

VD_GERICHTE PT09.031092 vom 4. November 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-11-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_PT09.031092

FR: VD_GERICHTE PT09.031092 du 4 novembre 2014

IT: VD_GERICHTE PT09.031092 del 4 novembre 2014

Erwägungen

E. 3

Quelles ont été les investigations menées dès le 1er jour de l'admission ? La patiente a bénéficié d'un examen clinique, d'examens de laboratoire, d'un électrocardiogramme et de la radiographie du thorax. Un ultrason abdominal a été planifié, de même qu'un ultrason cardiaque.

E. 4

Le résultat du cliché radiographique du thorax pratiqué le 10 janvier 2007 n'aurait-il pas dû amener les médecins à prodiguer d'autres soins à la patiente ? Cette radiographie mettait en évidence une décompensation cardiaque ainsi qu'un épanchement pleural bilatéral qui justifiait la prescription de médicaments diurétiques et d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion (...).

E. 5

La médication prescrite était-elle adaptée à l'état de santé de la patiente et conforme aux règles de l'art ? Oui. On peut cependant regretter que l'inhibiteur de l'enzyme de conversion n'a pas été donné immédiatement à l'arrivée de la patiente ; les diurétiques auraient peut-être pu être administrés par voie intraveineuse en surveillant cependant les paramètres hémodynamiques et de laboratoire. Notons que si les dosages de troponine et des CK avaient été demandés et étaient pathologiques, la

- 13 - prise en charge aurait été différente avec une hospitalisation aux soins intensifs et éventuellement un transfert précoce au CHUV pour coronarographie.

E. 6

L'ultrason abdominal pratiqué le lendemain de l'admission de la patiente à l'hôpital constituait-il une mesure d'investigation adéquate vu son état de santé et les indications de son médecin traitant ? Cet examen devrait indiscutablement être pratiqué au cours de l'hospitalisation pour faire le point sur l'état hépatique de cette patiente au passé relativement chargé, puisqu'une cirrhose était suspectée dans le cadre de son hépatite C.

E. 7

a) Par demande du 17 septembre 2009, les demandeurs ont pris les conclusions suivantes avec suite de frais et dépens : « I. Le N. _____ SA est le débiteur de B.W. _____ et lui doit prompt et immédiat paiement de la somme de fr. 60'000.- (soixante mille francs) avec intérêts à 5% l'an dès le 18 mars 2007. II. Le N. _____ SA est le débiteur de A.W. _____ et lui doit prompt et immédiat paiement de la somme de fr. 20'000.- (vingt mille francs) avec intérêts à 5% l'an dès le 18 mars 2007. III. Le N. _____ SA est le débiteur de X. _____ et lui doit prompt et immédiat paiement de la somme de fr. 20'000.- (vingt mille francs) avec intérêts à 5% l'an dès le 18 mars 2007. » Par réponse du

25 novembre 2009, la défenderesse a conclu, avec suite de frais et dépens, principalement (sous chiffre I) à ce que les conclusions prises par les demandeurs soient rejetées et reconventionnellement comme suit : « II.- Les demandeurs sont les débiteurs, solidairement entre eux, subsidiairement dans la proportion que Justice dira, de N. _____ SA et lui doivent immédiat paiement du montant de fr. 7'860.15 (sept mille huit cent soixante francs et quinze centimes) avec intérêt à 5% l'an dès le 11 mai 2009. » Les demandeurs ont déposé le 26 janvier 2010 une réplique datée de la veille, dans laquelle ils modifiaient comme suit leurs conclusions, toujours prises avec suite de frais et dépens : « I. Le N. _____ SA est le débiteur de B.W. _____ et lui doit prompt et immédiat paiement de la somme de fr. 55'000.- (cinquante- cinq mille francs) avec intérêts à 5% l'an dès le 18 mars 2007. II. Le N. _____ SA est le débiteur de A.W. _____ et lui doit prompt et immédiat paiement de la somme de fr. 12'250.- (douze mille

- 18 - deux cent cinquante francs) avec intérêts à 5% l'an dès le 18 mars 2007. III. Le N. _____ SA est le débiteur de X. _____ et lui doit prompt et immédiat paiement de la somme de fr. 12'250.- (douze mille deux cent cinquante francs) avec intérêts à 5% l'an dès le 18 mars 2007. IV. Le N. _____ SA est le débiteur de B.W. _____, A.W. _____ et X. _____, créanciers solidaires, du montant de fr. 20'450.55 (vingt mille quatre cent cinquante francs cinquante-cinq) avec intérêts à 5% l'an dès le 11 mai 2009. » La défenderesse a fait parvenir le 10 mars 2010 une duplique datée de la veille, au pied de laquelle elle concluait avec suite de dépens au rejet des conclusions prises par les demandeurs tant dans leur demande du 17 septembre 2009 que dans leur réplique du 25 janvier 2010, et confirmait ses conclusions reconventionnelles. Les demandeurs ont déposé le 17 mars suivant leurs déterminations sur duplique datées de la veille. b) Une audience préliminaire s'est tenue le 17 mars 2010 devant le Président du Tribunal civil de l'arrondissement de La Côte, en présence des parties et de leur conseil respectif, à l'exception de X. _____ dont la dispense de comparution a été accordée sur le siège.

E. 8

A la suite de l'audience préliminaire précitée, plusieurs expertises ont été mises en œuvre. a) Un mandat d'expertise a été confié, en premier lieu, au Prof. C. _____, médecin chef du Service de Cardiologie au sein du Département de Médecine Interne des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). En substance, les développements suivants de son rapport d'expertise du 23 juin 2010 peuvent être reproduits pour chacun des points analysés [sic] :

- 19 - « (...) Allégués 55, 56, 57 : (...) Au vu de l'histoire clinique de la patiente, et de son motif d'admission, il n'y avait aucune indication à pratiquer un dosage sanguin de la troponine lors de l'admission à l'Hôpital de [...]. (...) Dans le cas de la patiente, un dosage des troponines à l'admission n'aurait pas permis de réagir plus rapidement et en aucun cas aurait influencé les chances de survie par la suite. Allégués 61, 62, 63 : Au vu du dossier médical d'admission à l'Hôpital de [...], la prise en charge de Madame C.W. _____ a été réalisée de manière tout à fait adéquate et conforme aux règles de l'art. (...) Allégué 86 : L'épisode de décompensation cardiaque qui a motivé l'hospitalisation a très certainement débuté plusieurs semaines avant l'admission du 10 janvier 2007 à l'Hôpital de [...]. Allégués 87, 88, 89 : Au vu des facteurs de risque cardiovasculaires, les douleurs thoraciques qu'a présentée la patiente plusieurs mois avant son hospitalisation évoquaient une angine de poitrine, et de ce fait auraient dû motiver son médecin traitant à pratiquer des investigations cardiologiques. Allégués 91, 92 : Il est reconnu que certains traitements de chimiothérapie peuvent provoquer des altérations de la fonction cardiaque (ventriculaire

gauche) (...) Allégués 93, 94 : Il est également bien reconnu que les patients souffrant d'un diabète (de type I ou de type II) développent plus fréquemment des lésions coronariennes d'athérosclérose, et que celle-ci peuvent très souvent être asymptomatique. De ce fait, il est recommandé de pratiquer chez tout patient diabétique un contrôle cardiologique (...) tous les deux ans (...) Allégué 96 : Tout patient avec des facteurs de risque cardiovasculaires, et notamment un diabète de longue date, qui

- 20 - présente des signes et symptômes de décompensation cardiaque doit être investigué rapidement. Dans le cas de Madame C.W._____, il paraît évident et admis qu'une hospitalisation était indiquée plus précocement que le 10 janvier 2007. Allégué 97 : Comme mentionné ci-dessus il est très probable que la décompensation cardiaque qui a motivé son admission à l'Hôpital de [...] se développait déjà depuis plusieurs mois. Il est toutefois difficile d'affirmer ceci, compte tenu du fait que la patiente souffrait également d'une hépatopathie (Hépatite type C), maladie qui peut également provoquer des symptômes de type fatigue, gêne respiratoire et oedèmes. Allégué 98 : (...) son médecin traitant aurait certainement du réagir plus rapidement et adresser Madame C.W._____ pour des investigations cardiovasculaires plusieurs semaines, voire plusieurs mois avant son hospitalisation. (...) Allégué 100, 101 : Compte tenu des antécédents médicaux de Madame C.W._____, il était tout à fait justifié de prendre en charge et investiguer simultanément les problèmes hépatiques et cardiologiques. (...) Allégués 102, 103, 104 : Tout patient présentant des symptômes suspects de décompensation cardiaque doit bénéficier rapidement d'une radiographie du thorax, ce qui a été réalisé très rapidement après son admission à l'Hôpital de [...]. D'autres investigations telles que l'électrocardiogramme, la mesure de la tension artérielle, ainsi qu'un bilan sanguin sont également toujours recommandées chez les patients présentant des symptômes suspects de décompensation cardiaque, investigations qui ont été également rapidement pratiquées chez la patiente dès son admission à l'Hôpital.

- 21 - Allégué 105 : Les investigations cliniques (...) ont été exécutées dans les règles de l'art dès l'admission de la patiente à l'Hôpital de [...]. Compte tenu des résultats de ces investigations, il n'y avait pas lieu de pratiquer d'autres examens ou investigations à ce moment. Allégué 106 : Au vu des investigations (...) et de l'examen clinique, le traitement qui a été débuté rapidement était tout à fait adéquat et conforme aux règles de l'art. Allégués 107, 108 : En raison des antécédents d'hépatite C chronique, et compte tenu des symptômes cliniques que présentait la patiente à l'admission, il était nécessaire et indispensable de pratiquer rapidement un ultrason abdominal (...) Allégués 109, 110, 111, 112 : Il ne fait aucun doute que l'ultrason cardiaque pratiqué au matin du 12 janvier 2007 a confirmé l'insuffisance cardiaque gauche qui avait été suspectée sur la base des éléments radiologiques et cliniques. Il n'y avait pas d'indication formelle à réaliser cet ultrason cardiaque plus précocement. Par ailleurs, il ne fait aucun doute que même si cet examen avait été réalisé plus précocement (notamment à l'admission) n'aurait pas changé la prise en charge clinique ni thérapeutique de la patiente. (...) Allégués 113, 114 : Au vu des éléments mentionnés dans le dossier médical, la prise en charge de Madame C.W._____ au matin du 12 janvier 2007 a été adéquat et tout à fait conforme aux règles de l'art. Allégués 115, 116 : (...) Au vu des circonstances dans lesquelles Madame C.W._____ a été adressée à l'Hôpital de [...], il est faux de prétendre qu'elle aurait du obligatoirement être prise en charge (notamment l'examen clinique) par un médecin cardiologue. (...)

- 22 - Allégués 117 à 120 : Le traitement par inhibiteur de l'enzyme de conversion fait partie de l'arsenal thérapeutique de l'insuffisance cardiaque. Ce traitement n'a pas été introduit immédiatement à l'admission (...). Cependant, l'introduction immédiate de ce traitement n'aurait rien changé à l'évolution clinique qu'a présentée Madame C.W._____. En effet, un traitement de plusieurs jours est nécessaire avant d'obtenir une amélioration de la fonction cardiaque par un traitement d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion. (...) Allégués 121, 122 : Madame C.W._____ était au bénéfice d'un traitement de diurétique préalablement à son admission à l'Hôpital de[...]. Le traitement de diurétique a été renforcé dès son admission à l'Hôpital. Ce traitement aurait pu être administré par voie intraveineuse. (...) Allégués 123, 125 : Lors de suspicion d'infarctus aigu du myocarde (symptômes et signes électrocardiographiques typiques) il est reconnu que le facteur temps joue un rôle important afin de diminuer les risques d'insuffisance cardiaque post-infarctus. (...) Il est également bien admis que le pronostic de l'infarctus aigu du myocarde dépend d'autres facteurs tels que l'âge du patient, ses antécédents médicaux et comorbidités. Allégué 126 : La mise en évidence lors de l'examen échocardiographique d'une mauvaise fonction ventriculaire gauche, associée à une maladie diabétique, augmente très nettement le risque vital lors d'un infarctus aigu. (...) Allégué 128 : Tous les éléments du dossier médical permettent de conclure que Madame C.W._____ a présenté dans la matinée du 12 janvier 2007 un infarctus aigu du myocarde très rapidement défavorable, avec une prise en charge à l'Hôpital de [...] tout à fait adéquate et conforme aux règles de l'art.

- 23 - Allégués 129, 130 : Au vu de l'état clinique de la patiente (choc hémodynamique) il était opportun que le Docteur L._____ (spécialiste en Médecine Intensive) essaie de poser un cathéter artériel en vue du transport de la patiente au CHUV par la REGA. La mise en place de ce cathéter artériel dans ces situations cliniques d'urgence est très souvent difficile, comme en témoigne la difficulté et l'échec qu'a eu le médecin urgentiste de la REGA. Allégués 131, 132, 133 : Au vu des éléments du dossier en ma possession, la prise en charge clinique et médicale de Madame C.W._____ en date du 12 janvier 2007 par les médecins de l'Hôpital de[...] a été opportun, adéquate et tout à fait conforme aux règles de l'art. Forcé de constater que l'infarctus aigu qu'a présenté Madame C.W._____ est survenu de façon très brutale, et qu'il était imprévisible de suspecter sa survenue lors de son admission le 10 janvier 2007, ni même le lendemain, car il n'était pas présent ni cliniquement ni électrocardiographiquement. Allégués 143 : Il est admis qu'un résultat d'enzyme hépatique dans les limites de la norme n'exclue absolument pas une pathologie hépatique chronique comme l'hépatite C. (...) il était opportun et important de pratiquer également des investigations hépatiques. Allégué 145 : (...) au vu des plaintes de la patiente, de l'examen clinique, des résultats de l'électrocardiogramme ainsi que de la radiographie du thorax, il n'y avait aucune obligation à pratiquer d'autres investigations cardiologiques en urgence. Allégué 146 : La radiographie du thorax pratiquée lors de l'admission le 10 janvier 2007 fait état d'une cardiomégalie avec épanchement pleural, ce qui permet de d'évoquer le diagnostic de décompensation cardiaque.

- 24 - Allégué 147 : En présence de signes d'insuffisance cardiaque, le contrôle des marqueurs cardiaques (CK et ou troponine) n'est pas réalisé de manière systématique. Allégué 148 : Au vu de l'histoire clinique, de l'examen clinique, ainsi que des résultats de l'électrocardiogramme et de la radiographie du thorax, il n'y avait pas lieu de demander la réalisation d'une échocardiographie en urgence. Allégués 149, 150 : Comme mentionné

ci-dessus, la prise en charge de la situation clinique que présentait Madame C.W. _____ ne motivait pas la présence obligatoire d'un médecin cardiologue dans un 1er temps. (...) Au vu des résultats de la radiographie du thorax ainsi que de l'électrocardiogramme (sans anomalie particulière) il n'y avait aucune raison de présenter ces résultats à un médecin spécialiste cardiologue ou autre spécialiste. (...) Même si un médecin cardiologue avait été appelé, ou avait même pris en charge la patiente, cette prise en charge n'aurait pas été différente sur le plan thérapeutique ni concernant les investigations cardiologiques. (...) Allégué 154 : Comme mentionné ci-dessus, la prise en charge médicale de Madame C.W. _____ par l'Hôpital de [...] dès son admission et jusqu'à son transfert en urgence par la REGA au CHUV a été adéquate et tout à fait conforme aux règles de l'art. Allégué 155 : (...) Dans la situation clinique de Madame C.W. _____, l'état de choc avec hypotension artérielle n'est absolument pas imputable au traitement de diurétique, mais uniquement à l'infarctus aigu, très subi qu'elle a présenté dans la matinée du 12 janvier 2007. (...). Allégués 156, 157 : Au vu des symptômes que présentaient Madame C.W. _____ à son admission, il était nécessaire et indiqué d'augmenter la dose du traitement diurétique (...) [qui]

- 25 - n'implique absolument pas obligatoirement un contrôle accru sous l'angle cardiologique. Allégué 163 : Si l'échocardiographie avait été réalisée plus précocement, ni la prise en charge, ni l'évolution clinique n'auraient été différentes. En effet, au vu des paramètres hémodynamiques (tension artérielle et fréquence cardiaque) ainsi que l'électrocardiogramme, Madame C.W. _____ ne présentait pas d'infarctus aigu lors de son admission ni le lendemain. Pratiquée le jour de l'admission, l'échocardiographie aurait certainement confirmé une décompensation cardiaque, mais n'aurait eu aucune influence ni modification sur la prise en charge et le traitement thérapeutique qui a été administré. Allégué 164 : L'électrocardiogramme effectué à l'admission le

E. 10

janvier 2007 à l'Hôpital [...] sur la demande de son médecin traitant, pour une admission en électif, sans nécessité de transport par ambulance et donc sans degré d'urgence au sens médical. A l'admission de Madame C.W. _____, au vu d'une décompensation cardiaque gauche, une radiographie du thorax a été pratiquée. Par la suite, il a été proposé de réaliser une échocardiographie, examen qui n'avait aucun degré d'urgence au vu de l'état clinique de la patiente lors de son admission. Comme mentionné ci-dessus, en raison des douleurs suspectes d'angine de poitrine présentées au matin du 12 janvier 2007, un électrocardiogramme ainsi qu'une échocardiographie ont été pratiqués en urgence. (...) La description clinique faite par le médecin traitant envoyeur motivant l'admission, ainsi que l'état clinique de Madame C.W. _____ lors de cette admission, et également le fait que la radiographie du thorax a pu être réalisée en position debout permettent de conclure qu'il n'y avait pas de degré d'urgence à pratiquer d'autres investigations, notamment cardiologique à ce moment mais d'instaurer un traitement pour la décompensation cardiaque, ce qui a été fait dans les règles de l'art. Comme mentionné dans le dossier médical, une échocardiographie, examen qui n'avait aucun caractère d'urgence le jour de l'hospitalisation, a été programmé pour être réalisé par la suite. (...) Il est très difficile de déterminer précisément l'heure exacte de l'infarctus aigu du myocarde survenu le 12 janvier 2007. En effet, comme mentionné ci-dessus, les patients diabétiques présentent fréquemment des épisodes d'ischémie myocardique silencieuse ou dont les symptômes ne sont pas toujours typiques.

- 28 - Au vu des éléments du dossier médical, l'infarctus aigu du myocarde a probablement débuté entre 7 et 8 heures du matin le 12 janvier 2007. (...) En résumé, concernant les 4 questions complémentaires mentionnées ci-dessus, je confirme que sur la base du dossier médical, la prise en charge médicale de Madame C.W. _____ durant son hospitalisation les 10, 11 et 12 janvier 2007 a été adéquate, et conforme aux règles de l'art, et que les différentes investigations pratiquées ont permis de débiter rapidement un traitement approprié. (...) » b) Une seconde expertise a été mise en œuvre et confiée au Dr Y. _____, spécialiste FMH en médecine interne. Celui-ci a rendu un premier rapport d'expertise le 31 octobre 2011, en tête duquel il a indiqué s'être basé entre autres sur « une séance de travail avec une collègue cardiologue », et dont les principaux développements peuvent être reproduits comme suit [sic] : « (...) La détermination des enzymes cardiaques (CPK, troponine) et du BNP devrait faire partie intégrante des investigations initiales chez une patiente qui est adressée à l'Hôpital pour décompensation cardiaque, d'autant plus qu'une cardiopathie ischémique et, à fortiori, un syndrome coronarien aigu sont la cause la plus probable en présence de facteurs de risque connus tel qu'un diabète insulino-requérant et d'une artériopathie périphérique. En revanche, il est difficile d'affirmer qu'on aurait pu ainsi prévenir l'infarctus, puisque celui-ci était peut-être déjà en train de se produire. Dans ce cas, on aurait sans doute pu réagir plus rapidement et ainsi améliorer les chances de survie de la patiente. Allégués 61, 62, 63 : La prise en charge par le personnel soignant ne peut pas être considérée comme optimale, notamment en raison du délai de presque 48 heures entre l'admission et la situation d'urgence vitale. D'autre

- 29 - part, sa réaction au matin du 12 janvier 2007 était en partie inadéquate. Une prise en charge plus adéquate dès son admission aurait probablement accru les chances de survie de la patiente. Allégués 86 à 133 : La décompensation cardiaque qui a motivé l'hospitalisation s'est installée vraisemblablement plusieurs semaines avant l'admission de la patiente à l'hôpital le 10 janvier 2007. L'oppression thoracique dont elle s'est plainte évoquait une cardiopathie ischémique, surtout en présence de facteurs de risque tels un diabète et d'une artériopathie périphérique. Certaines chimiothérapies antitumorales peuvent provoquer une atteinte cardiaque. En conséquence, une investigation cardiologique avec échographie et test d'effort était souhaitable bien avant l'hospitalisation de janvier 2007 et aurait pu aboutir à un traitement plus ciblé. Les antécédents médicaux ainsi que les symptômes et leur signification étaient connus à l'admission de la patiente à l'hôpital et auraient dû orienter le personnel soignant sans délai vers la recherche d'un syndrome coronarien. Le premier électrocardiogramme du 10 janvier montrait une tachycardie et un bloc de branche gauche, ce qui ne peut pas être banalisé dans le contexte. L'échocardiographie n'étant pas l'examen de premier choix en cas de suspicion de syndrome coronarien, il aurait toutefois pu permettre la mise en évidence d'un problème de la cinétique segmentaire et ainsi accélérer les démarches pour transférer la patiente dans un centre de cardiologie invasive en vue d'une coronarographie. En effet, le facteur temps est un élément essentiel en cas de suspicion d'un syndrome coronarien aigu. En tenant compte des symptômes et des signes qui ont motivé l'hospitalisation de la patiente, il n'est pas exclu que l'infarctus du myocarde se soit installé durant les heures qui ont précédé l'évènement dramatique du 12 janvier 2007. Seul un dosage plus précoce des enzymes cardiaques (CRP, troponines) aurait permis de confirmer cette hypothèse. Sur la base des documents en ma possession, notamment le protocole d'audition des différents intervenants, il semble y avoir eu quelques attitudes inadéquates dans la prise en charge de la patiente en date du

E. 12

janvier 2007, il a relevé ne pas voir ce qui aurait pu être entrepris d'autre dans un hôpital régional comme celui de [...]. Ainsi, dans ce contexte et compte tenu aussi du dossier, les choses avaient été faites dans les règles de l'art et il ne faisait, selon lui, aucun doute que la prise en charge de feu C.W._____ avait été optimale. En particulier, le fait de bénéficier d'une échocardiographie réalisée par un professeur dans les soixante minutes est extrêmement rare et, en son absence, l'issue fatale serait intervenue dans l'hôpital de zone directement. Selon lui l'infarctus est survenu dans la nuit du 11 et 12 juillet [janvier] 2007. Le Prof. C._____ a également relevé que « s'il était attesté que la patiente avait des douleurs rétrosternales à l'entrée de l'hôpital et que cela est noté dans le dossier médical, je partagerais totalement l'avis selon lequel un examen sanguin par Troponine aurait dû être effectué. (...) On sait que la patiente avait des douleurs rétrosternales dans les semaines précédant son hospitalisation, mais elle n'avait pas de telles douleurs lors de son hospitalisation. » Il a enfin précisé qu'il était rare de voir un médecin connaissant bien la patiente taper une lettre, à la machine, indiquant clairement les motifs pour lesquels la patiente sera hospitalisée le lendemain, s'agissant d'habitude d'un bon d'entrée manuscrit. ac) N._____, ami de la famille [...], a confirmé les forts liens qui unissaient les demandeurs à C.W._____ et le fait que son décès les avait tous fortement affectés.

- 43 - ad) Le Dr U._____ a indiqué avoir été le médecin traitant de feu C.W._____ depuis les années 80, lui avoir prescrit des diurétiques peu après son entrée au CHUV pour sa leucémie et pour ses problèmes hépatiques, ainsi que l'avoir vue une fois par année par la suite, de même que sur appel. ae) Le Dr K._____, collaborateur de la défenderesse, a relevé y avoir été médecin chef au moment des événements ici en cause. Il a déclaré avoir été au chevet de feu C.W._____ le matin du 12 janvier 2007 en vue de procéder à une échocardiographie, laquelle était prévue en raison du fait qu'elle était hospitalisée pour une décompensation cardiaque chronique. Il ne s'agissait ainsi pas d'un examen d'urgence et lui-même n'avait pas vu la patiente auparavant. Constatant dans ce contexte qu'elle ne se sentait pas bien, il avait procédé à un électrocardiogramme, qui suggérait fortement qu'un infarctus était en cours, lequel la mettait dans un état de choc, avec toutes les conséquences physiques en découlant. Ayant alors directement appelé ses collègues avec un bip de réanimation, il a déclaré que feu C.W._____ avait été prise en charge par l'équipe des soins intensifs. Concernant particulièrement l'organisation de la défenderesse, le Dr K._____ a notamment noté que chaque malade était vu par des médecins-cadre chaque jour selon un système de rotations prédéfinies et que des réunions se tenaient chaque jour pour discuter des cas en résumé. Ainsi, et alors même qu'il n'avait pas consulté en détail les documents concernant feu C.W._____ le jour en question, il connaissait le contexte dans lequel les examens étaient effectués et disposait du dossier. Le Dr K._____ a encore précisé que l'échocardiographie était prévue d'avance et qu'il était certain de ne pas l'avoir avancée du fait de l'état de la patiente, y étant allé très naïvement. af) Le Dr L._____, collaborateur de la défenderesse depuis 2005, a déclaré avoir pris en charge feu C.W._____ aux urgences. Elle présentait alors un « choc cardiogène », dont la cause la plus évidente semblait être un infarctus aigu. Dans ce cadre, le seul traitement permettant d'améliorer significativement la situation consistait en une perfusion cardiaque, qui pouvait se faire par coronarographie, laquelle

- 44 - était prévue, ou par intervention médicale. Il a déclaré avoir lui-même tenté en vain de poser un cathéter artériel, lequel représentait un moyen de suivi plus fiable et non un traitement, tout comme le médecin de la REGA. ag) F. _____, infirmière cheffe de l'unité de soin précédemment au service de la défenderesse, a pour l'essentiel relevé qu'elle n'avait plus de souvenirs précis des événements compte tenu du fait qu'ils remontaient à plusieurs années en arrière. ah) La Dresse M. _____, précédemment médecin-assistante au sein de la défenderesse, a indiqué ne pas se souvenir du cas d'espèce, tout en relevant que les médecins procédaient chaque jour à la visite de tous les patients. b) Les demandeurs ayant confirmé, à l'audience précitée, leur requête en audition de témoin portant sur R. _____, voisine de chambre de C.W. _____ lors de son hospitalisation à l'hôpital de [...], l'instruction a été suspendue et reprise lors d'une seconde audience de jugement en date du 17 septembre 2013. Cette audience a débuté par l'audition de R. _____ à son domicile. De façon résumée, et en sus des éléments reproduits supra sur la base de ses déclarations, R. _____ a notamment confirmé que les infirmières appelées par elle-même et feu C.W. _____ n'étaient pas venues tout de suite, précisant que cette dernière avait sonné très fréquemment, y compris les jours précédents. Pour le surplus, elle a indiqué en substance avoir perçu que feu C.W. _____ allait très mal et se plaignait de douleurs, de sorte qu'elle avait cru qu'elle n'allait pas survivre. A la reprise de l'audience de jugement au tribunal, en présence des juges assesseurs ainsi que des parties, les conseils de ces dernières ont plaidé. En droit :

- 45 - 1. L'appel est recevable contre les décisions finales de première instance (art. 308 al. 1 let. a CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]), dans les causes non patrimoniales ou dont la valeur litigieuse, au dernier état des conclusions, est supérieure à 10'000 francs (art. 308 al. 2 CPC). L'appel, écrit et motivé, est introduit dans les trente jours à compter de la notification de la décision motivée (art. 311 CPC). La Cour d'appel civile connaît de tous les appels formés en application de l'art. 308 CPC (art. 84 al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]). En l'espèce, formé en temps utile par une partie qui y a intérêt (art. 59 al. 2 let. a CPC) et portant sur des conclusions supérieures à 10'000 fr., l'appel est recevable. 2. a) L'appel peut être formé pour violation du droit ou pour constatation inexacte des faits (art. 310 CPC). L'autorité d'appel peut revoir l'ensemble du droit applicable, y compris les questions d'opportunité ou d'appréciation laissées par la loi à la décision du juge, et doit, le cas échéant, appliquer le droit d'office conformément au principe général de l'art. 57 CPC. Elle peut revoir librement l'appréciation des faits sur la base des preuves administrées en première instance (Tappy, Les voies de droit du nouveau Code de procédure civile, JT 2010 III 134 s). Cela étant, dès lors que, selon l'art. 311 al. 1 CPC, l'appel doit être motivé – la motivation consistant à indiquer sur quels points et en quoi la décision attaquée violerait le droit et/ou sur quels points et en quoi les faits auraient été constatés de manière inexacte ou incomplète par le premier juge –, la Cour de céans n'est pas tenue d'examiner, comme le ferait une autorité de première instance, toutes les questions juridiques qui se posent si elles ne sont pas remises en cause devant elle, ni de vérifier que tout l'état de fait retenu par le premier juge est exact et complet, si seuls certains points de fait sont contestés devant elle (Jeandin, CPC commenté,

- 46 - Bâle 2011, n. 3 ad art. 311 CPC et la jurisprudence constante de la CACI, notamment CACI 1er février 2012/57 c. 2a). b) En l'espèce, l'appel porte tant sur l'état de fait du jugement de première instance que sur l'appréciation juridique des premiers magistrats. L'état de fait a été complété au regard des pièces au dossier dans le cadre du large pouvoir

d'examen de la Cour de céans, de sorte que les griefs des appelants relevant d'une constatation manifestement inexacte des faits deviennent sans objet. 3. Les prétentions litigieuses sont principalement des prétentions en tort moral, fondées sur une prise en charge prétendument défailante de la défunte à l'hôpital de [...] entre le 10 et le 12 janvier 2007. Aux dires des appelants, cette prise en charge qu'ils estiment défailante aurait directement mené au décès de feu C.W._____.

4. Il n'est pas contesté que la relation qui a lié la patiente défunte à l'intimée relève de rapports contractuels, plus précisément d'un contrat du domaine médical qui doit être qualifié de contrat de mandat au sens des art. 394 ss CO (Code des obligations du 30 mars 1911 ; RS 220). a) Le prestataire de soins s'engage à mettre en oeuvre ses connaissances, sa technique et ses équipements sans promettre pour autant un résultat. Son unique obligation est d'agir avec diligence en vue d'atteindre le but qui motive son action sans garantir qu'il sera atteint. Dès lors, si le résultat n'est pas atteint, mais que le mandataire a correctement mis ses moyens au service du mandant, il y a parfaite exécution (Engel, *Contrat de droit suisse*, 2e éd., pp. 481 ss). L'étendue de ce devoir de diligence se détermine selon des critères objectifs. Les exigences qui doivent être posées à cet égard ne peuvent pas être fixées

- 47 - une fois pour toutes. Elles dépendent des particularités de chaque cas, telles que la nature de l'intervention ou du traitement et les risques qu'ils comportent, la marge d'appréciation, le temps et les moyens disponibles, la formation et les capacités du prestataire de soins. Tant lors du diagnostic qu'au moment de décider d'un traitement ou d'une mesure d'une autre nature, il doit souvent procéder, selon l'état de la science considéré objectivement, à une appréciation et choisir parmi les différentes possibilités. En optant pour l'une ou l'autre, il fait usage de son pouvoir d'appréciation conformément à ses devoirs (ATF 133 III 121 c. 3.1, rés. in JT 2008 I 103, SJ 2007 I 353; TF 4A_737/2011 du 2 mai 2012 c. 2.3; TF 4A_315 du 25 octobre 2011 c. 3.1; SJ 1999 I pp. 499 ss). Les règles de l'art médical constituent des principes établis par la science médicale, généralement reconnus et admis, communément suivis et appliqués par les praticiens (ATF 133 III 121 c. 3.1, rés. in JT 2008 I 103; ATF 108 II 59 c. 1, rés. in JT 1982 I 285; ATF 64 II 200 c. 4a; TF 4A_737/2011 du 2 mai 2012 c. 2.3; Müller, *Responsabilité civile du médecin in Quelques actions en responsabilité*, CEMAJ Neuchâtel, n. 17). Il s'agit donc d'appliquer les usages professionnels, les devoirs qui s'imposent à tous les membres d'une même corporation, les règles générales dont l'ignorance constituerait une faute grave et les soins usuels. Il n'existe cependant aucune définition des règles de l'art. Le Tribunal fédéral, d'ailleurs, a reconnu que dans une profession si complexe où les opinions sont multiples et parfois divergentes, et dans une science si évolutive, il est difficile de fixer des procédés constants ou de codifier les règles de l'art trop mouvantes. Aussi, les tribunaux, s'appuyant sur l'avis des experts, doivent-ils donner de cas en cas une portée juridique aux règles de l'art (Ney, *La responsabilité des médecins et de leurs auxiliaires notamment à raison de l'acte opératoire*, thèse Lausanne 1979, pp. 160-161). Savoir si le médecin a violé son devoir de diligence est une question de droit; dire s'il existe une règle professionnelle communément admise, quel était l'état du patient et comment l'acte médical s'est déroulé relève du fait (ATF 133 II 121 c. 3.1, rés. in JT 2008 I 103). En règle

- 48 - générale, le juriste est incapable de savoir si le médecin a fait ce qu'il fallait faire dans un cas d'espèce. C'est à l'expert médical de trancher cette question scientifique (Müller, *op. cit.*, n. 17). b) L'obligation de réparer le dommage causé est conditionnée par l'existence d'un préjudice et d'un rapport de causalité. Le rapport de causalité présente deux aspects: la

causalité naturelle (rapport de cause à effet) et la causalité adéquate (qui implique de la part du juge de faire usage de son pouvoir d'appréciation de cas en cas, selon les règles du droit et de l'équité, conformément à l'art. 4 CC [Code civil suisse du 10 décembre 1907; RS 210]). Un fait est la cause naturelle d'un résultat s'il en constitue l'une des conditions sine qua non, c'est-à-dire lorsque, sans le premier, le second ne se serait pas produit (ATF 128 III 174 c. 2.b, rés. in JT 2003 I 28, SJ 2002 I 410 ; TF 2C_936/2012 du 14 janvier 2013 c. 2.3). Il n'est pas nécessaire que l'événement considéré soit la cause unique ou immédiate du résultat (TF 4A_65/2009 du

E. 17

février 2010 c. 5.1 ; ATF 133 III 462 c. 4.4.2 et les arrêts cités, rés. in JT 2009 I 47; ATF 125 IV 195 c. 2.b, rés. in JT 2000 I 491). Le fait dommageable peut consister en une action ou une omission. Lorsque le dommage a été causé par une omission, la jurisprudence et la doctrine ont posé des règles particulières en matière de causalité naturelle (TF 4A_464/2008 du 22 décembre 2008 c. 3.3.1). S'il est vrai que, dans l'ordre naturel, une omission ne peut pas être la cause d'un effet car une inaction ne peut modifier le cours des événements, d'un point de vue normatif, une omission peut être tenue pour la cause d'un préjudice (Werro, RC, n. 206; Werro, Commentaire romand, Code des obligations I, 2e éd., n. 41 ad art. 41 CO, p. 375 et les références citées [ci- après "Werro, CR"]). Dans ce cas, on établit un rapport de causalité naturelle entre l'omission et le résultat constaté à l'aide d'une hypothèse, selon laquelle le résultat ne se serait pas produit si l'intéressé avait agi conformément au droit. L'analyse se fait donc en deux temps: il s'agit

- 49 - premièrement de déterminer si l'ordre juridique imposait un devoir d'agir à une personne et secondement d'établir si un acte de cette personne aurait empêché la survenance du dommage; si ces deux conditions sont réunies, on admet l'existence d'un lien de causalité hypothétique entre l'omission et le dommage (TF 4A_416/2013 du 28 janvier 2014 c. 3.1 ; TF 4C.229/2000 du 27 novembre 2000 c. 4 ; ATF 129 III 129 c. 8 ; ATF 115 II 440 c. 5a, rés. in JT 1990 I 362). En cette matière, la jurisprudence n'exige pas une preuve stricte. Il suffit que le juge parvienne à la conviction qu'une vraisemblance prépondérante plaide pour un certain cours des événements (ATF 132 III 311 consid. 3.5; TF 5A_406/2009 du 22 juin 2011 consid. 4.1). Le fardeau de la preuve en incombe à la partie lésée (ATF 121 III 358 c. 5, JT 1996 I 66; ATF 115 II 440 c. 6, JT 1990 I 362). Le Tribunal fédéral considère que l'examen d'un tel lien de causalité hypothétique relève de la constatation des faits, sauf si le juge admet la causalité exclusivement sur l'expérience de la vie (ATF 132 III 715 c. 2.3, JT 2009 I 183; Werro, CR, n. 41 ad art. 41 CO et les références citées). La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités – l'auteur du dommage étant autorisé à démontrer l'existence de circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux (art. 8 CC; ATF 133 II 181 précité) – ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (TF 4A_760/2011 du 23 mai 2012 consid. 3.2; ATF 133 I 81 précité; 133 II 462 consid. 4.4.2 et les références citées). En d'autres termes, la probabilité est prépondérante si les faits allégués sont soutenus par des critères objectifs et paraissent si vraisemblables que d'autres faits possibles n'entrent raisonnablement pas en ligne de compte (Winiger, Conclusions, in La preuve en droit de la responsabilité civile, Journée de la responsabilité civile 2010, Genève Zurich Bâle 2011, p. 162 et les références citées). Le degré de vraisemblance requis doit atteindre 75% au minimum (cf. Walter, Beweis und Beweislast im Haftpflichtprozess, in

Haftpflichtprozess, Zürich 2009, p. 54). Dans un arrêt TF 4A_397/2008 du 23 septembre 2008, le Tribunal fédéral a jugé qu'un degré de vraisemblance de 51% était insuffisant pour admettre l'existence d'une

- 50 - vraisemblance prépondérante et, partant, d'une relation de causalité adéquate. La chaîne des événements en rapport de causalité naturelle avec la survenance d'un préjudice est infinie ; la théorie de la causalité adéquate permet de fixer une limite juridique à l'obligation de réparer un préjudice (Werro, Commentaire romand, Code des obligations I, Bâle 2012, 2e éd., n. 43 ad art. 41 CO et les références citées). Selon cette théorie, une cause naturelle à l'origine d'un préjudice n'est opérante en droit que si le comportement incriminé était propre, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit en sorte que la survenance de ce résultat paraît de façon générale favorisée par le fait en question (ATF 134 III 12 c. 3, rés. in JT 2005 I 488; ATF 129 V 402 c. 2.2 ; ATF 123 III 110 c. 3a, rés. in JT 1997 I 791 et les références citées ; TF 2C_111/2011 du 7 juillet 2011 c. 6). Pour savoir si un fait est la cause adéquate d'un préjudice, le juge procède à un pronostic rétrospectif objectif : se plaçant au terme de la chaîne des causes, il lui appartient de remonter du dommage dont la réparation est demandée au chef de responsabilité invoqué et de déterminer si, dans le cours normal des choses et selon l'expérience générale de la vie humaine, une telle conséquence demeure dans le champ raisonnable des possibilités objectivement prévisibles, le cas échéant aux yeux d'un expert; à cet égard, ce n'est pas la prévisibilité subjective mais la prévisibilité objective du résultat qui compte (TF 5C.18/2006 du 18 octobre 2006 c. 4.1, publié in SJ 2007 I 238; TF 4C.324/2005 du 5 janvier 2006 c. 2.2 ; TF 5C.125/2003 du 31 octobre 2003 c. 4.1, rés. in JT 2005 I 472, SJ 2004 I 407 c. 4.1 et les références citées; ATF 119 Ib 334 c. 5.b, rés. in JT 1995 I 606 ; ATF 112 II 439 c. 1.c, rés. in JT 1987 I 392). Autrement dit, le fait que le résultat incriminé n'ait pas été subjectivement prévisible par les parties ne joue aucun rôle sur le caractère adéquat du lien de causalité (SJ 2004 I 407 c. 4.6, rés. in JT 2005 I 472).

- 51 - 5. a) L'appel est principalement axé sur le défaut de mise en oeuvre du dosage de la troponine et de CPK. Pour les appelants, cet examen sanguin aurait dû être effectué lors de l'admission de la patiente à l'hôpital. Si tel avait été le cas, ses chances de survie auraient été notablement améliorées. b) Les premiers juges ont retenu que, nonobstant l'importance des dosages de troponine et de CPK, qui ne pouvait être niée au regard des conclusions des expertises hors procès et du Dr Y. _____, son absence ne suffisait pas à elle seule pour retenir une violation des règles de l'art de l'hôpital de [...], compte tenu des autres examens effectués, dont aucun n'avait permis réellement d'anticiper l'imminence de l'infarctus aigu du myocarde survenu le 12 janvier 2007. Ce raisonnement est critiquable. On ne saurait en effet exclure une violation des règles de l'art en lien avec l'absence de l'examen médical pertinent non effectué au motif que d'autres examens ont été effectués. A cet égard les développements des appelants sont pertinents. c) A supposer donc que l'on admette qu'une troponinémie aurait dû être effectuée en l'espèce, notamment au vu des expertises qui tendent toutes à démontrer la nécessité d'un tel examen – à l'exception certes de celle du Dr C. _____ qui se montre moins catégorique sur ce point mais dont les propos sont toutefois sujets à caution comme le relèvent à juste titre les appelants –, et qu'il y a donc eu violation des règles de l'art sur cette question, autour de laquelle est centrée la presque totalité de l'argumentation de l'appel, cela ne signifie pas encore que le lien de causalité est établi, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante. Ainsi, déterminer s'il existe ou non,

en l'espèce, un lien de causalité (naturel et adéquat), au degré de vraisemblance prépondérante, entre l'acte médical omis et le décès de la patiente constitue la question centrale à examiner. Or, la démonstration de l'appel s'y rapportant tient en un paragraphe, voire en une phrase (cf. let. g, p. 14 de l'appel). Pour

- 52 - les appelants, avec une amélioration des chances de survie évaluée à 30- 40% par l'expert, force est d'admettre que la preuve de la causalité qui leur incombait a été rapportée. S'agissant du lien de causalité, les premiers juges ont succinctement retenu que les quelques critiques évoquées dans les expertises hors procès et du Prof. C._____, soit pour l'essentiel l'absence de prescription d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion d'une part, ainsi que des dosages de troponine et de CPK d'autre part, de même que l'admission de diurétiques par une autre voie que par intraveineuse, ne suffisaient pas en elles-mêmes pour fonder une violation se trouvant en lien de causalité naturelle (respectivement hypothétique considérant l'omission en cause) et adéquate avec l'infarctus aigu du myocarde dont a été victime feu C.W._____ le 12 janvier 2007. Dans l'ATF 133 III 462, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de discuter de la notion de perte d'une chance – brièvement évoquée par les appelants, qui indiquent que les « chances de survie » de la défunte « auraient été améliorées de manière significative » –, sans trancher la question sous l'angle de l'art. 42 al. 2 CO. Le Tribunal fédéral s'est contenté de dire que l'autorité cantonale n'avait pas manifestement méconnu les notions juridiques de causalité et de dommage et partant appliqué le droit cantonal de manière arbitraire, tout en reconnaissant néanmoins que la réception en droit suisse de la théorie de la perte d'une chance développée notamment par la jurisprudence française est, à tout le moins, problématique. Notre Haute Cour a également précisé à cette occasion que l'on saurait difficilement retenir que l'acte reproché à un médecin puisse être, avec une vraisemblance prépondérante, la cause naturelle de la perte de l'issue favorable, alors qu'il est établi que la maladie aurait de toute façon provoqué le décès du patient dans les trois quarts des cas, soit à un taux de 75% (d'où un pourcentage de 25% de chances de survie). De même, dans l'arrêt TF 4A_516/2012 du 8 février 2013 c. 4, le Tribunal fédéral a considéré que le lien de causalité adéquat entre le manquement au devoir de diligence et le dommage corporel subi n'avait pas été établi sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, dès

- 53 - lors que, selon l'expertise réalisée, même en cas de traitement approprié, la probabilité d'une issue fatale aurait été de 77%, les chances de survie étant donc de 23%. Il n'y a pas lieu de se distancer en l'état des règles jurisprudentielles habituelles en matière de causalité naturelle. Le TF a d'ailleurs confirmé en arbitraire une pratique cantonale, qui avait admis le lien de causalité naturelle entre le diagnostic tardif et la mort du patient, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, dans la mesure où les chances de survie du patient étaient de 60% s'il avait été pris en charge correctement (ATF 133 III 462). En l'espèce, au regard des éléments à disposition, il n'est pas exclu que, même si toute la procédure avait été régulièrement suivie, la patiente serait quand même décédée, l'expert Y._____ retenant une probabilité de survie de seulement 30 à 40% (cf. complément d'expertise du Dr Y._____, ad all. 55, 56, 57: « Etant donné que chaque cas est unique, il est impossible de chiffrer avec précision l'importance de l'augmentation des chances de survie de Madame C.W._____. Toutefois, sur la base des documents en ma possession, l'amélioration de ses chances de survie peut être estimée à 30-40% en cas de prise en charge optimale et rapide »; cf. nouveau complément d'expertise du Dr Y._____ du 17 juillet 2012, ad all. 57: « les chances de survie auraient été améliorées de façon significative »),

soit inversement une probabilité de décès de 70 à 60%. A noter que les autres experts ne se sont pas prononcés sur cette question, pourtant cardinale. Le pourcentage inférieur retenu par l'expert Y._____ (30%) est proche de l'exemple cité par le TF, qui, rappelons-le, a exclu la causalité naturelle sous l'angle de la vraisemblance prépondérante pour un taux de survie de 25%. Le pourcentage supérieur retenu par l'expert Y._____ (40%) se trouve par ailleurs en-deça des 60% cités par les appelants, référence faite au cas cantonal évoqué dans l'ATF 133 susmentionné, voire encore en-deça des 51% cités dans l'arrêt TF 4A_397/2008 du 23 septembre 2008 (cf. c. 4b supra) pour admettre un

- 54 - degré de vraisemblance sous l'angle du lien de causalité hypothétique. Autrement dit, il faut que le degré de vraisemblance que la mesure omise aurait permis d'éviter le résultat qui s'est produit atteigne 75%, un taux de 51% étant insuffisant, de même que, a fortiori, un taux de 30 à 40% comme dans le cas qui nous occupe. Au vu de ce qui précède, on ne saurait admettre en l'espèce que l'acte reproché est, avec une vraisemblance prépondérante, la cause naturelle de la perte de l'issue favorable alors que l'on peut dire, sur la base de l'expertise judiciaire – non remise en cause sur cette question (cf. complément d'expertise du Dr Y._____, ad all. 55, 56, 57) – que la maladie aurait provoqué le décès, au mieux dans le 60% des cas et au pire dans le 70%. A cela s'ajoute que les experts sont unanimes pour dire que l'état de santé de la patiente commandait qu'elle soit hospitalisée bien plus tôt (expertise du Dr C._____, ad all. 98 ; expertise du Dr Y._____, ad all. 86 à 133), ce qui ne peut que consolider le résultat de défaut de vraisemblance prépondérante auquel l'on parvient ci-dessus. Il convient dès lors de confirmer le jugement de première instance, les conditions permettant de conclure à une responsabilité de l'intimé n'étant pas réalisées. Compte tenu de ce résultat, il n'y a pas lieu de s'arrêter plus avant sur la question de l'étendue du dommage, qui ne fait d'ailleurs pas l'objet d'une argumentation suffisante en appel, les appelants se contentant de renvoyer « à la procédure en ce qui concerne leurs prétentions en paiement d'une indemnité pour tort moral et en remboursement des frais et dépens de la procédure avant procès » (ATF 138 I 374 c. 4.3.1 ; CACI 17 avril 2014/203, c. 5). 6. Il résulte de ce qui précède que l'appel, manifestement infondé, doit être rejeté selon le mode procédural de l'art. 312 al. 1 CPC et le jugement entrepris confirmé.

- 55 - Les frais judiciaires, arrêtés à 2'078 fr. (art. 62 al. 1 TFJC [tarif des frais judiciaires en matière civile du 28 septembre 2010 ; RSV 270.11.5]), seront mis à la charge des appelants, qui succombent (art. 106 al. 1 CPC), solidairement entre eux. L'intimée n'ayant pas été invitée à se déterminer sur l'appel (art. 312 al. 1 CPC), il n'y a pas lieu de lui allouer de dépens de deuxième instance.

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