

VD_GERICHTE CO08.016918 vom 26. September 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-09-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_CO08.016918

FR: VD_GERICHTE CO08.016918 du 26 septembre 2019

IT: VD_GERICHTE CO08.016918 del 26 settembre 2019

Erwägungen

E. 43

et les réf. citées). En l'espèce, l'appelant S. _____ et l'appelante Fondation M. _____ n'exposent pas pourquoi les tableaux de capitalisation qu'ils ont chacun produits au stade de l'appel n'auraient pas pu l'être en première instance déjà. Ces pièces se révèlent donc irrecevables. Les nombreuses références à des publications médicales en p. 9 de l'appel de S. _____ ne ressortent pas du jugement de première instance et l'appelant n'expose pas en quoi celles-ci n'auraient pas pu être alléguées devant les premiers juges, de sorte qu'il n'en sera pas tenu compte. De même, les appelants n'exposent pas en quoi les quatre pièces produites le 28 août 2019 en lien avec l'appareil « [...] » n'auraient pas pu être produites en première instance déjà, de sorte qu'elles sont également irrecevables. Il en va de même des allégués 436 à 451 dont les appelants ont requis l'introduction au pied de leur requête d'introduction de novas du 28 août 2019. En effet, rien ne laisse penser que les faits nouveaux en lien avec l'appareil « [...] » n'auraient pas pu être invoqués en première instance. A cet égard, le fait que, selon les explications des appelants, ces faits aient été découverts « par hasard » n'explique pas pourquoi ceux-ci ne pouvaient pas être allégués devant les premiers juges. Enfin, l'arrêt du Tribunal fédéral du 20 mars 1990 produit par l'appelante Fondation M. _____ constitue un fait notoire, qui est recevable. 3. Sous l'angle d'une constatation inexacte des faits, l'appelante Fondation M. _____ estime qu'il y a lieu de « corriger l'état de fait retenu par premiers juges aux pages 61 et 62 du jugement » sur trois points :

- 21 - premièrement, S. _____ n'aurait pas été informé du risque important de séquelles neuropsychologiques, très largement supérieur aux 1 à 2 % mentionnés avant l'opération, puisqu'il s'élèverait à 30 à 50 % ; deuxièmement, le risque de complications neurologiques s'élèverait à 5 %, et non à 2 % comme avancé par l'expert W. _____ ; troisièmement, S. _____ aurait été effrayé par la perspective de l'intervention chirurgicale. Ce faisant, l'appelante ne s'en prend pas à l'état de fait retenu par les premiers juges, mais aux conséquences juridiques qu'ils en ont tirées dans la partie « en droit », qui débute à la p. 41 du jugement. Dès lors, en tant qu'il tend à faire corriger les faits retenus par les premiers juges, son grief se révèle mal fondé. Pour le surplus, la question de l'information du patient quant aux risques de l'opération et de son consentement éclairé sera examinée plus bas, au stade de l'examen des griefs de droit formulés par les appelants. 4. 4.1 Aux termes de l'art. 4 LRECA (loi du 16 mai 1961 sur la responsabilité de l'Etat, des communes et de leurs agents ; BLV 170.11), l'Etat et les corporations communales répondent du dommage que leurs agents causent à des tiers d'une manière illicite. A la différence du droit privé qui subordonne la responsabilité aquilienne à une faute (art. 41 CO [Code des obligations du 30 mars 1911 ; RS 220]), le texte de l'art. 4 LRECA n'exige, pour engager la responsabilité de l'Etat, qu'un acte objectivement illicite, un dommage et un lien de causalité entre l'un et

l'autre (TF 4C.229/2000 du 27 novembre 2001 consid. 2b et la réf. cit., SJ 2002 I 253 ; TF 2C.2/1998 du 31 janvier 2000 consid. 3). La loi cantonale ne définit pas ces notions, de sorte qu'il y a lieu de considérer, en principe, qu'elles ont la même signification qu'en droit privé de la responsabilité (TF 2C.3/1998 du 16 mars 2000 consid. 2b ; ATF 115 Ib 175). En particulier, la notion de l'illicéité est la même en droit privé fédéral et en droit public cantonal de la responsabilité (TF 4A_315/2011 du 25 octobre 2011 consid. 3.1 ; TF

- 22 - 4P.110/2003 du 26 août 2013 consid. 2.2 ; TF 4C.229/2000 du 27 novembre 2001 précité consid. 3a). Par renvoi de l'art. 8 LRECA, l'art. 41 CO et la jurisprudence y afférente sont applicables au présent litige à titre de droit cantonal supplétif. En matière de responsabilité médicale, l'illicéité peut reposer sur deux sources distinctes : la violation des règles de l'art, d'une part, et la violation du devoir de recueillir le consentement éclairé du patient, d'autre part (Hirsig-Vouilloz, La responsabilité du médecin, aspects de droit civil, pénal et administratif, 2017, p. 98 ; Guillod, Le consentement éclairé du patient, autodétermination ou paternalisme? thèse 1986, p. 68). 4.2 Les appelants ne contestent pas que l'opération menée l'a été selon les règles de l'art. L'appelante Fondation M. _____ et l'appelant S. _____ fondent tous deux l'illicéité sur le défaut de consentement éclairé du patient à l'opération subie. En d'autres termes, ils reprochent aux premiers juges d'avoir considéré que S. _____ avait donné son consentement éclairé à l'amygdalo-hippocampectomie qu'il a subie. Pour étayer le défaut de consentement éclairé allégué, l'appelant S. _____ opère une distinction entre le risque neurologique et le risque neuropsychologique. Le risque neurologique concernerait les atteintes à la motricité, à la sensibilité corporelle, à l'équilibre et la survenance de douleurs, sans que les performances intellectuelles ne soient touchées. Quant au risque neuropsychologique, il concernerait les atteintes aux fonctions supérieures du cerveau, avant tout la mémoire, et serait dû à l'ablation de certaines structures du cerveau. S. _____ fait valoir que le risque neuropsychologique ne lui aurait pas été exposé avant qu'il décide de procéder à l'intervention chirurgicale. A cet égard, l'appelant qualifie de contradictoires les explications du Prof. J. _____, selon lesquelles, d'une part, le risque neuropsychologique était inhérent au type d'opération effectué et, d'autre part, ce risque n'existait pas pour le patient en cause. Citant l'expert W. _____, selon lequel quand bien même le risque neuropsychologique

- 23 - n'avait pas été exposé au patient, un tel risque entraînait logiquement dans les complications possibles du traitement chirurgical de l'épilepsie temporale, S. _____ souligne que ce qui est évident pour un neurochirurgien ne l'est pas pour le patient, qui doit être informé pour pouvoir donner son consentement éclairé. Le risque neuropsychologique affecterait tous les patients auxquels on retirerait une partie du cerveau. Il ne serait pas possible d'englober ce risque dans l'évaluation « globale » des risques de l'opération menée. Par surabondance, une éventuelle ignorance par les médecins du risque neuropsychologique serait fautive, puisque ce risque aurait été connu au moment de l'opération, en 1998. Pour le surplus, l'appelant S. _____ fait valoir que l'opération conduite lui aurait été présentée comme inéluctable, alors que tel n'était pas le cas. De plus, il n'aurait pas été suffisamment informé sur d'autres atteintes potentielles de l'opération, soit l'atteinte psychique, l'atteinte ophtalmique et les douleurs dont il souffrirait. 4.3 L'exigence d'un consentement éclairé se déduit directement du droit du patient à la liberté personnelle et à l'intégrité corporelle, qui est un bien protégé par un droit absolu (ATF 117 Ib 197 consid. 2a; ATF 113 Ib 420 consid. 2; ATF 112 II 118 consid. 5e). Le médecin qui

fait une opération sans informer son patient ni en obtenir l'accord commet un acte contraire au droit et répond du dommage causé, que l'on voie dans son attitude la violation de ses obligations de mandataire ou une atteinte à des droits absolus et, partant, un délit civil. L'illicéité d'un tel comportement affecte l'ensemble de l'intervention et rejaillit de la sorte sur chacun des gestes qu'elle comporte, même s'ils ont été exécutés conformément aux règles de l'art (TF 4P.265/2002 du 28 avril 2003 consid. 4.1, publié partiellement in RDAF 2003 I p. 635 ss; ATF 108 II 59 consid. 3 et les références). Une atteinte à l'intégrité corporelle, à l'exemple d'une intervention chirurgicale, est illicite à moins qu'il n'existe un fait justificatif (ATF 117 Ib 197 consid. 2 avec les références). Dans le domaine médical, la justification de l'atteinte réside le plus souvent dans le consentement du patient ; pour être efficace, le consentement doit être éclairé, ce qui suppose de la part du praticien de renseigner suffisamment le malade

- 24 - pour que celui-ci donne son accord en connaissance de cause (ATF 133 III 121 consid. 4.1.1 ; ATF 113 Ib 420 consid. 4 et 6 ; ATF 108 II 59 consid. 2 ; ATF 105 II 284 consid. 6b). Le médecin doit donner au patient, en termes clairs, intelligibles et aussi complets que possible, une information sur le diagnostic, la thérapie, le pronostic, les alternatives au traitement proposé, les risques de l'opération, les chances de guérison, éventuellement sur l'évolution spontanée de la maladie et les questions financières, notamment relatives à l'assurance (TF 4P.265/2002 du 28 avril 2003 consid. 4.1 ; sur les risques opératoires, cf. not. ATF 113 Ib 420 consid. 4-6 ; ATF 108 II 59 consid. 2 ; ATF 105 II 284 consid. 6c). C'est au médecin qu'il appartient d'établir qu'il a suffisamment renseigné le patient et obtenu le consentement éclairé de ce dernier préalablement à l'intervention (ATF 133 III 121 consid. 4.1.1 ; TF 4P.265/2002 du 28 avril 2003 consid. 4.2 et les références; cf. aussi ATF 117 Ib 197 consid. 5a ; ATF 113 Ib 420 consid. 4 ; ATF 108 II 59 consid. 3). L'étendue de l'information est fonction du diagnostic posé par le médecin et des risques de l'opération connus par la science médicale au moment de l'intervention. Le médecin doit permettre au patient de se déterminer à bon escient, mais il peut partir de l'idée qu'il a affaire à une personne sensée, qui connaît les risques de caractère général inhérents à une intervention chirurgicale. Le médecin n'est dès lors pas tenu d'informer son patient sur les complications qui peuvent logiquement intervenir dans le cadre de toute opération importante, tels que les hémorragies, les infections et les embolies (ATF 117 Ib 197 consid. 3b). On ne saurait non plus exiger que le médecin renseigne minutieusement un patient qui a subi une ou plusieurs opérations du même genre ; toutefois, s'il s'agit d'une intervention particulièrement délicate quant à son exécution ou à ses conséquences, le patient a droit à une information claire et complète à ce sujet (ATF 133 III 121 consid. 4.1.2 ; TF 4C.348/1994 du 31 mai 1995, consid. 5a, publié partiellement in SJ 1995 p. 708 ; ATF 117 Ib 197 consid. 3b

- 25 - Le Tribunal fédéral s'est prononcé sur le consentement éclairé d'un patient qui avait subi une endoscopie thérapeutique pour se faire enlever un polype intestinal, durant laquelle son pancréas avait subi des hémorragies internes qui avaient causé d'importantes lésions à sa santé. Il a relevé qu'à l'époque de l'opération, en 1982, le risque connu d'hémorragie était de 2.7 % et celui de perforation de 0.3 %. Un risque de complications de l'ordre de 15 % pour l'opération en cause n'avait été découvert que plus tard. Le Tribunal fédéral a considéré que puisqu'à l'époque de l'opération, le risque connu de complications était très bas, il pouvait être renoncé à informer spécifiquement le patient à ce sujet (ATF 113 Ib 420 consid. 5 et 6). 4.4 L'art. 5 al. 3 CPC-VD consacre le principe de la libre appréciation des

preuves par le juge, selon son intime conviction. L'art. 243 CPC-VD apporte toutefois un tempérament à ce principe en matière d'expertise judiciaire, en précisant que le juge apprécie librement la valeur et la portée des expertises, mais que s'il statue contrairement aux conclusions d'une expertise, il est tenu de donner dans son jugement les motifs de sa conviction. La raison de cette force probante particulière est que la mise en œuvre d'une expertise suppose a priori une carence dans les connaissances du tribunal sur des points techniques pertinents. Le tribunal qui ordonne une expertise, avouant par là même son incompetence relative sur le point considéré, ne peut pas sans autre s'écarter des conclusions de l'expert. S'il le fait, il doit donner dans le jugement les motifs de sa conviction, sous peine de verser dans l'arbitraire, vu son aveu implicite anticipé d'impuissance à résoudre lui-même le problème (Schweizer, Commentaire romand CPC, 2e éd., 2019, n. 19 ad art. 157 CPC ; Bosshard, L'appréciation de l'expertise judiciaire par le juge, RSPC 2007, pp. 321 ss, p. 325). Selon la jurisprudence, le juge ne saurait en outre, sans motifs déterminants, substituer son appréciation à celle de l'expert (ATF 130 I 337 consid. 5.4.2, JdT 2005 I 95).

4.5 En l'espèce, se pose d'abord la question de savoir si le risque neuropsychologique évoqué par les appelants était connu de la science médicale en octobre 1998, moment où l'opération litigieuse a été

- 26 - conduite. En effet, si le risque neuropsychologique n'était alors pas encore reconnu par la science médicale, la question du consentement éclairé du patient sur ce risque spécifique ne se pose pas. Les premiers juges ont retenu en fait qu'au milieu des années 1990, la question de la survenance de risques neuropsychologiques à la suite d'une intervention comme celle subie par le demandeur était débattue ; pour les uns, il n'y avait pas de séquelles possibles si l'hippocampe était atrophié, alors que pour d'autres, c'était possible. Ce n'est qu'au début des années 2000 qu'une étude avait pour la première fois montré que 30 à 50% des patients opérés présentaient de telles séquelles. Ces chiffres n'étaient pas connus en 1998 (jugement, p. 8). L'appelant S._____ n'articule pas de grief de constatation inexacte des faits à l'encontre des faits ainsi retenus. De plus, pour avancer que le risque neuropsychologique était connu en 1998, il substitue ses propres allégations – dont on a vu au consid. 2.2 supra qu'elles étaient irrecevables parce que tardives – à celles de l'expert W._____. Ce dernier s'est référé à la conférence de consensus tenue en 2004 par les autorités médicales françaises. Selon ce document, les complications cognitives ou neuropsychologiques du traitement chirurgical de l'épilepsie sont les plus difficiles à quantifier précisément et le risque de diminution des performances mnésiques verbales après chirurgie du lobe temporal dominant est nettement significatif puisqu'il est estimé à 51% après amygdalo-hippocampectomie et à 32% si la chirurgie est effectuée du côté non dominant. Ainsi, à suivre l'expert W._____, c'est en 2004 seulement qu'un risque neuropsychologique spécifique et significatif a été reconnu par la science médicale. Il n'y a pas lieu de s'écarter des constatations étayées de l'expert, l'appelant ne tentant même pas la démonstration qu'il existerait des motifs déterminants de s'écarter de celles-ci. Pour ce motif déjà, il apparaît que le risque neuropsychologique n'était pas connu de la science médicale au moment de l'opération, conduite en octobre 1998, et qu'il n'y avait dès lors pas lieu de recueillir le consentement éclairé de l'appelant sur ce risque spécifique.

- 27 - Les premiers juges ont retenu que l'appelant n'avait pas spécifiquement été informé du risque de séquelles neuropsychologique, qui n'étaient toutefois pas prévisibles dans son cas. En effet, à l'époque des faits, le risque neuropsychologique était compris dans le risque

« global » de l'opération conduite et les complications survenues entraînent logiquement dans les complications du traitement chirurgical de l'épilepsie. Les premiers juges ont également retenu que le risque neuropsychologique n'avait réellement été mis en évidence par la science médicale que six ans après l'opération, en 2004. Ce raisonnement pourrait être qualifié de contradictoire en ce sens qu'il peut paraître douteux d'affirmer à la fois que le risque de séquelles neuropsychologiques est compris dans le risque global de l'opération conduite et entre logiquement dans les complications de celle-ci et, en même temps, que ce même risque n'a été mis en évidence que six ans après l'opération, à l'occasion de la conférence de consensus de 2004. Tel n'est toutefois pas le cas. Ce qu'il faut comprendre du raisonnement des premiers juges, c'est qu'en 1998, au moment de l'opération, un risque neuropsychologique distinct des autres risques liés au traitement chirurgical de l'épilepsie n'avait pas encore été reconnu par la science médicale. En 1998, comme on ignorait l'existence d'un risque spécifique et significatif de séquelles neuropsychologiques, ce risque était englobé dans les pourcentages indiqués au patient, soit, selon les déclarations du Prof. J. _____, 1% de risque d'infection, 1% de risque d'hémorragie et 2% de risque de complications neurologiques, le risque minimal étant de 4%. On ne saurait faire grief aux médecins de n'avoir pas spécifiquement évoqué avec l'appelant le risque de séquelles neuropsychologiques, alors qu'en 1998, celui-ci n'était pas encore reconnu en tant que risque distinct par la science médicale et que la pratique consistait à parler d'1 % de risque d'infection, d'1 % de risque d'hémorragie, de 2 % de risque de complications neurologiques, le risque minimal étant de 4 %. 4.6 Par surabondance, la distinction faite par l'appelant entre le risque de séquelles neurologiques et le risque de séquelles

- 28 - neuropsychologiques et les conséquences qu'il en tire ne trouve pas d'assise dans le dossier, et plus spécifiquement dans les expertises judiciaires rendues. L'appelant expose que les séquelles neurologiques seraient les atteintes à la motricité, à la sensibilité corporelle et à l'équilibre et la survenance de douleurs, sans que les performances intellectuelles ne soient affectées. Ces séquelles seraient causées par la technique chirurgicale, par exemple lorsqu'une veine est bloquée pendant l'opération. Les séquelles neuropsychologiques, quant à elles, seraient constituées d'atteintes aux fonctions supérieures du cerveau, avant tout la mémoire, et seraient dues à l'ablation de certaines structures du cerveau. L'appelant fonde la distinction entre séquelles neurologiques et séquelles neuropsychologiques sur les déclarations en audience du Prof. J. _____. Or, l'expert B. _____ a exposé que si l'opération conduite pouvait présenter un risque lorsque les zones du cerveau enlevées exerçaient encore une fonction résiduelle significative, en particulier la mémoire verbale, ce risque ne s'était pas réalisé chez l'appelant, puisque les examens préopératoires avaient déjà montré une atteinte de ces fonctions chez l'appelant. De l'avis du Prof. B. _____, le risque qui s'était réalisé chez l'appelant n'était pas lié à l'ablation de la région hippocampique, mais à une atteinte des régions cérébrales avoisinantes. Ainsi, les troubles neurologiques et neuropsychologiques survenus chez l'appelant avaient sans aucun doute été provoqués par la destruction du tissu cérébral dans la région adjacente à la région hippocampique. Cette destruction était parfaitement mise en évidence par l'IRM postopératoire. La cause de cette destruction était un hématome cérébral, soit une hémorragie cérébrale adjacente au site opératoire. Elle était survenue pendant l'intervention ou au moment du réveil. Les causes les plus vraisemblables de l'hémorragie étaient soit une blessure d'un vaisseau cérébral lors de l'implantation de fines électrodes dans la région épileptogène, soit une blessure vasculaire lors de la dissection chirurgicale de l'hippocampe, soit la rupture d'un vaisseau sanguin induite par le

stress du réveil de la narcose et de l'extubation. L'hémorragie cérébrale était une complication rare, mais connue dans toute chirurgie cérébrale, dont la fréquence était de 1 % au maximum.

- 29 - On constate donc que le risque lui-même sur la base duquel l'appelant allègue un défaut de consentement éclairé – les séquelles neuropsychologiques en lien avec l'ablation d'une partie du cerveau –, ne s'est pas réalisé. Ce risque ne pouvait d'ailleurs pas se réaliser puisqu'antérieurement à l'opération, les fonctions résiduelles de la zone du cerveau enlevée étaient déjà atteintes. Dans ce contexte, les déclarations du Prof. J. _____ selon lesquelles il n'y avait aucune indication de risques de séquelles neuropsychologiques prévisibles, prennent tout leur sens : puisque, selon les examens préopératoires, la zone du cerveau destinée à être enlevée était déjà atteinte, il n'y avait pas besoin d'informer le patient d'un éventuel risque d'atteinte en lien avec l'ablation de cette zone. De même, les constatations de l'expert W. _____ selon lesquelles, pour un neurochirurgien, le risque neuropsychologique entre logiquement dans les complications possibles du traitement chirurgical de l'épilepsie temporale, ne signifient pas encore que le Prof. J. _____ devait spécifiquement parler des risques neuropsychologiques en lien avec la zone du cerveau enlevée dans le cadre de l'opération à conduire si cette zone était de toute façon déjà atteinte. A cet égard, le Prof. J. _____ a lui-même déclaré que si de tels risques étaient ressortis des examens préopératoires, il y aurait eu des discussions en vue de déterminer l'indication chirurgicale. 4.7 Au final, outre le fait qu'un risque distinct et significatif de séquelles neuropsychologique n'était pas connu par la science médicale en octobre 1998 et n'avait donc pas à faire l'objet d'un consentement éclairé spécifique du patient (cf. consid. 4.5 supra), la distinction opérée par l'appelant entre le risque de séquelles neurologiques et le risque de séquelles neuropsychologiques et les conséquences qu'il en tire ne sont pas fondées sur le dossier et en particulier sur les expertises judiciaires ordonnées. Il ressort en effet de celles-ci que les lésions neurologiques et neuropsychologiques subies par l'appelant ont été causées par une hémorragie cérébrale adjacente au site opératoire, survenue pendant l'opération ou au moment du réveil. Le risque d'une telle hémorragie

- 30 - cérébrale s'élevait à 1 % et il n'est contesté par aucune partie que l'appelant en a dûment été informé avant d'opter pour l'opération. A cet égard, l'appelant a mené un long entretien le 27 juillet 1998 avec le Prof. T. _____, en présence de son amie. Il a pu poser des questions concernant les résultats de l'évaluation préchirurgicale et a discuté avec ce dernier de l'indication d'une intervention neurochirurgicale de type amygdalo-hippocampectomie sélective gauche. Le Prof. T. _____ a longuement exposé que les risques opératoires étaient de 1 à 2 %. Dans un premier temps, l'appelant a décidé de reporter l'opération. Un nouvel entretien de 45 minutes a eu lieu le 14 septembre 1998 en présence de l'appelant, de ses parents, de sa compagne, du Prof. J. _____ et du Prof. T. _____. Le Prof. J. _____ a exposé que l'opération envisagée présentait 1% de risque d'infection, 1% de risque d'hémorragie et 2% de risque de complications neurologiques, le risque minimal étant de 4%. La conjointe de l'appelant a elle-même déclaré que les médecins avaient parlé d'un risque de 3 %. S. _____ n'a pas été mis sous pression et l'opération envisagée ne lui a aucunement été présentée comme inéluctable. Le compte-rendu du Prof. J. _____ du 15 septembre 1998 mentionne en effet que l'appelant était effrayé par la pensée d'une intervention chirurgicale et des complications possibles mais qu'il comprenait que la décision lui appartenait et qu'il lui revenait d'estimer si ses crises avaient un impact social suffisant pour qu'il prenne le risque de complications qui,

bien que sérieuses, ne survenaient que rarement. L'expert B. _____ a considéré que l'appelant avait été informé de façon adéquate quant aux chances de succès et aux risques de l'opération conduite et qu'il avait compris cette information. Quant à l'expert W. _____, il a estimé que l'information donnée au patient avait été honnête, claire, répétée et adaptée. Pour le surplus, quoi qu'en dise l'appelant, les médecins n'étaient pas tenus de l'informer spécifiquement quant à d'éventuelles atteintes psychiques ou ophtalmiques voire sur d'éventuelles douleurs, en plus de tous les risques qui lui ont été exposés. L'appelant est une personne sensée, qui connaît les risques de caractère général inhérents à

- 31 - une intervention chirurgicale. A cet égard, l'appelant ne saurait subdiviser les risques qui lui ont été dûment exposés en une multitude de séquelles envisageables pour arguer que l'une d'entre elles n'aurait pas fait l'objet de son consentement éclairé et ainsi se prévaloir de l'illicéité de l'opération conduite. Il est précisé au demeurant, s'agissant de l'atteinte psychique, que l'expert W. _____ a constaté que l'appelant souffrait déjà de troubles psychiques avant l'opération et que ceux-ci auraient persisté voire même pu s'aggraver sans celle-là. Dès lors, il y a lieu de considérer que l'appelant a été clairement et complètement informé par les médecins des risques de l'opération envisagée, sur la base des connaissances de la science médicale à l'époque de l'opération, et que c'est en connaissance de cause qu'il a donné son accord à l'opération. Par conséquent, en optant pour l'intervention chirurgicale qui lui était proposée, l'appelant a donné son consentement éclairé à celle-ci et l'atteinte qu'il a subie de ce fait est licite. 5. L'absence d'acte illicite constatée aux considérants qui précèdent scelle le sort des deux appels, l'illicéité étant une condition nécessaire de la responsabilité médicale. Il n'y a donc pas lieu d'examiner les griefs soulevés par les appelants en lien avec le dommage et le lien de causalité. Il n'y a pas davantage lieu de se pencher sur la légitimation passive de l'intimé vis-à-vis de l'appelante Fondation M. _____ au sens de l'art. 51 al. 2 CO, au vu de l'absence d'acte illicite. Les deux appels doivent être rejetés et le jugement entrepris confirmé. Les frais judiciaires de deuxième instance relatifs à l'appel de S. _____, arrêtés à 15'000 fr. (art. 62 al. 1 et 6 al. 3 TFJC tarif des frais judiciaires civils du 28 septembre 2010 ; BLV 270.11.5)), seront mis à la charge de ce dernier, qui succombe (art. 106 al. 1 CPC). Celui-ci versera à l'intimé Etat de Vaud la somme de 10'000 fr. à titre de dépens de deuxième instance (art. 7 [TDC tarif des dépens en matière civile du 23 novembre 2010 ; BLV 270.11.6]).

- 32 - Les frais judiciaires de deuxième instance relatifs à l'appel de Fondation M. _____, arrêtés à 10'000 fr. (art. 62 al. 1 et 6 al. 3 TFJC), seront mis à la charge de cette dernière, qui succombe (art. 106 al. 1 CPC). Celle-ci versera à l'intimé Etat de Vaud la somme de 7'000 fr. à titre de dépens de deuxième instance (art. 7 TDC).

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