

COUR D'APPEL CIVILE

Arrêt du 4 novembre 2014

Présidence de M. COLOMBINI, président
Juges : M. Giroud et Mme Crittin Dayen
Greffière : Mme Huser

Art. 97 al. 1 et 394ss CO

Statuant à huis clos sur l'appel interjeté par **A.W.**_____, à [...], **B.W.**_____, à [...], et **X.**_____, à [...] (F), demandeurs, contre le jugement rendu le 19 septembre 2013 par le Tribunal civil de l'arrondissement de La Côte dans la cause divisant les appelants d'avec **N.**_____**SA**, à [...], défenderesse, la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal voit :

En fait :

A. Par jugement du 19 septembre 2013, dont les motifs ont été notifiés par pli recommandé le 4 août 2014 et reçus par le conseil des demandeurs le 5 août 2014, le Tribunal civil de l'arrondissement de La Côte a rejeté la demande formée par A.W._____, B.W._____ et X._____ contre N._____ SA (I), dit que les demandeurs, solidairement entre eux, doivent payer à la défenderesse la somme de 7'860 fr. avec intérêt à 5% l'an dès le 29 décembre 2009 (II), fixé les frais et émoluments du Tribunal à 12'190 fr. pour les demandeurs, solidairement entre eux, et à 7'600 fr. pour la défenderesse (III), dit que les demandeurs, solidairement entre eux, doivent payer à la défenderesse la somme de 15'600 fr. à titre de dépens (IV), et rejeté toutes autres ou plus amples conclusions (V).

En droit, les premiers juges ont en substance considéré qu'à la lumière des diverses expertises réalisées hors procès et dans le cadre du présent litige, la prise en charge de feu C.W._____ par les collaborateurs de la défenderesse entre les 10 et 12 janvier 2007 avait été adéquate et respectait les règles de l'art, de sorte qu'aucune violation contractuelle ne pouvait leur être reprochée. Ils ont en particulier retenu que les quelques critiques évoquées dans l'expertise hors procès et dans celle du Prof. C._____, médecin spécialisé en cardiologie, concernant l'absence de prescription d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) d'une part ainsi que de 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 contractuelle se trouvant en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'infarctus du myocarde dont avait été victime feu C.W._____ en date du 12 janvier 2007. Les premiers juges ont ainsi abouti à la conclusion que les demandeurs avaient échoué à établir la réalisation de deux des conditions nécessaires à la responsabilité contractuelle de la défenderesse, soit l'existence d'une violation contractuelle ainsi que du lien de causalité, de sorte que leurs conclusions devaient être intégralement rejetées.

B. Par acte du 12 septembre 2014, A.W._____, B.W._____ et X._____ ont formé appel contre le jugement précité, en concluant, avec suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens que :

- «1. 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.
2. 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 deux cent cinquante francs) avec intérêts à 5% l'an dès le 18 mars 2007.
3. 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.
4. 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 et cinquante-cinq centimes) avec intérêts à 5% l'an dès le 18 mars 2007.
5. Les conclusions reconventionnelles prises par la défenderesse dans sa réponse du 25 novembre 2009 sont rejetées.
6. Les frais et émoluments du Tribunal de première instance sont fixés à fr. 12'190.- (douze mille cent nonante francs) pour les demandeurs, solidairement entre eux, et à fr. 7'600.- (sept mille six cents francs) pour la défenderesse.
7. La défenderesse doit aux demandeurs, créanciers solidaires, une somme fixée à dire de justice au titre de dépens.

8. *Toute autre ou plus ample conclusion est rejetée.»*

Les appelants ont versé, en date du 1^{er} octobre 2014, l'avance de frais de 2'078 fr. qui leur a été demandée.

C. La Cour d'appel civile retient les faits suivants, sur la base du jugement complété par les pièces du dossier :

1. A.W._____, X._____ et B.W._____ sont respectivement les filles et le veuf de feu C.W._____, née le [...] 1944 et décédée à Lausanne le [...] 2007.

2. Le N._____*SA* est une société anonyme de droit suisse, inscrite au registre du commerce le [...] 1999, dont le siège se trouve à [...] et le but consiste à *« répondre aux besoins de santé de la population, entre autre accueillir, soigner, soulager les patients, participer à la formation des professionnels de la santé et collaborer aux développements de nouveaux projets ; [l']exploitation et [la] gestion de tout établissement hospitalier, dont notamment les hôpitaux de [...] et de [...], parahospitalier, de soins ou de séjours, l'accomplissement de toute activité médicale, paramédicale et toute activité qui s'y rapportent [sic]. »*

3. Le Dr U._____, médecin généraliste à [...], était le médecin traitant habituel de feu C.W._____ depuis 1969. Il la voyait régulièrement et s'est déplacé à domicile jusqu'à deux fois par semaine, notamment durant les mois de novembre et décembre 2006. Feu C.W._____ n'a en revanche jamais été vue par un cardiologue et n'a jamais fait l'objet d'évaluations de la fonction cardiaque, ceci bien qu'elle ait subi des traitements de chimiothérapie.

Par courrier adressé au Dr U._____ le 12 octobre 2001 sur en-tête de la Division d'immunologie et d'allergie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), les diagnostics suivants étaient posés concernant feu C.W._____ :

« (...)

DIAGNOSTICS :

- Hépatite C chronique (génotype 1B) actuellement en rémission après traitement d'Interféronα [sic] et Ribavirine.
- Diabète de type II insulino-traité
- Status après LMA M3 diagnostiqué en février 1994 en rémission.
- Status après adénocarcinome du sigmoïde Dukes C en 1988.
- Hypothyroïdie substituée.

(...) »

Dans un courrier du 6 décembre 2002 également adressé au Dr U. _____ par le Dr Z. _____, spécialiste FMH en médecine interne et angiologie, il était notamment fait état des éléments suivants :

« (...)

Facteurs de risque cardio-vasculaire :

Diabète, hormonothérapie substitutive, excès pondéral.

(...)

Conclusions :

L'examen angiologique confirme la présence d'une insuffisance artérielle bilatérale des membres inférieurs de stade IIa à gauche et de stade I à droite, sur probables sténoses ilio-fémorales. (...) »

Dès la fin du mois d'octobre 2006, feu C.W. _____ s'est plainte d'une dyspnée d'effort et d'oedèmes des membres inférieurs. Sur cette base, un examen hématologique la concernant a été demandé par le Dr U. _____ en date du 26 octobre 2006, ensuite duquel un rapport lui a été adressé le même jour.

4. a) Par courrier du 9 janvier 2007 adressé au Dr Q. _____, chef de clinique au sein de l'Hôpital de [...], le Dr U. _____ a fait état comme suit de la nécessaire hospitalisation de feu C.W. _____ [sic]:

« (...)

Monsieur et cher Confrère,

Come convenu par téléphone la patiente entrera à l'hôpital demain matin pour une décompensation cardiaque avec dyspnée invalidante et rétention d'eau ne réagissant pas au diurétiques. L'anamnèse est bien résumé dans la dernière lettre du CHUV et celui de Dr Z. _____ datant de 2001/2002 dont je vous joins une copie. Depuis cette période j'ai vu Mme C.W. _____ assez rarement étant bien équilibrée concernant les affections de base, soit pour des infections intercurrentes ou l'ajustation du traitement ainsi que le traitement d'une infection urinaire chronique sous traitement continu par Ciprofloxacine depuis cette été étant donné les multiples rechutes antérieures dès l'arrêt de l'antibiothérapie.

L'anamnèse actuelle commence fin octobre 2006 quand je vois Mme C.W. _____ pour des oedèmes périphériques jumelés à une dyspnée grandissante. Après une amélioration transitoire avant les fêtes de fin d'année sous le traitement de Comilorid 1 cp/jour juelé au Torem 5 depuis début novembre, je la trouve actuellement dans un état général nettement péjoré, une dyspnée importante et augmentation des oedèmes périphériques malgré les diurétiques et un régime pauvre en sel. En même temps je constate un dérèglement du diabète.

Une prise en main en milieu hospitalier me paraît incontournable pour arrêter le cercle vicieux.

La patiente vous apportera la liste des médicaments pris actuellement.

(...) »

b) Feu C.W. _____ a été admise à l'Hôpital de [...] le mercredi 10 janvier 2007 à 9 heures. Dans le rapport établi à cette occasion, intitulé « *Recueil Initial de Données* », elle est notamment décrite comme une « *patiente de 62 ans, présente depuis ~ 2 mois une dyspnée progressive ; actuellement au moindre effort, avec douleur rétrosternale (épigastrique) de type pesanteur, diminuée en position à plat ventre, pas d'irradiation. Présence d'oedèmes aux MI, malgré tt diurétique et régime pauvre en sel* ». Au verso de ce même document, sous la rubrique « *anamnèse systématique* », il est annoté : « *DRS oppressive, diminuée en position à plat ventre.* »

Le même jour, un cliché radiographique du thorax a été réalisé en position debout et a notamment démontré, selon un rapport rédigé le 24 janvier 2007, « *une très probable cardiomégalie même si l'index cardio-thoracique n'est pas mesurable car le bord droit est effacé par un épanchement pleural bilatéral très nettement prédominant à droite. Il remonte jusqu'au tiers inférieur de la plage pulmonaire droite. Léger déroulement de l'aorte thoracique descendante. Présence d'une redistribution vasculaire vers les sommets suggérant une surcharge cardiaque gauche modérée. (...)* ». Un électrocardiogramme a également été effectué.

Dans ce contexte, et toujours en date du 10 janvier 2007, plusieurs médicaments lui ont été prescrits, soit de l'Insulatard HM ssp inj 100 ui/ml (une fois par jour 8 ui sc), du Mixtard 30 HM ssp inj 100 ui/ml (une fois par jour 40 ui sc), de l'Aspirine Cardio cpr 100 mg (une fois par jour 100 mg po), du Ciprofloxacil cpr 500 mg (deux fois par jour 500 mg po), du Duofer cpr 69 mg (une fois par jour 1 cpr po) ainsi que de la Torasemide cpr 10 mg (une fois par jour 20 mg po).

Selon les notes alors tenues dans le cadre des soins infirmiers, il est relevé que feu C.W._____ s'est plainte le soir du 10 janvier 2007 notamment d'un retard pris sur la surveillance de la glycémie, qu'elle ne dormait pas et apparaissait angoissée.

c) Le lendemain, soit le 11 janvier 2007, feu C.W._____ a subi un ultrason abdominal qui n'a pas mis en évidence d'ascite, ni de remaniement hépatique pouvant être compatible avec une cirrhose. En ce sens, le résultat de cette opération était plutôt rassurant et confirmait que le problème était avant tout cardiaque.

A ce stade, et en complément au traitement médicamenteux mis en place la veille, deux médicaments ont été ajoutés, soit de l'Eltroxine cpr 0.05 mg (tous les deux jours 1 fois 0.05 mg po) et du Lisinopril cpr 5 mg (une fois par jour 5 mg po). Le lendemain, de l'Eltroxine cpr 0.1 mg (tous les deux jours 1 fois 0.1 mg po) a par ailleurs été prescrit.

d) Au matin du 12 janvier 2007, feu C.W._____ s'est vu contrôler son taux de glycémie et s'est plainte de douleurs aux épaules. Le personnel infirmier appelé par la suite a par ailleurs tenté de prendre sa tension artérielle, exercice qui s'est avéré difficile. Les rapports établis dans ce cadre par le personnel infirmier font notamment état du fait que la patiente apparaissait énervée et anxieuse. En outre, à teneur d'un document intitulé « *Descriptif d'Incidents* » rédigé par la Dresse G._____, cette dernière a à ce moment été appelée par une infirmière du service de médecine, qui lui transmettait que l'infirmier en charge de feu C.W._____ la trouvait énervée et anxieuse, mais ne présentant pas de douleur thoracique ni aucun autre symptôme, tout en notant que la tension artérielle était difficile à mesurer. Elle y indique entre autres que vu la situation aux soins intensifs et le fait que feu C.W._____ parlait et présentait des plaintes peu inquiétantes, elle a demandé à ce qu'on lui reprenne la tension artérielle et lui administre un Temesta exp 1 mg.

Selon les déclarations du témoin R._____, alors voisine de chambre de feu C.W._____ et dont les propos sur ces points peuvent être retenus, la seconde s'est effectivement plainte de fortes douleurs au niveau de la poitrine et de l'épaule dès le départ de l'infirmière ayant contrôlé son taux de glycémie, aux alentours de 7 heures. Par la suite, feu C.W._____ a appelé les infirmières, qui ne sont pas venues immédiatement. R._____ les a ensuite elle-même appelées. Elle a également appelé le mari de feu C.W._____.

Cette dernière a été prise en charge aux alentours de 8 heures par le Dr K._____ en vue de procéder à une échographie cardiaque. Le Dr K._____, spécialiste FMH en médecine interne et cardiologie, officiait à l'époque des faits au sein du service de médecine interne de l'Hôpital de [...].

Selon un document rédigé sur en-tête de la défenderesse et intitulé « *Médecine Liste des problèmes et diagnostics - Notes de suite du 12.01* », l'électrocardiogramme alors effectué a mis en évidence un « *susdéalage en inféro-latéral* ». Par la suite, le Dr K._____ a rapidement réalisé un ultrason cardiaque transthoracique, lequel a mis en évidence

toujours selon les mêmes notes « *un dysfonctionnement sévère du VG avec une fraction d'éjection effondrée* ». Il y est ajouté que « *cliniquement, la patiente présente des signes d'hypoperfusion périphérique avec des extrémités [sic] froides et marbrées, un pouls périphérique non prenable, une hypotension artérielle à 90/60 mmHg (première TA) et neurologiquement la patiente est confuse* ». Sur cette base, le Dr K._____ a suspecté un choc cardiogène sur infarctus massif et a décidé de son transfert aux soins intensifs où elle a notamment été mise au bénéfice d'un traitement par oxygène, morphine et Aspirine.

Peu de temps après ces évènements, feu C.W._____ a été transférée au CHUV par l'intermédiaire d'un transport aérien organisé par la REGA. Plusieurs tentatives de poser un cathéter artériel à la patiente, dont notamment par le médecin de la REGA directement, ont échoué, de sorte que ce médecin a finalement décidé de procéder au transfert sans celui-ci.

Selon les constatations d'experts, une fois que feu C.W._____ est arrivée au CHUV à 10 heures 15, une coronarographie a été réalisée, laquelle a montré une sténose de 50 à 70% de l'IVA proximale et une occlusion de l'IVA moyenne, ces deux sténoses étant dilatées et stentées, une sténose de 70 à 90% de la première marginale. Un choc cardiogène est également survenu comme complication de cet infarctus, choc qui a nécessité une contrepulsion aortique dès le 13 janvier suivant. Feu C.W._____ a été prise en charge par les médecins du CHUV dès le 12 janvier et jusqu'à son décès, survenu le [...] suivant.

5. Une expertise hors procès a été mise en œuvre par la Justice de Paix du district de Nyon sur requête des demandeurs et confiée aux Drs B._____ et P._____. Ceux-ci ont rendu un rapport d'expertise, dont les éléments suivants peuvent être repris en fonction des allégations de chacune des parties :

« *1. Résumé médical du cas*

Ce résumé a été préparé sur la base du dossier médical reçu de l'hôpital de[...].

Dans les antécédents médicaux de Madame C.W._____, relevons un adénocarcinome colique Dukes C traité par une hémicolectomie en 1988, une leucémie myéloïde aiguë M3 diagnostiquée en février 1994, traitée par plusieurs cures de chimiothérapie ayant nécessité en particulier des anthracyclines, une hépatite C chronique (génotype 1D) traitée en 2001 par de l'Interféron et de la Ribavirine : 6 mois après l'arrêt du traitement, les médecins du service d'immunologie-allergologie du CHUV constataient une virémie toujours indétectable correspondant à une rémission virale prolongée, et mentionnaient qu'une rechute était improbable.

Dans les co-morbidités, il faut signaler un diabète de type II insulino-dépendant connu depuis plus de 10 ans, une hypertension artérielle traitée par des diurétiques, une hypothyroïdie nécessitant une substitution par de l'Eltroxine.

En 2002, le Dr Z._____, angiologue à Genève, avait confirmé la présence d'une insuffisance artérielle bilatérale des MI (membres inférieurs) de stade IIa à gauche et de stade I à droite, sur probable sténose ilio-fémorale.

(...)

Le 12.1, Madame C.W._____ signale, au réveil, aux environs de 7h, un malaise généralisé. L'infirmière constate que la patiente est très anxieuse et la décrit comme agitée. Avec une de ses collègues, elle tente de prendre la TA qu'elle n'arrive pas à mesurer. La Dresse G._____, médecin de garde, est alors avertie mais comme elle est aux soins intensifs en train de s'occuper d'un patient présentant un état de choc, elle propose d'administrer un Temesta à la patiente. A 7h13, Madame C.W._____ appelle son mari et lui mentionne avoir des douleurs au niveau des bras et des épaules et confirme qu'elle est très mal. (...)

(...) [Selon la Dresse H._____, en charge de l'admission], la priorité devait être de mettre en évidence un problème cardiaque. (...) Elle ne se souvient pas pourquoi un échocardiogramme n'a pas été demandé en urgence, ni pourquoi d'autres investigations cardiaques n'ont pas été programmées.

(...) [La Dresse G. _____] se souvient des discussions et pensait essentiellement à un problème cardiaque.

(...) [La Dresse M. _____] n'a pas vu la malade le jour de l'admission, mais l'a découverte le lendemain. La patiente était alors calme, présentait une dyspnée, mais non inquiétante, et ne se plaignait pas de douleur thoracique. (...) Elle reconnaît que des examens enzymatiques cardiaques, tels que troponine ou CK n'ont pas été faits et que s'ils avaient été demandés et étaient pathologiques, la prise en charge aurait certainement été différente.

(...)

Le Dr L. _____ est médecin-chef des soins intensifs et se souvient d'avoir vu la patiente le lendemain de son admission. Il a fait la visite en division et a découvert une patiente calme, présentant une dyspnée d'effort, mais pas de dyspnée de repos, et ne se plaignant pas de douleurs thoraciques depuis son admission. (...) Il a confirmé que le problème était avant tout cardiaque (...).

(...)[Le Dr K. _____ est le médecin qui a diagnostiqué l'infarctus du myocarde (...). Il lui semble évident que le problème qu[e la patiente] présentait était cardiaque et que les investigations auraient pu être plus complètes avec notamment des dosages enzymatiques tels que les troponines et les CK. Il reconnaît par contre que les assistants ont le devoir de limiter le nombre d'examens demandés à l'entrée des malades afin de diminuer les coûts. (...)

(...)Le Dr Q. _____ (...) se souvient (...) qu[e la patiente] présentait d'importants oedèmes et pour lui le problème cardiaque était effectivement au premier plan (...).

3. Réponse aux questions de l'avocat de la famille [...]

1. Compte tenu de l'état de santé de Mme C.W. _____ à son admission à l'Hôpital de [...] le 10 janvier 2007, la prise en charge dont elle a été l'objet était-elle adéquate et conforme aux règles de l'art ?

Oui, dans le sens où la patiente a été prise en charge simultanément pour son problème hépatique et son problème cardiaque. Les examens et investigations ont été lancés pour évaluer et traiter ces 2 problèmes,

en suivant notamment les recommandations des Sociétés Européenne et Suisse de l'insuffisance cardiaque (cf. annexe). On peut cependant regretter que les dosages de troponine et des CK n'aient pas été demandés à l'admission. Ces dosages auraient dû être effectués au vu des douleurs thoraciques que la patiente a présenté avant son admission.

(...)

Une radiographie du thorax fait indiscutablement partie du bilan d'entrée de tout patient présentant une difficulté respiratoire et un problème cardiaque. Il n'y a pas d'investigation qui soit plus adéquate qu'une autre. En pareille situation, plusieurs investigations doivent être lancées simultanément, ce qui a été le cas ici.

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.

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 (...).

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

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

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.

7. Le résultat de l'ultrason abdominal pratiqué le 11 janvier 2007 n'aurait-il pas dû amener les médecins à prodiguer d'autres soins à la patiente ?

Cet examen était plutôt rassurant et confirmait que le problème était avant tout cardiaque.

(...)

L'ultrason cardiaque a confirmé la dysfonction ventriculaire gauche qui était suspectée sur la base des éléments cliniques et radiologiques et ce n'est pas la réalisation plus précoce de cet examen qui aurait changé la prise en charge et la prescription des médicaments habituellement utilisés dans le traitement de l'insuffisance cardiaque.

(...)

(...)

La réalisation d'un échocardiogramme le jour de l'admission n'aurait strictement rien changé à la prise en charge de cette patiente puisque la décompensation cardiaque pouvait être diagnostiquée sur la base de l'examen clinique et de la radiographie du thorax. L'ultrason cardiaque avait pour but de quantifier la fonction ventriculaire gauche et était essentiellement un examen de base et de référence confirmant l'appréciation clinique. (...). Seul (sic) les dosages enzymatiques, suivant leur résultat, auraient pu changer la prise en charge comme déjà mentionné.

(...)

La prise en charge de cette patiente le 12 janvier 2007 au matin a été tout à fait conforme aux règles de l'art. (...)

(...)

Cette patiente a présenté un épisode de décompensation cardiaque sur une période de plusieurs semaines, voire plusieurs mois (...).

(...)

La prise en charge a été tout à fait adéquate lors du diagnostic de l'infarctus. (...)

Cette patiente présentait une poly-pathologie hépatique, cardiaque, artérielle périphérique et oncologique en plus d'un diabète. Il est regrettable qu'au cours des années qui ont précédé son hospitalisation et son décès, elle n'ait jamais bénéficié d'un bilan cardiaque exhaustif, car il est bien établi que la chimiothérapie peut provoquer des altérations de la fonction ventriculaire gauche et il est recommandé de suivre ces malades non seulement cliniquement, mais également par des ultrasons répétés. Il est également bien connu que les diabétiques développent des lésions coronaires souvent asymptomatiques et selon les recommandations actuelles, des contrôles cardiologiques à intervalle de 2 ans sont recommandés. De plus, la situation s'est progressivement dégradée à domicile, ce qui a été confirmé par la famille et on peut s'étonner que l'hospitalisation n'ait pas eu lieu plus précocement. D'autre part, elle a présenté, dans les mois qui ont précédé son hospitalisation, des douleurs thoraciques qui évoquaient clairement une angine de poitrine et auraient dû susciter plus de curiosité de la part du médecin traitant et par là même des investigations cardiologiques complémentaires. On peut s'étonner que seules des investigations angiologiques ont été faites. Au vu des résultats de ces dernières et du diabète dont souffrait la patiente, une coronaropathie était extrêmement probable et aurait certainement dû être recherchée activement. L'infarctus et la décompensation cardiaque qu'a présentés cette patiente lorsqu'elle a été hospitalisée à l'hôpital de [...], ne sont finalement que l'aboutissement d'une pathologie se développant depuis de longs mois, voire des années.

(...) »

Un complément d'expertise a été requis, dont les développements suivants peuvent être mentionnés, toujours en lien avec les allégations des parties en procédure :

« (...)

(...) Dans la situation de Mme C.W._____, cet examen [l'échocardiogramme] réalisé plus tôt n'aurait pas changé la prise en charge médicale qui était axée sur le traitement de l'insuffisance cardiaque. Il n'y a pas besoin d'un échocardiogramme pour débiter ce type de traitement. L'examen clinique est à lui seul suffisant.

2. La prescription d'inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) est un des volets du traitement médicamenteux de l'insuffisance cardiaque en plus des diurétiques, des bêta-bloquants et d'autres drogues vasoactives. Les IEC sont introduits au début du traitement mais leur administration n'a pas un effet immédiat : ce n'est qu'après plusieurs semaines voire mois que cet effet est remarqué objectivement et subjectivement par le malade. Un délai de 24 heures dans l'administration de ce type de médicament n'a pas d'effet sur le pronostic. Le traitement le plus efficace dans le cas de Mme C.W._____ était l'administration de diurétiques afin de diminuer la surcharge hydrique. Ce traitement a été administré à son arrivée mais comme nous l'avons mentionné une administration intraveineuse aurait été préférable car plus efficace.

(...)

4. (...) si ces dosages (CK et troponine) sont anormaux, des investigations complémentaires sont indiquées essentiellement sous forme d'une coronarographie avec à la clé une possibilité de revascularisation percutanée.

(...) Dans ces conditions, au vu de la valeur détectée au CHUV, il est très probable que le taux de troponine était élevé à l'arrivée de la patiente à l'hôpital. Comme mentionné dans notre expertise, ce dosage pathologique aurait certainement changé la prise en charge s'il avait été effectué.

(...)

5. (...) le déclenchement d'un infarctus qui est dû à une occlusion thrombotique de l'artère avec rupture de plaque d'artériosclérose. (...)

(...)

Le temps est le principal facteur pronostic de l'infarctus du myocarde à tel point qu'un adage anglais dit « time is muscle ». (...) Le risque de décès ne dépend pas que du facteur temps. D'autres facteurs jouent un rôle important comme l'âge du malade, le profil de risque, la fonction ventriculaire gauche et l'anatomie coronaire. Madame C.W. _____ cumulait plusieurs facteurs de mauvais pronostic, comme une mauvaise fonction ventriculaire gauche, un diabète et une atteinte coronaire des 3 troncs extrêmement sévère.

(...)

7. En milieu hospitalier, un délai de 45 minutes est indiscutablement trop long mais s'explique dans le cas de Mme C.W. _____ par le fait que le médecin assistant de garde était occupé aux soins intensifs auprès d'un autre malade.

(...)

(...) Si l'intervention avait été plus rapide, il est très peu probable que l'évolution eût été différente. (...) Il convient également de ne pas oublier, qu'une importante perte de temps a été engendrée par le médecin de la REGA qui, par respect des procédures, refusait de transporter la malade sans cathéter artériel (...).

(...) »

Par décision du 11 mai 2009 adressée aux conseils des parties, et n'ayant pas fait l'objet d'un recours, la Justice de paix du district de Nyon a arrêté à 20'450 fr. 55 le montant total des dépens des demandeurs dans le cadre de l'expertise hors procès et à 7'860 fr. 15 celui à charge de la défenderesse.

6. Par déclaration du 9 décembre 2009 sous signature au nom et pour le compte de la défenderesse, cette dernière a déclaré renoncer à se prévaloir de l'exception de prescription s'agissant des prétentions émises

à son encontre par les demandeurs à la suite du décès de feu C.W._____, ceci jusqu'au 31 décembre 2010.

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

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.

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] :

« (...) »

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 présenté 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

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.*

(...)

Allégués 100, 101 : *Compte tenu des antécédents médicaux de Madame C.W._____, il était tout à fait justifier 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.*

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 présentaient 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. (...)

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.

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.

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 1^{er} 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]

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 10 janvier 2007 présente un rythme sinusal régulier, et ne montre aucune arythmie cardiaque (aucune fibrillation, aucune extrasystole).*

(...)

Allégués 167, 168 : *La prise en charge d'un patient avec décompensation cardiaque ne nécessite pas obligatoirement le dosage sanguin des marqueurs cardiaques.*

Allégué 169 : *Le diagnostic d'insuffisance cardiaque gauche est principalement basé sur l'anamnèse et l'examen clinique. Comme mentionné plus haut, la visualisation par technique d'imageries de la fonction ventriculaire gauche n'est pas nécessaire ni pour poser le diagnostic d'insuffisance cardiaque, ni pour débiter le traitement médicamenteux.*

Allégué 178 : *Compte tenu des antécédents de la patiente (...) [i]l est regrettable que le médecin traitant n'ai pas demandé des investigations cardiaques plusieurs mois avant son hospitalisation.*

Les différentes sociétés nationales de Cardiologie recommandent chez tout patient avec facteurs de risque cardiovasculaires, et

notamment un diabète, des contrôles et investigations cardiologiques au minimum tous les 2 ans.

(...)

Allégué 183 : Au vu des symptômes présentés par Madame C.W._____ le 11 janvier 2007, ainsi que des constantes hémodynamiques, le Docteur K._____ (ou tout autre médecin cardiologue spécialiste) n'aurait certainement pas décidé du transfert de la patiente au CHUV.

Allégués 184, 185 : La prise en charge en urgence d'un patient présentant une décompensation cardiaque n'implique absolument pas la nécessité d'une consultation immédiate par un médecin spécialiste du cœur. Ceci est vrai pour l'Hôpital de [...] comme pour tous les Hôpitaux suisses, notamment universitaires.

Allégué 186 : Forcé de constater que la situation clinique de Madame C.W._____ s'est dégradée très rapidement dans la matinée du 12 janvier 2007 et que de ce fait, l'indication à réaliser une échocardiographie en urgence ainsi que la décision de transfert au CHUV a été faite de manière adéquate et dans les règles de l'art. (...) l'échocardiographie a été proposée rapidement, ce qui est tout à fait adéquat. Il est bien évident que [sa] réalisation (...) n'a absolument pas participé à la survenue de l'infarctus aigu du myocarde qui est l'aboutissement d'une pathologie vasculaire qui s'est développé depuis de nombreuses années.

Allégué 189 : L'hospitalisation de Madame C.W._____ dans un service de Médecine Interne était tout à fait adéquat compte tenu de ses plaintes et de ses comorbidités connues. (...)

(...) »

Ensuite du rapport qui précède, et sur requête du conseil des demandeurs, le Prof. C._____ a procédé à un complément d'expertise,

dont les conclusions peuvent en substance être reproduites comme suit [sic] :

« (...)

Au vu des éléments figurant dans le dossier médical, la prise en charge de Madame C.W. _____ dans la matinée du 12 janvier 2007 a été adéquate et conforme aux règles de l'art.

Réponse à la question 2 : Madame C.W. _____ a été hospitalisée le 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.

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

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

12 janvier 2007, en particulier une mésentente entre infirmières et la prescription téléphonique d'un tranquillisant par le médecin de garde, occupé par une autre situation d'urgence.

Par la suite, la gestion du cas peut être qualifiée conforme aux règles de l'art jusqu'à son transfert en urgence au CHUV.

Allégués 143 à 157 :

Les antécédents d'hépatite C pouvaient justifier le dosage des enzymes hépatiques, dont la normalité permettait d'exclure une forme active-agressive. En revanche, aussi bien l'ECG que la radiographie du thorax mettait en évidence une tachycardie, un bloc de branche gauche, une cardiomégalie et un épanchement pleural, signes de décompensation cardiaque. Face à ces anomalies, et en tenant compte aussi bien des symptômes (douleur et oppression thoracique) que des antécédents (facteurs de risque cardiovasculaires), la recherche d'un syndrome coronarien aigu, cause la plus probable, aurait dû se faire sans tarder. Le dosage des enzymes cardiaques était prioritaire dans cette situation, alors qu'une échocardiographie pratiquée en urgence aurait permis d'évaluer la gravité de l'insuffisance cardiaque, mais surtout la cinétique segmentaire. L'examen cardiologique de choix aurait été la coronographie à pratiquer dans l'urgence en cas de suspicion d'un syndrome coronarien aigu.

A ce titre, l'avis précoce d'un médecin cardiologue aurait permis de gagner du temps dans la procédure d'investigation et de traitement, probablement par un transfert plus rapide de la patiente au CHUV.

(...)

Dans le cadre de Mme C.W. _____, sa prise en charge durant les deux premiers jours à l'hôpital de [...] n'était pas optimale.

La prescription d'un diurétique et l'augmentation de sa dose sous contrôle de la tension artérielle peuvent se justifier en cas de décompensation cardiaque, mais ne dispensent pas le médecin de chercher la cause de cette décompensation.

Allégué 163 :

L'ultrason cardiaque (échocardiographie) n'était pas prioritaire, mais il aurait apporté des éléments complémentaires utiles sur l'état du cœur, avec notamment des signes parlant en faveur d'une ischémie par l'évaluation de cinétique segmentaire.

Allégué 164 :

L'électrocardiogramme à l'admission montrait une tachycardie et un bloc de branche gauche.

Allégué 165 :

La présence de facteurs de risque (diabète et artériopathie périphérique), les symptômes (douleurs et oppression thoracique) ainsi que les examens (ECG, radiographie thoracique) parlaient en faveur d'une atteinte cardiaque sérieuse et auraient dû motiver rapidement une consultation cardiologique.

Allégués 167, 168 :

La décompensation cardiaque qui survient dans le contexte d'une situation à risque (diabète) et de symptômes de douleurs et d'oppression thoracique devrait faire l'objet d'un dosage des enzymes cardiaques à l'admission.

Allégué 169 :

(...) Dans le cas de Mme C.W. _____, l'hypothèse d'une cardiopathie ischémique avec angor instable était l'hypothèse la plus probable. L'échocardiographie aurait permis non seulement de mesurer l'importance de la fonction ventriculaire, mais également d'évaluer la cinétique segmentaire et ainsi d'obtenir un argument supplémentaire en faveur d'une atteinte ischémique. Toutefois, le dosage des enzymes cardiaques était prioritaire.

Allégué 178 :

En présence de facteurs de risque (diabète, artériopathie périphérique), la probabilité d'une atteinte ischémique cardiaque est

élevée et devrait amener le médecin traitant à organiser un bilan cardiologique.

Allégué 179 :

La présence d'une hépatite C chronique justifie une mise au point par dosage des enzymes hépatiques et, en cas de valeurs pathologiques, d'un examen par ultrason. Toutefois, ces démarches n'étaient pas prioritaires dans le cas de Mme C.W._____.

Allégués 189, 190 :

(...) Le suivi de la tension artérielle est au demeurant un geste de base qui ne devrait pas faire l'objet d'un ordre à part.

(...)

Allégués 192, 193 :

La mise en place d'un cathéter artériel chez un patient en état de choc est un geste très difficile, même par le spécialiste.

(...) »

Ensuite du rapport ci-dessus, et en réponse à une requête en ce sens présentée au Tribunal civil de l'arrondissement de La Côte par le conseil des demandeurs, le Dr Y._____ a adressé le 29 mai 2012 un complément d'expertise, apportant notamment les précisions suivantes [sic] :

« (...)

Allégués 55, 56, 57 :

Le dosage des enzymes cardiaques (troponines, CPK) au moment de l'admission d'une patiente symptomatique et qui présente des facteurs de risque unanimement reconnus (diabète, artériopathie périphérique) est absolument essentiel, puisqu'il permet d'orienter les investigations et les traitements rapidement vers une coronarographie avec, le cas échéant, angioplasties et pose de stents.

L'importance des lésions irréversibles (nécrose myocardique avec choc cardiogène et/ou troubles graves du rythme) augmente rapidement au cours des 24 à 48 heures.

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.

Allégués 61, 62, 63 :

Dans la mesure où tous les centres universitaires et les recommandations internationales sont unanimes dans leurs directives pour la prise en charge d'un syndrome coronarien, et que les publications scientifiques ne laissent aucun doute sur l'amélioration significative du pronostic vital par une prise en charge dans les heures suivant l'admission, j'estime qu'on peut avancer un ordre de grandeur de 30 à 40% l'importance des chances de survie de la patiente.

Allégué 86 :

Madame C.W._____ souffrait d'une insuffisance cardiaque sur cardiopathie ischémique depuis plusieurs mois.

Allégué 87 :

Les douleurs thoraciques présents depuis plusieurs mois sont compatible avec une angine de poitrine.

Allégué 88 :

En présence de facteurs de risque connus, un avis cardiologique aurait été utile.

Allégué 89 :

...ainsi que des investigations cardiologiques.

Allégué 90 :

Un bilan cardiologique aurait été utile au cours de la période qui a précédé son hospitalisation.

Allégué 91 :

Certaines chimiothérapie peuvent provoquer une atteinte cardiaque.

Allégué 92 :

Des ultrasons (échocardiographies) à répétition peuvent être indiquées si une dysfonction cardiaque a été objectivée.

Allégué 93 :

Le diabète est un facteur de risque connu pour une atteinte coronarienne qui peut rester asymptomatique.

Allégué 94 :

La fréquence des contrôles cardiologiques varie en fonction des autres facteurs de risque et de l'importance de l'atteinte cardiaque constatée.

(...)

Allégué 96 :

L'hospitalisation devrait avoir lieu dès que des signes de décompensation se manifestent.

Allégué 97 :

La maladie de Madame C.W. _____ s'est développée sans doute depuis plusieurs mois, voire des années, comme toutes les maladies chroniques et progressives.

Allégué 98 :

Il n'est pas possible de savoir comment la maladie s'est manifestée lors des contrôles chez le médecin traitant. Une cardiopathie ischémique est souvent silencieuse, surtout chez les femmes, et ne se manifeste qu'au moment de sa décompensation.

Allégué 99 :

La prise en charge hospitalière de Madame C.W. _____ ne peut pas être considérée comme adéquate ni conforme aux règles de l'art.

(...)

Allégué 101 :

Un traitement a été lancé pour l'insuffisance cardiaque, mais des investigations pour suspicion de syndrome coronarien n'ont pas été lancées à l'admission.

Allégué 102 :

Une radiographie du thorax a été pratiquée le jour de l'admission de la patiente à l'Hôpital.

Allégué 103 :

Un tel examen fait partie du bilan d'entrée de tout patient présentant un problème cardiaque et/ou respiratoire.

Allégué 104 :

Les investigations n'étaient pas ciblées sur l'hypothèse la plus vraisemblable, à savoir un syndrome coronarien.

Allégué 105 :

Plusieurs examens ont été pratiqués le premier jour, mais des dosages essentiels n'ont pas été faites.

Allégué 106 :

La médication prescrite était insuffisante.

Allégué 107 :

Le problème hépatique pouvait justifier un ultrason abdominal, mais n'était pas prioritaire.

Allégué 108 :

Le résultat de l'ultrason abdominal était rassurant pour le foie, mais a confirmé que le problème principal était cardiaque.

Allégué 109 :

L'ultrason cardiaque (échocardiographie) a confirmé la dysfonction ventriculaire gauche.

Allégué 110 :

La réalisation plus précoce de cet examen aurait permis d'accélérer les investigations.

Allégué 111 :

La réalisation d'un électrocardiogramme le jour de l'admission aurait du accélérer les investigations cardiologiques.

Allégué 112 :

L'ultrason cardiaque (échocardiographie) permet d'obtenir de nombreuses informations sur l'état de fonctionnement du cœur avec notamment la fonction ventriculaire, mais également des signes de troubles de la cinétique segmentaire.

Allégué 113 :

La prise en charge de la patiente au matin du 12 janvier 2007 a été globalement adéquate.

Allégué 114 :

La prise en charge a été adéquate au moment du diagnostic d'infarctus.

Allégué 115 :

L'échocardiographie aurait pu accélérer les démarches pour permettre un diagnostic plus précoce d'un infarctus.

Allégué 116 :

L'examen clinique à lui seul n'est pas suffisant pour le diagnostic de l'origine d'une insuffisance cardiaque.

Allégué 117 :

Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) font partie des médicaments pour traiter l'insuffisance cardiaque.

Allégué 118 :

...leur administration n'a pas d'effet immédiat.

Allégué 119 :

Il faut plusieurs jours, éventuellement plusieurs semaines pour obtenir l'effet de ce médicament.

Allégué 120 :

Un délai de 24 heures pourrait avoir, dans certains cas, une influence sur le pronostic.

Allégué 121 :

L'administration de diurétiques est le traitement de choix pour diminuer la surcharge hydrique.

Allégué 122 :

Ce traitement lui a été administré le jour de son arrivée.

Allégué 123 :

L'infarctus du myocarde est le résultat d'une occlusion des artères coronaires suite à la rupture d'une plaque d'artériosclérose.

Allégué 124 :

Le risque de décès suite à un infarctus ne dépend pas que du facteur temps.

Allégué 125 :

D'autres facteurs jouent un rôle comme l'âge et le profil de risque.

Allégué 126 :

Madame C.W. _____ cumulait plusieurs facteurs de risque.

(...)

Allégué 128 :

Une intervention plus rapide aurait probablement influencé l'évolution.

Allégué 129 :

Le médecin de la REGA s'est trouvé face à une patiente en état de choc cardiogène, ce qui a compliqué et allongé son temps d'intervention.

Allégué 130 :

...et ne pouvait pas transporter la patiente dans cathéter artériel.

(...)

Allégué 132 :

Les règles de l'art n'ont pas été respectées de manière optimale.

Allégué 133 :

Il est impossible d'affirmer une causalité absolue entre la prise en charge de Madame C.W. _____ et son décès, en revanche, une prise en charge plus adéquate et plus optimale aurait sans doute amélioré son pronostic vital. »

Enfin, sur nouvelle interpellation du conseil des demandeurs constatant le caractère incomplet du complément d'expertise, le Dr Y. _____ a adressé le 17 juillet 2012 un nouveau complément, essentiellement sur les points suivants [sic] :

« (...)

Allégué 55 : Le dosage rapide à l'admission des enzymes cardiaques aurait pu soit prévenir, ou au moins atténuer l'étendue de l'infarctus du myocarde.

(...)

Allégué 57 : Les chances de survie auraient été améliorées de façon significative.

(...)

Allégué 62 : La réaction du personnel soignant au matin du 12 janvier 2007 n'a pas été conforme aux règles de l'art. (...) Une prise en charge adéquate aurait accru de manière significative les chances de survie de la patiente.

Allégué 143 : Des enzymes hépatiques dans la norme sont rarement constatés en présence d'une pathologie hépatique significative. (...) Il n'y avait donc aucune urgence d'investiguer un éventuel problème hépatique.

(...)

Allégué 146 : La radiographie du thorax fait état d'une dilatation cardiaque et d'épanchements pleuraux.

Allégué 147 : En présence de signes d'insuffisance cardiaque, le dosage des enzymes cardiaques aurait été utile pour en préciser l'origine.

Allégué 148 : Une échocardiographie aurait permis de préciser l'atteinte cardiaque.

Allégué 149 : La patiente aurait du être prise en charge rapidement par un médecin cardiologue :

Allégué 150 : ..ce qui n'a pas été fait à l'admission.

Allégué 151 : Les résultats de l'ECG et de la radiographie thoracique auraient du être présentés à un médecin cardiologue.

Allégué 152 : Un cardiologue aurait probablement décidé son transfert dans une unité coronarienne (CHUV).

(...)

Allégué 154 : La prise en charge de la patiente durant les deux premiers jours était insuffisante.

Allégué 155 : L'administration de diurétiques peut entrainer une baisse de la tension artérielle.

Allégué 156 : En présence d'oedèmes et d'une insuffisance cardiaque, l'augmentation des dose de diurétiques peut être indiquée.

Allégué 157 : Un contrôle accru par le personnel médical était de toute façon nécessaire.

(...)

Allégué 167 : Un dosage des enzymes cardiaques aurait du être effectué à l'admission à l'hôpital.

Allégué 168 : ...ce qui n'a pas été fait.

Allégué 169 : Seule l'échocardiographie permet d'évaluer la fonction ventriculaire.

(...)

Allégué 186 : [l'examen du 12 janvier 2007] aurait du être pratiqué plus tôt.

Allégué 187 : L'infarctus s'était déjà produit au moment de l'examen.

(...)

Allégué 192 : La ponction d'une artère chez une personne en état de choc est très difficile (...) même pour un médecin urgentiste. »

9. a) Une première audience de jugement s'est tenue le 19 mars 2013 devant le Tribunal civil de l'arrondissement de La Côte, au cours de laquelle les deux experts susmentionnés ont été entendus ainsi que six témoins auditionnés. Leurs déclarations peuvent pour l'essentiel être résumées comme suit :

aa) Le Dr Y. _____ a précisé être médecin interniste et non cardiologue, ainsi qu'avoir consulté deux confrères cardiologues afin de préparer ses réponses, dont l'avis se recouvrait avec sa propre impression et auxquels il a précisé ne pas avoir remis les pièces de la procédure, tout en notant qu'ils avaient pris connaissance des éléments significatifs du dossier. Il a relevé qu'il pouvait être important, utile, voire vital, de s'intéresser aux causes derrière une décompensation cardiaque, en particulier pour une patiente diabétique depuis plusieurs années. S'agissant particulièrement de l'électrocardiogramme ayant été effectué, il a déclaré ne pas partager tout à fait l'appréciation qui en avait été faite, considérant qu'une anomalie y figurant (soit un bloc de branche gauche incomplet) ne devait être banalisée. En outre, il a ajouté qu'il y avait selon lui des symptômes, au regard notamment des oppressions thoraciques dont s'était plainte feu C.W. _____ durant les semaines et mois

précédant l'hospitalisation ainsi que des facteurs de risques importants qu'elle présentait, qui causaient eux-mêmes un risque important de maladie cardiaque ischémique. Dans ce cadre, le médecin traitant aurait dû procéder à des examens et des investigations. Concernant particulièrement la matinée du 12 janvier 2007, le Dr Y._____ a souligné le fait que sa formation lui avait appris que chaque minute comptait en présence d'un soupçon d'infarctus et a constaté qu'il y avait eu un moment de confusion dans le cas d'espèce. Selon lui, la prise en charge n'avait dans ce cadre pas été optimale et une intervention 10 ou 20 minutes plus tôt aurait augmenté les chances de survie de feu C.W._____. Enfin, il a déclaré qu'il ne se serait personnellement pas contenté d'un électrocardiogramme normal.

ab) Le Prof. C._____ a déclaré être le président de la Société suisse de cardiologie et gérer depuis 2006 le service de cardiologie des Hôpitaux Universitaires de Genève. Il a confirmé que la procédure ordinaire et adéquate avait été suivie lorsque feu C.W._____ s'était présentée à l'hôpital de [...]. En particulier, il n'y avait selon lui aucune raison de procéder à un dosage sanguin de troponine, du moins en urgence, de même qu'en ce qui concerne le CPK. Eu égard au fait que la patiente n'était pas arrivée en ambulance, il n'y avait pas un contexte de syndrome coronarien aigu ou de suspicion d'infarctus. Le bloc de branche gauche incomplet étant une anomalie très fréquente, il ne permettait pas de retenir à lui seul un tel problème. En outre, dans l'hypothèse où les examens sanguins de troponine ou CPK avaient été réalisés, il y avait selon lui de fortes chances que les résultats qui auraient été obtenus aient été normaux. Notamment, il a indiqué supposer que la troponine devait être normale durant les 48 premières heures, du fait qu'il ne s'était rien passé de symptomatique durant cette période. Les symptômes d'insuffisance cardiaque pour lesquels feu C.W._____ avait été hospitalisée n'avaient rien à voir avec une suspicion de syndrome coronarien aigu, lequel devait être pris en charge en urgence. La décompensation cardiaque ayant mené à l'hospitalisation a été confirmée par les premiers examens subis par la patiente. Bien que des personnes diabétiques présentant une menace d'infarctus peuvent ressentir des douleurs différentes, voire aucune douleur, l'électrocardiogramme ne

l'avait en rien montré en l'espèce. Le Prof. C._____ a encore souligné qu'une importance devait plutôt être donnée à ce qui s'était passé dans les semaines et mois précédant l'hospitalisation. Ainsi, en présence de multiples risques, le médecin traitant aurait dû faire des investigations impliquant le cœur et les artères. La patiente présentait notamment des douleurs rétrosternales durant les semaines ayant précédé son hospitalisation, mais non au moment de cette dernière. De façon générale, la principale cause de décompensation cardiaque d'une patiente du type de feu C.W._____ est un dérèglement artériel vers le haut ou le bas, en quel cas un traitement par diurétique est prescrit dans 95% des cas pour agir sur la pression artérielle. S'agissant particulièrement de la matinée du 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.

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 évènements 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

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 :

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,

Bâle 2011, n. 3 ad art. 311 CPC et la jurisprudence constante de la CACI, notamment CACI 1^{er} 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, 2^e 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

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 1103). En règle

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 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, 2^e 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

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

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, 2^e 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).

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

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

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

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.

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.

Par ces motifs,
la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal,
statuant à huis clos,
en application de l'art. 312 al. 1 CPC,
p r o n o n c e :

- I.** L'appel est rejeté.
- II.** Le jugement est confirmé.
- III.** Les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 2'078 fr. (deux mille septante-huit francs), sont mis à la charge des appelants A.W._____, B.W._____ et X._____, solidairement entre eux.
- IV.** L'arrêt motivé est exécutoire.

Le président :

La greffière :

Du 6 novembre 2014

Le dispositif de l'arrêt qui précède est communiqué par écrit aux intéressés.

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié en expédition complète, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Joël Crettaz (pour A.W._____, B.W._____ et X._____),
- Me Daniel Pache (pour N._____SA).

La Cour d'appel civile considère que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 francs.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière civile devant le Tribunal fédéral au sens des art. 72 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral - RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Dans les affaires pécuniaires, le recours en matière civile n'est recevable que si la valeur litigieuse s'élève au moins à 15'000 fr. en matière de droit du travail et de droit du bail à loyer, à 30'000 fr. dans les autres cas, à moins que la contestation ne soulève une question juridique de principe (art. 74 LTF). Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Cet arrêt est communiqué, par l'envoi de photocopies, au :

- Tribunal civil de l'arrondissement de La Côte.

La greffière :