



COUR CIVILE

Audience de jugement du 3 avril 2020

Composition : Mme KUHNLEIN, présidente
MM. Meylan et Kaltenrieder, juges
Greffier : Mme Bron

Cause pendante entre :

A.J. _____
B.J. _____

(Me P. Michod)

et

W. _____

(Me J.-M. Duc)

- Du même jour -

Délibérant immédiatement à huis clos, la Cour civile considère :

Remarque liminaire :

Les témoins B._____ et K._____ sont la mère et un petit cousin de la demanderesse A.J._____ (ci-après la demanderesse). Le témoin F._____ a déclaré avoir été mis au courant de l'objet du procès par les demandeurs. Quant aux témoins [...] et [...], amis proches de la demanderesse, ils ont déclaré connaître le procès dans les grandes lignes. Compte tenu de ces éléments, les déclarations de ces témoins ne seront pas tenues pour probantes, à moins d'être corroborées par d'autres preuves au dossier.

En fait :

1. a) La demanderesse, née le 17 octobre 1975, et son époux, le demandeur B.J._____ (ci-après le demandeur), né le 25 février 1978, sont les parents de l'enfant [...], né le 24 juin 2007. Ils sont au bénéfice d'une assurance de protection juridique, la [...].

b) La défenderesse W._____ (ci-après la défenderesse) est une association dont le but est de prodiguer aux patients des soins de qualité aux meilleures conditions économiques et sociales possibles, exploiter divers établissements qui constituent ensemble une structure hospitalière multi-site et maintenir l'existence d'une structure hospitalière performante dans le [...]. Il s'agit d'un établissement intercantonal comprenant l'hôpital d' [...] - Mère et Enfant et l'hôpital de [...].

Inscrite au Registre du commerce le 14 juin 1999, l'association en a été radiée le 17 octobre 2018. N'étant pas assujettie à l'inscription, elle continue d'exister sans inscription. Son but actuel est de soutenir les

structures de soins du [...], en particulier l'Hôpital [...], [...] à [...], notamment par la mise à disposition de l'immeuble de son site à [...].

2. La demanderesse est tombée enceinte entre la fin de l'année 2006 et le début de l'année 2007. Le début de sa grossesse s'est déroulé sans difficulté particulière.

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

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

Il ressort du rapport d'amniocentèse du 19 avril 2007, établi par _____ le Pr [...], que le résultat d'analyse était négatif pour les trisomies 13, 18 et 21 homogènes.

Dans son rapport du 3 mai 2007, le Pr [...], qui n'a pas rencontré la demanderesse, a mentionné sous la rubrique "renseignements cliniques" une "anxiété maternelle" et a notamment indiqué que l'analyse du liquide amniotique révélait l'existence d'un "caryotype fœtal normal 46, XY, masculin". De manière générale, la demanderesse n'est pas de nature anxieuse.

Dans un courrier du 8 mai 2007, le Dr [...], du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après CHUV), a remercié le Dr P._____ de lui avoir adressé la demanderesse, patiente primigeste, nullipare dont la date des dernières règles était le 19 décembre 2006 (vingt semaines), pour un contrôle de la longueur du col, et a indiqué que celui-ci était difficile à mesurer avec un orifice externe peu visualisable,

mais qu'il semblait mesurer environ 25 mm sans funneling. Il a également mentionné le fait que la patiente avait décrit des contractions durant l'examen.

3. Le 8 mai 2007 en début de soirée, la demanderesse s'est rendue en urgence au CHUV. La feuille d'accueil et d'orientation des patients indiquait que la demanderesse était enceinte de 19 5/7 semaines d'aménorrhée, qu'elle ressentait des crampes dans le bas ventre depuis le matin et des douleurs depuis le soir-même. Dans le rapport de consultation du CHUV, il a été consigné qu'aucun saignement n'avait été constaté. Les médecins ont invité la demanderesse à consulter son médecin traitant, le Dr P._____, dans la semaine suivante. Dans le rapport médical établi par le Dr [...] adressé au Dr P._____, il a été indiqué que la patiente consulterait ce dernier dans les jours suivants pour le suivi du traitement tocolytique.

Le 11 mai 2007, le Dr P._____ a certifié que la demanderesse était en incapacité de travail du 30 mars au 25 mai 2007.

4. Le 9 juin 2007, la demanderesse, qui se trouvait alors à 24 2/7 semaines d'aménorrhée, s'est rendue en urgence à W._____, en raison de contractions douloureuses ressenties depuis le matin. Elle a subi divers examens et a été hospitalisée le même jour. Une infection urinaire, 10 puissance 4 germes (plusieurs espèces), et un début de sinusite ont été diagnostiqués. La demanderesse a discuté avec le Dr P._____ d'un transfert au CHUV. Celui-ci lui a expliqué que cet hôpital n'acceptait pas les transferts en dessous de vingt-neuf semaines de grossesse. Un traitement par tocolyse et un traitement antibiotique ont été introduits. La demanderesse ne souhaitant pas de cure de Celestone - destinée à traiter la maturation des poumons du fœtus -, cette cure n'a dès lors pas été administrée, ceci en accord avec le Dr P._____. En principe, la Celestone est administrée à la vingt-septième ou vingt-huitième semaine de grossesse, sauf en cas d'urgence. Ce médicament contient de la cortisone qui peut engendrer un risque d'augmentation d'une infection existante et par conséquent des contractions.

Le matin du 12 juin 2007, la demanderesse s'est à nouveau plainte de contractions douloureuses. Le dosage du traitement par tocolyse a dès lors été augmenté et la symptomatologie s'est améliorée. Un autre traitement tocolytique, le Gynipral, a été introduit. Il résulte du rapport établi le même jour par le Service de gynécologie obstétrique de la défenderesse que les contractions ont cédé initialement après l'introduction de ce nouveau traitement, à la suite de quoi les médecins ont tenté un croisement avec un schéma par Adalat, autre traitement tocolytique. La demanderesse a alors présenté une reprise de contractions qui ont pu être maîtrisées avec la réintroduction du traitement par Gynipral.

Le 18 juin 2007, un début de croisement par Adalat a été réintroduit.

Le 20 juin 2007, le Dr P. _____ a annoncé à la demanderesse qu'il s'absentait pour quelques jours mais qu'elle ne devait pas s'inquiéter car elle était sous contrôle. Le même jour, en fin de matinée, la demanderesse a ressenti des contractions et un traitement par Gynipral a été réintroduit. Il n'est pas établi qu'un contrôle du col de l'utérus ou un ultrason ait alors été effectué.

Le 22 juin 2007, la demanderesse a ressenti des contractions douloureuses.

Le 23 juin 2007, plusieurs cardiotocogrammes ont été effectués. Il n'est en revanche pas établi qu'un contrôle du col de l'utérus de la demanderesse ait été effectué.

Le 24 juin 2007, lors de la visite du médecin de garde, la demanderesse était souriante dans son lit. Par l'intermédiaire de l'infirmière, elle a demandé si elle pouvait sortir sur le balcon, ce qui lui a été refusé car elle n'était pas censée se lever. La médecin assistante de garde a été appelée vers midi pour des contractions qui étaient revenues.

Elle n'a pu se rendre immédiatement vers la patiente et a été rappelée vingt ou trente minutes plus tard. Elle s'est alors rendue auprès de la demanderesse avec la sage-femme, qui a effectué un toucher vaginal et a constaté que la dilatation du col de l'utérus était complète avec une présentation de la tête fœtale basse. La demanderesse a été transportée en urgence en salle d'accouchement. Elle a demandé à être transférée au CHUV, mais à ce stade le risque était trop important, raison pour laquelle l'équipe de néonatalogie de cet hôpital s'est déplacée.

A l'arrivée de l'équipe de néonatalogie, la demanderesse a accouché à 15h11 d'un garçon prénommé [...]. L'accouchement est intervenu à vingt-six semaines et trois jours d'aménorrhée. Le nouveau-né a dû être intubé et a ensuite été transféré en urgence au CHUV, où il est resté jusqu'au 27 septembre 2007.

5. Le 25 juin 2007, soit le lendemain de son accouchement, la demanderesse est sortie de l'hôpital. Pour être auprès de son enfant, elle a été transférée au CHUV, où elle est restée jusqu'au 30 juin 2007.

Deux médecins du CHUV ont adressé un courrier au Dr P. _____ le 14 août 2007, dans lequel ils ont notamment indiqué que le status de la demanderesse à la sortie de l'hôpital était normal et qu'elle se présenterait en consultation six semaines plus tard.

Par la suite, la demanderesse a rencontré des problèmes gynécologiques, a souffert de douleurs, de dysménorrhées, ainsi que d'infections, et a subi des curetages.

6. Le 27 septembre 2007, l'enfant [...] est sorti du CHUV et a été admis à l'Hôpital de l'Enfance où il a séjourné jusqu'au 12 octobre 2007. Le rapport médical d'entrée à l'Hôpital de l'Enfance relevait notamment ce qui suit:

" (...) Il a présenté de multiples complications dont les principales sont les suivantes:

- d'un point de vue respiratoire, il a présenté une maladie des membranes hyalines qui ont nécessité l'administration de 2 doses de Surfactant avec un diagnostic de bronchodysplasie pulmonaire modérée. Il a également présenté un syndrome bradyapnéique du prématuré modéré traité par caféine jusqu'au 13.08.07. (...)
- d'un point de vue cardiovasculaire, il a présenté un canal artériel persistant et des hypotensions ayant nécessité un soutien d'amine. Le canal artériel a été traité dans un premier temps par Indocide puis a finalement été ligaturé chirurgicalement.
- d'un point de vue digestif, il a présenté une Entérocolite nécrosante traitée conservativement. (...)
- d'un point de vue infectieux, il a présenté un sepsis à staphylocoques traité par antibiotiques. (...)
- d'un point de vue neurologique, il a présenté une hémorragie intraventriculaire de grade III bilatérale avec une IRM de contrôle à terme le 26.09.07 qui a montré une hémorragie résiduelle dans les ventricules sans atteinte du parenchyme confirmant le grade III. (...)

Autres problèmes:

[...] a présenté:

- une anémie de la prématurité ayant nécessité des transfusions,
- une hyperbilirubinémie ayant nécessité une photothérapie pendant quelques jours,
- des symptômes de RGO ayant motivé l'introduction de Motilium et d'Antra depuis le 31.08.07.

(...)."

Le 12 octobre 2007, l'enfant [...] est sorti de l'Hôpital de l'Enfance et a pu rejoindre le domicile de ses parents.

7. A teneur d'un rapport du Département de Pédiatrie du CHUV du

18 octobre 2007, il ressort que l'accouchement de la demanderesse à [...] a eu lieu dans un contexte "d'échappement à la tocolyse", que l'équipe de néonatalogie est arrivée quinze minutes avant la naissance et qu'il y a eu "adaptation primaire correcte".

8. Le 19 octobre 2007, l'enfant [...] a subi une intervention de chirurgie digestive. Il a également été sujet à des problèmes ophtalmologiques.

9. Au mois de février 2008, un processus de médiation a été entrepris par les demandeurs et une partie du personnel soignant de la

défenderesse. Le litige qui oppose les parties à la présente procédure n'a pas pu être réglé par la médiation.

10. Le Dr M. _____, qui était de garde à l'W. _____ durant le week-end des 23 et 24 juin 2007, a rédigé un rapport le 16 juin 2009. Entendu comme témoin, il a expliqué que, par l'intermédiaire des rapports oraux journaliers habituels du personnel hospitalier, il était au courant de la présence d'une patiente présentant des contractions prématurées à vingt-six semaines de grossesse révolues. Elle était présentée comme une personne très angoissée, avec une sensibilité exacerbée aux contractions, l'amenant peut-être parfois à confondre les mouvements de l'enfant avec une activité utérine. Sous tocolyse, la situation paraissait être maîtrisée et il semble que recommandation avait été faite de ne pas exécuter d'examen intempestif. Le Dr M. _____ a indiqué qu'à sa connaissance, il ne s'était rien passé de significatif durant ce week-end, jusqu'au moment où il a été appelé aux environs de 13 heures le 24 juin. La personne l'ayant appelé l'a prié de se rendre immédiatement en salle d'accouchement, la patiente venant d'y être admise en raison de contractions utérines régulières sous tocolyse, à dilatation complète avec une poche des eaux bombante et une présentation aux épines. Lors de son arrivée dans la salle d'accouchement, il a procédé à un examen qui a confirmé celui de la sage-femme et de l'assistante. La question d'un éventuel transfert au CHUV s'est posée, mais cette solution n'était plus possible. Le témoin a indiqué que selon son expérience personnelle, un accouchement prématuré à ce stade-là de la grossesse peut se dérouler extrêmement rapidement, le risque d'une expulsion durant le transport étant trop grand. Au vu de la situation, décision a été prise de faire venir l'équipe de néonatalogie de la défenderesse et du CHUV, et d'essayer, en attendant leur arrivée, de temporiser en augmentant la tocolyse. A l'arrivée des deux équipes de néonatalogie, le traitement par tocolyse a été arrêté et l'accouchement s'est alors déroulé de manière rapide. Afin d'effectuer un accouchement aussi peu traumatisant que possible, la poche des eaux a été gardée intacte jusqu'à vingt minutes avant l'expulsion, puis a été rompue volontairement. Une large épisiotomie a été effectuée avant que la tête n'appuie sur le périnée, pour éviter une

pression supplémentaire de celui-ci sur la présentation. La naissance a eu lieu environ deux heures après l'arrivée du Dr M. _____ en salle d'accouchement. Son appréciation de la situation est la suivante : lui-même et l'équipe médicale ont été confrontés à un problème classique de contractions prématurées très tôt dans la grossesse, avec une dilatation brutale et relativement inattendue du col, suivie d'un accouchement rapide. Il a déclaré qu'a posteriori, au vu des deux heures écoulées entre la découverte de la dilatation complète du col et l'accouchement lui-même, il serait facile de dire qu'un transfert sous tocolyse aurait été possible et a posé la question de savoir qui aurait pu prendre la responsabilité d'un accouchement durant le transport. La lecture des différents rapports journaliers concernant la demanderesse n'a pas permis de mettre en évidence une cause tangible expliquant les contractions prématurées, raison pour laquelle aucun autre traitement n'a été proposé. Le témoin a confirmé que dans une lettre du 7 août 2007, la demanderesse avait émis de nombreuses récriminations, notamment concernant les samedi 23 et dimanche 24 juin 2007, qui vont à l'encontre des observations consignées par le personnel médical dans les rapports concernant la patiente. Le Dr M. _____ a en particulier indiqué avoir lu dans ces rapports que durant la nuit du 23 au 24 juin 2007, la demanderesse n'avait pas sonné, qu'elle n'avait besoin de rien, et que le 24 juin 2007 à dix heures du matin l'infirmière avait relevé quelques contractions utérines sur le cardiotocogramme, la demanderesse s'étant douchée. Il a également indiqué que, selon ses récriminations, la demanderesse s'était plainte de n'avoir pu se lever, ni manger. En se fondant sur les rapports journaliers oraux et les rapports écrits du personnel médical, ainsi que sur les événements auxquels il a assisté lorsqu'il a été appelé en salle d'accouchement le 24 juin 2007, le Dr M. _____ a estimé que la responsabilité de l'équipe médicale n'était pas engagée dans les suites et les complications subséquentes possibles de l'accouchement de la demanderesse. Il a ajouté qu'il n'était pas possible d'affirmer que du fait de l'accouchement prématuré, la demanderesse a été à tort "accusée" de confondre contractions et mouvements de l'enfant.

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

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

Le CHUV dispose d'un service prénatal. Le site Internet de cet hôpital indique que le département de gynécologie obstétrique accueille les patientes présentant des problèmes dès la vingtième semaine de gestation.

12. En 2006, la demanderesse a obtenu un bonus brut de 33'000 francs.

Au mois de janvier 2007, le salaire annuel de la demanderesse qui travaillait à 100% auprès de la banque [...] s'élevait à 100'300 fr., soit 8'358 fr. 33 brut par mois versé douze fois l'an.

Le 26 mars 2008, à l'issue de son congé maternité, la demanderesse a repris son travail auprès de la banque [...] dans un secteur d'activité différent à un taux de 60%, pour un salaire mensuel brut de 5'015 fr., soit 4'548 fr. 64 net.

En 2009, elle a perçu un salaire mensuel brut de 5'015 fr., soit 4'511 fr. 79 net.

13. En 2007, la participation de la demanderesse à son assurance maladie s'est élevée à 1'902 fr. 15 (1'578 fr. 55 + 323 fr. 60).

En 2008, elle s'est élevée à 863 fr. 25.

En 2009, elle était de 472 fr. 35 (447 fr. 45 + 24 fr. 90).

14. La vie de couple des demandeurs a été affectée par les problèmes gynécologiques de la demanderesse. Les épreuves vécues dans le cadre de la naissance de leur enfant les ont épuisés.

15. Entre le 27 septembre 2007 et le 25 mars 2010, les demandeurs ont eu des frais d'avocat à hauteur de 7'107 fr. 55.

16. Par déclarations des 28 avril 2008, 26 mai 2009 et 10 mai 2010, la défenderesse a renoncé à se prévaloir de l'exception de prescription respectivement jusqu'aux 31 mai 2009, 31 mai 2010 et 31 mai 2011.

17. En cours d'instance, une expertise a été confiée à la Dresse Begonia Martinez de Tejada, médecin adjoint agrégé du service d'obstétrique des Hôpitaux Universitaires de Genève, qui a collaboré avec le Dr Riccardo Pfister, médecin adjoint agrégé du service de pédiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève. Elle a déposé son rapport le 1^{er} février 2013. Il en ressort notamment ce qui suit :

« (...)

2. Résumé des antécédents et de l'état actuel du patient

2.1 Résumé des traitements et des antécédents qui ont précédé la saisie du Bureau d'expertises

La grossesse

En 2007 Mme A.J._____ est une patiente primigeste de 27 ans en bonne santé habituelle. On remarque dans ses antécédents médico-chirurgicaux, une laparoscopie pour un syndrome de l'intestin spastique, suivi d'un traitement médical, ainsi qu'une allergie au latex, aux graminées et à la Cibalgine®. Mme A.J._____ a aussi un antécédent d'un traitement par cryothérapie d'un CIN-II du col en 2005, ainsi qu'une vaporisation laser de condylomes en 2006 (...). Le terme de la grossesse est prévu au 29.09.07. Le suivi de la grossesse est effectué par le Dr P._____. L'évolution de la grossesse durant le premier trimestre est dans la norme (suivi clinique ; dépistage prénatal par échographie ; sérologies). Il n'y a pas de facteurs de risque particuliers. Une amniocentèse à 18 semaines d'aménorrhée (indication : anxiété maternelle) est effectué le 18.04.2007 par le Dr [...]. Le résultat est revenu normal (46 XY).

Mme A.J._____ est en arrêt de travail depuis le 30.03.2007, en raison d'une hypotension.

Le 08.05.2007, Mme A.J._____, consulte le service d'urgences du CHUV (Dr [...]) pour crampes abdominales. Le bilan de menace de fausse couche est effectué (culture vaginale et urinaire, formule sanguine), avec

un ultrason du col montrant une longueur à 22-25 mm, sans funelling (échographie effectuée par le Dr [...]). Mme A.J._____ rentre à domicile avec un traitement de repos, magnesium et Adalat CR30® 2 fois/jour. Mme A.J._____ doit contacter le Dr P._____ pour suite du traitement tocolytique. L'arrêt de travail est renouvelé le 09.05.2007.

L'hospitalisation

Mme A.J._____ est admise à W._____ le 09.06.2007 à 24 2/7 sem. pour contractions utérines, sans autre plaintes. Elle est prise en charge par le Dre G._____ (G._____), médecin interne de garde. A l'entrée, l'examen clinique montre un col postérieur, long et formé (perméable à l'orifice externe). L'ultrason vaginal confirme un col long à 28 mm. L'ultrason abdominal montre un fœtus en situation transverse, avec un poids présumé entre 630 et 750 gr. L'examen direct montre la présence de champignons (Mme n'a pas de symptômes de vaginite). Un cardiocotogramme, une formule sanguine, un électrocardiogramme, une culture d'urine et des frottis génitaux sont effectués. Il est décidé d'instaurer un traitement par tocolyse avec Gynipral®, Magnesiocard®, Gyocanesten®, ainsi que du repos. Une prophylaxie anti-thrombique avec Clexane® est aussi instaurée. La maturation pulmonaire (cure de Celestone) est à faire en fonction de l'évolution clinique.

Dans le dossier de Mme A.J._____ est noté qu'elle aimerait discuter avec le Dr P._____ l'indication à la cure de Celestone le 11.06.2007. Le 12.06.2007, on relève une annotation du médecin interne (Dre G._____): « pas de Celestone ». Les motifs ne sont pas notés. [Dans le cardex (document des soins des sages-femmes de W._____ durant l'hospitalisation et dans le résumé du Dr P._____ du 15.10.2010, il est écrit: « refus de la patiente »].

Le 12.06.2012 (sic), un traitement antibiotique par Augmentin® est introduit pour une culture urinaire positive à 10^{E4} germes/ml (flore mixte). Un traitement de Solmucol ® est aussi introduit pour une suspicion d'une sinusite débutante.

La formule sanguine et la CRP (protéine C réactive) ont été répétées le 11, 13, 16 et 22 juin 2007. Ces examens ont consisté en une formule simple (leucocytes, hémoglobine, hématocrite et plaquettes), la répartition n'a été effectuée que le 11.06.2007. Les examens étaient dans la norme, hormis une légère anémie le 11 et 13.06.2007 et des CRP discrètement élevées.

Les frottis génitaux sont revenus négatifs pour champignons, mycoplasme, ureaplasme et chlamydia.

La tocolyse est diminuée de façon progressive pour être augmentée le 11.06.2007. Un traitement d'Adalat® 20 mg, le soir en réserve est introduit dès le 14.06.2007. Madame reçoit un comprimé d'Adalat® le soir même. Le 16.06.2007, on relève dans le dossier que Mme A.J._____ est très anxieuse et qu'elle a peur que les contractions utérines ou les mouvements fœtaux ouvrent le col de l'utérus. Le 17.06.2007, Mme A.J._____ a toujours des contractions utérines. Elle reçoit de l'homéopathie. Il est également noté dans le dossier, que Mme ne comprend pas « pourquoi on lui dit que tout est OK..... ». La tocolyse est diminuée de façon progressive.

Le 18.06.2007 une nouvelle tentative de diminution/arrêt de la tocolyse intraveineuse par Gynipral® est effectuée avec croisement du traitement avec Adalat® par voie orale. Le 20.06.2007 la tocolyse intraveineuse « full dose » avec Gynipral ® est à nouveau introduite et celle par

Adalat® par voie orale arrêtée. Le Dr P. _____ est au courant de cette attitude. Le 22.06.2007, la tocolyse par Gynipral® est à nouveau augmentée en raison de contractions utérines cliniques et objectivées au cardiotocogramme.

Les monitorings (NST ou CTG) effectués depuis l'hospitalisation de Mme A.J. _____ et jusqu'au 20.06.2007 ont montré la présence de contractions utérines irrégulières avec une fréquence cardiaque fœtale à environ 150 bpm (normal pour l'âge gestationnel) et une bonne microvariabilité. Le 20.06.2007 à 10h, on remarque la présence de contractions utérines régulières (aux 2 minutes) au cardiotocogramme. Une heure plus tard, Mme A.J. _____ reçoit un comprimé d'Adalat®. Les contractions utérines s'espacent aux 4 minutes et elles sont ressenties moins fortes par Mme A.J. _____. La fréquence cardiaque fœtale reste toujours dans les limites de la norme pour l'âge gestationnel. A noter que la tocolyse a été augmentée sur la base de contractions utérines cliniques et au cardiotocogramme sans réalisation d'un examen clinique (touché vaginal avec score de Bishop) ni d'une échographie vaginale pour mesurer la longueur du col.

Le cardiotocogramme du 21.06.07 montre la présence de quelques contractions utérines sporadiques. Le 22.06.2007, le cardiotocogramme montre la présence des contractions utérines régulières aux 9 minutes avec une fréquence cardiaque fœtale dans la norme. En raison des contractions utérines cliniques, aussi objectivées au cardiotocogramme, la tocolyse a été augmentée. A nouveau, il n'y a pas eu d'examen clinique ni échographique du col de l'utérus.

Le cardiotocogramme du 23.06.2007 montre la présence de quelques contractions utérines sporadiques.

Le 24.06.2007, le cardiotocogramme de 10h montre la présence de quelques contractions utérines avec une fréquence cardiaque fœtale dans la norme.

Le 24.06.2007 vers 12h, Mme A.J. _____ appelle car elle a des contractions utérines plus intenses (à noter que la nuit a été calme pour Madame). Le cardiotocogramme montre la présence de contractions utérines _____ irrégulières _____ aux 3-7 minutes. La sage-femme appelle le médecin qui demande d'augmenter la tocolyse. Une heure plus tard, Mme A.J. _____ a l'impression de vouloir aller à selles. L'examen clinique (toucher vaginal) montre que le col est à dilatation complète et la présentation (céphalique) est aux épines. Il est décidé de transférer Mme A.J. _____ à la salle d'accouchement. La tocolyse est gardée à 40 gouttes/min en attendant l'arrivée de l'équipe de néonatalogie.

L'accouchement

Mme A.J. _____ arrive en salle d'accouchement vers 13h. Le Dr [...], le Dr G. _____ (G. _____), médecin interne, ainsi que Mme [...] (sage-femme) sont présents durant l'accouchement. A l'arrivée, l'examen montre une dilatation complète du col avec les membranes intactes. A 14h50 la poche des eaux est rompue artificiellement. A 15h00, naissance d'un garçon ([...]) de 950 gr en présentation « céphalique » (...), avec Apgar 6-8-9 et pH veineux à 7.34. Une administration de 5U d'ocytocine pour la délivrance du placenta est effectuée. Cependant, il y a une rétention placentaire, raison pour laquelle une anesthésie rachidienne est effectuée, suivie d'un piston (administration supplémentaire d'ocytocine).

Le placenta est finalement délivré spontanément à 16h00. Il n'y a pas de description de l'aspect du placenta (...).

Des frottis du placenta (résultats le 31-08-2007 : positif à Streptocoque alphahémolytique et à cocci Gram positif) sont effectués ainsi qu'une demande d'examen histo-pathologique. Cet examen, daté du 28.06.2007, décrit un placenta fortement déchiqueté, petit et avec des foyers d'hémorragie intravillositaire, sans évidence d'infection.

Naissance et évolution néonatale immédiate

A 26 3/7 semaines d'aménorrhée, naissance spontanée d'un garçon (...). L'équipe de néonatalogie du CHUV est arrivée 15 minutes avant et a été présente durant l'accouchement.

L'adaptation primaire d' [...] a été correcte mais avec un syndrome de détresse respiratoire d'emblée, motivant une ventilation au masque avec FiO2, suivie d'une intubation. Par la suite, [...] présente une hypotension et la ventilation devient difficile, motivant l'administration de Dopamine® et de surfactant. Il est transféré au CHUV à 1h15 de vie, en conditions stables.

Evolution au CHUV ([...])

[...] séjourne dans la division de néonatalogie du CHUV du 24.06.2007 (26 3/7 sem) au 27.09.2007 (40 1/7 sem).

A son arrivée, [...] présente un état général conservé, mais présente une tachycardie et une hypotension. Il est normotherme et tonique.

Durant son séjour en néonatalogie, [...] a présenté les problèmes suivants :

- 1- Difficulté à l'alimentation due à la prématurité et compliqué secondairement par une entérocolite nécrosante.
- 2- Syndrome de détresse respiratoire sur maladie des membranes hyalines [pour rappel, absence de maturation pulmonaire (cure de Celestone®) in-utéro], bronchodysplasie pulmonaire modérée (avec extubation définitive à J78), pneumonie à Entérocoque (traité par Tienam®) et syndrome de bradyapnée du prématuré (traité caféine).
- 3- Hypotension et canal artériel persistant. L'hypotension est apparue dès les premières heures de vie et a nécessité des remplissages et un soutien par Dopamine®. Une transfusion en raison de son anémie a également été effectuée. Cette anémie était secondaire à l'hémorragie intracrânienne. Le canal artériel a été traité avec de l'Indocid® sans succès nécessitant enfin une ligature chirurgicale le 29.06.07.
- 4- Sepsis et entérocolite nécrosante avec choc septique, traités avec plusieurs antibiotiques, des remplissages, la Dopamine, albumines et diurétiques.
- 5- Hémorragie intraventriculaire de degré III (selon Papile). A J1 [...] avait une hémorragie grade I à gauche qui s'étend pour devenir un grade II bilatéral à J3. A J4, l'échographie est suspecte d'hémorragies bilatérales grade IV. Une IRM est effectuée en urgence, montrant qu'il s'agissait d'hémorragie de degré III, donc sans atteinte du parenchyme cérébral. Il est décidé de poursuivre le traitement d' [...]. A J79 l'examen montre un status neurologique dans les normes.
- 6- Anémie traitée par transfusions, et hyperbilirubinémie traitée par photothérapie.

- 7- Reflux gastro-oesophagien.
- 8- Hyponatrémie et hypophosphatémie.

A la sortie le 27.09.07, [...] a un poids de 2650 gr. Il est en bon état général, tonique et bien éveillé. Il est transféré à l'Hôpital de l'Enfance pour suite de prise en charge d'un enfant prématuré avec insuffisance alimentaire et désaturations pendant les repas.

[...] séjourne à l'Hôpital de l'Enfance du 27.09.07 (40 1/7 sem) au 12.10.07

(42 3/7 sem). Pendant son séjour, [...] est alimenté par sonde nasogastrique, en prenant progressivement des quantités de lait plus importantes au sein ou au biberon. Le 12.10.07 la sonde nasogastrique est retirée.

Sur le plan respiratoire, les désaturations et apnées ont diminué aussi de façon progressive et le monitoring est stoppé le 10.10.07.

[...] bénéficie d'une physiothérapie pour aider à son développement neurologique. Il a une hernie inguinale droite qui doit être contrôlée par la suite.

Suites post-partum de Mme A.J. _____ à W. _____

La nuit du 24.06.2007 (jour de l'accouchement) Mme A.J. _____ bénéficie d'un traitement de Stilnox® et Dafalgan®. Elle quitte W. _____ le 25.06.07 à 9h45, pour être transférée au CHUV. Dans le document de transmission est noté de vérifier la suture de l'épisiotomie et de donner les soins post-partum standards.

Suites post-partum immédiat de Mme A.J. _____ au CHUV

Mme A.J. _____ séjourne dans le service d'obstétrique du CHUV du 25.06.07 au 30.06.07. Dans la feuille d'entrée du CHUV est noté que le transfert de la patiente est effectué pour suivre son bébé.

Les suites de couches sont simples et le status à la sortie est normal. Mme A.J. _____ bénéficie d'un traitement de Brufen®, Dafalgan® et Lexotanil® durant son séjour.

Le 26.06.07, Mme A.J. _____ se plaint d'avoir mal au bas du ventre. Elle est afébrile et l'examen clinique montre un utérus bien contracté avec des pertes normales. Le médecin est informé et une FSC (leucocyte à 11.8 G/l) avec CRP (24 mg/l) et une culture d'urine (contamination : pas d'indication à un traitement antibiotique) sont effectuées.

Le 30.06.07, à la sortie, l'examen clinique est sans particularité (pertes normales et involution de l'utérus correcte).

Suites de Mme A.J. _____ à distance de l'accouchement (au-delà 6 semaines)

Mme A.J. _____ consulte les urgences du CHUV le 24.07.07 pour démangeaison vaginale, douleur suspubienne depuis 3 jours, ainsi que des pertes vaginales malodorantes. L'utérus est un peu sensible à la palpation. Un diagnostic de vaginose bactérienne ± endométrite est posé. Un traitement de Brufen®, Dafalgan® et Augmentin® est prescrit. Je n'ai pas trouvé d'examen échographique effectué lors de cette consultation.

Mme A.J. _____ consulte à nouveau les urgences du CHUV le 12.08.07 pour persistance de douleurs abdominales basses depuis plus de 2 semaines et saignement vaginal. Mme A.J. _____ est sous traitement de Methergin® depuis 1 semaine, introduit par son médecin traitant (Dr P. _____), pour une suspicion de rétention de matériel trophoblastique. A l'arrivée, Madame a un status subfébrile à 37,1°C, et l'examen clinique

montre un utérus sensible et peu involué. L'échographie est compatible avec une rétention de matériel. Mme A.J._____ bénéficie d'une révision utérine avec curetage. Lors de la description de l'intervention est notée la présence d'une quantité de matériel abondant. Le résultat de pathologie confirme le diagnostic d'une rétention de matériel trophoblastique à 7 semaines post-accouchement.

Par la suite, Mme A.J._____ est suivie par le Dr [...] pour persistance de ménorragies et dysménorrhées. Un contrôle échographique a mis en évidence la présence d'une synéchie utérine, raison pour laquelle Mme A.J._____ est à nouveau hospitalisée au CHUV (date du 30.09.08), où elle bénéficie d'une hystéroscopie opératoire avec section de synéchie par les Drs [...] et [...]. Etant donné la présence d'un kyste de la glande de Bartholin droit, ce kyste est incisé durant l'intervention. Un stérilet Mona-Lisa est posé. Mme A.J._____ doit faire un traitement de Flagyl® et Diflucan® pour une coïnfection à champignons et une vaginose bactérienne.

2.2 Etat de santé actuel de Mme A.J._____ ainsi que de son fils [...]

Depuis 2009, Mme A.J._____ est suivie du point de vue gynécologique par la Dre [...]. Le 16.09.11, un contrôle échographique est effectué par le Dr [...] au CHUV. Les images sont compatibles avec la présence d'une synéchie au niveau du 1/3 inférieur de la cavité utérine. Cette synéchie pourrait être associée avec le problème d'infertilité secondaire de Mme A.J._____.

L'état de santé actuel d' [...] n'a pas pu être objectivé directement par le Dr [...] car le couple A.J._____ n'a pas souhaité le faire venir aux HUG pour un nouvel examen médical. D'après l'entretien entre le Dr [...] et le couple A.J._____, l'état actuel d' [...] est stable. L'évaluation de l'état d' [...] se fait donc sur la base des quatre dernières évaluations neuro-développementales du CHUV (datés du 28.3.2011, 25.6.2009 deux documents et 14.4.2008), copies demandées au CHUV. Il n'y a pas raison de douter des examens développementaux du garçonnet qui y est suivi depuis toujours.

En résumé, l'anamnèse auprès des parents rapporte d'un enfant actuellement de 5 ans et demi qui est décrit comme heureux, joyeux et volontaire. Selon les parents toujours, [...] nécessite encore beaucoup de support par ergothérapie et physiothérapie en raison de faiblesses de la motricité fine et des difficultés de calcul. Il souffre aussi d'asthme à l'effort et aurait un naevus conjonctival.

Les rapports du développement d' [...], dont le dernier date du 21.3.2012, montrent une évolution neurologique favorable. A l'âge de 3 ans et 8 mois, l'état physique est bon, le status neurologique parfaitement normal et la croissance dans les percentiles grands. Aussi dans l'évaluation du développement psychomoteur, [...] obtient des résultats normaux et homogènes. Sur le plan verbal on notait au dernier examen toutefois une articulation nasonnante et peu précise, peut-être en raison d'amygdales volumineuses. Le vocabulaire et la construction des phrases étaient très bien développés.

Sur le plan de l'asthme à l'effort, [...] est suivi par la pneumo-pédiatre (Dr [...] au CHUV).

3. Réponses aux allégués

(...)

Suivi de la grossesse

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

Cette affirmation n'est que partiellement juste. Le 20.06.2007 l'examen clinique de routine (prise de température, tension artérielle, pouls) ainsi qu'un cardiotocogramme ont été effectués.

Il n'y a pas eu d'examen clinique du col de l'utérus (toucher vaginal) ni d'échographie vaginale.

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

Cette affirmation est exacte.

40- *..... ni d'ultrason (concerne la prise en charge du 20.06.2007)*

Cette affirmation est exacte.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le cardiocotogramme a été arrêté à 10h40.

Naissance de l'enfant [...]

76- ..., alors que le terme normal d'une grossesse se situe entre 37 et 41 semaines.

(...) Cette affirmation est correcte. Le terme, qu'on peut appeler normal, est défini par l'OMS par l'âge fœtal post-menstruel (compté du premier jour des dernières règles) entre 37 0/7 semaines et 41 6/7 semaines avec le terme précis à 40 0/7 semaines.

82- En raison de sa naissance prématurée, [...] a présenté de multiples complications.

(...) Cette affirmation est correcte. Il y a une étroite association entre la grande prématurité d' [...] et de multiples complications, mais la grande prématurité ne cause pas toujours ces complications.

83- Il résulte notamment de l'anamnèse d'entrée à l'Hôpital de l'enfance, établie le 27 septembre 2007 et figurant au dossier médical de [...] que

((...)) les différentes complications sont discutées individuellement par la suite)

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

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

modérées sont en général de bon pronostic à long terme (voir point 94).

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

(...) Ces affirmations sont correctes. [...] a sans doute présenté des **hypotensions** précoces, mesurées, décrites et traitées par des remplissages et des amines (Dopamine®). Des hypotensions peuvent se trouver à tout âge, mais elles sont fréquentes chez le nouveau-né très prématuré. Pour la situation d' [...] à la naissance l'association avec la grande prématurité est indéniable, mais il n'est pas possible de trancher sur une cause précise puisque trois facteurs coïncident : la prématurité, une possible infection et une hémorragie. Le **canal artériel perméable** est une condition normale à la vie fœtale (intra-utérine) qui doit évoluer vers une fermeture après la naissance. La persistance du canal artériel est une condition qui dépend fortement de la prématurité de l'enfant. Pour [...], le diagnostic a été confirmé par échographie cardiaque (rapporté dans la lettre de sortie du CHUV pour le 28.6.2007 au moins) et la prématurité est la cause principale de sa non-fermeture. La fermeture médicale du canal artériel est nécessaire si le cœur ne supporte pas la surcharge de travail ou si les organes sont mal perfusés ; les deux arguments ont été évoqués pour [...]. Une tentative de fermeture médicamenteuse par indométacine (Indocid®) a été interrompue en raison des risques augmentés d'hémorragie de ce traitement et de la constatation d'une progression de l'hémorragie intracrânienne (26.6.2007). La ligature chirurgicale a été effectuée en raison d'une décompensation progressive le 29.6.2007.

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

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

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

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

à un état infectieux. Pour des raisons techniques les hémocultures restent souvent négatives et cette négativité n'est pas une preuve d'absence d'infection.

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

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

84- Autres problèmes

a) Anémie de la prématurité nécessitant des transfusions:

(...) Cette affirmation est juste.

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

b) Hyperbilirubinémie:

(...) Cette affirmation est juste.

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

c) RGO traité par Motilium® et Antra®:

(...) Cette affirmation est partiellement juste.

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

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

(...) Cette affirmation est juste.

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

86. Il a encore été sujet à des problèmes ophtalmologiques

(...) Cette affirmation est juste.

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

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

87. A cela s'ajoute que [...] était immunodéprimé

(...) Cette affirmation n'est que partiellement juste.

Tout enfant qui naît prématurément se trouve dans une condition immunitaire fragile puisqu'il ne reçoit qu'une partie des immunoglobulines maternelles que recevrait un nouveau-né à terme à la naissance (immunité passive). A la naissance, chez tout nouveau-né l'immunité propre (immunité active) est encore "vierge". Comme chez un nouveau-né à terme, chez le prématuré, les mécanismes de défense déclenchés par l'immunité sont fonctionnels, mais moins matures qu'à terme. Il est donc en situation de susceptibilité aux infections plus importante que chez le nouveau-né à terme. La terminologie d'immunodépression est donc fautive; il s'agit plutôt d'une immaturité immunitaire physiologique. Elle se normalise spontanément avec l'âge (voir aussi point 96).

93. Ainsi, ils devaient utiliser du matériel hygiénique pour avoir contact avec leur enfant.

(...) Cette affirmation n'est que partiellement juste.

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

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

(...) Cette affirmation est fausse.

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

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

(...) Cette affirmation est fausse.

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

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

(...) Cette affirmation est fausse puisque les points 94 et 95 le sont.

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

97. En outre, en raison de son système immunitaire défaillant, [...] a encore été privé de contact avec d'autres enfants jusqu'au début de l'année 2009.

(...) Cette affirmation n'est que partiellement juste.

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

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

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

Suite de l'accouchement

99- Une fois expulsé, le placenta n'a pas été contrôlé (concerne la prise en charge du 24.06.2007)

Il n'y a pas de preuve dans le partogramme que le placenta a été contrôlé.

Après la naissance d' [...], il y a eu une rétention placentaire. Pour cela, un piston (administration supplémentaire d'ocytocine) a été effectué. Une

anesthésie a aussi été effectuée en préparation d'une possible délivrance artificielle du placenta. Finalement le placenta a été délivré spontanément.

Selon Mme A.J._____, la Dre G._____ a évalué le placenta et a demandé au Dr M._____ de le contrôler car elle avait un doute sur son intégrité. Toujours selon Mme A.J._____, le Dr M._____ a demandé à la Dre G._____ si elle ne savait pas vérifier l'état d'un placenta. La Dre G._____ a répondu ne pas avoir beaucoup d'expérience avec des placentas à 26 sem (1^{ère} année d'internat en gynécologie-obstétrique de la Dre G._____). Selon Mme A.J._____, le Dr M._____ a refusé de contrôler le placenta.

Lors des entretiens téléphoniques, les Drs P._____, M._____ et G._____ confirment que la révision visuelle macroscopique de l'intégrité du placenta se faisait systématiquement déjà en 2007. Il se peut que l'intégrité du placenta ait été évaluée mais qu'il a été oublié d'être transcrit dans le partogramme, oubli dû au stress lié à la prise en charge de ce cas (accouchement à très haut risque car prématurité extrême). Le Dr P._____ n'était pas présent à l'accouchement. Le Dr M._____ ne se rappelle pas de la révision du placenta. Il ne se rappelle pas non plus d'avoir eu ce dialogue avec la Dre G._____. La Dre G._____ dit ne pas se souvenir non plus.

Etant donné que le placenta est décrit comme fortement déchiqueté dans le rapport d'histopathologie, il n'est pas possible de le considérer comme "complet" ou "intègre" lors d'un examen macroscopique fait dans les règles de l'art. Ceci associé au manque de notes concernant l'examen du placenta dans le partogramme, me font conclure que l'affirmation est juste et le placenta n'a pas été contrôlé.

100- La demanderesse n'a pas fait l'objet d'un curetage immédiat (concerne la prise en charge du 24.06.2007)

Cette affirmation est correcte.

Dans le cas de doute sur l'intégrité du placenta (mais pour cela une révision macroscopique du placenta doit être effectuée), une révision de la cavité de l'utérus avec ou sans curetage doit être effectuée. Il est important de noter que les curetages ne sont pas effectués de routine après les accouchements car il y a des risques de perforation utérine, infection et synéchies (adhérences intra-utérines) à distance (...).

Sur la base du rapport d'histopathologie du placenta qui le décrit comme fortement déchiqueté, il est peu probable que si le placenta avait été évalué après la délivrance il aurait été décrit comme "complet". Ce manque de révision du placenta a empêché Mme A.J._____ de bénéficier d'une révision de la cavité de l'utérus avec ou sans curetage (le curetage ne fait pas partie d'obligation du contrôle de la vacuité utérine car risque de perforation et synéchies).

104- Suite à cet accouchement, la demanderesse a rencontré de nombreux problèmes gynécologiques

Cette affirmation est correcte.

105- Elle a souffert de manière réitérée de fortes douleurs et de dysménorrhée

Cette affirmation est correcte.

106- Elle a dû subir plusieurs curetages

Cette affirmation n'est pas correcte. Mme a eu un curetage et une résection d'une synéchie par hystéroscopie.

107- A cela se sont encore ajoutées des infections vaginales à répétition

Cette affirmation n'est pas correcte.

Mme A.J._____ a consulté les urgences gynécologiques du CHUV le 24.07.07 pour démangeaison vaginale, douleur suspubienne depuis 3 jours, ainsi que des pertes malodorantes. L'utérus est un peu sensible à la palpation. Un diagnostic de vaginose bactérienne ± endométrite a été posé. Etant donné qu'il y avait une rétention de restes placentaires qui n'a pas été diagnostiquée, le diagnostic le plus probable était une endométrite et pas une infection vaginale. Cet épisode d'infection est associé à la rétention de restes placentaires.

Lors du traitement chirurgical de la synéchie utérine effectué au CHUV en date du 30.09.08, Mme A.J._____ a bénéficié d'un traitement de Flagyl® et Diflucan® pour une coïnfection à champignons et une vaginose bactérienne. Ces infections vaginales ne sont pas associées à la présence de synéchies de l'utérus.

Violation des règles de l'art

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

Cette affirmation n'est que partiellement correcte.

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

Lors de l'hospitalisation de Mme A.J._____ à W._____ à 24 2/7 sem., les examens ont montré la présence de contractions utérines, avec un col postérieur, long et formé, et mesuré à l'échographie à 28 mm.

Etant donné la précocité de l'apparition des contractions utérines (présentes déjà depuis 4 semaines), il y avait un facteur de risque pour un accouchement prématuré. Cependant, la présence d'un col long à l'examen clinique et échographique permettait de nuancer ce risque (...). Donc, le jour de l'hospitalisation Mme A.J._____ présentait un des facteurs de risque pour un accouchement prématuré mais pas une "menace d'accouchement prématuré" proprement dit.

Par la suite, Mme A.J._____ a continué à présenter des contractions utérines qui diminuaient avec la tocolyse iv. Un arrêt de tocolyse n'a jamais pu se faire. Etant donné la précocité, ainsi que la fréquence et l'intensité de ses contractions, des examens cliniques et/ou

échographiques du col de l'utérus auraient dû être effectués afin d'évaluer l'évolution du col de l'utérus (et poser le diagnostic de menace d'accouchement prématuré) et du risque d'accouchement prématuré (...). Ces examens n'ont pas été effectués et le risque d'un accouchement prématuré par la suite, n'a pas été évalué correctement.

112- Ces risques ont toutefois été sous-estimés

Cette affirmation est correcte. Le jour de son hospitalisation, la prise en charge a été correcte car Mme A.J._____ a été mise au repos et une tocolyse a été instaurée. Durant l'hospitalisation, les risques d'une menace d'accouchement prématuré ont été sous-estimés car malgré la persistance de contractions utérines régulières dès l'hospitalisation à 24 semaines, il n'y a plus eu d'examen du col de l'utérus. C'est que l'examen du col de l'utérus qui aurait pu donner plus d'informations sur les risques d'un accouchement prématuré permettant la discussion sur le transfert et la prise en charge.

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

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

114- Les mesures adéquates n'ont pas été prises

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

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

- a- Manque d'examen clinique et/ou échographique du col de l'utérus malgré la persistance de contractions et l'impossibilité d'arrêter les contractions utérines avec une tocolyse chez une patiente à 24 et puis 25 et 26 semaines d'aménorrhée.
- b- Manque de reprise de la discussion sur l'indication à une maturation pulmonaire. Le jour de l'hospitalisation cette décision pouvait être reportée car l'examen clinique était rassurant. Le couple a refusé la maturation pulmonaire après discussion. Selon eux, l'équipe les a rassurés quant aux risques faibles d'un accouchement prématuré et que la maturation pulmonaire est un traitement avec des effets secondaires (ce qui est correct).

Face à la persistance de contractions et peut-être d'un éventuel changement du col, si ce dernier avait été examiné, une nouvelle discussion sur l'indication à la maturation pulmonaire aurait dû être effectuée. On ne sait pas si le couple A.J._____ aurait refusé la

maturation pulmonaire dans un contexte "plus probable" d'accouchement prématuré et avec un rapport risques/bénéfices favorable à ce dernier lors des accouchements prématurés à moins 34 semaines.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cette affirmation est partiellement correcte.

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

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

122- Lors de l'accouchement de la demanderesse, le personnel soignant de W. _____ n'a pas pris les mesures adéquates

Cette affirmation n'est pas correcte. La prise en charge de l'accouchement et de la délivrance du placenta (piston) a été correcte.

123- En effet, la méthode utilisée pour faire descendre le placenta, à savoir exercer des pressions sur le ventre de la demanderesse, était inadéquate

Cette affirmation n'est pas correcte. La "manœuvre de Credé" (traction légère du cordon ombilical en même temps qu'une pression sur le fond de l'utérus) fait partie du management actif de la délivrance. Cette approche permet d'éviter les hémorragies du post-partum ainsi que la mortalité maternelle.

124- En outre, une fois expulsé, le placenta n'a pas été contrôlé...

Etant donné le manque de preuves d'une telle révision dans le partogramme et la description du placenta dans le rapport d'histologie, je conclus que cette affirmation est correcte.

125- ... et aucun curetage n'a été pratiqué

Il est vrai qu'il n'y a pas eu de curetage après la délivrance du placenta. Ceci dit, cette opération ne fait pas toujours partie de la prise en charge d'une suspicion de rétention de restes placentaires car elle est associée avec le risque de synéchies (...). En tout cas, ce que l'on peut dire est qu'en absence de révision placentaire, Mme A.J. _____ n'a pas bénéficié d'une vérification de la vacuité de l'utérus plus/moins curetage.

Domage

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

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

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

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

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

(...) Cette affirmation n'est pas juste. Lors du retour à domicile le 12.10.2007, [...] était considéré autonome et, selon la lettre de sortie du 16.10.2007, ne nécessitait plus de surveillance constante dans le sens d'un monitoring médical. [...] nécessitait une surveillance parentale habituelle pour un nouveau-né, ainsi que la prise en charge spécifique des difficultés alimentaires. Des contrôles médicaux ambulatoires étaient également prévus.

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

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

130. [...] devra être suivi médicalement en tous les cas jusqu'à la majorité.

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

131. A l'heure actuelle, on ignore si des séquelles sont à prévoir.

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

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

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

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

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

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

Cette affirmation est juste.

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

Cette affirmation est juste.

Lien de causalité

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

Cette affirmation n'est pas juste. Il est tout à fait possible que même avec un suivi et traitement dans les règles de l'art, le cours de la grossesse ait été le même. Comme déjà dit précédemment, le traitement tocolytique ne permet pas d'éviter la prématurité. La maturation pulmonaire permet de diminuer les complications néonatales liées à la prématurité, mais même avec un tel traitement un nouveau-né à 26 semaines a un risque très élevé de morbi-mortalité. De même, le petit [...] aurait pu faire une entérocolite nécrosante en absence de traitement antibiotique avec l'Augmentin®, car à 26 semaines le risque est important.

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

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

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

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

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

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

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

145- Les problèmes gynécologiques rencontrés par la demanderesse sont la conséquence de la mauvaise prise en charge de cette dernière, par le personnel soignant de l'W. _____, lors de son accouchement.

Certains des problèmes gynécologiques (endométrite et curetage) sont liés à la rétention de restes placentaires post-accouchement. Les synéchies qui se sont formées par la suite sont plus associées au curetage qu'à la rétention placentaire en soi. Il est possible d'avoir ces complications même avec une prise en charge optimale (révision du placenta post-délivrance suivi ou pas d'une révision de la cavité). Etant donné que dans le cas de Mme A.J. _____ il n'a pas eu de révision du placenta, je conclus que certains des problèmes gynécologiques post-partum (endométrite et curetage) sont liés à la mauvaise prise en charge lors de l'accouchement.

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

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

252- L'appréciation: "... aucune cause tangible n'a pu être mise en évidence qui serait responsable des contractions prématurées et donc aucun traitement n'a eu raison d'être proposé" est correcte.

Cette affirmation est correcte

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

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

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

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

De même, une révision du placenta est indiquée après la délivrance avec une révision de la cavité utérine s'il y a suspicion qu'il n'est pas complet.

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

Cette affirmation est correcte.

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

Concernant la révision du placenta, il est aussi possible (mais moins probable) d'avoir une rétention de restes placentaires après une appréciation positive de l'intégrité du placenta. C'est-à-dire, la révision macroscopique du placenta permet de diminuer les possibilités d'une rétention placentaire mais pas de toutes les éviter.

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

Cette affirmation est juste.

Faits

264- La demanderesse présentait un risque d'accouchement prématuré

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

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

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

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

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

267- ...de poser le diagnostic...

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

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

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

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

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

273- Le Service des soins intensifs de néonatalogie prend en charge les prématurés dès la 24^{ème} semaine.

(...) Cette affirmation est correcte. Selon les recommandations de la Société Suisse de Néonatalogie en vigueur en 2007 (...), un transport in utero dans un centre périnatal était indiqué dès 24 semaines post-aménorrhée pour une prise en charge néonatale intensive selon la situation individuelle. En tant que centre périnatal, le CHUV suivait ces directives et prenait donc en charge des prématurés à 24 semaines et plus; l'un des co-auteurs de la recommandation, le Prof.

A. Moessinger, était le médecin chef du Service de Néonatalogie du CHUV.

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

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

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

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

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

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

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

Cette affirmation est juste.

(...)."

18. En cours d'instance, une expertise a été confiée à la Dominique Perler, économiste en assurances ES chez P&P Solutions Sàrl à Lausanne, qui a déposé son rapport le 16 mars 2017. Il en ressort notamment ce qui suit :

« (...)

• **Allégué 151:**

Mme A.J._____ aurait bénéficié d'un revenu mensuel net de CHF 9'931.31

La pièce n° 22 est un avis de salaire / de bonus du [...] daté du 26 janvier 2007. Cet avis confirme que Mme A.J._____ a bénéficié pour l'année 2006 d'un salaire contractuel brut de CHF 100'300.- ainsi que d'un bonus pour la même année de CHF 33'000.-.

Le montant brut réalisé par Mme A.J._____ durant l'année 2006 est dès lors de

CHF 133'300.- (CHF 100'300.- + 33'000.-), soit ramené à un salaire mensuel brut versé 12 fois l'an de CHF 11'108.33.

Les déductions sociales en 2006 représentent 6.395% (AVS 5,05%; Ass. Chômage 1.00%; Ass. Accidents non-professionnels 0,345%).

La cotisation à la caisse de pension du [...] représente un montant fixe de CHF 465.65 pour une cotisation d'épargne de 7% jusqu'à l'âge de 35 ans révolus (17.10.2010).

Le salaire mensuel net de Mme A.J._____ en 2006 se calcule comme suit:

Salaire mensuel brut	CHF	11'108.33
Cotisations sociales, 6.395%	- CHF	710.37
Cotisation à la caisse de pension	- CHF	465.65
Salaire net	CHF	9'932.31

Dans ce calcul du salaire net est pris en considération un bonus annuel brut de CHF 33'000.-, soit mensualisé 12 fois et déduction faite des cotisations sociales de **CHF 2'574.14**.

A noter, au vu des pièces en ma possession, qu'il n'y a pas de cotisation du 2^{ème} pilier sur le bonus de Mme A.J._____.

Par définition, un bonus n'est jamais acquis au collaborateur. Ceci est d'ailleurs précisé dans l'avis de bonus du [...] daté du 26 janvier 2007 (pièce 22).

Le bonus représente une prestation volontaire et exclut toute prétention future au versement d'un bonus d'un montant égal ou supérieur.

S'il est correct d'indiquer que le salaire mensuel net en 2006 de Mme A.J._____ était de CHF 9'932.31, il n'est pas correct de prétendre à ce que ce salaire mensuel aurait également été versé en 2007 et 2008.

Seul le salaire mensuel net sans bonus d'un montant de **CHF 7'358.17** (CHF 9'932.31 moins CHF 2'574.14) doit être considéré comme étant acquis à Mme A.J._____ si elle avait exercé un temps de travail contractuel de 100%.

• **Allégué 152:**

Depuis la fin de son congé maternité, intervenue le 26 mars 2008, jusqu'au 31 décembre 2008, soit pendant 9 mois...

Le paiement des salaires intervient entre le 23 et le 25 de chaque mois selon les fiches de paies du [...]. Il est correct d'affirmer qu'il y a 9 mois "salariaux" entre le 26 mars et le 31 décembre 2008.

• **Allégués 153 et 154:**

Mme A.J._____ a perçu un salaire mensuel net de CHF 4'548,64... ce qui correspond à un gain de CHF 40'937.76 (CHF 4'548.64 x 9 mois)

Du mois d'avril à décembre 2008, Mme A.J._____ a perçu un salaire mensuel net de CHF 4'548.64 qui se détaille comme suit:

Salaire mensuel	CHF	5'015.00
-----------------	-----	----------

Indemnité pour repas de midi	CHF	140.00
Cotisations sociales, 6.395%	- CHF	329.66
Cotisation à la caisse de pension	- CHF	276.70
Salaire net	CHF	4'548.64

Il est correct d'affirmer que ce montant correspond à un salaire net d'avril à décembre 2008 de **CHF 40'937.76** (CHF 4'548.64 pendant 9 mois).

A noter que Mme A.J._____ a bénéficié d'un bonus de **CHF 8'000.-** pour l'année 2008, versé en date du 25 février 2008.

• **Allégué 155:**

*... alors qu'elle aurait pu réaliser un gain de CHF 89'390.79
(9'932.31 x
9 mois)*

Ce montant n'est pas correct.

Comme susmentionné (allégué 151), le gain minimum que Mme A.J._____ aurait pu percevoir avec une activité contractuelle de 100% est de CHF 7'358.17 (salaire mensuel net), soit pour la période d'avril à décembre 2008 de **CHF 66'223.53** (CHF 7'358.17 x 9 mois).

• **Allégué 56:**

Sa perte de gain pour cette période de neuf mois est dès lors de CHF 48'453.03 (CHF 89'390.79 moins CHF 40'937.76).

Ce montant n'est pas correct.

Sa perte de gain pour la période d'avril à décembre 2008, au vu de la diminution du temps d'activité, est de CHF 66'223.53 (allégué 155) moins CHF 40'937.76 (allégués 153-154) soit **CHF 25'285.77**.

• **Allégués 157 à 159:**

En outre, du 1^{er} janvier 2009 jusqu'au 24 juin 2009, soit pendant six mois, Mme A.J._____ a perçu un salaire mensuel net de CHF 4'511.79, ce qui correspond à un gain de CHF 27'070.74 (CHF 4'511.79 x 6 mois)

Il est correct d'affirmer qu'il y a une période salariale de 6 mois entre le 1^{er} janvier 2009 jusqu'au 24 juin 2009.

Il est correct d'affirmer que Mme A.J._____ a perçu un salaire mensuel net de CHF 4'511.79 du 1^{er} janvier au 24 juin 2009. Celui-ci se détaille comme suit:

Salaire mensuel	CHF	5'015.00
Indemnité pour repas de midi	CHF	140.00
Cotisations sociales, 6.395%	- CHF	329.66
Cotisation à la caisse de pension	- CHF	313.55
Salaire net	CHF	4'511.79

Il est correct d'affirmer que le gain net de Mme A.J._____ entre le 1^{er} janvier et le 24 juin 2009 est de **CHF 27'070.74** (CHF 4'511.79 pendant 6 mois).

• **Allégué 160:**

... alors qu'elle aurait pu réaliser un gain de CHF 59'593.86 (CHF 9'932.31 x 6 mois)

Ce montant n'est pas correct.

Comme susmentionné (allégué 151), le gain minimum que Mme A.J._____ aurait pu percevoir avec une activité contractuelle de 100% est de CHF 7'358.17 (salaire mensuel net), soit pour la période de janvier à juin 2009 de **CHF 44'149.02** (CHF 7'358.17 x 6 mois).

• **Allégué 161:**

Sa perte de gain pour cette période de six mois est dès lors de CHF 32'523.12 (CHF 59'593.86 moins CHF 27'070.74).

Ce montant n'est pas correct.

Sa perte de gain pour la période de janvier à juin 2009, au vu de la diminution du temps d'activité, est de CHF 44'149.02 (allégué 160) moins CHF 27'070.74 (allégués 157 à 159) soit **CHF 17'078.28**.

• **Allégué 162:**

Le montant total de sa perte de gain est donc de CHF 80'976.15 (CHF 48'453.03 + CHF 32'523.12)

Ce montant n'est pas correct.

Le montant total de la perte de gain minimale de Mme A.J._____, sans tenir compte des bonus qui ne sont jamais acquis et ne font pas partie du salaire contractuel obligatoire, se détaille comme suit:

Perte de gain nette pour l'année 2008	CHF 25'285.77
Perte de gain nette pour l'année 2009	CHF 17'078.28
Perte de gain nette totale	CHF 42'364.05

(...)."

19. Le 27 décembre 2018, la Dresse Begonia Martinez de Tejada a déposé un rapport d'expertise judiciaire dont il ressort notamment ce qui suit:

" (...)

2. Résumé des antécédents et de l'état actuel du patient

2.1. Résumé des traitements et des antécédents qui ont précédé la saisie du Bureau d'expertises

(...)

Suites de Mme A.J._____ à distance de l'accouchement (au-delà 6 semaines)

(...) Dr P._____ a demandé, en date du 18 février 2008, une hystérosalpingographie (HSG) à la recherche d'une malformation utérine ou d'une insuffisance cervicale. L'HSG effectuée par le Dr [...] en date du 18 mars 2008 montre une cavité utérine irrégulière (synéchies multiples ?) au niveau de la corne droite et l'hydronosographie du 27 mars 2008 montre une cavité peu dilatable indiquant une hystéroscopie.

Selon le rapport du CHUV daté du 6/10/2008, Mme A.J._____ est suivie par le Dr [...] pour persistance de ménorragies et dysménorrhées. Mme A.J._____ est à nouveau hospitalisée au CHUV (date du 30.09.08), où elle bénéficie d'une hystéroscopie opératoire avec section de synéchie, sous traitement antibiotique d'Augmentin®, par les Drs [...] et [...]. Etant donné la présence d'un kyste de la glande de Bartholin droit, ce kyste est incisé durant l'intervention. Un stérilet Mona-Lisa est posé. Mme A.J._____ doit faire un traitement de Flagyl® et Diflucan® pour une coïnfection à champignons et une vaginose bactérienne.

2.2. Etat de santé actuel de Mme A.J._____ (jusqu'en 2011)

Depuis 2009, Mme A.J._____ est suivie du point de vue gynécologique par la Dre [...]. Selon un rapport de Dre [...] (daté du 1^{er} mai 2012), Mme A.J._____ a présenté un kyste de l'ovaire à deux reprises (en 2010 et 2011) lequel a bien répondu au traitement par pilule pendant 3 mois. Le 16.09.11, un contrôle échographique est effectué par le Dr [...] au CHUV. Les images sont compatibles avec la présence d'une synéchie au niveau du 1/3 inférieur de la cavité utérine. L'équipe du CHUV n'a pas indiqué de nouvelle résection.

3. Réponses aux allégués

(...)

Domage

138- En raison des événements susmentionnés, elle a cependant dû diminuer son taux d'activité à 60%

Cette affirmation est à clarifier et à mettre dans le contexte de la prise en charge d'un enfant prématuré.

Les complications gynécologiques suivies par Mme A.J._____ ne justifient pas, en elles seules, une réduction du taux d'activité professionnelle. Toutefois, le fait de devoir suivre les consultations médicales, les examens complémentaires, une nouvelle hospitalisation et en même temps, s'occuper d'un enfant prématuré et hospitalisé longtemps au CHUV, fait qu'une réduction du taux d'activité est justifiée.

Tort moral des demandeurs

205- Elle a souffert et souffre toujours d'importants problèmes gynécologiques

L'expert a des documents expliquant le parcours médical de Mme A.J._____ jusqu'à l'année 2011.

Après l'accouchement du petit [...], Mme A.J._____ a souffert (jusqu'en 2011):

- 1- Rétention placentaire avec dysménorrhée (douleur) et ménorragie (saignement irrégulier) traitées avec un curetage
- 2- Endométrite du post-partum traitée avec antibiotique
- 3- Synéchies (syndrome d'Asherman): traité par résection par hystérocopie mais avec persistance partielle
- 4- Kyste de la glande de Bartholin avec résection de passage lors de l'hystérocopie opératoire
- 5- Infertilité secondaire

Mme A.J._____ présentait plusieurs facteurs de risque pour la rétention placentaire:

- a. Accouchement prématuré
- b. Délivrance prolongée du placenta
- c. Placenta déchiqueté

La rétention placentaire est associée avec un risque accru d'endométrite et de syndrome d'Asherman. Si l'équipe médicale présente lors de l'accouchement avait fait une révision du placenta (comme recommandé dans les règles de l'art) et avait suspecté une rétention partielle du placenta, une révision de la cavité aurait pu être effectuée. Ce geste aurait pu, peut-être, diminuer le risque d'endométrite à distance de l'accouchement. Toutefois, la révision de la cavité utérine est en elle-même, un facteur de risque pour l'endométrite durant le postpartum "à court terme". Donc, Mme A.J._____ présentait un risque d'endométrite à cause de la rétention placentaire avec une culture positive à Streptocoque du groupe B. Une prise en charge rapide aurait pu diminuer le risque d'endométrite à distance et la persistance de saignement après l'accouchement. Toutefois, la révision de la cavité utérine post-accouchement aurait pu être associée avec une endométrite durant le post-partum immédiat.

Le syndrome d'Asherman est associé avec la rétention placentaire mais surtout avec les curetages. Mme A.J._____ a bénéficié d'un curetage pour traiter la rétention de restes placentaires.

Le kyste de Bartholin n'a rien à voir avec l'accouchement ni avec la délivrance du placenta.

L'infertilité secondaire peut être due au Syndrome d'Asherman.

(...)."

20. a) Par demande du 13 juillet 2010, les demandeurs A.J._____ et B.J._____ ont pris les conclusions suivantes à l'encontre de la défenderesse W._____ :

"Fondés sur ce qui précède, les demandeurs ont l'honneur de conclure, avec suite de frais et dépens, à ce qu'il plaise à la Cour civile du Tribunal cantonal vaudois dire que l'W._____ est débiteur de A.J._____ et B.J._____ et leur doit prompt et immédiat paiement de la somme de

Fr. 149'087.70 (cent quarante-neuf mille huitante-sept francs et septante centimes), avec intérêt à 5% l'an dès le 24 juin 2007."

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

b) Lors de l'audience préliminaire du 8 mars 2012, le juge instructeur a ratifié la convention de procédure conclue par les parties, rédigée en ces termes :

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

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

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

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

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

Le 7 juillet 2014, la Cour civile a rendu un jugement préjudiciel selon lequel la responsabilité de la défenderesse n'était pas engagée à raison du défaut de suivi de grossesse de la demanderesse ayant abouti à la naissance prématurée à vingt-six semaines de l'enfant [...], mais que sa responsabilité était engagée à raison de la mauvaise prise en charge de la demanderesse lors de son accouchement pour les problèmes gynécologiques qui ont suivi.

Par arrêt du 31 octobre 2014, la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal vaudois a rejeté l'appel déposé par les demandeurs à l'encontre du jugement préjudiciel de la Cour civile et confirmé celui-ci.

Par arrêt du 20 octobre 2015, la 1^{ère} Cour de droit civil du Tribunal fédéral a déclaré irrecevable le recours des demandeurs à l'encontre de l'arrêt de la Cour d'appel civile et retourné l'affaire à la cour de céans afin qu'elle se prononce sur le dommage et le tort moral liés au second chef de responsabilité.

c) Lors de l'audience préliminaire complémentaire du 7 novembre 2016, les demandeurs ont déclaré augmenter leurs conclusions à concurrence d'un montant de 194'332 fr. 80. La défenderesse a conclu au rejet de ces conclusions.

Chaque partie a déposé un mémoire de droit.

En droit:

I. Le jugement préjudiciel rendu par la Cour civile le 7 juillet 2014, confirmé par la Cour d'appel civile dans son arrêt rendu le 31 octobre 2014, a retenu que seule était engagée la responsabilité de la défenderesse à raison de la mauvaise prise en charge de la demanderesse lors de son accouchement pour les problèmes gynécologiques qui ont suivi. Quant au Tribunal fédéral, par arrêt rendu le 20 octobre 2015, il a retourné l'affaire à la Cour civile afin qu'elle se prononce sur le dommage et le tort moral liés à ce chef de responsabilité.

Seuls les postes en lien avec la responsabilité de la défenderesse pour les problèmes gynécologiques subis par la demanderesse en raison des manquements apparus lors de l'accouchement seront donc examinés par la cour de céans.

II. La présente procédure a été introduite par demande du 13 juillet 2010, soit avant l'entrée en vigueur du CPC. L'instance, ouverte sous l'empire du CPC-VD (Code de procédure civile vaudoise du 14 décembre 1966, dans sa version au 31 décembre 2010, BLV 270.11), n'est pas close à ce jour. Il convient dès lors d'appliquer le CPC-VD à la présente cause. Les dispositions de la LOJV (loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, dans sa teneur au 31 décembre 2010, BLV 173.01), plus particulièrement l'art. 74 al. 2 LOJV, sont également applicables.

III. Les demandeurs concluent au paiement, par la défenderesse, d'un montant de 194'332 fr. 80. Ils réclament le remboursement de leur dommage, soit l'indemnisation de la perte de gain effective de la demanderesse, la participation de la défenderesse à l'assurance-maladie de la demanderesse, l'indemnisation du tort moral de chacun des demandeurs et le paiement de leurs frais d'avocat avant procès.

La défenderesse conclut au rejet des prétentions des demandeurs. Elle soutient que le demandeur n'a pas la légitimation active et que la prise en charge de la demanderesse par la défenderesse lors de son accouchement ainsi que les problèmes gynécologiques qui ont suivi n'ont entraîné aucun dommage dont elle devrait répondre. D'après elle, la demanderesse n'a pas apporté la preuve de l'existence d'un éventuel dommage en lien avec les manquements aux règles de l'art retenus, le tort moral réclamé en lien avec l'accouchement prématuré ou avec les problèmes gynécologiques de la demanderesse n'a pas été démontré, les frais liés à l'assurance-maladie de la demanderesse ont été entièrement pris en charge par dite assurance et les frais d'avocat avant procès ont été pris en charge par l'assurance de protection juridique des demandeurs.

IV. a) Toute modification, réduction ou augmentation des conclusions est possible jusqu'à la clôture de l'audience préliminaire ou dans les dix jours après la communication d'un rapport d'expertise et doit être faite par requête, notifiée par le juge à la partie adverse ou par dictée au procès-verbal (art. 267 al. 1 et 268 CPC-VD).

b) En l'espèce, les modifications que les demandeurs ont apportées à leurs conclusions prises au pied de leur demande du 13 juillet 2010 l'ont été lors de l'audience préliminaire complémentaire du 7 novembre 2016. Il sera dès lors tenu compte de l'augmentation de leurs conclusions à hauteur de 194'332 fr. 80.

V. **a)** L'art. 3 LPFES (loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires public du 5 décembre 1978, BLV 810.01) et les art. 144 LSP (loi sur la santé publique du 29 mai 1985, BLV 800.1) distinguent quatre catégories d'établissements sanitaires, soit les établissements sanitaires cantonaux exploités directement par l'Etat, notamment le CHUV, les institutions sanitaires constituées en établissements de droit public, par exemple la Policlinique universitaire, les établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public, notamment les hôpitaux membres de la Fédération des hôpitaux vaudois et les établissements sanitaires privés qui ne sont pas reconnus d'intérêt public, en particulier les cliniques privées.

Selon l'art. 61 CO (Code suisse des obligations du 30 mars 1911; RS 220), la législation fédérale ou cantonale peut déroger aux art. 41 ss CO en ce qui concerne la responsabilité encourue par des fonctionnaires et employés publics pour le dommage ou le tort moral qu'ils causent dans l'exercice de leur charge. L'Etat de Vaud a fait usage de cette faculté en édictant la LRECA (loi du 16 mai 1961 sur la responsabilité de l'Etat, des communes et de leurs agents; BLV 170.11) qui institue, à ses art. 4 et 5, une responsabilité exclusive de l'Etat s'agissant de la réparation du dommage que ses agents causent à des tiers de manière illicite.

b) En l'espèce, la défenderesse est une association au sens des art. 60 ss CC (Code civil suisse du 10 décembre 1907, RS 210), dont le but était l'exploitation d'un établissement hospitalier multi-site, en particulier l'Hôpital d' [...]. Elle soutient désormais les structures de soins du [...], en particulier l'Hôpital [...], [...] à [...], notamment par la mise à disposition de l'immeuble de son site à [...]. Membre de la Fédération des hôpitaux vaudois, elle a dès lors un statut d'hôpital reconnu d'intérêt public au sens de l'art. 3 LPFES.

La LRECA ne s'applique pas, aucune base légale ne soumettant un hôpital privé reconnu d'intérêt public au droit public. Les rapports entre les parties relèvent dès lors exclusivement du droit privé.

VI. a) La défenderesse prétend que le demandeur n'a pas la légitimation active et qu'il ne peut se prévaloir d'aucun chef de responsabilité, ni de dommage, faute d'intérêt digne de protection.

b) Le défaut de légitimation active ou passive est un moyen de fond qui doit être examiné d'office par le juge à la lumière des règles de droit matériel et non des règles de procédure. Il s'agit d'un conflit sur la titularité du droit. En principe, seule est légitimée comme partie au procès celle qui est personnellement titulaire d'un droit ou contre laquelle personnellement un droit est exercé. Le défaut de légitimation active (ou passive) entraîne le rejet de l'action (TF 4A_79/2010 consid. 2.1 ; ATF 130 III 417 consid. 3.1, rés. in JdT 2004 I 268 ; ATF 128 III 50 consid. 2bb ; ATF 123 III 60 consid. 3a, rés. in JdT 1998 I 25).

Le juge doit vérifier d'office l'existence de la légitimation active et passive. Toutefois, dans les procès soumis à la maxime des débats, il ne le fait qu'au regard des faits allégués par les parties et prouvés, c'est-à-dire uniquement dans le cadre que les parties ont assigné au procès; il appartient au demandeur de prouver les faits sur lesquels il fonde sa légitimation active (ATF 130 III 417 consid. 3.1, rés. in JdT 2004 I 268, SJ 2004 I p. 533; ATF 123 III 60 consid. 3a rés. in JdT 1998 I 25; Hohl, Procédure civile, Tome I, 2^e éd., Berne 2016, nn. 759 à 797).

c) Selon les principes généraux du droit de la responsabilité civile, est seul lésé celui qui subit un dommage direct dans son patrimoine. Le tiers qui ne subit qu'un dommage réfléchi en raison d'une relation particulière avec le lésé direct n'a en principe aucune action contre l'auteur du dommage (ATF 127 III 403 consid. 4b/aa; ATF 117 II 315 consid. 4d ; ATF 116 Ib 367 consid. 4b ; ATF 112 II 118 consid. 5c). Il est toutefois dérogé au principe de la non-indemnisation du préjudice réfléchi lorsque la loi prévoit expressément une indemnisation ou lorsqu'une règle de comportement protège spécifiquement les intérêts du tiers lésé par ricochet. En tant qu'exception au principe, cela exige une

interprétation restrictive (Brehm, La réparation du dommage corporel en responsabilité civile, 2002, n. 155).

D'après la doctrine traditionnelle, la distinction entre le dommage propre et le dommage réfléchi se fonde sur la personne de la victime. Le dommage propre (Directschaden, Eigenschaden) serait alors celui que subit personnellement la victime de l'atteinte. Le dommage réfléchi (ou dommage par ricochet, Reflexschaden) serait celui que subit une tierce personne qui se trouve en dehors du rapport juridique créé par le fait dommageable entre la personne responsable et la victime de l'atteinte, mais qui est en relation avec cette dernière (Müller, La responsabilité civile extracontractuelle, Bâle 2013, n. 99; Werro, La responsabilité civile, 3^e éd., 2017, nn. 135 ss). En principe, seule la personne qui subit un dommage propre peut obtenir réparation (Müller, op. cit., n. 101; Werro, op. cit., n. 140). Une partie de la doctrine est d'avis qu'en réalité, ce n'est pas la personne de la victime qui doit servir de critère de distinction, mais la personne qui doit être protégée par la norme violée par l'auteur de l'événement dommageable. Le critère de distinction réside donc dans l'illicéité, plus précisément dans le but protecteur de la norme juridique violée. Ainsi, une tierce personne touchée dans ses propres droits absolus ne subit pas un dommage réfléchi, mais un dommage propre. C'est pourquoi, des personnes même indirectement touchées peuvent obtenir une réparation lorsqu'une norme protectrice idoine existe, comme - par exemple - la perte de soutien visée à l'art. 45 al. 3 CO (Müller, op. cit., nn. 102 et 103 p. 38 et les références citées).

d) Selon l'art. 243 CPC-VD, si le juge entend s'écarter des conclusions d'une expertise, il est tenu de donner dans son jugement les motifs de sa conviction. La jurisprudence du Tribunal fédéral est encore plus exigeante: lorsque le juge entend s'écarter du résultat d'une expertise, il doit non seulement motiver sa décision, mais encore il ne saurait, sans motifs déterminants, substituer son appréciation à celle de l'expert. Si les conclusions d'une expertise judiciaire paraissent douteuses au juge sur des points essentiels, il doit nécessairement recueillir des preuves complémentaires pour tenter de dissiper ses doutes, au besoin en

ordonnant un complément d'expertise ou une nouvelle expertise. En revanche, lorsque le juge estime une expertise concluante et en fait sien le résultat, il n'y a grief d'appréciation arbitraire, sanctionné par le Tribunal fédéral, que si l'expert n'a pas répondu aux questions posées, si ses conclusions sont contradictoires ou si, de quelque façon, l'expertise est entachée de défauts à ce point évidents et reconnaissables, même sans connaissances spécifiques, que le juge ne pouvait tout simplement pas les ignorer (ATF 136 II 539 consid. 4.2 ; ATF 133 II 384 consid. 4.2.3 ; TF 5A_146/2011 du 7 juin 2011 consid. 4.2.1 ; ATF 129 I 49 consid. 4 ; Poudret et alii, Procédure civile vaudoise, n. 1 ad art. 243 CPC-VD ; Bosshard, L'appréciation de l'expertise judiciaire par le juge, in RSPC 2007 p. 321, spéc. pp. 324 ss et les références citées).

e) En l'espèce, la question litigieuse concerne l'existence d'un dommage et du lien de causalité entre les problèmes gynécologiques qui ont suivi la mauvaise prise en charge de la demanderesse par la défenderesse lors de son accouchement et le prétendu dommage.

Il n'est pas contesté que les relations qui lient la défenderesse et les patients relèvent de rapports contractuels, plus précisément d'un contrat de soin qui doit être qualifié de contrat de mandat au sens des art. 394 ss CO (ATF 132 III 359 consid. 3.1, JdT 2006 I 295). La défenderesse répond selon l'art. 101 CO du dommage causé par ses auxiliaires dans l'accomplissement de leur travail. Aux termes de l'art. 398 al. 2 CO, le mandataire est responsable envers le mandant de la bonne et fidèle exécution du mandat; l'alinéa premier renvoie à l'art. 321e CO, qui, selon la doctrine dominante, reprend le régime général de l'art. 97 CO. La violation, par le médecin, de son devoir de diligence - communément mais improprement appelée "faute professionnelle" - constitue, du point de vue juridique, une inexécution ou une mauvaise exécution de son obligation de mandataire et correspond ainsi, sur le plan contractuel, à la notion d'illicéité propre à la responsabilité délictuelle.

En l'occurrence, la mauvaise prise en charge par la défenderesse a consisté en des actes lacunaires (absence de contrôle du

placenta et absence de vérification de la vacuité de l'utérus de la demanderesse après l'accouchement) qui auraient engendré des complications gynécologiques ultérieures.

En effet, il ressort de l'expertise médicale du 1^{er} février 2013 établie par la Dresse Begonia Martinez de Tejada, dont il n'existe aucun motif de s'écarter, que, si la procédure de délivrance du placenta a été correcte, il n'y a pas eu de révision placentaire et la demanderesse n'a pas bénéficié d'une vérification de la vacuité de son utérus. L'experte judiciaire médicale en a conclu que certains des problèmes gynécologiques post-partum de la demanderesse (endométrite et curetage) sont liés à la mauvaise prise en charge lors de l'accouchement. Ces manquements concernent tous l'intégrité corporelle de la demanderesse.

Les demandeurs prétendent qu'une indemnité pour tort moral doit être allouée au demandeur en raison du stress qu'il a subi lors de l'accouchement prématuré de son enfant et en raison des complications gynécologiques subies par la demanderesse qui auraient eu des conséquences sur leur vie de couple. La défenderesse soutient que les difficultés conjugales dues à la situation médicale de la demanderesse est un dommage réfléchi qui n'est pas indemnisé en droit suisse, que le facteur subjectif du stress ressenti lors de l'accouchement prématuré ne donne pas droit à une indemnité pour tort moral, que le demandeur n'a pas allégué ni a fortiori établi qu'il avait subi une atteinte psychique en lien avec dit accouchement, et qu'il n'a dès lors pas la légitimation active.

Cette question peut toutefois être laissée indécise, dès lors que la demande doit être rejetée, pour les motifs qui suivent.

VII. a) Les manquements des médecins qui ont traité la demanderesse (absence de contrôle du placenta et absence de révision de la cavité utérine) ayant été admis, il convient d'examiner l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre ceux-ci et les complications gynécologiques ultérieures de la demanderesse ainsi que le dommage qui en découlerait.

b) 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 consid. 4.4.2, rés. in JdT 2009 I 47 et les arrêts cités). De manière générale, le responsable est tenu de réparer le dommage actuel tel qu'il a effectivement été subi (ATF 132 III 321 consid. 2.2.1, JdT 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 consid. 7.1, JdT 2005 I 488 et les références citées).

c) ca) Le préjudice de l'art. 46 al. 1 CO en cas de lésion corporelle résulte de l'impossibilité pour la victime d'utiliser pleinement sa capacité de travail. Il suppose que cette entrave cause un préjudice économique. Ce qui est dès lors déterminant est la diminution de la capacité de gain mais non pas l'atteinte à la capacité de travail comme telle. Selon la jurisprudence, le dommage consécutif à l'invalidité doit, autant que possible, être établi de manière concrète (SJ 2002 I 414 consid. 3b et les arrêts cités). Le juge partira du taux d'invalidité médicale (ou théorique) et recherchera ses effets sur la diminution de la capacité de gain ou l'avenir économique du lésé. Pour déterminer les conséquences pécuniaires de l'incapacité de travail, il faut estimer le gain qu'aurait obtenu le lésé de son activité professionnelle s'il n'avait pas subi l'événement (ATF 131 III 360 consid. 5, JdT 2005 I 502; ATF 129 III 135 consid. 2.2 et 2.3.2, JdT 2003 I 511). Dans cette appréciation, la situation salariale concrète de la personne concernée avant l'événement dommageable doit servir de point de référence. Cela ne signifie toutefois pas que le juge doit se limiter à la constatation du revenu réalisé jusqu'alors. L'élément déterminant repose davantage sur ce qu'aurait gagné annuellement le lésé dans le futur, compte tenu des améliorations ou changements de profession probables (ATF 131 III 360 consid. 5, JdT

2005 I 502; ATF 99 II 214 consid. 3a). Puis, il y a lieu de déduire de ce gain le revenu effectif de l'activité professionnelle exercée le cas échéant durant la même période. Doivent en effet être pris en considération les facteurs de réduction de la réparation qui reposent sur le devoir du lésé de faire ce qu'on peut exiger de lui pour empêcher ou réduire le dommage. Il faut tenir compte des circonstances pour déterminer le travail que peut raisonnablement effectuer la victime, étant précisé qu'en cas d'invalidité partielle, une capacité de gain théorique restante ne peut être prise en considération si elle n'est plus utilisable économiquement (S) 2002 I 414 consid. 3b), ce qui est en principe présumé en cas de capacité de travail résiduelle égale ou inférieure à 20%. En revanche, dès que cette capacité est égale ou supérieure à 30%, elle doit être prise en compte dans la détermination du dommage, même si elle n'a pas été effectivement mise à profit (TF 4C.252/2003 du 23 décembre 2003 consid. 2.1 et les références citées). La différence entre le revenu de valide (revenu hypothétique qui aurait pu être réalisé sans l'événement) et le revenu d'invalidé (revenu qui peut être réalisé après l'événement) représente le dommage concret issu de l'incapacité de travail (TF 4C.252/2003 du 23 décembre 2003 consid. 2.1; ATF 99 II 214 consid. 3a). D'après la jurisprudence, il y a lieu de prendre comme base de calcul pour évaluer la perte de gain subie par le lésé le salaire net de celui-ci, ce qui signifie que la totalité des cotisations aux assurances sociales doivent être déduites du salaire brut déterminant, soit celles à l'AVS, à l'AI, à l'APG et à l'AC, ainsi que les contributions du travailleur à la prévoyance professionnelle (TF 4C.234/2006 du 16 février 2007 consid. 3.1; ATF 129 III 135 consid. 2.2, JdT 2003 I 511).

Il incombe au demandeur, respectivement au défendeur, 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'événement 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 consid. 5.1, JdT 2005 I 502; ATF 129 III 135 consid. 2.2, JdT 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). A teneur de l'art. 42 al. 2 CO, lorsque le montant exact du dommage ne peut pas être établi, le juge le détermine équitablement en considération du cours ordinaire des choses et des mesures prises par la partie lésée. Cette disposition édicte une règle de preuve de droit fédéral dont le but est de faciliter au lésé l'établissement du dommage. Elle s'applique aussi bien à la preuve de l'existence du dommage qu'à celle de son étendue (ATF 133 III 462 consid. 4.4.2, rés. in JdT 2009 I 47). L'art. 42 al. 2 CO allège le fardeau de la preuve et consacre un degré de preuve réduit par rapport à la certitude complète, mais ne dispense pas le lésé de fournir au juge, dans la mesure du possible, tous les éléments de fait constituant des indices de l'existence du préjudice et permettant l'évaluation *ex aequo et bono* du montant du dommage. Les circonstances alléguées par le lésé doivent faire apparaître un dommage comme pratiquement certain. Une simple possibilité ne suffit pas pour allouer des dommages-intérêts. L'exception de l'art. 42 al. 2 CO à la règle du fardeau de la preuve doit être appliquée de manière restrictive (ATF 133 III 462 consid. 4.4.2, rés. in JdT 2009 I 47 et les références citées).

cb) En l'espèce, la demanderesse prétend au versement par la défenderesse d'un montant de 80'976 fr. 15 au titre de sa perte de gain effective pour la période du 26 mars 2008 au 24 juin 2009. Elle soutient que, dès la fin de son congé maternité et en raison des événements litigieux, elle a dû réduire son taux d'activité, ce qui aurait engendré la perte de son poste de chef d'équipe et aurait eu pour conséquence de diminuer ses revenus ainsi que ses bonus.

Il ressort de l'expertise médicale du 27 décembre 2018 établie par la Dresse Begonia Martinez de Tejada, dont il n'existe aucun motif de s'écarter, que la demanderesse a présenté après l'accouchement une rétention placentaire avec ménorragies et dysménorrhées, une endométrite du post-partum, des synéchies (syndrome d'Asherman), un kyste de la glande de Bartholin, un kyste de l'ovaire à deux reprises, une

coïnfection à champignons, une vaginose bactérienne et une infertilité secondaire.

L'experte judiciaire médicale a précisé que la demanderesse présentait plusieurs facteurs de risque pour la rétention placentaire. En effet, le fait qu'elle ait accouché prématurément, qu'il y ait eu délivrance prolongée du placenta et que celui-ci était déchiqueté sont des éléments favorisant une telle issue. Selon l'experte, la rétention placentaire est associée à un risque accru d'endométrite et de syndrome d'Asherman, raison pour laquelle il est recommandé de procéder à une révision de la cavité utérine dans un tel cas. Toutefois, si ce geste peut diminuer le risque d'endométrite, il est en lui-même un facteur de risque pour l'endométrite durant le post-partum. Quant au syndrome d'Asherman, dont il peut résulter une infertilité secondaire, il est surtout associé au curetage effectué pour traiter la rétention de restes placentaires. S'agissant du kyste de Bartholin, l'experte a certifié qu'il n'avait rien à voir avec l'accouchement, ni avec la délivrance du placenta. Il n'est pas non plus établi que les kystes de l'ovaire, la coïnfection à champignons et la vaginose bactérienne ont constitué des suites de l'accouchement proprement dit.

Selon l'experte, il est possible d'avoir des complications, même avec une prise en charge optimale, soit avec une révision du placenta post-délivrance, suivie ou non d'une révision de la cavité utérine. Le curetage ne fait d'ailleurs pas partie d'obligation du contrôle de la vacuité utérine, car il s'accompagne de risques de perforation utérine, d'infection et de synéchies.

Selon l'experte médicale, les synéchies qui se sont formées dans le cas de la demanderesse sont plus associées au curetage qu'à la rétention placentaire en soi. On peut donc en déduire qu'il y aurait eu des complications même si elle avait subi un contrôle du placenta et une révision de la cavité utérine après l'accouchement. Il en est de même s'agissant des conséquences sur la fertilité de la demanderesse, puisque le syndrome d'Asherman est surtout associé au curetage effectué pour

traiter la rétention de restes placentaires. Il ne ressort dès lors pas de l'expertise médicale que la situation de la demanderesse aurait été différente si le contrôle de son placenta avait été effectué, voire que cela aurait permis d'éviter qu'elle devienne stérile. Les demandeurs ont ainsi échoué à démontrer que l'atteinte subie par la demanderesse, qui est durable s'agissant de son infertilité, est le fait des médecins qui l'ont traitée et que les complications gynécologiques concernées ne seraient pas intervenues avec une prise en charge optimale par la défenderesse.

S'agissant de la capacité de travail de la demanderesse, l'experte judiciaire médicale a relevé que, si les consultations médicales, les examens complémentaires, une hospitalisation et les soins à donner à un enfant prématuré justifiaient une réduction du taux d'activité professionnelle de la demanderesse, cela n'était pas le cas des complications gynécologiques en elles-mêmes qui ont été subies par cette dernière. Les éléments au dossier ne permettent donc pas d'établir que l'existence d'une perte de gain serait due aux problèmes médicaux rencontrés par la demanderesse du fait de la mauvaise prise en charge par la défenderesse lors de son accouchement.

Au demeurant, l'expert judiciaire économique Dominique Perler, dans son rapport d'expertise du 16 mars 2017, n'a pu déterminer le salaire avec bonus que la demanderesse aurait pu percevoir entre 2007 et 2009, précisant en outre que le bonus n'était pas acquis à cette dernière.

Ainsi, l'existence d'une éventuelle perte de gain de la demanderesse n'a pas été démontrée, ni le lien de causalité entre cette prétendue perte de gain et le chef de responsabilité dont répond la défenderesse. Il ne peut donc être fait droit à la prétention de cette dernière à ce titre.

d) da) L'art. 46 al. 1 CO prévoit que le lésé ayant subi des lésions corporelles a droit au remboursement de ses frais. Sont considérés comme des frais au sens de cette disposition toutes les dépenses que le lésé doit encourir à la suite de la lésion, qu'il s'agisse aussi bien de frais

actuels que de frais futurs, dans la mesure où ceux-ci sont prévisibles. Sont compris dans ce poste les frais de traitement (ambulance, hôpital, médecin, médicaments, soins, cure, physiothérapie, prothèse, etc), pour autant qu'ils soient justifiés d'un point de vue médical (Werro, op. cit., n. 1122; Brehm, op. cit., nn. 413).

db) En l'espèce, la demanderesse prétend au remboursement, par la défenderesse, d'un montant de 3'076 fr. pour ses frais d'assurance-maladie.

Il ressort seulement des attestations établies le 11 août 2009 par l'assurance-maladie pour l'autorité fiscale, s'agissant des prestations médicales remboursées du 1^{er} janvier 2007 au 31 juillet 2009, que la participation de la demanderesse à son assurance-maladie s'est élevée à 3'237 fr. 75. Or, le détail de ces prestations médicales n'a pas été allégué et ne figure pas sur les pièces produites. La cour de céans ne peut donc pas déterminer si les montants correspondants concernent exclusivement les problèmes médicaux gynécologiques de la demanderesse ou si certains d'entre eux concernent d'autres prestations médicales. Faute d'allégations et d'offres de preuve précises, on ne peut allouer à la demanderesse un montant au titre des frais médicaux prétendus.

e) ea) L'art. 46 CO permet à la victime d'obtenir le remboursement de ses frais d'avocat (Werro, in Thévenoz/Werro (éd.), Commentaire romand, CO I, n. 6 ad art. 46 CO). Les frais de défense avant procès doivent être traités comme les dommages qui résultent directement d'une atteinte à l'intégrité corporelle ou aux choses (TF 4C.194/2002 du 19 décembre 2002; SJ 2001, p. 153). Les frais d'avocat entraînent en effet une dépense occasionnée par l'acte dommageable et, de ce fait, une diminution du patrimoine. Il s'agit d'un dommage au sens de l'art. 41 CO, indemnisable en qualité de frais au sens de l'art. 46 al. 1 CO (Brehm, op. cit., n. 440). S'il s'agit d'un cas d'une certaine importance ou dont le règlement est litigieux, le responsable doit, en règle générale, participer aux frais d'avocat du lésé (Brehm, op. cit., n. 442). Ces frais constituent cependant un dommage réparable selon le droit de la

responsabilité civile, seulement dans la mesure où ils ne sont pas compris dans les dépens définis par la procédure cantonale (TF 4C.194/2002 du 19 décembre 2002; SJ 2001, p. 153).

eb) En l'espèce, la demanderesse réclame le remboursement, par la défenderesse d'un montant de 7'107 fr. 55 pour ses frais d'avocat avant procès relatifs à la période du 27 septembre 2007 au 25 mars 2010.

Or, la demanderesse a admis être au bénéfice d'une assurance protection juridique. Elle n'a toutefois pas produit le contrat d'assurance concerné qui aurait permis d'en examiner les conditions et d'arrêter un éventuel montant restant à sa charge pour des prestations qui ne seraient pas couvertes contractuellement. Faute d'allégations et d'offres de preuve précises, on ne peut allouer à la demanderesse un montant au titre des frais d'avocat prétendus.

f) fa) En vertu de l'art. 47 CO, le juge peut, en tenant compte de circonstances particulières, allouer à la victime de lésions corporelles une indemnité équitable à titre de réparation morale. Cette indemnité a pour but exclusif de compenser le préjudice que représente une atteinte au bien-être moral. Le principe d'une indemnisation du tort moral et l'ampleur de la réparation dépendent d'une manière décisive de la gravité de l'atteinte, de l'intensité et de la durée des effets sur la personnalité de la personne concernée, du degré de la faute du responsable, d'une éventuelle responsabilité concomitante du lésé ainsi que de la possibilité d'adoucir de façon sensible, par le versement d'une somme d'argent, la douleur physique ou morale (TF 4C.263/2006 du 17 janvier 2007 consid. 7.3; ATF 132 II 117 consid. 2.2.2; ATF 123 III 306 consid. 9b, rés. in JdT 1998 I 27). Comme telles, les lésions corporelles ne suffisent pas pour admettre l'existence d'un tort moral. L'exigence légale des "*circonstances particulières*" signifie que ces lésions, comme la souffrance qui en résulte, doivent revêtir une certaine gravité (Werro, op. cit., n. 169; Guyaz, L'indemnisation du tort moral en cas d'accident, in SJ 2003 II 1 ss, spéc. p. 16). Les circonstances particulières visées par cette disposition doivent consister dans l'importance de l'atteinte à la personnalité du lésé, l'art. 47

CO étant un cas d'application de l'art. 49 CO. Les lésions corporelles, qui englobent tant les atteintes physiques que psychiques, doivent donc en principe impliquer une importante douleur physique ou morale ou avoir causé une atteinte durable à la santé. S'il s'agit d'une atteinte passagère, elle doit être grave, s'être accompagnée d'un risque de mort, d'une longue hospitalisation ou de douleurs particulièrement intenses ou durables. Parmi les autres circonstances qui peuvent, selon les cas, justifier l'application de l'art. 47 CO, figurent aussi une longue période de souffrance et d'incapacité de travail (TF 4A_227/2007 du 26 septembre 2007 consid. 3.7.2 et les références citées). La pratique retient également la longueur du séjour à l'hôpital, les troubles psychiques de la victime tels que la dépression ou la peur de l'avenir, la fatigabilité, les troubles de la vie familiale ou de la situation économique et sociale des parties, l'éloignement dans le temps de l'événement dommageable ou le fardeau psychique important que représente le procès pour la victime (Werro, op. cit., n. 170).

Alors que le calcul du dommage se fonde autant que possible sur des données objectives, l'évaluation du tort moral échappe par sa nature à une appréciation rigoureuse, puisqu'elle concerne des valeurs par définition non mesurables. En effet, nul ne peut réellement évaluer la souffrance d'autrui (Werro, op. cit., n. 1426). Selon la jurisprudence, le juge ne peut dès lors se fonder sur un tarif préétabli mais doit bien davantage prendre en considération l'ensemble des circonstances. De façon générale, la fixation de la réparation morale devrait s'effectuer en deux phases, la phase objective principale, permettant de rechercher le montant de base au moyen de critères objectifs, et la phase d'évaluation faisant intervenir les facteurs d'augmentation ou de réduction du tort moral ainsi que les circonstances du cas particuliers tels que la cause de la responsabilité, la gravité de la faute, une éventuelle faute concomitante et les conséquences dans la vie particulière du lésé (TF 4C.263/2006 du 17 janvier 2007 consid. 7.3; ATF 132 II 117 consid. 2.2.3). Selon la méthode reconnue par le Tribunal fédéral, il convient, pour évaluer le tort moral, de prendre d'abord en compte la gravité objective de l'atteinte pour fixer le montant de base en fonction

d'autres cas et, à titre indicatif, des barèmes proposés par la doctrine (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3; TF 4A_423/2008 du 12 novembre 2008 consid. 2.1). Dans un deuxième temps, le montant objectif ainsi fixé sera modulé à l'aune des circonstances concrètes du cas d'espèce (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3; TF 4A_423/2008 du 12 novembre 2008 consid. 2.1; TF 4C.263/2006 du 17 janvier 2006 consid. 7.3; TF 4C.55/ 2006 du 12 mai 2006 consid. 5.2; TF 4C.435/2005 du 5 mai 2006 consid. 4.2.1). Il n'est en général pas alloué de montant plus élevé que 70'000 fr. en cas de lésions corporelles (TF 4A_489/2007 du 22 février 2008 consid. 8.3). Des atteintes très invalidantes comme des paraplégies, des tétraplégies, des atteintes neurologiques induisant des changements de personnalité et des troubles du comportement ont conduit les tribunaux à accorder à des victimes non fautives des indemnités de l'ordre de 100'000 fr. à 120'000 francs (ATF 132 II 117 consid. 2.5; ATF 123 III 306 consid. 9b, rés. in JdT 1998 I 27; ATF 121 II 369 consid. 6c, JdT 1997 IV 82; ATF 108 II 422 consid. 5, JdT 1983 I 104; TF 4A_373/2007 du 8 janvier 2008 consid. 3.3; TF 4C.103/2002 du 16 juillet 2002 consid. 5). En cas de lésions graves ayant laissé des séquelles physiques ou psychiques importantes, des montants compris entre 20'000 fr. et 50'000 fr. ont été alloués (ATF 116 II 733; ATF 116 II 295, JdT 1991 I 38; ATF 112 II 118, rés. in JdT 1986 I 506; ATF 112 II 138, rés. in JdT 1986 I 596; ATF 108 II 59, rés. in JdT 1982 I 285). Des lésions de moyenne gravité entraînant une invalidité partielle et une incapacité de gain temporaire ont pu être indemnisées par des montants compris entre 1'000 fr. et 20'000 francs (ATF 123 III 204, JdT 1999 I 9; ATF 110 II 163, rés. in JdT 1985 I 26; ATF 102 II 232, rés. in JdT 1977 I 122; ATF 102 II 18, rés. in JdT 1976 I 319; ATF 82 II 25, JdT 1956 I 324).

fb) En l'espèce, la demanderesse réclame un montant de 20'000 fr. au titre d'indemnité pour tort moral.

Elle a allégué que les problèmes gynécologiques qu'elle a subis ont engendré des désagréments qui ont également eu des répercussions sur sa vie de couple.

Or, comme développé ci-dessus sous consid. VII c) cb), les demandeurs n'ont pas démontré qu'il existerait un lien de causalité entre les manquements des médecins qui ont traité la demanderesse (absence de contrôle du placenta et absence de révision de la cavité utérine) et les suites médicales de l'accouchement. L'expertise judiciaire médicale ne permet par ailleurs pas à la cour de céans de déduire que si ces actes avaient été effectués, les difficultés médicales de la demanderesse n'auraient pas eu lieu. Dite expertise a bien plutôt relevé que les complications gynécologiques concernées auraient pu intervenir, même avec une prise en charge optimale par la défenderesse.

Compte tenu de ces éléments, aucun montant à titre de tort moral ne peut donc être alloué à la demanderesse.

g) Au vu de ce qui précède, la demanderesse n'a pas apporté la preuve de l'existence d'un éventuel dommage en lien avec les manquements de la défenderesse aux règles de l'art qui ont été retenus. Les conclusions prises par la demanderesse doivent donc être rejetées.

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

b) En l'espèce, obtenant entièrement gain de cause, la défenderesse W._____ a droit à de pleins dépens, à la charge des demandeurs A.J._____ et B.J._____, solidairement entre eux, qu'il convient d'arrêter à 30'788 fr., savoir :

- a) 25'00 fr à titre de participation aux honoraires de
) 0 . son conseil;
- b) 1'250 fr pour les débours de celui-ci;
) .
- c) 4'538 fr en remboursement de son coupon de
) . justice.

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

- I.** Les conclusions prises par les demandeurs A.J._____ et B.J._____ contre la défenderesse W._____, selon demande du 13 juillet 2010, sont rejetées.

- II.** Les frais de justice sont arrêtés à 18'092 fr. (dix-huit mille nonante-deux francs) pour les demandeurs, solidairement entre eux, et à 4'538 fr. (quatre mille cinq cent trente-huit francs) pour la défenderesse.

- III.** Les demandeurs, solidairement entre eux, verseront à la défenderesse le montant de 30'788 fr. (trente mille sept cent huitante-huit francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

C. Kühnlein

M. Bron

Du

Le jugement qui précède, dont le dispositif a été communiqué aux parties le 1^{er} juillet 2020, lu et approuvé à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, aux conseils des parties.

Les parties peuvent faire appel auprès de la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal dans les trente jours dès la notification du présent jugement en déposant auprès de l'instance d'appel un appel écrit et motivé, en deux exemplaires. La décision qui fait l'objet de l'appel doit être jointe au dossier.

Le greffier :

M. Bron