation. L'expert constate qu'aucun rapport ne fait état d'une

ouverture de la muqueuse colique. Le rapport opératoire fait mention qu'en recherchant l'appendice, le demandeur a fait une dissection sous-muqueuse de la muqueuse du caecum et a même cru, un instant, avoir affaire à une duplication du côlon droit. Selon l'expert, la conversion d'une incision au Mc Burney à une laparotomie médiane est une absolue nécessité dans ce cas, indépendamment du fait qu'il y ait eu ou non une lésion de l'intestin grêle ou colique. L'expert explique que, lors d'un abcès, il y a déjà une certaine quantité de bactéries dans l'abdomen. Par l'ouverture de l'abcès, une certaine propagation ne peut être évitée. En outre, il existe le danger lors de la section d'un côlon ascendant non préparé de provoquer une contamination. Celle-ci n'est généralement pas mentionnée dans un rapport opératoire, si elle ne prend pas des proportions extraordinaires. Par le rinçage pratiqué de la cavité abdominale, le risque de complications infectieuses est massivement diminué, ce qui fait que, dans beaucoup de cliniques, on renonce à pratiquer systématiquement une chirurgie de réévaluation. Cette contamination stercorale a surtout concerné les compresses placées autour de l'ouverture abdominale et très peu la cavité péritonéale. La preuve que cette contamination stercorale n'a eu aucune conséquence est le fait qu'en phase post-opératoire la complication d'une contamination stercorale (qui est la péritonite post-opératoire) ne s'est pas produite. L'expert observe qu'il y a discrédance entre le rapport opératoire et le rapport histologique; il semble en outre que la vue d'ensemble ait été perdue durant l'opération. Selon l'expert, l'anastomose doit être faite dans une partie peu inflammatoire. L'expert constate que, selon les rapports anatomiques décrits dans le protocole opératoire, des parties d'intestin grêle englobées dans la paroi de l'abcès devaient être réséquées. L'expert estime que le fait que le demandeur se soit trompé sur la longueur de la portion à réséquer donne à penser que l'intestin adhérait à la paroi de l'abcès en plusieurs endroits. Il n'aurait pas été judicieux de procéder à une caecostomie parce que celle-ci se serait située distalement par rapport à la zone inflammatoire. Elle n'est indiquée que lorsqu'elle est aménagée en amont d'un obstacle. En présence d'un abcès, la seule autre option envisageable aurait été de se contenter d'un drainage de l'abcès, dans la mesure où l'englobement de l'intestin grêle dans la paroi de

l'abcès n'occasionnait pas de trouble du transit. Le rapport anatomo-pathologique mentionne un iléon de trois centimètres de diamètre, ce qui dénote un élargissement de la lumière et peut être un signe de subileus. L'expert constate que, selon le protocole opératoire, le demandeur n'a jamais eu l'impression d'enlever une grande partie d'intestin grêle, probablement parce que l'intestin grêle réséqué était très rétracté par l'inflammation et parce que la patiente avait un intestin grêle très long par ailleurs. Il regrette cependant qu'en raison d'une erreur d'estimation, tout l'iléon terminal ait été réséqué, certainement pas par malveillance, mais faute d'une vue d'ensemble de la situation. L'expert relève que les suites post-opératoires ont démontré qu'il n'y avait pas eu de conséquences d'une éventuelle contamination et qu'une stomie n'était pas nécessaire. Cependant, il explique que le désavantage éventuel d'un iléon terminal manquant ne peut être constaté qu'après bien des années. En ce qui concerne la formation de calculs vésiculaires, l'expert précise que seul un petit nombre de porteurs de calculs vésiculaires n'ont plus d'iléon terminal et que la perte de l'iléon terminal ne conduit pas forcément à la formation de calculs vésiculaires. L'expert ajoute que l'affirmation du Professeur Gertsch selon laquelle il n'a à aucun moment cherché à condamner le demandeur, est contredite par des expressions utilisées telles que, par exemple, "une insuffisance de plus du Dr B. _____", "signe d'ignorance".

D'après l'expert, le jugement du Professeur Morel et du Dr Bucher tombe globalement. L'expert estime que, dans le cas n° 1, il aurait été d'un très grand risque de pratiquer une antrectomie primaire, opération bien plus complexe qu'une suture d'ulcère. Il constate que, dans le cas n° 2, le Professeur Gertsch et le Dr R. _____ font les mêmes reproches au demandeur. Dans ce cas, l'expert admet que la ré-intervention s'est faite dans les temps et qu'aucun dommage permanent n'est à déplorer. En fin d'intervention, selon le protocole opératoire, le patient présentait un bon pouls en dessous de l'hématome pariétal. Selon l'expert, l'hématome signifie certainement que la paroi du vaisseau a subi un certain dommage. Un contrôle ultérieur minutieux est donc obligatoire, mais la nécessité d'une intervention immédiate sur l'artère clampée ne peut pas forcément s'en déduire. Si l'artère avait été ouverte de suite, le

geste qu'il aurait fallu effectuer aurait été le même que celui effectué quelques heures plus tard. Le fait d'avoir réopéré la patiente quelques heures plus tard n'a eu aucune conséquence et n'a fait courir aucun risque supplémentaire à la patiente, dès lors qu'elle était constamment sous surveillance du demandeur, mis à part le petit risque dû à la pratique d'une seconde anesthésie. S'agissant du cas n° 3, l'équipe de spécialistes du CHUV, en particulier le Dr F._____, n'ont jamais eu à se plaindre de l'attitude du demandeur. S'agissant du cas n° 4, la question reste ouverte de savoir si, lors d'un traitement primaire conservateur et une opération différée, une résection plus courte eût été possible, ce qui aurait été bénéfique à la digestion et au cycle entéro-hépatique (résorption des acides biliaires), l'iléon terminal étant conservé. Dans ce cas, l'expert mentionne l'éventualité d'une thérapie conservatrice. L'expert constate que les reproches formulés par le Professeur Morel sont les mêmes que ceux antérieurement formulés par le Dr R._____, respectivement le Professeur Gertsch, au demandeur. L'expert estime que, dans ce cas, mis à part la large résection d'intestin grêle, la procédure chirurgicale s'est écoulée sans complication, si bien que les seuls reproches qu'on puisse maintenir sont l'erreur sur la longueur du segment réséqué, la perte manifeste de la vue d'ensemble et la discordance entre le rapport rédigé par l'opérateur et le rapport anatomo-pathologique.

L'expert conclut, en résumé, que, dans les cas n°s 1 et 3, on ne peut pas constater d'erreur thérapeutique grave; tout au plus, peut-on, dans le cas n° 1, observer une attitude hésitante et reprocher qu'aucune instruction n'ait été donnée par écrit d'annoncer immédiatement toute chute de tension. Dans les cas n°s 2 et 4, l'expert conclut à l'existence d'erreurs d'appréciation peropératoires. Selon l'expert, les quatre cas ne semblent pas suffire pour justifier le licenciement du demandeur. Il remarque cependant qu'il y a, dans les cas n°s 1 et 2, une tendance à observer les patients et à ne pas agir rapidement et, dans les cas n°s 3 et 4, la vue d'ensemble dans le champ opératoire fait par moment défaut. L'expert pense que ces quatre cas ne sont que le sommet de l'iceberg et que la confiance du personnel médical en les capacités chirurgicales du

demandeur était ébranlée. La tolérance du demandeur au stress semble limitée et il donne l'impression d'être un chirurgien lent.

18. Une expertise comptable a été confiée à Gian-Franco Locca, de la Compagnie fiduciaire Temko Lausanne SA, qui a déposé son rapport le 19 mars 2008.

D'après l'expert, alors qu'il était en fonction pour le compte de l'C.3, le demandeur a touché de cette institution la somme de 119'510 fr. 75 pour l'année 2001. Parallèlement, son activité auprès du Centre de consultations spécialisées de [...] lui a procuré un revenu, pour la même année, de 36'906 fr. 51. Il a touché également, pour les mois de janvier, février et mars 2001, un montant de 40'922 fr. 95 pour son activité ambulatoire à l'Hôpital du district de [...]. Ses revenus à titre d'activités opératoires privées - patients avec assurance privée - se sont élevés, pour la même époque, à 42'462 fr. 50. Pour l'année 2001, son chiffre d'affaires total s'est élevé à 281'633 fr. 90. Le bénéfice net s'est élevé, pour cette année-là, à 197'191 fr. 55. Pour l'année 2002, le demandeur a touché de l'C.3 la somme de 124'684 fr. 70. Il a touché, pour cette même année, du Centre de consultations spécialisées un montant de 51'372 fr. 25 et 34'658 fr. à titre d'activités opératoires privées. Au total, pour l'année 2002, le demandeur a perçu un chiffre d'affaires de 230'747 francs. Son bénéfice net s'est élevé à 164'111 fr. 25. Pour l'année 2003, le demandeur a touché de l'C.3 la somme de 110'338 fr. 20. Il a touché également, pour cette même année, la somme de 57'693 fr. 55 du Centre de consultations spécialisées et 52'491 fr. à titre d'activités opératoires privées. Son chiffre d'affaires pour l'exercice 2003 s'est élevé à 219'454 fr. 25. Ainsi, en moyenne, pour les années 2001 à 2003, le demandeur a perçu en qualité d'indépendant, un total d'honoraires de 731'835 fr. 15, soit une moyenne, sur trois années, de 243'945 fr. 05.

Selon l'expert, le montant des honoraires 2004 du demandeur s'est élevé à 164'902 fr. 45. Il y a donc eu une diminution de 32,4 % par rapport à la moyenne des honoraires des années 2001 à 2003. Quant au

bénéfice net avant impôts, il s'est élevé en 2004 à 92'262 fr. 90. Comparé avec la moyenne des bénéfices nets avant impôts réalisés durant les années 2001 à 2003 de 171'826 fr., l'expert constate une diminution de 46,3 %. Le demandeur n'a touché de l'C.3 que la somme de 80'000 fr., soit dix acomptes sur huit mois, dès lors que l'C.3 versait des acomptes mensuels au demandeur concernant les honoraires qui lui revenaient pour les années 2001 à 2004 et que des décomptes finaux étaient par la suite établis à la fin de chaque année. Ainsi, au 31 décembre 2004, le cumul des acomptes reçus par rapport aux décomptes finaux 2001 à 2004, laisse apparaître un solde en faveur de l'C.3 de 43'778 fr. 26. Il a touché, à titre d'activités opératoires privées, un montant de 7'259 fr. et la somme de 58'209 fr. 98 du Centre de consultations spécialisées de [...]. Au total, il a réalisé, à titre de chiffre d'affaires, la somme de 164'902 fr. 45. Son bénéfice net s'est élevé à 92'262 fr. 60. Par rapport à la moyenne 2001-2003, la perte 2004 s'élève à 79'042 fr. 60. Pour l'année 2005, les revenus de l'activité principale indépendante du demandeur se montent à 12'394 francs. L'expert observe donc une baisse importante par rapport aux années précédentes. Sur la base des comptes établis par la fiduciaire du demandeur, les honoraires de l'année 2005 s'élèvent à 108'224 fr. 10 et ceux de 2006 à 118'098 fr. 38. La diminution d'honoraires 2005 par rapport à la moyenne 2001 à 2003 s'élève à 135'720 fr. 95 et la diminution pour l'année 2006 à 125'846 fr. 67. Ainsi, valeur au 31 décembre 2006, le dommage direct du demandeur, consécutif à la décision prise par l'C.3 s'élève à 79'042 fr. 90 pour 2004, 135'720 fr. 95 pour 2005 et 125'846 fr. 67 pour 2006.

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

20. Par demande du 16 mai 2006, le demandeur B._____, a ouvert action devant la Cour civile du Tribunal cantonal vaudois et a pris, avec suite de frais et dépens, les conclusions suivantes:

" I.- Les défendeurs, C.3, société simple constituée par l'C.1_____ et l'C.2_____, sont reconnus débiteurs et

doivent immédiat paiement au demandeur de la somme de CHF 634'440.75 (six cent trente-quatre mille quatre cent quarante et septante-cinq centimes).

- II.- Les défendeurs, C.3, société simple constituée par l'Association vaudoise des hôpitaux de la zone hospitalière VII et l'C.2_____, publieront dans trois quotidiens romands, dont les noms seront fixés à dire de justice, un communiqué dont la teneur sera établie par la Cour civile du Tribunal cantonal vaudois, dans un délai de trente jours dès jugement définitif et exécutoire, valant réhabilitation du demandeur dans ses fonctions professionnelles."

Par réponse du 2 octobre 2006, les défenderesses C.1_____ et Association des communes de la Broye pour l'exploitation de l'Hôpital de district ont conclu, avec dépens, au rejet des conclusions du demandeur.

Par réplique du 15 janvier 2007, le demandeur a conclu, avec suite de frais et dépens, au rejet des conclusions libératoires des défenderesses.

Par lettre du 10 janvier 2008, les défenderesses ont annoncé que le Réseau hospitalier fribourgeois s'était substitué à l'C.2_____, conformément à une loi du 27 juin 2006 concernant le C.2_____, ce dont le juge instructeur a pris acte le 17 janvier 2008, ledit réseau se substituant de plein droit à cette défenderesse.

En droit:

I. Le demandeur réclame aux défendeurs la somme de 634'440 fr. 75 en réparation du dommage qu'il soutient avoir subi à la suite de la révocation, exercée selon lui en temps inopportun, du mandat qu'elles lui avaient confié. A titre subsidiaire, il prétend à cette somme à raison d'un acte illicite au sens de l'art. 41 CO (Code des obligations suisse du 30 mars 1911; RS 220) qu'ils auraient commis, voire d'une violation de la loyauté en affaires qu'il déduit de l'art. 2 CC (Code civil suisse du 10 décembre 1907; RS 210). Il prétend également à la réparation du tort moral subi et à

la publication d'un communiqué le réhabilitant dans ses fonctions professionnelles.

Les défendeurs, invoquant le caractère impératif de l'art. 404 CO, soutiennent que le contrat de mandat peut être révoqué en tout temps, en principe sans indemnisation. D'après eux, l'exception aménagée par le deuxième alinéa de cette disposition n'ouvre pas la voie à une réparation si la partie qui résilie peut se prévaloir d'un juste motif et, qu'en tous les cas, la réparation est limitée aux dommages-intérêts négatifs et ne concerne pas le manque à gagner. Ils estiment en outre que la prétention du demandeur en réparation du tort moral ne peut reposer sur l'art. 404 CO et ne peut donc avoir un fondement contractuel; quant à une éventuelle prétention sur la base de la responsabilité délictuelle, ils considèrent qu'elle était prescrite au jour de l'ouverture d'action. D'après les défendeurs, pour les mêmes motifs, les conclusions en publication d'un communiqué, pour autant qu'elles soient recevables, ne peuvent être admises.

II. Il convient préalablement de qualifier la nature des rapports contractuels qui liaient les parties.

a) L'art. 3 LPFES (loi vaudoise sur la planification sanitaire et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public du 5 décembre 1978;

RSV 810.01) et les art. 144 ss LSP (loi vaudoise sur la santé publique du 29 mai 1985; RSV 800.01) distinguent différentes catégories d'établissements sanitaires, soit les établissements sanitaires cantonaux exploités directement par l'Etat - notamment le CHUV -, les établissements sanitaires constitués en institutions de droit public - telle la Policlinique universitaire -, les établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public - par exemple de nombreux EMS -, et les établissements sanitaires privés qui ne sont pas reconnus d'intérêt public - en particulier les cliniques privées. Les trois premières catégories mentionnées constituent le réseau des établissements sanitaires reconnus d'intérêt public.

b) En l'espèce, la défenderesse C.1_____ est une association au sens des art. 60 ss CC qui exploite un établissement hospitalier. Elle a un statut d'hôpital reconnu d'intérêt public au sens de l'art. 3 LFPEs. Il s'agit cependant d'une entité de droit privé instituée sous forme d'association, intégrée au réseau des hôpitaux du canton de Vaud et dont le statut d'établissement d'intérêt public est reconnu. L'C.2_____ pour l'exploitation de l'Hôpital de district, partie au contrat avec la défenderesse C.1_____ et le demandeur, était une association de communes et exploitait également un hôpital public. Les relations liant chacune des institutions à ses employés sont de droit privé. La Chambre des recours a d'ailleurs appliqué le droit privé à un litige opposant la défenderesse C.1_____ à un employé ambulancier en 2008 (Crec, H. c. T., 27 octobre 2008/493/I). De même, dans un jugement du 27 avril 2010, la Cour civile a, suivant la jurisprudence de la Chambre des recours, retenu que les rapports de travail entre un infirmier et la défenderesse C.1_____ étaient soumis au droit privé, le code des obligations étant applicable (Ccivil, B. c. A., 27 avril 2010/63, confirmé par arrêt de la Chambre des recours du 9 novembre 2010/586/I).

Les rapports de travail résultant du contrat conclu entre le demandeur et les défendeurs sont donc soumis au droit privé et le code des obligations est applicable. Les parties ont d'ailleurs admis que leurs relations étaient régies par un contrat de mandat au sens des art. 394 ss CO et plaident en outre l'application de l'art. 404 CO.

III. a) aa) D'après l'art. 404 CO, le mandat peut être révoqué ou répudié en tout temps (al. 1). Cependant, celle des parties qui révoque ou répudie le contrat en temps inopportun doit indemniser l'autre du dommage qu'elle lui cause (al. 2). Cette disposition est de nature impérative (ATF 115 II 464, JT 1990 I 312).

Ainsi, chaque partie peut mettre fin au contrat à n'importe quel moment, sans raison particulière (Tercier/Favre/Conus, Les contrats

spéciaux, 4^{ème} éd., n. 5284). Le Tribunal fédéral considère que la révocation et la répudiation doivent être traitées de la même manière, ce qui est, sous certains aspects, critiqué par la doctrine (Venturi - Zen-Ruffinen, La résiliation pour justes motifs des contrats de durée, in SJ 2008 II 1 ss, pp. 5 à 8). En revanche, nul ne conteste que le créancier du service doit disposer d'un pouvoir illimité de résilier - soit de révoquer (Hofstetter, Le mandat et la gestion d'affaires, TDPS VII, II, 1, p. 54) - car la liberté individuelle exige que le mandant puisse à son gré reprendre la maîtrise des biens et des intérêts dont il a confié la gestion à autrui (Werro, Commentaire romand, n. 6 ad art. 404 CO et les références citées aux notes infrapaginales nn. 13 à 16; Tercier/Favre/Conus, op. cit., n. 5288; Weber, Basler Kommentar, n. 8 ad art. 404 CO). Ainsi, la doctrine ne met pas en cause le principe de libre révocation de la part du mandant, car on ne peut forcer personne à confier ses affaires à un tiers ou à faire durer une telle gestion plus longtemps qu'il ne le veut et, à tout instant, le mandant doit pouvoir reprendre la gestion de ses propres affaires. Le mandataire ne jouit donc d'aucun droit à effectuer la gestion jusqu'au bout, et cela même si l'on admet qu'en sus de la rémunération, il peut avoir un intérêt considérable à poursuivre le mandat, par exemple pour des raisons de prestige ou parce que cela lui apporte d'autres affaires. Ces intérêts légitimes ne sont pas décisifs car le mandataire doit donner la préférence aux intérêts du mandant, quitte à ce que cela soit aux dépens des siens propres (Hofstetter, op. cit., p. 57 et les références citées à la note infrapaginale n. 24).

ab) En l'espèce, les défendeurs étaient les créanciers du service fourni par le demandeur, mandataire, si bien qu'ils avaient le droit de mettre fin au contrat à n'importe quel moment sans raison particulière. En effet, le demandeur était lié aux défendeurs par un contrat de mandat comme tous les médecins qui travaillaient au sein de l'HIB et au sein des autres hôpitaux cantonaux, ceci jusqu'au 31 décembre 2004, le système ayant changé le 1^{er} janvier 2005 et les médecins-chefs étant désormais liés à l'hôpital par un contrat de travail. S'agissant du demandeur proprement dit, le conseil d'administration de l'HIB a notamment décidé,

le 26 mai 2004, de ne pas renouveler le contrat du demandeur au 1^{er} janvier 2005, ce dont celui-ci a été informé par courrier du 5 juin 2004. Le 11 septembre 2004, le conseil d'administration a décidé à l'unanimité de mettre fin avec effet immédiat aux relations contractuelles qui liaient l'HIB au demandeur, lequel en a été informé immédiatement. Le contrat de mandat a donc été résilié à cette date.

b) ba) En vertu de l'art. 404 al. 2 CO, celle des parties qui révoque ou répudie le contrat en temps inopportun doit indemniser l'autre du dommage qu'elle lui cause. Cette indemnisation est subordonnée à la condition que la résiliation intervienne en temps inopportun. La formule, en ce qu'elle fait intervenir le seul facteur temps, est trop limitative. Le Tribunal fédéral admet que la condition est réalisée dès que la résiliation est donnée sans motif sérieux - ce qui, selon certains auteurs, serait présumé lorsque le mandat est de durée - et que l'expiration du contrat cause à l'autre partie un dommage en raison du moment où elle intervient et des dispositions prises par celle-ci pour l'exécution du mandat (Tercier/Favre/Conus, op. cit., n. 5307; Weber, op. cit., n. 16 ad art. 404 CO). La révocation, même en temps inopportun, n'oblige pas le mandant à la réparation si elle est justifiée par des circonstances imputables au mandataire. Certes, non seulement des violations sérieuses de ses obligations contractuelles par le mandataire constituent des justes motifs, mais aussi indépendamment d'une faute de ce dernier, tout événement se situant dans sa sphère, apte à briser le rapport de confiance indispensable pour mener à chef le mandat. En revanche, des circonstances surgissant dans la sphère du mandant ou des fautes bénignes du mandataire ne sont pas des motifs justifiant la révocation en temps inopportun (Hofstetter, op. cit., p. 60 et les références citées à la note infrapaginale n. 30). Le motif sérieux permettant d'admettre que le mandat n'a pas été résilié en temps inopportun est d'une acception plus large que ne l'est le concept de justes motifs permettant une résiliation immédiate du contrat de travail au sens de l'art. 337 CO (TF 4C.78/2007 du 9 janvier 2008 c. 5.4).

Lorsque ces conditions sont remplies, celui qui résilie le contrat doit réparer le dommage causé par la résiliation en temps inopportun, et

non par la résiliation comme telle. Ce qui est visé, c'est le dommage découlant du moment où intervient la résiliation et des éventuelles dispositions que peut avoir prises l'autre partie. Les dommages-intérêts couvrent ainsi les pertes qu'une partie a subies en se fiant à la promesse du débiteur (reliance interest). Le Tribunal fédéral en a tiré la conséquence qu'il ne peut s'agir que de la réparation des dépenses et frais inutilement engagés en vue de l'exécution d'un mandat déterminé, qui perdent leur utilité en raison de la fin du contrat. Il est donc exclu de réclamer comme telle une indemnité pour le gain manqué (Tercier/Favre/Conus, op. cit., n. 5308 et les références citées; Weber, op. cit., n. 17 ad art. 404 CO). Si l'on devait considérer que le mandant révoquant un mandat onéreux et amené à payer des indemnités était tenu de verser la rémunération intégrale, c'est-à-dire l'intérêt positif du mandataire, son droit de libre résiliation se trouverait gravement affecté en raison de la conséquence pécuniaire qui en résulte. Bien qu'elle ne soit qu'implicite, la solution donnée par la loi est claire: des indemnités sont dues quand le mandant révoque en temps inopportun. Si le législateur avait voulu accorder au mandataire l'intérêt positif, il n'aurait pas eu recours à la condition du temps inopportun. L'intérêt positif naît en effet au même instant que le contrat et n'est alors pas affecté par le moment de la révocation (Hofstetter, op. cit., p. 58). Le devoir d'indemniser ne doit en effet pas servir à indemniser le lésé afin de le mettre dans la situation dans laquelle il se serait trouvé si le mandat avait été réalisé jusqu'à son but ou son expiration (Breitschmid, *Der Heimvertrag*, FamPra 2009, p. 889; Weber, op. cit., n. 17 ad art. 404 CO). Il faut déterminer, le cas échéant, quelle part de l'intérêt négatif le mandant est tenu de verser. On y range les dépenses déjà engagées et les mesures déjà prises par le mandataire, devenues inutiles à la suite de la révocation, ainsi que les frais causés par la conclusion du contrat. Il en est de même du gain qui échappe au mandataire lorsqu'il a dû refuser des mandats onéreux en raison du mandat révoqué; dans cette dernière hypothèse, la révocation intervient en temps inopportun quand la perte du mandat ne peut plus être compensée par d'autres affaires (Hofstetter, op. cit., p. 58; Weber, op. cit., n. 17 ad art. 404 CO). Celui qui prétend à une indemnité fondée sur l'art. 404 al. 2 CO doit prouver l'existence du dommage consécutif à la révocation intempestive (ATF 109 II 231 c. 3c/aa, JT 1984 I

156).

bb) En l'espèce, à la suite d'incidents survenus au cours d'interventions effectuées par le demandeur, les défendeurs ont considéré au printemps 2004 qu'ils ne pouvaient plus recourir à ses services. Ils lui ont annoncé à cet effet qu'ils ne l'engageraient pas comme médecin-chef employé au 1^{er} janvier 2005. Par la suite, au mois de septembre 2004, ils ont mis fin immédiatement au contrat. Compte tenu du droit de principe du mandant de révoquer librement le mandat, cette résiliation était parfaitement valable et n'est pas intervenue en temps inopportun au sens du deuxième alinéa de l'art. 404 CO. En effet, il était déjà question au printemps 2004 que les défendeurs ne fassent plus appel aux services du demandeur dès lors qu'au mois de mai 2004 le conseil d'administration de l'HIB a notamment décidé de ne pas renouveler le contrat du demandeur au 1^{er} janvier 2005 et de le suspendre définitivement des gardes, ce dont il a été informé au mois de juin 2004; le conseil d'administration a finalement décidé à l'unanimité trois mois plus tard de mettre fin avec effet immédiat aux relations contractuelles qui liaient l'HIB au demandeur, lequel en a été informé immédiatement.

En outre, à supposer que la résiliation soit intervenue en temps inopportun au sens de l'art. 404 al. 2 CO, elle n'est pas intervenue sans motif. En effet, d'après l'expertise judiciaire, dans le premier cas médical soumis à l'expert, le demandeur aurait été avisé d'intervenir plus tôt dès lors qu'il aurait pu en résulter un impact positif sur l'évolution postopératoire du patient, même si la procédure entreprise était adéquate et qu'aucune faute professionnelle ne peut être reprochée au demandeur, son comportement ayant été correct. Dans le deuxième cas, il y a eu des erreurs commises pendant la primo-opération, soit la confusion des vaisseaux et non-identification de la lésion artérielle intimale, ce qui atteste que le demandeur a commis une erreur d'appréciation. Dans le quatrième cas, le protocole opératoire relatif à l'opération n'a pas été tenu correctement et il y a eu une appréciation erronée de la situation qui a conduit à une erreur d'estimation, faute d'une vue d'ensemble de la situation. En définitive, selon l'expert, dans les quatre cas, des erreurs ont

été commises, en particulier dans le deuxième cas lors de la méprise entre les deux vaisseaux et dans le quatrième cas où un traitement conservateur n'a manifestement pas été considéré, et du fait des discordances entre le rapport opératoire et le rapport anatomo-pathologique. S'il n'y a pas eu d'erreur thérapeutique grave dans les premier et troisième cas, il y a tout de même eu, dans le premier cas, une attitude hésitante. En outre, l'expert a pu constater que, dans les premier et deuxième cas, le demandeur avait une tendance à observer les patients et à ne pas agir rapidement, et que, dans les troisième et quatrième cas, la vue d'ensemble dans le champ opératoire lui faisait par moment défaut. En outre, d'après l'expert, la tolérance du demandeur au stress semble limitée et il donne l'impression d'être un chirurgien lent.

Au demeurant, le demandeur n'a pas établi son dommage qui doit être limité à l'intérêt négatif, étendu à la limite à la perte de gain non compensée par l'acquisition d'autres mandats. Le demandeur s'est en effet limité à faire évaluer ce qu'il aurait gagné si le mandat avait continué jusqu'à la fin de l'année 2006, soit à estimer l'intérêt positif qui n'est pas compris dans la notion du dommage indemnisable déduit de l'art. 404 al. 2 CO.

Par conséquent, les prétentions du demandeur, soit la prétention en réparation du dommage subi et du tort moral ainsi que la prétention en publication d'un communiqué le réhabilitant dans ses fonctions professionnelles, fondées sur l'art. 404 CO, ne peuvent qu'être rejetées.

IV. a) Le demandeur invoque également l'application de l'art. 41 al. 1 CO en tant que fondement de ses prétentions. Il considère que les quatre conditions relevant de cette disposition sont réalisées: l'existence d'un acte illicite serait avérée dès lors que la révocation du contrat de mandat serait intervenue en temps inopportun et qu'elle aurait porté atteinte à sa personnalité ainsi qu'à son honneur; il aurait subi un dommage puisque la baisse de ses revenus serait consécutive aux atteintes subies; il existerait un lien de causalité tant naturelle qu'adéquate entre les actes illicites des défendeurs et le dommage du demandeur; la faute des défendeurs serait acquise dès lors qu'ils auraient dû prendre les mesures nécessaires s'agissant des rumeurs qui ont circulé à son encontre, de la subjectivité du rapport médical sur lequel ils se sont fondés pour prendre leur décision finale, ainsi que du conflit de personnes dont le demandeur a été victime et qu'il avait dénoncé avant la résiliation de son contrat.

Les défendeurs invoquent la prescription de la prétention du demandeur, en tant qu'elle est basée sur la responsabilité délictuelle.

b) Selon l'art. 28 al. 1 CC, celui qui subit une atteinte illicite à sa personnalité peut agir en justice pour sa protection contre toute personne qui y participe. Sont réservées les actions en dommages-intérêts et en réparation du tort moral, ainsi que la remise du gain selon les dispositions sur la gestion d'affaires (art. 28a al. 3 CC). La partie demanderesse peut également demander qu'une rectification ou que le jugement soit communiqué à des tiers ou publié (art. 28a al. 2 CC).

Alors que les actions défensives visent à protéger directement le droit de la personnalité qui fait l'objet de l'atteinte, les actions réparatrices tendent à supprimer, autant que faire se peut, les conséquences d'une atteinte passée sur la situation de la victime et à replacer celle-ci dans la situation où elle aurait été sans l'atteinte. Ces actions ne sont pas régies par les art. 28 ss CC, mais par les règles générales du droit des obligations et les règles ordinaires de procédure.

L'action en dommages-intérêts est ainsi régie par les art. 41 ss CO en matière extracontractuelle (Deschenaux/Steinauer, Personnes physiques et tutelles, 4^{ème} éd., Berne 2001, nn. 610-611; Tercier, Le nouveau droit de la personnalité, Zurich 1984, n. 1776).

En vertu de l'art. 41 CO, celui qui cause, d'une manière illicite, un dommage à autrui, soit intentionnellement, soit par négligence ou imprudence, est tenu de le réparer (al. 1). Celui qui cause intentionnellement un dommage à autrui par des faits contraires aux mœurs est également tenu de le réparer (al. 2). La responsabilité délictuelle instituée par l'art. 41 CO suppose que soient réalisées cumulativement les quatre conditions suivantes: un acte illicite, une faute de l'auteur, un dommage et un rapport de causalité (naturelle et adéquate) entre l'acte fautif et le dommage (ATF 132 III 122 c. 4.1, rés. in JT 2006 I 258, SJ 2006 p. 181).

Selon l'art. 49 al. 1 CO, celui qui subit une atteinte illicite à sa personnalité a droit à une somme d'argent à titre de réparation morale, pour autant que la gravité de l'atteinte le justifie et que l'auteur ne lui ait pas donné satisfaction autrement. L'ampleur de la réparation morale au sens de l'art. 49 CO dépend avant tout de la gravité des souffrances physiques ou psychiques consécutives à l'atteinte subie par la victime et de la possibilité d'adoucir sensiblement, par le versement d'une somme d'argent, la douleur morale qui en résulte. N'importe quelle atteinte légère à la réputation professionnelle, économique ou sociale d'une personne ne justifie pas une réparation. En raison de sa nature, l'indemnité pour tort moral, qui est destinée à réparer un dommage qui ne peut que difficilement être réduit à une simple somme d'argent, échappe à toute fixation selon des critères mathématiques, de sorte que son évaluation en chiffres ne saurait excéder certaines limites. L'indemnité allouée doit toutefois être équitable (ATF 130 III 699 c. 5.1, rés. in JT 2006 I 193; ATF 129 IV 22 c. 7.2, rés. in JT 2006 IV 182). Les conditions de l'art. 49 CO sont relativement similaires à celles de l'art. 41 CO, à savoir: une atteinte illicite à la personnalité, un tort moral grave, un rapport de causalité

naturelle et adéquate, une faute et l'absence d'une autre forme de réparation.

L'art. 60 al. 1 CO relatif à la prescription d'une action délictuelle prévoit que l'action en dommages-intérêts ou en paiement d'une somme d'argent à titre de réparation morale se prescrit par un an à compter du jour où la partie lésée a eu connaissance du dommage ainsi que de la personne qui en est l'auteur, et, dans tous les cas, par dix ans dès le jour où le fait dommageable s'est produit.

ba) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, un acte est illicite s'il enfreint un devoir légal général en portant atteinte soit à un droit absolu du lésé (illicéité de résultat, *Erfolgsunrecht*), soit à son patrimoine; dans ce dernier cas, la norme violée doit avoir pour but de protéger le lésé dans les droits atteints par l'acte incriminé (illicéité du comportement, *Verhaltensunrecht*) (ATF 132 III 122 c. 4.1, rés. in JT 2006 I 258, SJ 2006 p. 181; SJ 2000 p. 549; Misteli, La responsabilité pour le dommage purement économique, thèse Zurich 1999, p. 79). Les droits absolus sont la vie et l'intégrité corporelle, la personnalité, la propriété matérielle et immatérielle (Brehm, *Berner Kommentar*, n. 35 ad art. 41 CO; ATF 125 III 86 c. 3b, SJ 1999 p. 305; ATF 123 III 306 c. 4a, JT 1998 I 27; ATF 122 III 176 c. 7b, JT 1998 II 140). Une atteinte à l'un de ces droits est d'emblée considérée comme illicite (Misteli, *op. cit.*, p. 75; Nicod, *Le concept de l'illicéité civile à la lumière des doctrines françaises et suisses*, thèse Lausanne 1988, p. 117). Lorsqu'il est question d'un préjudice purement économique, celui-ci ne peut donner lieu à réparation, en vertu de l'illicéité déduite du comportement, que lorsque l'acte dommageable viole une norme qui a pour finalité de protéger le lésé dans les droits atteints par l'acte incriminé. De telles normes peuvent résulter de l'ensemble de l'ordre juridique suisse, qu'il s'agisse du droit privé, administratif ou pénal; peu importe qu'elles soient écrites ou non écrites, de droit fédéral ou de droit cantonal (ATF 133 III 323 c. 5.1, rés. in JT 2008 I 107; ATF 124 III 297 c. 5b in fine, JT 1999 I 268, SJ 1998 p. 460; ATF 121 III 350 c. 6b, rés. in JT 1996 I 187.1, SJ 1996 p. 197; ATF 119 II 127 c. 3, JT 1994 I 298). La simple

violation d'une obligation contractuelle ne constitue pas un acte illicite, mais le devient si, en violant le contrat, l'auteur enfreint en même temps une défense de nuire, en particulier lorsque le contrat a aussi pour objet la sauvegarde d'un bien de la personnalité (SJ 1993 p. 351 c. 1a et références citées). En outre, sauf cas exceptionnel, l'art. 2 CC ne saurait constituer une norme de protection fondamentale dont la violation est propre à entraîner une responsabilité basée sur l'art. 41 CO (ATF 121 III 350 c. 6b, rés. in JT 1996 I 187, SJ 1996 p. 197). Les actes illicites se réalisent par commission ou par omission. Par commission, ils consistent en un acte positif, ils violent donc une interdiction. Par omission, ils consistent dans une abstention, ils violent donc un commandement; ils présupposent un devoir universel d'agir. A défaut d'une disposition expresse, il n'est en général pas de devoir d'agir. En dehors de ces règles, nul n'a en principe le devoir de préserver autrui d'un dommage (Engel, Traité des obligations en droit suisse, 2^{ème} éd., Berne 1997, p. 453).

bb) Le dommage se définit comme la diminution involontaire de la fortune nette. Il correspond à la différence entre le montant actuel du patrimoine du lésé et le montant que ce même patrimoine aurait si l'événement dommageable ne s'était pas produit. Il peut se présenter sous la forme d'une diminution de l'actif, d'une augmentation du passif, d'une non-augmentation de l'actif ou d'une non-diminution du passif (ATF 133 III 462 c. 4.4.2, rés. in JT 2009 I 47 et les arrêts cités). La jurisprudence du Tribunal fédéral admet qu'un manque à gagner peut constituer un dommage devant être réparé conformément à l'art. 41 CO, pour autant qu'il s'agisse d'un profit devant être considéré comme usuel et qu'il aurait été vraisemblablement réalisé suivant le cours ordinaire des choses (ATF 90 II 417 c. 3, JT 1965 I 226). De manière générale, le responsable est tenu de réparer le dommage actuel tel qu'il a effectivement été subi (ATF 132 III 321 c. 2.2.1, JT 2006 I 447). Dans le domaine du droit de la responsabilité civile, l'interdiction de l'enrichissement est un principe général reconnu qui exclut d'allouer des dommages et intérêts qui seraient supérieurs au préjudice subi (ATF 131 III 12 c. 7.1, JT 2005 I 488 et les références citées). Il incombe au demandeur, respectivement aux

défendeurs, de rendre vraisemblables les circonstances de fait dont le juge pourra inférer les éléments pertinents pour établir le revenu qu'aurait réalisé le lésé sans l'évènement et, le cas échéant, apprécier si ce dernier pouvait compter avec une augmentation effective de son revenu ou à l'inverse une diminution de celui-ci (ATF 131 III 360 c. 5.1, JT 2005 I 502; ATF 129 III 135 c. 2.2, JT 2003 I 511). Ce principe n'est autre que la concrétisation de la règle selon laquelle la preuve du dommage incombe en principe au lésé et celle d'éléments susceptibles de justifier une réduction des dommages-intérêts au responsable (art. 42 al. 1 CO et 8 CC).

bc) Un fait est la cause naturelle d'un résultat s'il en constitue l'une des conditions sine qua non. En d'autres termes, il existe un lien de causalité naturelle entre deux événements lorsque, sans le premier, le second ne se serait pas produit; il n'est pas nécessaire que l'évènement considéré soit la cause unique ou immédiate du résultat (ATF 133 III 462 c. 4.4.2, rés. in JT 2009 I 47 et les arrêts cités; Werro, La responsabilité civile, nn. 175 et 176). L'existence d'un lien de causalité naturelle entre le fait générateur de responsabilité et le dommage est une question de fait que le juge doit trancher selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. En pareil cas, l'allègement de la preuve se justifie par le fait que, en raison de la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée de celui qui en supporte le fardeau (ATF 133 III 462 c. 4.4.2, rés. in JT 2009 I 47; ATF 133 III 81 c. 4.2.2, rés. in JT 2007 I 309 et les références citées; Werro, op. cit., n. 209).

Le rapport de causalité est adéquat lorsque le comportement incriminé était propre, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit en sorte que la survenance de ce résultat paraît de façon générale favorisée par le fait en question (SJ 2004 I 407 c. 4.1, JT 2005 I 472; ATF 123 III 110 c. 3a, JT 1997 I 791 et les références citées). Pour savoir si un fait est la cause adéquate d'un préjudice, le juge procède à un pronostic rétrospectif objectif: se plaçant au terme de la chaîne des

causes, il lui appartient de remonter du dommage dont la réparation est demandée au chef de responsabilité invoqué et de déterminer si, dans le cours normal des choses et selon l'expérience générale de la vie humaine, une telle conséquence demeure dans le champ raisonnable des possibilités objectivement prévisibles, le cas échéant aux yeux d'un expert; à cet égard, ce n'est pas la prévisibilité subjective mais la prévisibilité objective du résultat qui compte (SJ 2004 I 407 c. 4.1, JT 2005 I 472 et les références citées; Werro, op. cit., n. 215). Autrement dit, le fait que le résultat incriminé n'ait pas été subjectivement prévisible par les parties ne joue aucun rôle sur le caractère adéquat du lien de causalité (SJ 2004 I 407 c. 4.6, JT 2005 I 472).

L'exigence d'un rapport de causalité adéquate constitue une clause générale et son existence doit être appréciée de cas en cas par le juge selon les règles du droit et de l'équité, conformément à l'art. 4 CC; il s'agit de déterminer si un dommage peut être équitablement imputé à l'auteur d'un acte illicite ou à celui qui en répond en vertu d'un contrat ou de la loi (ATF 123 III 110 c. 3a et les références citées). Ainsi, quand bien même la notion de causalité adéquate est identique dans tous les domaines du droit, le juge doit, pour décider dans le cas concret si cette condition de la responsabilité est réalisée, prendre en compte les objectifs de la politique juridique poursuivis par la norme applicable dans le cas concret (ATF 134 V 109 c. 8.1; TF 4C.50/2006 du 26 mai 2006 c. 4; ATF 123 V 137 c. 3c; ATF 123 III 110 c. 3a; Werro, op. cit., n. 220).

c) ca) En l'espèce, le demandeur n'a pas démontré que le comportement des défendeurs avait été constitutif d'une atteinte à sa personnalité, voire à son honneur. En effet, le communiqué du 15 septembre 2004 adressé aux médecins-chefs de service et aux médecins agréés de l'hôpital ne constitue pas une violation des droits de la personnalité du demandeur. Il ne s'agit que de l'annonce sobre et factuelle du terme, avec effet immédiat, des activités du demandeur à l'hôpital. Si les défendeurs ont alors mentionné que cette décision avait été prise sur la base d'un rapport médical établi par le Pr Gertsch, ils ont également

précisé que le demandeur contestait les conclusions de ce rapport. Les bruits de couloirs qui auraient circulé au sein de l'hôpital et qui auraient été relatifs aux compétences du demandeur n'ont pas été établis, ni le fait que des divulgations d'informations prétendument fausses auraient eu pour conséquence que le demandeur n'aurait pas été engagé par la suite par d'autres établissements ou d'autres confrères. Si l'Hôpital de Sion a décliné l'offre du demandeur en raison de son récent licenciement, que la Clinique Cecil a refusé sa demande d'accréditation et que la Fondation La Source a également décliné son offre, il n'est pas établi que les défendeurs aient parlé du cas du demandeur à ces interlocuteurs ni, partant, que c'est la raison pour laquelle le demandeur n'a pas été engagé. Si le Dr Q. _____ a déclaré que, plus tard, le Dr R. _____ lui a déconseillé fortement de garder le demandeur dans son cabinet et que le Dr Q. _____ a indiqué à celui-ci qu'il ne pouvait pas continuer à collaborer avec lui en raison notamment d'informations obtenues sur son activité chirurgicale, l'appréciation des compétences professionnelles transmise par le Dr R. _____ au Dr Q. _____ ne sont pas telles qu'elles portent atteinte aux droits de la personnalité du demandeur. En effet, le Dr R. _____ a informé son confrère de son avis concernant sa collaboration avec le demandeur, ceci sans dissimuler certains faits qu'il n'appréciait pas dans la pratique du demandeur, ce qu'on ne peut lui reprocher. Une personne à qui des renseignements relatifs aux compétences professionnelles d'un collègue sont demandés ne peut en effet être tenue, si telle n'est pas son opinion, de vanter à tort les qualités de celui-ci. S'agissant de l'annonce faite aux médecins cantonaux vaudois et fribourgeois, il apparaît qu'il était nécessaire d'informer les responsables de la santé publique du fait que le mandat du demandeur avait été résilié. Seul le contenu factuel de ce communiqué est allégué en fait, au contraire des remarques que le demandeur expose dans son mémoire de droit. Il ne peut donc être tenu compte du contenu prétendument appréciatif de ce courrier. Ces différents éléments ne permettent donc pas de conclure à l'existence d'une violation des droits de la personnalité du demandeur par les défendeurs.

Dès lors, la condition de l'illicéité n'est pas réalisée. Les conditions de la responsabilité étant cumulatives, il n'est nul besoin d'examiner la réalisation des autres conditions. L'action du demandeur doit par conséquent être rejetée.

cb) On relèvera tout de même qu'en ce qui concerne le prétendu gain manqué, le demandeur n'a pas établi que les propos tenus à son endroit ainsi que l'annonce faite aux médecins cantonaux vaudois et fribourgeois notamment ont eu pour effet de dissuader des cliniques ou des hôpitaux de le laisser opérer en leur sein et qu'il aurait subi une baisse de son chiffre d'affaires dont la cause adéquate aurait été le comportement des défendeurs. On ne sait par exemple pas quels revenus le demandeur aurait pu toucher en travaillant en collaboration avec le Dr Q._____. Le demandeur n'a pas établi le dommage qu'il a subi.

cc) Quant à l'atteinte morale qu'aurait subie le demandeur, elle n'est pas non plus suffisamment étayée et l'état de fait ne permet pas de retenir que le demandeur a droit à une indemnité pour tort moral. Certes, la résiliation du contrat a eu pour conséquence de placer le demandeur dans l'impossibilité de continuer son activité principale qui était d'opérer des patients, en particulier de [...] et il a vu sa consultation à [...] se réduire. Il n'est cependant pas établi qu'il en a particulièrement souffert au point d'avoir droit à une indemnité en réparation de son tort moral. Aucun montant ne peut donc lui être accordé à ce titre pour la période difficile de cohabitation avec le Dr R._____ et les conséquences de la résiliation du contrat de mandat qui le liait aux défendeurs.

cd) S'agissant de la conclusion du demandeur relative à la publication d'un communiqué de réhabilitation par les défendeurs, elle ne peut être que rejetée dès lors que les conditions matérielles à la constatation d'une atteinte illicite à la personnalité du demandeur ainsi qu'à la publication d'un communiqué rectificatif allant dans ce sens ne sont pas réalisées.

ce) L'exception de prescription a été expressément soulevée

par les défendeurs dans la réponse qu'ils ont déposée le 2 octobre 2006. Ce moyen a donc été exposé valablement dans la procédure par les défendeurs.

Cependant, dans la mesure où les conditions relatives à la responsabilité des défendeurs ne sont pas réalisées, nul n'est besoin d'examiner si la prétention du demandeur était prescrite au jour de l'ouverture d'action.

cf) En vertu de l'art. 3 let. a LCD (loi fédérale du 19 décembre 1986 contre la concurrence déloyale; RS 241), agit de façon déloyale celui qui, notamment, dénigre autrui, ses marchandises, ses oeuvres, ses prestations, ses prix ou ses affaires par des allégations inexactes, fallacieuses ou inutilement blessantes. Dénigrer s'entend au sens de noircir, de faire mépriser quelqu'un ou quelque chose en attaquant, en niant les qualités. Tout propos négatif ne suffit pas (ATF 122 IV 33, JT 1998 I 27). Selon l'art. 9 LCD, celui qui, par un acte de concurrence déloyale, subit une atteinte dans sa clientèle, son crédit ou sa réputation professionnelle, ses affaires ou ses intérêts économiques en général ou celui qui en est menacé, peut notamment demander au juge qu'une rectification ou que le jugement soit communiqué à des tiers ou publié; il peut en outre, conformément au code des obligations, intenter des actions en dommages-intérêts et en réparation du tort moral, ainsi qu'exiger la remise du gain selon les dispositions sur la gestion d'affaires.

Dans le cas d'espèce, il se serait donc agi, pour le demandeur, de démontrer qu'il a fait, de la part des défendeurs, l'objet d'allégations inexactes, fallacieuses, autrement dit exactes mais susceptibles par la manière dont elles ont été présentées d'éveiller chez le destinataire une impression fautive, ou inutilement blessantes, autrement dit donnant de lui ou de ses prestations une image négative que la lutte économique ne justifie pas. Or, le demandeur a échoué dans cette démonstration dès lors qu'il ne ressort pas du dossier qu'il ait fait l'objet d'allégations inexactes ou fallacieuses, que les éléments qui ont été transmis par les défendeurs sont d'ordre purement factuel et ne sont pas inutilement blessants. Quant

aux bruits de couloir qui auraient circulé au sein de l'hôpital et qui auraient été relatifs aux compétences du demandeur, ils n'ont pas été établis. L'invocation du dénigrement au sens de l'art. 3 let. a LCD ne peut donc pas non plus fonder un chef de responsabilité des défendeurs dans cette affaire.

En définitive, au vu de ce qui précède, les conclusions du demandeur doivent être rejetées.

V. **a)** En vertu de l'art. 92 CPC, des dépens sont alloués à la partie qui obtient gain de cause. Ces dépens comprennent principalement les frais de justice payés par la partie, les honoraires et les débours de son avocat (art. 91 let. 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 1787.11.3). Les débours consistent dans le paiement d'une somme d'argent précise pour une opération déterminée (timbres, taxes, estampilles).

A l'issue d'un litige, le juge doit donc rechercher lequel des plaideurs gagne le procès et lui allouer une certaine somme en remboursement de ses frais, à la charge du plaideur perdant.

b) En l'espèce, obtenant gain de cause, les défendeurs C.1_____ et C.2_____ ont droit à de pleins dépens, solidairement entre eux, à la charge du demandeur B._____, qu'il convient d'arrêter à 49'555 fr. 70, savoir :

- a 35'00 fr à titre de participation aux honoraires de
) 0 . leur conseil;
- b 1'750 fr pour les débours de celui-ci;
) .
- c) 12'80 fr 70 en remboursement de leur coupon de
5 . justice.

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

- I. Les conclusions prises par le demandeur B. _____ contre les défendeurs Association vaudoise des hôpitaux de la zone hospitalière VII et Réseau hospitalier fribourgeois, selon demande du 16 mai 2006, sont rejetées.

- II. Les frais de justice sont arrêtés à 40'986 fr. 70 (quarante mille neuf cent huitante-six francs et septante centimes) pour le demandeur _____ et _____ à 12'805 fr. 70 (douze mille huit cent cinq francs et septante centimes) pour les défendeurs, solidairement entre eux.

- III. Le demandeur versera aux défendeurs, solidairement entre eux, le montant de 49'555 fr. 70 (quarante-neuf mille cinq cent cinquante-cinq francs et septante centimes) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

P. Muller

M. Bron

Du

Le jugement qui précède, dont le dispositif a été communiqué aux parties le 24 mars 2011, lu et approuvé à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, aux conseils des parties.

Un appel au sens des art. 308 ss CPC peut être formé dans un délai de 30 jours dès la notification de la présente décision en déposant au greffe du Tribunal cantonal un mémoire écrit et motivé. La décision objet de l'appel doit être jointe.

La greffière :

M. Bron