

VD_FINDINFO Jug / 2016 / 40 vom 9. Oktober 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-10-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Jug___2016___40

FR: VD_FINDINFO Jug / 2016 / 40 du 9 octobre 2015

IT: VD_FINDINFO Jug / 2016 / 40 del 9 ottobre 2015

Regeste

MÉDECIN, ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ CIVILE, RECONNAISSANCE DE DETTE, PERTE DE GAIN, PRESCRIPTION, REPRÉSENTATION EN PROCÉDURE, TORT MORAL, DETTE D'ARGENT, MONNAIE ÉTRANGÈRE | 2 al. 1 CL, 5 ch. 1 CL, 5 ch. 3 CL, 127 CO, 17 CO, 46 CO, 47 CO, 49 CO, 60 al. 1 CO, 73 al. 1 CO, 84 CO, 97 CO, 265 al. 1 CPC, 62 CPC, 117 LDIP

Erwägungen

E. 9

Le Dr Y. _____ a obtenu le titre de spécialiste en anesthésiologie FMH le 21 avril 1993. Du 1^{er} novembre 1992 au 31 mars 2004, il a été employé comme médecin-chef (« oberarzt ») au Département d'Anesthésie de l'Hôpital Universitaire de [...]. Pendant cette période, dans le cadre d'un congé non payé à cet hôpital, il a travaillé du 1^{er} novembre 1995 au 30 avril 1996 auprès de Institut W. _____ SA, à [...]. Il était rémunéré par ledit institut. Il n'est pas établi qu'il aurait fait partie des anesthésistes de la Clinique C. _____. Comme on l'a vu, aucune réclamation ne lui a été adressée personnellement en relation avec l'enfant X. _____, ni par les parents de celle-ci, ni par un avocat agissant pour l'enfant ou pour les parents, ni par quelqu'un d'autre. Une telle réclamation n'a pas non plus été adressée par ces mêmes personnes à un assureur responsabilité professionnelle. Le Dr Y. _____ n'a jamais fait partie de la liste des médecins assurés par la police n° 871.912 souscrite par Institut W. _____ SA, ni avant le 18 décembre 1995, ni depuis lors et jusqu'à la clôture de la faillite de cette société, le 24 avril 2001.

E. 9.5

et les références citées). L'intérêt est dû par celui qui est tenu de réparer le préjudice, à compter du moment où ce préjudice est intervenu (Tercier/Pichonnaz, Le droit des obligations, 4^e éd., n. 1017; art. 73 al. 1 CO), soit, en règle générale, dès que l'évènement dommageable engendre des conséquences pécuniaires, et il court jusqu'au moment du paiement des dommages-intérêts. En cas de dommage périodique resté constant, cet intérêt doit toutefois être fixé, pour des raisons pratiques, selon une échéance moyenne (ATF 131 III 12 consid. 9.5, JdT 2005 I 488). S'agissant d'un dommage futur, l'intérêt doit être calculé dès la date de la capitalisation, laquelle coïncide, en principe, avec celle du jugement (TF 4C.306/2001 du 11 janvier 2002 consid. 6b ; ATF 123 III 115 consid. 9a). En ce qui concerne le moment déterminant pour le calcul de l'indemnité pour tort moral, le Tribunal fédéral a laissé indécise la question - controversée - de savoir s'il faut prendre en compte la date de l'évènement dommageable ou le jour du jugement (Werro, La responsabilité, op. cit., n. 1354 ; Brehm, La réparation, op. cit., nn. 752 ss et la jurisprudence citée). La pratique de la Cour civile retient la date de la survenance du fait dommageable. b) Au regard de ce qui précède, la demanderesse X. _____ a en définitive droit aux montants

suivants : - 20'743 fr. 65 pour la perte de gain passée, plus intérêt à 5% l'an dès le 30 mars 2014 (échéance moyenne entre le 17 septembre 2012, jour de l'accession à la majorité légale, et le 9 octobre 2015, jour du jugement) ; - 147'839 fr. 25 pour la perte de gain future, plus intérêt à 5% l'an dès le 9 octobre 2015 (jour du jugement) ; - 316'793 fr. 50 pour les frais passés d'aide à domicile, plus intérêt à 5% l'an dès le 22 mars 2006 (échéance moyenne entre le 1^{er} septembre 1996, premier mois de cette aide, et le 9 octobre 2015, jour du jugement) ; - 509'033 fr. 15 pour les frais futurs d'aide à domicile, plus intérêt à 5% l'an dès le 9 octobre 2015 (jour du jugement) ; - 570'876 fr. 60 pour les frais passés du Centre L. _____, plus intérêt à 5% l'an dès le 4 janvier 2006 (échéance moyenne entre le 1^{er} avril 1996, premier mois de prise en charge, et le 9 octobre 2015, jour du jugement) ; - 815'576 fr. pour les frais futurs du Centre L. _____, plus intérêt à 5% l'an dès le 9 octobre 2015 (jour du jugement) ; - 4'487 fr. 45 pour l'achat de la chaise orthopédique, plus intérêt à 5% l'an dès le 6 septembre 1999 (date de l'achat) ; - 8'144 fr. 90 pour les frais d'adaptation des véhicules, plus intérêt à 5% l'an dès le 9 octobre 2015 (jour du jugement) ; - 147'919 fr. 05 à titre de tort moral, plus intérêt à 5% l'an dès le 23 décembre 1995 (date de l'extubation). Les demandeurs P. _____ et A.J. _____ ont droit, pour leur part, à un montant de 50'000 fr. chacun à titre de tort moral, plus intérêt à 5% l'an dès le 23 décembre 1995 (jour de l'extubation). XVIII. En vertu de l'art. 92 CPC-VD, les dépens sont alloués à la partie qui a obtenu l'adjudication de ses conclusions (al. 1); lorsque aucune des parties n'obtient entièrement gain de cause, le juge peut réduire les dépens ou les compenser (al. 2). Les dépens comprennent principalement les frais de justice payés par la partie, les honoraires et les déboursés de son avocat (art. 91 let. a et c CPC-VD). Les frais de justice englobent l'émolument de justice, ainsi que les frais des mesures probatoires (art. 90 al. 1 CPC-VD; art. 2 aTFJC [tarif du 4 décembre 1984 des frais judiciaires en matière civile], applicable par renvoi de l'art. 404 al1 CPC et de l'art. 99 al. 1 TFJC [tarif du 28 septembre 2010 des frais judiciaires civils; RSV 270.11.5]). Les honoraires et les déboursés d'avocat sont fixés conformément au tarif du 17 juin 1986 des honoraires d'avocat dus à titre de dépens (aTAV, applicable par renvoi de l'art. 26 al. 2 du tarif du 23 novembre 2010 des dépens en matière civile [TDC; RSV 270.11.6]), en particulier aux art. 2, 3, 5 et 7. La défenderesse perd sur le principe de la responsabilité, qui constituait l'enjeu central du procès. La demanderesse X. _____ obtient l'entier de sa réclamation, alors que les demandeurs A.J. _____ et P. _____ se voient allouer moins que ce qu'ils réclamaient. Les trois autres demandeurs succombent entièrement, mais leurs conclusions ne représentaient qu'une faible partie des prétentions litigieuses. Au vu de ce qui précède, il convient d'allouer aux demandeurs, qui ont procédé en commun (litisconsorts), solidairement entre eux, des dépens réduits d'un cinquième, que l'on peut arrêter à 92'867 fr. 20, savoir : a) 40'000 fr. à titre de participation aux honoraires de leur conseil; b) 2'000 fr. pour les débours de celui-ci; c) 50'867 fr.

E. 10

En date du 8 mai 2003, le conseil actuel des demandeurs a adressé à Clinique C. _____ SA un courrier dont la teneur est suivante : « Je porte à votre connaissance que je suis le conseil des parents de la petite X. _____, née le 17 septembre 1994, définitivement invalide suite à un accident post-opératoire suivant une opération effectuée le 18 décembre 1995 par le Dr W. _____. Je vous serais reconnaissant de bien vouloir mettre à ma disposition, en consultation, tous documents que vous possédez concernant cette patiente, d'une part, et me communiquer les noms, prénoms et adresses actuelles de toutes les personnes étant intervenues pour le traitement de celle-ci. » Clinique C. _____ SA, par

son conseil, a répondu le 19 mai 2003 que c'était Institut W. _____ SA qui avait opéré la demanderesse X. _____, que cet institut était en faillite depuis plusieurs années et qu'il fallait s'adresser au Professeur W. _____. Le 22 mai 2003, l'avocat des demandeurs a requis du conseil de la Clinique une copie du contrat liant celle-ci au Professeur W. _____, les noms et adresses de toutes les personnes ayant, à un titre ou un autre, prodigué des soins à la demanderesse, ainsi que toutes les pièces concernant cette affaire. Par lettre du 2 juin 2003, le conseil de la Clinique a répondu que la demanderesse avait été traitée sous la responsabilité de Institut W. _____ SA, par ses médecins américains et leur propre personnel, que l'administrateur de l'Institut à l'époque était H. _____ et que celui-ci avait repris aux Etats-Unis les dossiers des opérations faites par le Professeur W. _____. En réponse à une demande du conseil des demandeurs, le Service de la santé publique a écrit notamment ce qui suit le 26 août 2006 : « - Le professeur W. _____ a été au bénéfice d'une autorisation de pratiquer en qualité de médecin indépendant valable du 1^{er} octobre 1994 au 30 septembre 1998. Cette autorisation était valide uniquement pour les activités de chirurgie pédiatrique congénitale de l'Institut W. _____ SA, à [...] ; - L'Institut W. _____ SA a été au bénéfice d'une autorisation d'exploiter valable du 16 août 1994 au 1^{er} janvier 1999. Pendant cette période, le Professeur W. _____ y assumait les fonctions de responsable d'exploitation (art. 147 à 149 de la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique) et de médecin responsable (art. 14 et 15 du règlement du 31 août 1954 sur les établissements sanitaires dans le Canton de Vaud). La fonction de médecin responsable remplaçant était assumée par le Docteur [...]. Celui-ci était également au bénéfice d'une autorisation de pratiquer en qualité de médecin indépendant valable du 1^{er} octobre 1994 au 30 septembre 1998 valide uniquement pour les activités de chirurgie pédiatrique congénitale de l'Institut W. _____ SA à [...]. » Jusqu'à l'ouverture de la présente action, le Professeur W. _____ n'a pas été contacté par les demandeurs.

E. 11

Depuis avril 1996, la demanderesse X. _____ est traitée médicalement au Centre L. _____, à [...]. Entre 1998 et 2003, ce centre a établi plusieurs rapports sur son état, dont on extrait ces passages : « Compte tenu du temps déjà passé en rééducation et des faibles progrès réalisés par X. _____, le pronostic n'est pas très optimiste et l'on prévoit une progression lente et rarement fonctionnelle » (9 juillet 1998) ; « Le peu d'avancées positives et le temps nécessaire pour y parvenir laissent présager peu d'améliorations futures dans le domaine fonctionnel » (7 septembre 1999) ; « Pour toutes les raisons exposées ci-dessus, il existe pour X. _____ peu d'espoir d'amélioration fonctionnelle à l'avenir. Une aide permanente et des mesures spécifiques seront toujours nécessaires pour obtenir une qualité de vie acceptable » (16 avril 2002) ; « Vu son évolution et les caractéristiques apparues, des améliorations très lentes et graduelles dans la qualité de vie de l'enfant sont attendues, mais une approche de la "normalité" est sans espoir » (avril 2003).

E. 12

L'euro a été introduit le 1^{er} janvier 1999, à un taux de conversion de 1 euro pour 166,386 pesetas espagnoles. Selon l'extrait d'un journal produit par les demandeurs, un euro valait 1,5092 francs suisses le 17 juin 2005, date du dépôt de la demande. D'après les indications fournies par le site fxtop.com, qui donne les taux officiels diffusés par la Banque centrale européenne, et dont les données sont notoires (ATF 135 III 88 consid. 4.1), le taux de conversion était de 1 euro pour 1,5441 francs suisses le 17 juin 2005 et de 1 euro pour

1,0919 francs suisses le 9 octobre 2015, date du jugement.

E. 13

a) La prise en charge de la demanderesse au Centre L. _____ a coûté 1'803 euros 03 d'avril à juillet 1996, 174'847 euros 10 de septembre 1996 à la fin de l'année scolaire 2002/2003 et 2'652 euros 47 par mois, soit 29'177 euros 33 par an, à compter de la rentrée 2003/2003. En 2006, le coût s'est élevé à 31'254 euros 67. b) A leur domicile, les parents de la demanderesse ont employé à plein temps, à raison de 8 heures par jour, successivement : [...] de septembre 1996 à juillet 1997, pour un salaire de 100'000 pesetas par mois, soit 6'611 euros au total ; [...] de septembre 1997 au 3 août 1999, pour le même salaire mensuel, soit 13'823 euros au total ; [...] dès le 1^{er} septembre 1999, pour un salaire mensuel (versé treize fois l'an) de 125'000 pesetas en 1999, 130'000 pesetas en 2000, 137'500 pesetas en 2001, 145'000 pesetas en 2002 et 150'000 pesetas en 2003 et 2004, soit au total 9'887'500 pesetas ou 59'425 euros. Depuis le 1^{er} mai 2001, [...] est employée à raison de trois nuits par semaine, pour un salaire de 90'000 pesetas par mois, ce qui représente jusqu'à fin 2004 un total de 3'960'000 pesetas (90'000 pesetas x 44 mois) ou 23'800 euros 07. Depuis le 1^{er} janvier 2005, le coût annuel des aides à domicile s'élève à 3'030'000 pesetas (150'000 pesetas x 13 mois pour l'aide de jour + 90'000 pesetas x 12 mois pour l'aide de nuit) ou 18'210 euros 60. c) Les parents de la demanderesse ont acquis une chaise orthopédique pour 693'434 pesetas, soit 4'167 euros 60, selon facture du 6 septembre 1999. L'achat d'une seconde chaise allégué en procédure n'est pas prouvé par la pièce invoquée. d) Les demandeurs invoquent des frais relatifs à la transformation de leurs deux logements successifs à [...], à hauteur de 48'779 euros 28 au total. La pièce à laquelle ils se réfèrent (non traduite), apparemment un devis relatif à de tels travaux, n'établit toutefois pas que ces frais ont été effectivement encourus, de sorte que la Cour ne les retiendra pas. e) Les frais d'adaptation du véhicule des parents de la demanderesse (installation d'une rampe de chargement) se sont élevés à 1'258'600 pesetas, soit 7'564 euros 34. Il n'est pas établi que ces frais, ainsi que ceux décrits sous lettre c ci-dessus, seront encourus tous les cinq ans environ. f) Les demandeurs ont versé au dossier deux notes d'honoraires pour la période antérieure à l'ouverture d'action, de respectivement 41'695 fr. et 11'318 francs. Ils allèguent que le recours à un avocat était nécessaire compte tenu de leur nationalité, de la complexité du dossier et de la position de la demanderesse, mais n'apportent aucun élément concret en ce sens. La liste des opérations de l'avocat actuel des demandeurs indique que, entre le 29 janvier 2003 et le 10 novembre 2004, celui-ci a adressé trois lettres à Clinique C. _____ ou au conseil de celle-ci.

E. 14

La rente d'invalidité allouée à la demanderesse X. _____ s'élevait, en 2003, à 48 euros 47 par mois, soit 581 euros 64 par an.

E. 15

En 2004, le salaire minimum en Espagne s'élevait à 490 euros 80 par mois, soit 6'871 euros 20 par an.

E. 16

Le demandeur C.N. _____ réalise un revenu mensuel brut de 944 euros 16.

E. 17

La famille des demandeurs a vendu une maison à [...], où elle en possédait plusieurs, pour déménager à [...]. Le déménagement des parents de la demanderesse X. _____ – ses demi-frères et sœurs n'ont pas déménagé – à [...] était imposé par le fait que celle-ci ne pouvait pas recevoir les soins nécessaires à [...]. L'invalidité de leur fille et ce déménagement à [...] ont bouleversé les projets et le cadre de vie des parents et ont profondément affecté ceux-ci. En 1998, le demandeur P. _____ était employé auprès du Ministère de l'éducation et de la culture espagnol, pour un salaire mensuel net de 222'746 pesetas. Il n'est pas établi qu'il exerçait, parallèlement, une activité de psychothérapeute indépendant, ni que la condition et l'état de sa fille rendaient la pratique d'une telle activité impossible. Selon sa déclaration d'impôt 1996, son revenu total déclaré cette année s'élevait à 2'700'023 pesetas.

E. 18

En cours d'instance, une expertise a été confiée au Professeur [...], responsable de l'Unité d'anesthésie Pédiatrique de l'Hôpital [...], lequel a déposé son rapport le 21 juin 2011 et un rapport complémentaire le 26 mars 2012. Les constatations et conclusions de l'expert sont en substance les suivantes : a) En relation avec l'opération du 18 décembre 1995, l'expert n'est pas en mesure de se prononcer sur les difficultés d'intubation relevées par le Dr I. _____ dans son rapport, d'autant que la feuille d'anesthésie à laquelle celui-ci se réfère ne figure pas au dossier. Il précise toutefois que, de manière générale, toute intubation pratiquée aux soins intensifs est considérée comme difficile par rapport à une intubation au bloc opératoire. Sous cette réserve, il confirme que l'opération du 18 décembre 1995 s'est bien déroulée et a permis de corriger la malformation cardiaque dont souffrait l'enfant. L'extubation, réalisée en date du 23 décembre 1995, a été suivie d'une obstruction des voies respiratoires, ainsi que d'une hypoxémie profonde qui a conduit à un arrêt cardiaque dont l'expert ignore la durée. La patiente a été réintubée avec difficulté et une réanimation cardio-respiratoire a été pratiquée, avec administration d'adrénaline à trois reprises, à des doses croissantes. L'expert explique que l'obstruction des voies aériennes peut provenir de trois causes potentielles : un œdème laryngé, dont la survenance est difficile à prévoir et dont la prévention était difficile en 1995, un laryngospasme, complication complètement imprévisible dont la prévention est plutôt théorique que pratique, et une obstruction des voies aériennes par des sécrétions, à laquelle on peut s'attendre en présence de sécrétions importantes. Après examen de ces causes, il parvient à la conclusion que le problème respiratoire de la demanderesse était dû en l'espèce à une obstruction des voies aériennes survenue après extubation, vraisemblablement en raison de la présence de sécrétions épaisses qui ont conduit à une augmentation du travail respiratoire et à une détresse respiratoire. Cette obstruction peut emmener à un tirage important avec constitution d'un œdème pulmonaire à pression négative, ce qui expliquerait le bronchospasme décrit dans la fiche de fin d'hospitalisation. L'hypoxie (manque d'air dans les poumons dû à l'obstruction, aggravée potentiellement par un œdème pulmonaire) consécutive à la détresse respiratoire a abouti à une hypoxémie (diminution de l'oxygène dans le sang), ce qui a entraîné un arrêt cardiaque, puis circulatoire, lequel a engendré une diminution de la perfusion cérébrale et une souffrance cérébrale déjà entraînée par l'hypoxémie initiale. Il s'en est suivi une encéphalopathie hypoxique. D'après l'expert, la présence chez la patiente de sécrétions épaisses et abondantes devait faire reconsidérer l'extubation. Il est vrai que, dans la mesure où le tube endotrachéal stimule de manière importante la production de sécrétions et favorise la surinfection, le but de tout médecin intensiviste est d'extuber au plus vite. Néanmoins, les constantes respiratoires enregistrées

le 23 décembre 1995 au matin ne permettaient pas de prédire le succès de l'extubation. Il aurait fallu passer d'abord à un autre mode ventilatoire (aide inspiratoire : soutien du patient dans ses efforts ventilatoires), réduire progressivement les besoins en ventilation et faire un essai de respiration spontanée sur le tube endotrachéal, avec des concentrations d'oxygène plus faibles. Vu la présence de sécrétions abondantes et épaisses depuis 48 heures, on pouvait prévoir que celles-ci pouvaient rapidement encombrer la patiente, avec le risque d'une hypoxie potentielle. L'échec de l'extubation était donc prévisible. En outre, la forte présence de leucocytes dans les sécrétions dénotait une inflammation importante des voies aériennes. Du fait de leur diamètre déjà petit chez les enfants, ces voies augmentent drastiquement de résistance dès la moindre inflammation ou sécrétion. L'inflammation des voies aériennes, la possible surinfection, la présence de sécrétions abondantes et les constantes ventilatoires limites encouragent à avoir une position attentiste avant d'extuber. Toute structure de soins intensifs maîtrise un tel geste, qui fait partie de la prise en charge de base. Le fait de se trouver dans une structure universitaire de type CHUV ou HUG n'aurait donc rien changé, si ce n'est, peut-être, en raison de la présence de plusieurs équipes médicales qui auraient pu intervenir dans la prise de la décision d'extubation. b) N'ayant pas pu se procurer la liste du personnel présent le jour de l'extubation, l'expert ne peut pas se prononcer sur les allégués (des demandeurs) selon lesquels le manque de personnel disponible ce jour constitue une violation des obligations de la Clinique, en relation de causalité directe avec le dommage survenu. Il aurait été important d'après lui de connaître le type de surveillance dont bénéficiait la demanderesse ce jour, mais surtout le ratio infirmiers/patients aux soins intensifs. L'expert relève toutefois que la présence de deux médecins sur place suggère que le personnel médical n'était pas manquant. c) De manière générale, le succès de la chirurgie cardiaque pédiatrique relève d'une approche multidisciplinaire et la responsabilité médicale des soins et du suivi pré et post-opératoire incombe à toute l'équipe médicale en charge de l'enfant, à savoir le chirurgien, le cardiologue, l'anesthésiste et l'intensiviste. Le chirurgien doit en outre s'assurer que la structure médicale est adaptée à l'intervention envisagée. Tout en relevant que le modèle américain qui prévalait à Institut W. _____ SA implique plus de responsabilité du chirurgien dans les soins péri-opératoires, l'expert ne peut dire avec certitude si, dans le cas de la demanderesse, cette responsabilité revenait principalement au chirurgien ou si celui-ci la partageait avec l'anesthésiste. Il confirme en revanche que la structure médicale où la demanderesse a été opérée était adaptée pour la prise en charge de ce type d'intervention, tant au niveau des locaux et de l'équipement que du personnel médical et non médical. L'anesthésiste-réanimateur effectue tant l'intubation que l'extubation. L'indication pour l'intubation est également de son seul ressort, alors que celle de l'extubation, plus complexe, relève de la responsabilité du médecin qui est en charge du suivi postopératoire. Dans l'idéal, la décision d'extubation est prise à la suite de l'évolution favorable du patient et, dans le cadre d'une approche multidisciplinaire, en commun accord avec toutes les personnes engagées dans les soins postopératoires. Cela étant, le médecin qui prend la responsabilité d'extuber doit pouvoir réintuber. En conséquence, seul un anesthésiste et/ou un réanimateur ayant cette compétence peut procéder à l'extubation. Si la décision d'extubation peut donc être discutée en multidisciplinarité, l'acte d'extubation est du seul ressort de l'anesthésiste et/ou du réanimateur. Dans le cas de l'Institut W. _____ SA il n'est pas clair si les décisions au niveau post-opératoires étaient prises par le chirurgien, par l'anesthésiste ou par les deux. L'expert n'est ainsi pas en mesure de dire si le chirurgien était au courant de la décision d'extubation de la demanderesse. d) Les médecins en charge

de la chirurgie cardiaque pédiatrique étaient payés par l'Institut W. _____ SA, même si certains étaient fournis à celui-ci par la Clinique C. _____. S'agissant du Dr Y. _____, à l'époque des faits employé de l'Hôpital de [...], il n'est pas clair s'il avait été « prêté » à la Clinique C. _____ ou à l'Institut W. _____ SA. Du fait que les accords entre ces deux entités prévoient que les médecins exerçaient sous la responsabilité directe de l'Institut, alors que le personnel soignant travaillait sous la responsabilité de la Clinique, la responsabilité était un peu mixte au vu du personnel engagé dans les soins médicaux. L'expert en déduit que la demanderesse a été prise en charge par les médecins de l'Institut, en particulier ses chirurgiens et anesthésistes. La Clinique n'était pas responsable de sa prise en charge médicale, tout en demeurant responsable professionnellement du personnel soignant travaillant à l'Institut. N'ayant pas pu interroger le personnel médical et/ou soignant présent le jour de l'incident, l'expert n'est pas en mesure de se prononcer sur une éventuelle faute médicale imputable à la Clinique. e) Se fondant sur les pièces au dossier, l'expert confirme que, un mois après l'intervention, la demanderesse présentait un tracé électroencéphalographie désynchronisé et de faible tension, l'absence des potentiels visuels, des anomalies des potentiels du tronc cérébral, une atrophie cérébrale au niveau du CT-scan ainsi que des calcifications généralisées. L'examen neurologique effectué le 8 avril 1996 a relevé la présence de lésions totalement invalidantes et irréversibles, à savoir une tétraparésie spastique avec des troubles de la déglutition. Aucune amélioration n'a pu être constatée par la suite, notamment lors d'un examen du 16 septembre 1996. Sur cette base, l'expert confirme que la demanderesse est atteinte d'une invalidité importante. Renseignements pris auprès du neurologue qui la suit en Espagne, il retient que la demanderesse souffre aujourd'hui d'un mauvais contact visuel, d'une spasticité avec tétraplégie dystonique – ce qui la rend très grabataire et a conduit à une chirurgie de la hanche en 2002 –, de difficultés de déglutition pour les aliments liquides, d'une sialorrhée prononcée et d'un état épileptique – en rémission depuis deux ans. Elle se rend quotidiennement dans un centre de réhabilitation à [...] – Centre L. _____ -, où elle bénéficie de logopédie et de physiothérapie. A la maison, où elle retourne le soir, une aide supplémentaire lui est apportée pour ses problèmes de vision. Elle est entièrement dépendante tant au niveau de sa mobilité que de son alimentation. Au vu des atteintes fonctionnelles dont elle souffre, la demanderesse ne pourra pas se passer d'une structure lourde pour sa prise en charge et aura besoin, à vie, d'un soutien logistique, médical et paramédical. Selon les mêmes renseignements et une attestation du Centre L. _____, l'expert relève que le père de la demanderesse X. _____ perçoit de l'assurance un montant qui ne dépasse pas 100 euros par mois et qu'il n'existe pas d'aide spécifique de l'Etat à long terme. Les frais nécessaires seraient de l'ordre de 1'500 à 2000 euros par mois, dont un tiers seraient pris en charge par le centre et le solde par le père de la demanderesse. En ce qui concerne les dépenses relatives aux chaises orthopédiques et à l'adaptation des logements et véhicules, l'expert confirme les besoins d'achat et d'équipement de la demanderesse, mais n'est pas en mesure de se prononcer sur les montants invoqués par les demandeurs.

E. 19

Sur la base de l'expertise judiciaire, la Cour retient que l'invalidité de la demanderesse X. _____ est en relation de causalité naturelle avec les circonstances de son extubation.

E. 20

en remboursement des 4/5 de leur coupon de justice.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.