

COUR D'APPEL CIVILE

Arrêt du 26 août 2026

Composition : Mme CRITTIN DAYEN, présidente
 Mme Bendani et M. de Montvallon, juges
Greffier : M. Steinmann

* * * * *

Art. 229 al. 1, 316 al. 3 et 317 al. 1 CPC ; art. 41 al. 1 CO

Statuant sur l'appel interjeté par **E.**_____, à B***, demandeur, contre le jugement rendu le 31 octobre 2024 par la Chambre patrimoniale cantonale dans la cause divisant l'appelant d'avec **C.**_____, **D.**_____ et **F.**_____, à Lausanne, défendeurs, la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal considère :

En fait :

A. Par jugement du 31 octobre 2024, dont la motivation a été envoyée aux parties le 31 janvier 2025, la Chambre patrimoniale cantonale (ci-après : la chambre patrimoniale ou les premiers juges) a rejeté la requête du demandeur E._____ du 24 septembre 2024, par laquelle celui-ci avait sollicité l'introduction de la nouvelle pièce 431 (I), a rejeté les réquisitions formulées par le demandeur lors de l'audience de plaidoiries finales du 2 octobre 2024, tendant à ce que l'expertise du Prof. J._____ du 9 juillet 2014 ainsi que l'arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (ci-après : la Cour des assurances sociales) du 26 mai 2015 soient déclarés recevables et versés au dossier et à ce qu'une contre-expertise à l'expertise du Dr K._____ soit mise en œuvre (II), a rejeté la demande déposée par le demandeur à l'encontre des défendeurs D._____, F._____ et C._____ en date du 1^{er} juillet 2011 (III), a dit que les frais judiciaires de la procédure au fond, arrêtés à 256'270 fr., étaient mis à la charge du demandeur (IV), a dit que le demandeur devait verser, à titre de dépens, la somme de 60'000 fr. au défendeur D._____ et la somme de 60'000 fr. aux défenderesses F._____ et C._____, solidairement entre elles (V), a arrêté l'indemnité finale de conseil d'office du demandeur, allouée à Me Razi Abderrahim, à 21'534 fr. 40, débours, frais de vacation et TVA inclus, pour la période du 23 mars 2019 au 7 octobre 2024 (VI), a relevé Me Razi Abderrahim de sa mission de conseil d'office du demandeur (VII) et a dit que le bénéficiaire de l'assistance judiciaire était, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité de son conseil d'office, laissés provisoirement à la charge de l'Etat (VIII).

En droit, les premiers juges ont notamment constaté que par décisions des 24 mars 2015 et 1^{er} novembre 2017, le Juge délégué de la chambre patrimoniale avait déclaré irrecevable l'expertise du Prof. J._____ du 9 juillet 2014, déposée le 21 novembre 2014 par le demandeur, au motif que la production de cette pièce était tardive puisqu'elle avait eu lieu plusieurs mois après que le demandeur en avait pris connaissance. Ils ont en outre relevé que lors de l'audience du 30 janvier 2018, le demandeur

avait réitéré sa requête tendant à ce que ladite expertise soit versée au dossier et que la Juge déléguée de la chambre patrimoniale avait renvoyé les parties à l'ordonnance d'instruction qui avait été rendue le 24 mars 2015, laquelle statuait déjà sur cette question. La chambre patrimoniale a ainsi considéré qu'elle s'était déjà penchée à plusieurs reprises sur la question de la recevabilité de l'expertise du Prof. J._____ et qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des décisions d'instruction qui avaient précédemment été rendues à cet égard.

La chambre patrimoniale a ensuite relevé qu'elle n'avait pas trouvé de trace de la production par le demandeur de l'arrêt de la Cour des assurances sociales du 26 mai 2015, ni d'une éventuelle décision de rejet rendue à ce propos. Cela étant, elle a considéré que l'on pouvait douter que la production de cet arrêt soit intervenue dans le délai jurisprudentiel applicable en matière de nova, puisque le demandeur avait lui-même indiqué ne l'avoir produit que deux ans après sa notification. De plus, les premiers juges ont relevé que ledit arrêt se déterminait sur des questions d'assurance et qu'il n'avait dès lors aucune incidence sur le présent litige, lequel portait uniquement sur le point de savoir si les règles de l'art avaient été violées par l'un des défendeurs. Il n'y avait ainsi aucun intérêt à pouvoir le produire dans la présente procédure, de sorte que la requête déposée par le demandeur à cette fin devait être rejetée.

Les premiers juges se sont ensuite penchés sur la requête du demandeur tendant à ce qu'une contre-expertise à l'expertise du Dr K._____ soit mise en œuvre. A cet égard, ils ont relevé que le Dr K._____ avait déposé son rapport d'expertise en date du 10 mars 2021, ainsi qu'un complément le 22 décembre 2021, et que le demandeur n'avait alors pas posé de questions complémentaires au sujet desdits rapports, ni indiqué que ceux-ci seraient peu clairs ou lacunaires. Ce n'était en effet que près de trois ans plus tard, soit lors de l'audience de plaidoiries finales du 2 octobre 2024, que le demandeur avait requis la mise en œuvre d'une contre-expertise, sans toutefois expliquer les raisons pour lesquelles il estimait que l'expertise du Dr K._____ était insuffisante. Or, selon les premiers juges, tant le rapport d'expertise que son complément étaient

complets, clairs et répondaient aux allégués et aux questions qui avaient été soumis à l'expert prénommé. On ne discernait ainsi aucun élément concret propre à remettre en cause ces deux rapports. Partant, la requête du demandeur tendant à mettre en œuvre une contre-expertise devait être rejetée.

Les premiers juges ont ensuite examiné si la responsabilité des défendeurs était ou non engagée ensuite de l'opération subie par le demandeur en date du 22 septembre 2004. Plus précisément, ils ont examiné si une violation des règles de l'art avait été commise par les défendeurs dans le cadre de la prise en charge médicale du demandeur ensuite de son accident du 26 novembre 2003, la procédure ayant été limitée à cette question par ordonnance du 4 août 2023. Sur ce point, ils ont considéré que les deux rapports d'expertise établis au cours de l'instruction – et qui n'avaient pas été remis en cause par les parties – emportaient la conviction dès lors qu'ils étaient complets, compréhensibles et concluants. Ils ont en particulier observé que les deux experts mis en œuvre avaient eu accès aux pièces du dossier et les avaient résumées dans leurs rapports afin d'étayer leurs avis, que l'expert K._____ avait procédé à un examen médical du demandeur tandis que l'expert L._____ avait auditionné les défendeurs et qu'ils étaient parvenus à des conclusions similaires qui devaient être retenues, à savoir, en substance, que la défenderesse C._____, le défendeur D._____ et la défenderesse F._____ n'avaient pas enfreint les règles de l'art dans le cadre de la prise en charge médicale du demandeur. Au demeurant, les premiers juges ont considéré qu'on ne pouvait pas reprocher au défendeur D._____ une violation de son devoir de recueillir le consentement éclairé du patient, soit du demandeur. Partant, dès lors qu'une des conditions cumulatives à la responsabilité faisait défaut, à savoir la violation d'une obligation contractuelle du professionnel de la santé, la demande déposée le 1^{er} juillet 2011 devait être rejetée.

B. **a)** Par acte du 5 mars 2025, E._____ (ci-après : l'appelant) a interjeté appel contre le jugement susmentionné, en prenant, avec suite de frais et dépens, les conclusions suivantes :

« Préalablement :

- III. La décision de refus de verser l'expertise (*sic*) Professeur J._____ du 9 juillet 2014 est annulée.
- IV. L'expertise du Professeur J._____ du 9 juillet 2024 est versée à la présente procédure.
- V. La décision de refus du versement des arrêts de la Chambre des Assurances-sociales du Tribunal Cantonal des 26 mai 2015 et **XXX** à la procédure est annulée.
- VI. Il est ordonné le versement des arrêts de la Chambre des Assurances sociales du Tribunal Cantonal des 26 mai 2015 et **X** à la présente procédure.
- VII. Le refus d'ordonner une contre-expertise à l'expertise du Dr. K._____ (*sic*) 10 mars 2021 est annulé.
- VIII. Il est ordonné la mise en œuvre d'une contre-expertise à l'expertise du Dr. K._____ laquelle sera confiée à un collègue (*sic*) d'expert indépendants qui devra notamment établir l'existence ou non d'une injection toxique à Monsieur E._____ lors de l'intervention du 22 septembre 2004 ainsi que le lien de causalité naturel et adéquat entre cette injection et les lésions neurologiques dont souffre actuellement l'appelant.

Principalement :

- IX. La décision de la Chambre Patrimoniale Cantonale (*sic*) le 31 octobre 2024 est annulée.
- X. L'appelant est mis au bénéfice de ses conclusions de première instance, à savoir :
 - Les intimés, soit la (*sic*) Fondations de C._____, le Docteur D._____ et Madame F._____, sont les débiteurs du demandeur, Monsieur E._____, et lui doivent immédiat paiement de la somme de CHF 703'449,70.- (sept cent trois mille francs suisses et 70 centimes), avec intérêt à 5% l'an, dès le jour du dépôt de la demande.
 - Les intimés, soit C._____, le Docteur D._____ et Madame F._____, sont les débiteurs du demandeur, Monsieur E._____, et lui doivent immédiat paiement de la somme de 7'658'398.- (sept millions six cent cinquante-huit mille trois cent quatre vingt-dix huit francs suisses), avec intérêt à 5% l'an, dès le jour du dépôt de la demande.
 - Les intimés, soit C._____, le Docteur D._____ et Madame F._____, sont les débiteurs du demandeur, Monsieur E._____, et lui doivent immédiat paiement de la somme de CHF 500'000.- (cinq cent mille francs suisses), avec intérêt à 5% l'an, dès le jour du dépôt de la demande.

Subsidiairement :

XI. La cause est renvoyée à la Chambre patrimoniale cantonale afin qu'elle statue dans le sens des considérants du Tribunal Cantonal. ».

A l'appui de son appel, l'appelant a produit un bordereau de pièces. Il a en outre requis d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire pour les besoins de la procédure de deuxième instance.

Par ordonnance du 28 avril 2025, le Juge délégué de la Cour de céans (ci-après : le juge délégué) a accordé à l'appelant le bénéfice de l'assistance judiciaire dans le cadre de la procédure d'appel, avec effet au 5 mars 2025.

b) Le 3 juin 2025, C. _____ (ci-après : l'intimée 1) et F. _____ (ci-après : l'intimée 2) ont déposé une réponse, au pied de laquelle elles ont conclu, avec suite de frais et dépens, au rejet de l'appel.

Le 10 juin 2025, le Dr. D. _____ (ci-après : l'intimé 3) a également déposé une réponse, au pied de laquelle il a conclu, avec suite de frais et dépens, à ce que l'appel soit rejeté, dans la mesure de sa recevabilité.

c) Les réponses des intimés ont été communiquées à l'appelant pour information le 22 janvier 2026.

Par courrier du 5 février 2026, le juge délégué a imparti à l'appelant, à la demande de son conseil, un unique délai au 4 mars 2026 pour se déterminer sur ces écritures.

Le 3 mars 2026, le conseil de l'appelant a sollicité une prolongation de ce délai au 3 avril 2026, exposant en substance qu'il n'avait pas été en mesure de s'entretenir avec son mandant dès lors que ce dernier se trouvait actuellement en arrêt maladie jusqu'au 22 mars 2026. A l'appui de sa requête, il a produit un certificat médical attestant d'une incapacité à 100% de l'appelant – sans autre précision – pour la période du 24 février au 22 mars 2026.

Par courrier du 13 mars 2026, le juge délégué a répondu que le certificat d'incapacité de travail produit ne permettait pas d'établir une impossibilité de se déterminer en procédure, qu'il était constaté que l'appelant n'avait pas agi au terme de l'unique prolongation de délai qui lui avait été accordée et que la cause était désormais gardée à juger.

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

1. a) L'appelant E._____, droitier, est né le ***1975 au Kosovo. Il y a suivi l'école obligatoire durant huit ans, puis a fréquenté une école professionnelle d'hôtellerie. Peu après l'obtention de son diplôme en hôtellerie, à l'âge de dix-huit ans, il a quitté le Kosovo pour la Suisse. Il y a obtenu le statut de réfugié ainsi qu'un permis de travail puis, plus tard, la nationalité suisse.

Entre 1993 et 1999, l'appelant a travaillé dans l'hôtellerie à diverses affectations, comme la tenue d'un bar, le service, le nettoyage et la cuisine. En 1999, il a trouvé un emploi au centre de tri des colis de La Poste, à Q***. Il a occupé ce poste à plein temps à partir du 1^{er} juillet 2000 en qualité de collaborateur logistique.

b) L'intimé 3, D._____, est médecin, chirurgien de la main et chirurgien orthopédique FMH, agréé depuis 1992 par C._____.

L'intimée 2, F._____, a obtenu un diplôme d'infirmière en soins généraux de l'I._____ en août 1994. Le 13 octobre 1994, elle a obtenu l'autorisation de pratiquer, délivrée par le canton de Vaud. Elle a passé avec succès les formations en soins intensifs et en anesthésie.

L'intimée 1, C._____, exploite une clinique médicale. Elle organise et gère sa salle d'opération et son matériel, ainsi que son service infirmier et son service d'anesthésie. Lors de son interrogatoire en qualité

de partie en première instance, R._____, membre du conseil de fondation de l'intimée 1 et médecin anesthésiste, a indiqué que les médecins indépendants soumettaient eux-mêmes leurs factures privées, mais que la facturation était faite par la clinique pour tout ce qui relevait de la médecine ambulatoire, comme s'agissant de l'intervention pratiquée sur l'appelant à laquelle il sera fait référence ci-après (cf. *infra* lettre C ch. 8).

c) L'anesthésie est une spécialité médicale, couronnée par l'obtention d'un titre FMH.

2. Le 26 novembre 2003, l'appelant a été victime d'un accident dans le cadre de son activité professionnelle. A cette occasion, un colis d'au moins vingt-cinq kilos est tombé d'une hauteur supérieure à trois mètres sur sa main gauche.

A la suite de cet accident et au regard des douleurs qui s'en sont suivies, l'appelant a été immédiatement transporté par ses collègues au S._____, où il a été examiné, notamment par le Dr T._____. Ce dernier l'a soigné pour une contusion radio-carpienne gauche avec neuropathie post-traumatique du nerf médian gauche. L'appelant a été en incapacité totale de travailler à compter de cette date.

3. Le 3 décembre 2003, l'appelant a été reçu pour la première fois en consultation par l'intimé 3 au S._____, en compagnie du Dr T._____. L'intimé 3 a indiqué dans un courrier adressé le lendemain au Dr T._____ que l'appelant avait d'abord été très algique et que lors de la consultation, soit après une semaine d'immobilisation et de traitement par anti-inflammatoires, la situation s'était quelque peu améliorée, même s'il restait toujours très algique. L'intimé 3 a expliqué que les radiographies initiales n'avaient pas été très claires du point de vue congruence des os du carpe, raison pour laquelle un examen radioscopique sous amplificateur de brillance avait été effectué le 4 décembre 2003, lequel avait permis d'écarter une luxation carpo-métacarpienne ou scaphotrapézoïdienne d'abord soupçonnée. L'intimé 3 a indiqué que les douleurs étaient situées plutôt du côté palmaire, à côté du FCR (tendon *flexor carpi radialis*), et

étaient d'ordre neuropathique, avec irradiation jusqu'au niveau du bras. Il a également précisé qu'il s'agissait d'une violente contusion du carpe qui avait sans doute produit des déchirures partielles de la capsule extrinsèque et des ligaments intrinsèques du carpe, sans vraie dissociation. S'agissant du nerf médian, l'intimé 3 a recommandé d'attendre environ vingt jours, puis en cas de persistance des douleurs, de demander un examen électrophysiologique. Dans l'intervalle, l'intimé 3 a attesté une incapacité de travail de l'appelant de 100%.

4. La douleur s'étant développée, notamment avec l'apparition de fourmillements et de perte de la sensibilité, l'appelant a été amené à consulter le Dr V._____, spécialiste FMH en neurologie, en date du 19 janvier 2004. Dans son rapport du 20 janvier 2004 adressé au Dr T._____, le Dr V._____ a indiqué ce qui suit sous la rubrique « examen neurologique » :

« Recherche du signe de Tinel sur le nerf médian au niveau du canal carpien et manoeuvre de Phalen négatives à droite et apparemment positives à gauche ».

Le Dr V._____ a conclu à la présence d'une atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien, d'un degré modéré à moyennement important, un peu plus prononcée à droite. Il a indiqué qu'il se pouvait qu'une partie au moins de la symptomatologie présentée par l'appelant soit effectivement en relation avec une contusion du nerf médian gauche au poignet.

L'examen du Dr V._____ n'a pas mis en évidence d'atteinte significative du nerf cubital gauche au poignet.

5. Le 13 février 2004, l'appelant a été revu au S._____ par l'intimé 3, lequel a alors posé le diagnostic de « syndrome de canal carpien, post contusionnel, irritatif » au poignet gauche. L'intimé 3 a indiqué que le canal carpien de l'appelant était « probablement relativement étroit par constitution ». Il a en outre précisé que les symptômes de l'appelant semblaient « lentement régressifs ». Pour cette raison, il ne lui a pas

proposé une décompression de son nerf médian immédiatement mais lui a infiltré le canal carpien à gauche par une « ampoule de Diprophos », en lui recommandant de porter une attelle pendant encore quelques jours.

6. L'appelant a repris son travail auprès de la Poste le 19 février 2004. Il a toutefois rapidement ressenti d'importantes douleurs ainsi que des fourmillements au poignet gauche.

7. a) Le 23 août 2004, l'appelant a été vu en consultation par l'intimé 3.

Dans son rapport du même jour, celui-ci a indiqué qu'après un intervalle relativement peu symptomatique, l'appelant avait développé un « kyste arthro-synovial », « douloureux et cliniquement net ». L'intimé 3 a ajouté qu'à part cela, les symptômes du canal carpien s'étaient accentués à gauche, avec des fourmillements réguliers, des paresthésies sur le majeur et une partie de l'annulaire, ainsi qu'un test de Phalen positif. Il a expliqué à l'appelant et à l'agence d'arrondissement de la SUVA (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents) que le kyste qui s'était formé, qualifié de post traumatique, méritait une excision chirurgicale. Parallèlement, l'intimé 3 a indiqué qu'une « décompression » du nerf médian était indiquée, « avec révision en même temps de la branche palmaire, à côté du kyste articulaire ».

b) Par courrier du 1^{er} septembre 2004, la SUVA Lausanne a approuvé la proposition de l'intimé 3 et a validé la recommandation opératoire.

8. a) Le 22 septembre 2004, l'intimé 3 a procédé à une opération de l'appelant auprès de C._____.

En 2004, l'intimé 3 était un chirurgien de la main expérimenté et avait procédé à de nombreuses reprises à l'intervention pratiquée sur l'appelant.

Le protocole opératoire précise sous la rubrique « opération » ce qui suit :

« Révision, excision kyste arthro-synovial, débridement radio-scaphoïdien local (80. 74) Décompression du nerf médian au canal carpien à gauche (04. 43 + 93. 54) ».

Il ressort de ce protocole opératoire que l'anesthésie a été effectuée par le Dr Z._____ et que l'assistante était BB._____. Selon ce même document, l'intervention au niveau du kyste arthro-synovial s'est déroulée comme il suit :

« Incision sur l'avant-bras distal radial, présentation de la superficie du kyste, dissection soigneuse des vaisseaux radiaux, qui sont séparés de la capsule kystique. Le kyste est ensuite poursuivi jusqu'à la base de son pédicule où l'on fait une fenestration capsulaire par le bistouri électrique, ce qui permet de poursuivre le pédicule jusque dans l'articulation. Le kyste est sectionné au bistouri électrique, on ajoute une synovectomie locale radio-carpienne au moyen du Luer. Rinçage abondant, hémostase, fermeture de la plaie plan par plan, surjet intra-cutané pour la peau. Stéri-strips. ».

L'intervention concernant le tunnel carpien s'est quant à elle déroulée comme il suit, selon le protocole opératoire :

« Prolongation de l'incision sur la base du canal carpien, révision de la branche palmaire du nerf médian, fente longitudinale de l'aponévrose et identification du ligament qui est sectionné en longeant le bord radial de l'os crochu. Ceci décomprime largement le nerf qui ne nécessite pas de neurolyse particulière. Rinçage abondant, adaptation de l'aponévrose par 2 points au Dexon, surjet au Prolène 5x10, pansement Jelonet, bande Velpeau, attelle palmaire Cellacast. ».

Il n'est fait aucune mention de la présence du Dr Z._____ ou de BB._____ dans le protocole d'anesthésie de l'opération de l'appelant, seules les initiales « SN » ayant été indiquées sous la rubrique « anesthésiste ». Ce protocole mentionne également, sous la rubrique « observation », que le patient n'était pas à jeun et que le médecin anesthésiste de garde en a été averti.

L'appelant a pu sortir de la clinique vers 16h20.

b) C'est l'intimée 1 qui a désigné l'infirmière anesthésiste, soit l'intimée 2, pour procéder à l'anesthésie de l'appelant. L'intimée 2 a rédigé un rapport de l'anesthésie de l'appelant, dans lequel elle a décrit les actes qu'elle avait effectués. Il n'y est pas fait mention d'un bloc axillaire.

9. Malgré les antalgiques prescrits par l'intimé 3, les douleurs ressenties par l'appelant n'ont pas été en s'atténuant une fois l'opération terminée. Ce dernier a ressenti, dans les heures suivantes, des douleurs de plus en plus violentes et s'est plaint de « brachialgies gauches » irradiant du poignet jusqu'à l'épaule et la nuque ainsi que de phénomènes de paresthésie « endormant » non seulement sa main mais également son avant-bras gauche, étant précisé qu'il s'est également plaint d'une diminution importante de la force distale du membre supérieur gauche.

10. Le kyste arthrosynovial de l'appelant a été analysé par le laboratoire de cytologie et de pathologie cliniques SA le 24 septembre 2004

11. Par courrier du 25 novembre 2004 adressé au Dr V._____, l'intimé 3 a indiqué que l'appelant se plaignait toujours de douleurs persistantes au niveau de la paume, malgré le traitement anti-inflammatoire et physiothérapeutique.

Après avoir revu l'appelant à la demande de l'intimé 3, le Dr V._____ a notamment indiqué, dans un rapport du 29 novembre 2004, que l'intimé 3 avait procédé, le 22 septembre 2004, à une révision du canal carpien de la main gauche de l'appelant par technique ouverte, qui avait montré un canal assez étroit, mais sans autre obstacle particulier, à part une certaine hyperplasie synoviale modérée. Il a précisé que l'évolution post opératoire avait été malheureusement peu favorable. Il a indiqué que le bilan électrophysiologique qu'il avait effectué permettait de retrouver une atteinte modérée bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien, prédominant toujours discrètement à droite. Il a comparé son bilan électrophysiologique avec celui de janvier 2004 et a conclu qu'il n'y avait aucune modification significative tant à gauche qu'à droite. Il a ajouté que cliniquement, il avait retrouvé des signes d'irritation sur le nerf médian

gauche au niveau du canal carpien ainsi que des troubles sensitivo-moteurs plus ou moins globaux du membre supérieur gauche, dépassant clairement une éventuelle atteinte du nerf médian au niveau du canal carpien. Le Dr V._____ a également relevé des insertions tendineuses toutes sensibles au niveau de l'épaule et du membre supérieur gauche évoquant une tendomyogélose. Pour ce médecin, la signification clinique des discrètes anomalies retrouvées sur le nerf médian gauche au niveau du canal carpien restait difficile à déterminer. Selon lui, il pouvait s'agir de discrètes anomalies tout à fait asymptomatiques et sans relation avec les plaintes depuis le début, d'une discrète atteinte résiduelle comme on l'observe même après une opération « réussie » sur le plan symptomatique ou, à son sens assez peu probablement, d'une neuropathie cicatricielle post-traumatique/post-opératoire.

12. Par courrier du 13 décembre 2004, l'intimé 3 a indiqué à la SUVA qu'il n'avait pas proposé à l'appelant une nouvelle intervention chirurgicale, sous la forme d'une révision du canal carpien.

Dans un courrier du 20 décembre 2004 adressé à l'intimé 3, le Dr BF._____, médecin d'arrondissement de SUVA Lausanne, a constaté la présence sur l'appelant d'une « cicatrice palmaire de cure de canal carpien, fine, d'aspect calme ». Ce médecin a par ailleurs relevé que l'intervention de septembre 2004 n'avait amené aucune amélioration subjective de la situation, précisant que l'appelant lui avait déclaré que rien n'avait vraiment changé, malgré les opérations. Le Dr BF._____ a indiqué qu'il partageait les réticences de l'appelant concernant un nouveau geste chirurgical et qu'il avait décidé de l'adresser à la BJ._____ (ci-après : la CRR) devant l'évolution atypique et peu favorable de la situation. Il a également constaté quelques manifestations de non-organicité (Waddell 3/5) et a précisé avoir été frappé par la modestie de l'amyotrophie de l'avant-bras de l'appelant, contrastant avec ce que l'on pourrait attendre d'une personne qui déclare avoir perdu la force de la main et du coude gauche depuis plus d'une année.

Les radiographies de la colonne cervicale de l'appelant effectuées

le 20 décembre 2004 montrent notamment un rétrécissement, en tout cas optique, des trous de conjugaison C2-C3, C3-C4, C4-C5 à gauche.

13. Du 25 janvier au 8 mars 2005, l'appelant a séjourné à la CRR, à Sion, pour évaluation et traitement de ses douleurs.

Il ressort du rapport de physiothérapie établi par BL._____, chef ergothérapeute auprès de la CRR, que l'appelant a déclaré ne pas pouvoir utiliser son membre supérieur gauche dans aucune activité en raison des importantes douleurs qu'il avait. Or, pendant le séjour de l'appelant, le thérapeute a observé que ce dernier utilisait parfois son membre supérieur gauche pour son habillage.

En février 2005, l'appelant a été vu par le Dr BM._____, neurologue auprès de la CRR. L'examen électrophysiologique effectué à cette occasion a démontré « un discret ralentissement bilatéral légèrement plus _____ marqué _____ à _____ D ». Le Dr BM._____ a également relevé une « limitation douloureuse très fluctuante de la mobilité passive du poignet et de l'épaule G en l'absence d'hypomyotrophie ou d'altération des réflexes myotatiques au MS ».

Par courrier du 4 février 2005, le Dr BP._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès de la CRR, a relevé s'agissant de l'appelant que, du point de vue psychique, il ne retenait « pas de diagnostic spécifique chez un patient présentant cependant un niveau d'anxiété relativement élevé, exacerbé par l'inactivité actuelle liée à une symptomatologie douloureuse et fonctionnelle du bras gauche ».

Par courrier du 9 février 2005, le Dr BQ._____, chef de clinique auprès de la CRR et spécialiste FMH en rhumatologie, a précisé qu'il ne lui semblait pas exister, chez l'appelant, de co-morbidité psychiatrique particulière. Il a relevé que, comme le neurologue, il comprenait difficilement comment des anomalies aussi peu importantes à l'ENMG

[électroneuromyogramme d'après le glossaire des abréviations médicales courantes en Suisse] expliquaient une telle extension des plaintes. Il a en outre indiqué qu'il pensait, tout comme le neurologue, éliminer une algodystrophie peu probable en pratiquant une scintigraphie osseuse. Il a conclu en indiquant qu'il fallait privilégier la prise en charge médicale de la douleur de l'appelant.

Par courrier du 22 février 2005 adressé au Dr AE._____, le Dr BR._____, médecin-chef adjoint du réseau santé Valais, a indiqué que la scintigraphie osseuse triphasique effectuée sur l'appelant le 21 février 2005 parlait en faveur d'une algodystrophie au stade I/II.

Par courrier du 18 mars 2005 adressé au Dr T._____, le chef de service de la CRR et spécialiste FMH en neurologie, BT._____, et le médecin assistant AE._____ ont indiqué que, lors de l'admission de l'appelant _____ à _____ la _____ CRR _____ le 25 janvier 2005, le status local était calme, sans tuméfaction, ni oedème de la main, ni signe d'atrophie. Aucun net déficit moteur n'avait alors été relevé. Ces deux médecins ont confirmé qu'il n'y avait pas de corrélation entre les plaintes de l'appelant et les altérations électro-physiologiques mineures sur le trajet du nerf médian. Le Dr BT._____ et le Dr AE._____ ont notamment confirmé que la scintigraphie osseuse triphasique avait démontré une algodystrophie au stade I/II de la main gauche. Il ressort de ce courrier qu'un des diagnostics secondaires retenu est l'algodystrophie du poignet et de la main gauche de stade I/II.

14. Par courrier du 8 avril 2005, la neurologue FMH AI._____ a indiqué à la Dresse BX._____, médecin généraliste FMH, qu'elle avait examiné l'appelant en date du 7 avril 2005. Dans ce courrier, la Dresse AI._____ a notamment retenu comme diagnostic une algoneurodystrophie du poignet et de la main gauche. Elle a indiqué que malgré un traitement d'Aredia, de Miacalcic spray nasal, une physiothérapie et une ergothérapie difficiles à supporter et finalement des injections de toxine botulique début mars en raison de l'apparition d'une dystonie en

flexion des doigts, il n'y avait pas eu d'améliorations des douleurs. La Dresse AI._____ a précisé que depuis la sortie de l'appelant de la CRR, celui-ci présentait de plus des malaises qu'il décrivait comme des crises douloureuses qui affectaient tout le bras gauche puis remontaient à la région cervicale, à l'hémicrâne et à l'hémiface gauche pour descendre dans le dos et dans le membre inférieur gauche, associées à des fourmillements, à un tremblement, à une sensation de difficulté respiratoire comme s'il étouffait. La Dresse AI._____ a en outre indiqué à la Dresse *** que l'IRM cérébrale qu'elle avait fait pratiquer sur l'appelant à C._____ le 6 avril 2005 était anamnestiquement normale.

15. En mai 2005, l'appelant ressentait toujours des douleurs répétées à la main gauche, de sorte qu'il a entrepris de consulter de nombreux spécialistes, aussi bien en Suisse qu'à l'étranger.

En date du 9 mai 2005, la Dresse BX._____ a certifié que l'appelant souffrait de crises douloureuses répétées dues à l'algoneurodystrophie de sa main gauche.

Dans un courrier du 10 juin 2005 adressé à la Dresse ***, le Prof. BZ._____ et les Dr CB._____ et *** du service de neurologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV) ont confirmé le diagnostic d'algoneurodystrophie du poignet et de la main gauche, même s'ils ont conclu que les signes d'algoneurodystrophie visualisés lors de la scintigraphie ne pouvaient expliquer totalement les symptômes de l'appelant, une « composante fonctionnelle » leur semblant probable.

Le 28 juin 2005, le Dr CC._____, du service de médecine nucléaire du centre d'imagerie du Petit-Chêne, a indiqué que l'appelant présentait des douleurs de la main gauche « depuis une année sur Südeck stade I à II ».

Dans une lettre signée le 21 juillet 2005, le Dr CG._____, neuropsychiatre au Kosovo, a constaté que l'EMG [électromyogramme selon le glossaire des abréviations médicales courantes en Suisse] de l'appelant

présentait des lésions neurogènes du muscle biceps gauche et que la neurographie mettait en évidence une vitesse de conduction nerveuse diminuée du nerf musculo-cutané gauche.

Par courrier du 26 août 2005 adressé au médecin traitant de l'appelant, le Dr CJ._____, électro neuro-myographe à Bruxelles, a mis en relation les plaintes de l'appelant avec l'intervention liée au syndrome du canal carpien qui en marquait indubitablement le début. Il a également indiqué que les plaintes de type neurogène évoquaient une lésion du plexus brachial, ce que l'EMG faisait fortement suspecter. Après avoir indiqué la date du début des plaintes de l'appelant, le Dr CJ._____ a écrit ce qui suit : « Type d'anesthésie ? ».

Par courrier du 26 août 2005, le Dr CL._____, médecin auprès du service de radiologie et d'imagerie médicale de l'hôpital universitaire de Bruxelles, a indiqué que sur les images de l'IRM effectué sur l'appelant, il avait été frappé par la présence d'une réaction oedémateuse atypique et asymétrique le long du plexus brachial à gauche. Il s'est ainsi posé la question de savoir si le tableau clinique était expliqué par un phénomène cytotoxique sur un bloc axillaire.

Dans un courrier du 5 septembre 2005 adressé au Dr CM._____ du service d'antalgie du CHUV, la Dresse AI._____ a notamment indiqué qu'elle avait effectué un ENMG du membre supérieur gauche de l'appelant et confirmé comme diagnostic une algodystrophie du poignet et de la main gauche. Elle a en outre indiqué que lors de l'ENMG, les réponses sensibles des nerfs médian et radial étaient normales et que l'évaluation clinique et électrophysiologique était extrêmement difficile chez l'appelant. Elle a précisé qu'elle ne parvenait pas à « démontrer une atteinte du système nerveux périphérique qu'elle soit tronculaire, plexuelle ou pluriradiculaire (sous réserve des limitations liées à la collaboration), à même d'expliquer le syndrome douloureux du membre supérieur gauche ».

16. Par courrier du 29 juin 2005, le conseil de l'appelant a indiqué à l'intimé 3 que son mandant envisageait l'ouverture d'une procédure

d'expertise devant le Bureau d'expertises extrajudiciaires de la FMH au sujet
de l'intervention chirurgicale
du 22 septembre 2004.

Le 4 juillet 2005, l'intimé 3 a indiqué au conseil de l'appelant que l'opération de ce dernier s'était déroulée sans problème peropératoire particulier. Cela étant, il n'a pas émis d'objection à la mise en oeuvre d'une expertise FMH.

En date du 1^{er} octobre 2005, l'appelant a déposé une demande d'expertise auprès du Bureau d'expertises extrajudiciaires de la FMH, reprochant à l'intimé 3 « d'avoir provoqué une lésion irréparable, probablement du nerf sciatique de la main gauche ».

Interpellée par le Bureau d'expertises extrajudiciaires de la FMH, la FMCH (Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica) a estimé que la vraisemblance qu'un collège d'experts puisse déceler une violation du devoir de diligence dans le présent cas était si faible qu'elle a proposé de ne pas entrer en matière sur la demande d'expertise précitée.

En date du 3 novembre 2006, le Bureau d'expertises extrajudiciaires de la FMH s'est rallié à cet avis de ne pas entrer en matière sur la demande d'expertise de l'appelant

17. Dans son courrier du 9 novembre 2005, l'intimé 3 a indiqué au conseil de l'appelant, après avoir repris son dossier, que le pansement post-opératoire avait été refait par son assistante « le 23 septembre (*sic*) 2005, avec la remarque que tout semblait calme ». L'intimé 3 a précisé qu'en date du 27 septembre 2004, lors du contrôle suivant, l'appelant avait signalé des douleurs atypiques et présentait « une hypo- ou dynesthésie généralisée, non systématisée », raison pour laquelle il avait ordonné un « traitement anti-douleur par massage doux à la physiothérapie et continué la médication anti-inflammatoire ». L'intimé 3 a ajouté que les fils avaient été enlevés le 6 octobre 2004, la plaie étant calme. Il a encore expliqué qu'il avait par la suite revu l'appelant toutes les trois semaines, sa main étant

« un peu enflée, douloureuse et diffusément hypoesthésique aussi en dehors du territoire du nerf médian décomprimé ».

18. Par courrier du 23 novembre 2005, le Dr CP._____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que l'intervention qu'avait subie l'appelant était relativement banale. Selon lui, si l'on pouvait comprendre le syndrome de Südeck secondaire à une intervention chirurgicale même banale, il était en revanche plus difficile d'expliquer l'évolution vers des malaises paroxystiques avec douleurs et paresthésies présentées par l'appelant.

19. Interpellé par le conseil de l'appelant, l'intimé 3 a indiqué, par courrier du 6 décembre 2005, que l'anesthésie veineuse régionale n'avait pas été effectuée par le Dr Z._____, ce qui constituait une erreur sur le protocole opératoire. Il a ajouté que dite anesthésie avait été effectuée par F._____, infirmière anesthésiste, laquelle avait demandé l'avis du médecin anesthésiste de garde, le Dr CR._____, qui avait autorisé cet acte quand bien même l'appelant n'était pas à jeun. L'intimé 3 a également indiqué que, selon les explications du Dr Z._____, la responsabilité en cas de problème pour une telle anesthésie déléguée incomberait à l'assurance de responsabilité civile de l'intimée 1 et non pas au médecin anesthésiste. Il a ajouté que la responsabilité pour un problème anesthésiologique ne retombait pas sur le chirurgien s'il y avait un mandat officiel auprès du service d'anesthésie de l'hôpital.

20. En date du 12 octobre 2006, un médecin, dont la signature n'a pas pu être identifiée, a indiqué que les suites opératoires en ce qui concernait la plaie opératoire de l'appelant étaient simples. Il a toutefois relevé que le syndrome douloureux de la main gauche de ce dernier s'était aggravé progressivement. Il a ajouté que lors de l'intervention du 22 septembre 2004, une anesthésie veineuse régionale avait été pratiquée et que pour ce type d'anesthésie, le produit était injecté sur le dos de la main et ne touchait en aucune façon les grands troncs nerveux, par exemple au niveau du plexus brachial. Il a précisé qu'il s'agissait d'un type d'anesthésie particulièrement peu invasif, pratiqué tous les jours dans la plupart des hôpitaux de Suisse et d'Europe. Il a conclu en indiquant que dans aucun des

documents médicaux soumis à son évaluation, il n'était mentionné « la plus petite suspicion » qu'une erreur anesthésiologique, soit dans la technique, soit dans son application, puisse être à l'origine, ou être une cause aggravante, des symptômes présentés par l'appelant.

21. Le 4 décembre 2006, le Dr CS._____, de la CT._____ en Autriche, a constaté la présence chez l'appelant d'une brachialgie gauche avec lésion du nerf axillaire et du nerf thoracique long gauche d'étiologie indéterminée. Sous la rubrique « évaluation », ce médecin a fait état d'une réaction médicamenteuse toxique après anesthésie régionale du plexus brachial gauche, ainsi que d'une lésion de pression liée à la position après opération d'un syndrome du canal carpien gauche.

22. Le 15 janvier 2007, l'appelant a été examiné par le Dr CV._____, de CW._____ et médecine intensive de Graz en Autriche. Il ressort du rapport établi par ce médecin le même jour que l'appelant lui avait rapporté, en contradiction avec la documentation de l'opération, s'être vu administré une anesthésie plexique axillaire par une infirmière.

23. Du 19 au 29 mars 2007, l'appelant a séjourné auprès de la CX._____ à Coblenz, en Allemagne. Il ressort du rapport rédigé le 30 mars 2007 par la Prof. QR._____ que la douleur dans le bras de l'appelant pouvait être due à la lésion pré-connue du plexus brachial. Ce médecin a également fait état d'une maladie de Südeck et d'un trouble somatoforme comme diagnostics.

24. Le 13 décembre 2007, lors d'une nouvelle analyse, le Dr CJ._____ a retenu, « à l'EMG », une atteinte de tous les muscles de l'appelant sauf les plus proximaux. Il a précisé que ces données indiquaient une atteinte diffuse du plexus brachial gauche, ajoutant également qu'il y avait une démyélinisation du segment proximal de C8-Th1 à gauche.

25. Par courrier du 14 février 2008 adressé au Dr CZ._____, du DB._____ à Bruxelles, le Dr CJ._____ a indiqué ce qui suit s'agissant de l'anamnèse de l'appelant :

« dans le décours d'une intervention chirurgicale (ablation d'un kyste et neurolyse du nerf médian) sur le poignet G sous anesthésie du plexus brachial par voie axillaire qui a causé des douleurs violentes dès l'injection sans donner d'anesthésie du bras, persistance de ces douleurs, avec intensité croissante, évoluant par crises dont l'intensité cause parfois une syncope, toujours sur fond douloureux intense ; (...) ».

Le 20 février 2008, le Dr CZ._____ a répondu au Dr CJ._____, après avoir vu l'appelant le 14 février 2008, que l'origine du syndrome douloureux neuropathique que celui-ci présentait semblait être « un accident d'anesthésie (composante causalgique ?) ».

26. Le 18 mars 2008, l'appelant s'est présenté auprès de l'intimé 3 et lui a adressé de multiples reproches.

27. Par courrier du 8 avril 2008, le Dr CP._____ a indiqué au directeur de C._____ qu'il y avait eu plusieurs évaluations neurologiques objectives qui permettaient de conclure à une « atteinte du plexus cervico-brachial gauche pour laquelle il n'y a[va]it pas d'autre explication qu'un effet toxique de l'anesthésie loco-régionale, les symptômes ayant d'ailleurs débuté suite à l'intervention chirurgicale du tunnel carpien ». Le Dr CP._____ a ajouté que « les plaintes du patient [étaient] donc tout à fait crédibles et [que] sa souffrance de même que son handicap mérit[aient] très certainement d'être entendus et reconnus ».

28. Par courrier du 2 juin 2008, le Dr Z._____ a indiqué au conseil de l'appelant qu'il n'avait jamais effectué d'anesthésie générale ni locorégionale sur ce dernier.

29. Par courrier du 9 juin 2008 adressé au conseil de l'appelant, l'intimé 3 a notamment indiqué que l'après-midi du 22 septembre 2004, il avait opéré un autre patient que l'appelant durant plus de trois heures, sous anesthésie générale conduite par le Dr Z._____. L'intimé 3 a précisé que l'erreur sur son protocole opératoire venait du fait qu'il avait « pensé » que c'était le même anesthésiste qui avait vu l'appelant avant l'intervention

puisqu'il y avait habituellement un médecin anesthésiste responsable par salle.

30. Par courrier du 26 août 2008 adressé au Service du recours contre les tiers responsables de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, l'avocate de l'intimée 1 a indiqué que l'infirmière anesthésiste de C._____ avait effectué personnellement « l'acte », sous la responsabilité de l'un des anesthésistes exerçant à ladite clinique, soit le Dr CR._____.

31. Par courrier du 29 août 2008, le Dr DF._____, du DG._____ de l'Université catholique de Louvain en Belgique, a, sous la rubrique « Histoire de l'affection », indiqué ce qui suit :

« dans la précipitation, un aide infirmier a infiltré le plexus brachial au niveau axillaire. Cette infiltration n'a pas permis une vraie anesthésie mais un léger soulagement de la douleur ».

Le Dr DF._____ a indiqué qu'on pouvait d'emblée éliminer une atteinte directe par l'aiguille d'injection, qui aurait eu un effet très limité sur une ou deux branches mais n'aurait pas pu léser de cette manière l'ensemble du plexus de l'appelant. Il a précisé que les conclusions du bilan antérieur et le rapport oral de l'appelant plaidaient pour l'injection d'un toxique lors de l'anesthésie du plexus brachial. Pour ce médecin, ce toxique n'avait pas provoqué de douleur au moment de l'injection mais aurait eu un effet délétère et neurotoxique dans les quatre ou cinq heures qui avaient suivi l'intervention. Il a précisé que cela excluait fort probablement certaines substances très irritatives (Kcl, alcool) et qu'il pouvait penser à une confusion avec un antibiotique disponible en volume suffisant en salle d'opération.

32. Dans une attestation établie le 10 février 2009, le Dr DM._____, médecin généraliste, a indiqué que l'appelant souffrait de violentes douleurs au niveau du plexus brachial à la suite de l'injection d'un produit non adapté pendant une opération le 22 septembre 2004. Il a précisé que l'anesthésiste n'était pas présent lors de cette opération et que

c'était un auxiliaire qui avait « officié ». Ce médecin a également ajouté ce qui suit :

« Ces lésions sont irréversibles et aucune amélioration n'est à attendre dans le futur. Ces lésions sont à vie. ».

Dans une attestation établie le 24 février 2009, le Dr DM._____ a indiqué que l'appelant ne souffrait aucunement d'algoneurodystrophie, celui-ci ayant « clairement une inflammation cervico-brachiale suite à un toxique injecté ».

33. Il ressort de l'expertise multidisciplinaire réalisée les 27 mai et 5 juin 2009 par le DN._____ (DP._____), à Nyon, qui a fait l'objet d'un rapport rendu le 21 octobre 2009, que la Dresse DR._____, des Hôpitaux universitaires de Genève, avait indiqué en juin 2005 qu'il était impossible de dire sans examen physique si l'attitude vicieuse des doigts et du coude de l'appelant n'était pas volontaire. Le Dr EE._____, neurologue à la SUVA, avait, pour sa part, indiqué que des facteurs non organiques extérieurs à l'accident ainsi que des troubles importants du comportement jouaient un rôle dans l'évolution particulièrement défavorable du cas de l'appelant. Le Dr DT._____, médecin auprès de la SUVA, avait quant à lui conclu à l'absence de lésions du système nerveux découlant de l'accident du 26 novembre 2003. Il ressort en outre de ce rapport que l'appelant avait pu se lever normalement de son siège dans la salle d'attente et se déplacer sans problème apparent et qu'il avait, à plusieurs reprises, été observé à son insu en train de porter des documents à bout de doigts. Il y est également indiqué ce qui suit :

« La main gauche est en position antalgique en semi-flexion palmaire avec préhension impossible (en cherchant des documents dans sa serviette l'assuré s'est « oublié » à ne pas utiliser son MSG et l'observation de l'expert a constaté que la main avait une fonctionnalité à la fois de préhension et d'extension). ».

34. Il ressort du « Document synthétique pour évaluer les séquelles subies par Monsieur E._____ suite à l'intervention sur son poignet gauche à C._____ » établi par la Dresse EI._____ en date du 28 octobre 2009 que, selon les dires de l'appelant, l'intervention effectuée

par l'intimé 3 le 22 septembre 2004 aurait d'abord été tentée sous anesthésie locale et qu'en raison d'intenses douleurs, il aurait été pratiqué, dans un deuxième temps, un geste de « bloc brachial », qui consiste à injecter dans le creux de l'aisselle, à proximité immédiate des troncs nerveux innervant le bras, une dose d'anesthésique. La Dresse El._____, secrétaire de l'EO._____, a indiqué que les lésions subies par l'appelant avaient été provoquées par une substance toxique injectée par erreur en lieu et place du produit anesthésiant, ce qui accessoirement expliquait le défaut d'efficacité analgésique de ce geste pendant l'acte chirurgical. Elle a ajouté que le geste mal réalisé avait été effectué par un personnel non compétent. En conclusion, la Dresse El._____ a indiqué ce qui suit :

« Toutes les conséquences du geste chirurgical doivent être prises en compte en gardant constamment à l'esprit que ce qui doit être indemnisé **n'est pas la lésion anatomique [...] ni même les déficiences qui en résultent [...], ces éléments aboutissant à constater l'incapacité [...]** d'où enfin résulte **le handicap avec les différents retentissements professionnel et privé** ».

Il ressort d'un article paru dans « Le Quotidien du Médecin » le 7 avril 2010 que la Dresse El._____ a publié un livre intitulé « réquisitoire sur les "arnaques des assureurs" et les moyens de les déjouer ».

35. Il ressort d'un rapport du 22 janvier 2011 établi par l'Institut de reconstruction posturale de Strasbourg que l'atteinte dont souffre l'appelant est

« d'une importance fonctionnelle gravissime de l'ensemble de l'hémicorps gauche » et se traduit par un membre inférieur gauche demeurant en rectitude. Ce rapport précise également que les troubles de l'appelant ne sont pas exclusivement localisés au niveau du membre supérieur gauche mais affectent l'ensemble de l'hémicorps, avec une amyotrophie marquée de ses deux membres.

36. Dans un rapport daté du 9 février 2012, les détectives privés DZ._____ et FB._____ ont constaté que l'appelant utilisait sa main gauche avec aisance et ne démontrait dans ses mouvements aucun handicap physique. Ces détectives ont notamment indiqué que l'appelant

avait utilisé sa main gauche pour manœuvrer le volant de sa voiture, pour allumer son briquet, pour fermer la porte de sa voiture, pour tourner les pages du journal, pour manger, pour s'appuyer sur une table et pour appeler l'ascenseur.

37. a) En cours de procédure de première instance, une expertise médicale judiciaire a été mise en œuvre et confiée au Prof. L._____, Chef du service d'anesthésiologie et de réanimation de M._____. Dans son rapport d'expertise rendu le 7 décembre 2015, le Prof. L._____ a tout d'abord rappelé les différentes dates clés du litige, cité quelques pièces du dossier et résumé les déclarations faites lors des auditions qu'il avait effectuées de l'intimée 2, de l'intimé 3, de FF._____, ex-directeur des soins infirmiers de C._____, et du Dr R._____, ex-doyen du Collège des anesthésistes. L'expert a également précisé avoir assisté à deux opérations – soit une intervention sous anesthésie veineuse régionale (AVR) pour libération du nerf médian droit et une intervention avec mise en place d'un bloc axillaire – qu'il a décrites et expliquées au moyen de trois photos pour chacune d'elles. Il a ensuite décrit de manière détaillée comment s'était déroulée l'opération de l'appelant et repris quelques passages des pièces au dossier. Il a indiqué qu'il n'y avait jamais eu de bloc axillaire le 22 septembre 2004, quand bien même certains médecins avaient affirmé le contraire dans leur rapport, ces derniers ayant toutefois précisé que cette information leur avait été transmise par l'appelant et qu'ils n'avaient pas eu accès au dossier médical. A cet égard, l'expert a expliqué que 40 ml d'Ivracaine^R à 0.5% – soit un anesthésique local de type ester, idéal pour les AVR – représentaient déjà une dose importante pour un patient de 65 kg comme l'appelant. Il a précisé que vu la brièveté de l'intervention prévue et le déchamptage indispensable pour un accès sécurité de l'aisselle, il était chronologiquement impossible de pratiquer une AVR et ensuite un bloc plexique, pour une durée totale de prise en charge de 54 minutes. Il s'est ensuite déterminé sur les allégués des parties à proprement dit.

b) L'expert a indiqué qu'il était faux de dire que le diagnostic d'une « atteinte invalidante suite à une erreur d'anesthésie, établi d'entrée de cause par les différents spécialistes, en particulier le Dr CJ._____, était

[...]confirmé ». A cet égard, il a relevé que la pièce 19 produite par l'appelant, soit le courrier rédigé le 26 août 2005 par le Dr CJ._____ à l'attention du médecin traitant de l'appelant, était contraire aux faits établis, précisant que cette pièce ne contenait que des questions. Interrogé sur le courrier du 29 août 2008 du Dr DF._____, dans lequel celui-ci mentionnait la présence d'un aide-infirmier, de la précipitation et une injection pour soulager la douleur pendant l'intervention, l'expert a indiqué qu'il était juste de dire qu'aucun de ces points n'était en lien avec ce qui s'était passé. L'expert a également confirmé que les éléments ressortant des attestations du Dr DM._____ étaient « en contradiction flagrante avec les actes prodigués par les [intimés] », tout comme les éléments contenus dans l'attestation de la Dresse EI._____. Pour l'expert, les constatations figurant dans les pièces 19 (courrier du 26 août 2005 établi par Dr CJ._____), 20 (courrier du 26 août 2005 du Dr CL._____), 22 (rapport du 4 décembre 2006 établi par le Dr CS._____), 23 (rapport du 15 janvier 2007 établi par le Dr CV._____), 27 (courrier du 20 février 2008 du Dr CZ._____), 29 (courrier du 29 août 2008 établi par le Dr DF._____), 30 (attestation établie le 10 février 2009 par le Dr DM._____), 31 (attestation établie le 24 février 2009 par le Dr DM._____) et 424 à 426 sont exactes, pour autant que les médecins aient pratiqué des examens, les aient décrits et se soient basés, comme le Dr CV._____ et non comme le Dr DF._____, sur des faits du dossier et non sur les dires et interprétations du patient.

L'expert a indiqué qu'il était, sur le fond, juste de dire que les anesthésies veineuses régionales se pratiquaient toujours sans anesthésie générale. Il a toutefois précisé qu'en face d'un échec d'AVR, on pouvait passer à une anesthésie générale, tout en évitant à tout prix un autre type d'anesthésie locorégionale. Il a confirmé que la procédure était toujours la suivante : la pose d'une voie veineuse, l'exsanguination du membre à opérer (pose d'une bande compressive), l'injection d'un liquide anesthésique dans une veine de la main et le lâchage du premier, puis du deuxième garrot à temps déterminé. L'expert a indiqué qu'il était juste de

dire que c'était majoritairement une infirmière qui pratiquait une anesthésie veineuse régionale et que, dans le présent cas, l'acte de l'infirmière avait été fait avec l'accord du Dr CR._____, spécialiste FMH en anesthésiologie, de garde au moment de l'intervention. L'expert a confirmé que l'acte pratiqué par l'intimée 2 avait été effectué dans les règles de l'art. Il a indiqué qu'il était juste de dire que l'aiguille utilisée par l'infirmière avait été introduite sur le dos de la main ou sur le poignet du patient et qu'elle était entrée dans une veine. Pour lui, l'aiguille n'avait pas été introduite dans le creux axillaire où elle aurait pu léser le plexus brachial par contact direct avec le nerf. L'expert a affirmé que l'intimée 2 n'avait jamais pratiqué de bloc axillaire et qu'elle n'était du reste pas formée à ce geste strictement réservé à un médecin. Il a ajouté qu'il était exact de dire que l'intimée 1 et son personnel infirmier n'étaient en rien concernés par d'éventuels dommages physiques et psychologiques que connaîtrait l'appelant.

Interrogé sur la question de savoir si une « composante causalgique », en langage médical belge, signifiait un dysfonctionnement du système nerveux du patient, l'expert a indiqué que cela était partiellement exact. Il a ainsi expliqué que, de fait, la causalgie rentrait dans le cadre des dystrophies sympathiques réflexes, ou syndromes douloureux régionaux complexes. Il a précisé que le terme de causalgie était actuellement encore utilisé pour désigner les symptômes entrant dans ce cadre très vaste, mais qu'il lui semblait plus logique de l'employer quand il existait une lésion nerveuse décrite avec certitude. L'expert a relevé que, finalement, le terme de causalgie avait tendance à disparaître et à être remplacé par celui de dystrophie sympathique réflexe depuis la modification de la nomenclature par l'association internationale pour l'étude de la douleur. Il a indiqué qu'il était partiellement juste de dire que la composante causalgique était une lésion qui provenait du patient lui-même et non d'un acte extérieur, la lésion nerveuse pouvant cependant aussi être due à un traumatisme extérieur. Selon l'expert, il est faux de dire que si le Dr CZ._____ parlait de composante causalgique, cela signifiait qu'il excluait toute lésion. A cet égard, il a précisé que ce praticien parlait par ailleurs bien d'une atteinte diffuse du plexus brachial, ce qui constituait une lésion.

L'expert a confirmé qu'il n'y avait aucun dommage imputable aux intimées 1 et 2 et que si l'incapacité de travail de l'appelant était constatée, celle-ci n'aurait aucun lien avec l'acte infirmier et les soins prodigués par l'intimée 2.

L'expert a confirmé que le jour de l'opération, soit le 22 septembre 2004, à 15h15, dans la salle du centre ambulatoire, l'appelant avait récupéré la motricité et la sensibilité de son membre supérieur gauche, ce qui n'aurait pas forcément été le cas en cas de réalisation d'un bloc axillaire, selon l'anesthésique local employé (amide ou ester) et la sensibilité du patient aux anesthésiques locaux. Il a par ailleurs confirmé que le fait que l'appelant ait pu sortir de la Clinique à 16h20 corroborait la réalisation d'une anesthésie conforme aux règles de l'art.

L'expert a indiqué qu'il était inexact de dire que la présence d'un médecin anesthésiste au moment de l'intervention chirurgicale, quelle que soit son importance ou sa gravité, était tout à fait nécessaire. Il a expliqué qu'il n'était en aucun cas demandé à un médecin-anesthésiste FMH d'être présent tout au long d'une intervention. Il a précisé qu'en anesthésie – et en Suisse tout particulièrement qui connaît le système des infirmières anesthésistes –, il existait les notions de binôme médecin-infirmière, d'acte médical délégué, de stratégie de l'acte anesthésique et surtout de responsabilité pénale et civile. Or, l'expert a indiqué qu'une anesthésie veineuse régionale appartenait à la classe des actes anesthésiques simples, comme les actes médicaux délégués. Il a précisé qu'il était cependant indispensable que le médecin superviseur/responsable soit atteignable dans les plus brefs délais. En d'autres termes, l'expert a souligné qu'un acte médical délégué pouvait se faire sans la présence du médecin anesthésiste superviseur/responsable, celui-ci devant toutefois être au courant et atteignable. L'expert a confirmé que l'anesthésie était une spécialité sérieuse qui devait être dirigée et à tout le moins surveillée par un médecin spécialisé. Selon lui, dans le cas des anesthésies veineuses régionales, c'était le surdosage en anesthésiques locaux qui était le plus craint. Il a précisé que cet acte chirurgical n'était pas dénué de risque, d'où la

nécessité pour le médecin anesthésiste superviseur/responsable d'être atteignable rapidement. L'expert a également confirmé que les deux procédures d'anesthésie (par voie veineuse ou par voie du bloc axillaire) comportaient des risques toxicologiques avérés et devaient ainsi être exécutées sous la responsabilité d'un médecin. Il a toutefois indiqué que seule une anesthésie veineuse régionale avait été pratiquée dans le cas de l'appelant.

L'expert a relevé qu'il était faux de dire que la présence d'un médecin anesthésiste aurait à l'évidence permis d'éviter les dommages subis par l'appelant. Il a précisé que la lidocaïne, soit un anesthésique local de type amide, n'était pas utilisé en Suisse pour les AVR et qu'on lui préférerait le chlorhydrate de chloroprocaine, bien moins toxique en cas de surdosage que la lidocaïne. L'expert a également indiqué qu'il était faux de dire qu'il n'était pas rare, lors d'une intervention comme celle pratiquée sur l'appelant et alors que l'anesthésie veineuse régionale ne donnait pas satisfaction, de passer de cette dernière à une anesthésie de type axillaire brachial. Il a précisé qu'il s'agirait, en l'occurrence, d'un manquement aux règles de l'art.

Pour l'expert, il est partiellement juste de dire que nonobstant ses attestations, diplômes ou « sanctions de formation y compris en anesthésie », une infirmière, même spécialisée en anesthésie, ne peut pas réaliser une anesthésie quelle qu'elle soit sans être surveillée par un médecin anesthésiste, et sans être sous son contrôle. L'expert a précisé que cela dépendait, dans le cas d'un acte médical délégué standardisé simple comme une anesthésie veineuse régionale, de comment les mots « surveillance et contrôle » étaient compris dans un service d'anesthésie. Pour lui, ces termes étaient inclus dans la notion de « supervision et responsabilité ».

L'expert a indiqué qu'il était juste de dire qu'il était couramment admis dans la pratique anesthésique suisse qu'un repas léger était toléré deux heures avant une anesthésie veineuse régionale, et proscrit pour une

anesthésie de type axillaire brachial. Il a toutefois précisé qu'il était « important de faire la différence entre un thé-biscotte et un vrai repas ».

L'expert a indiqué qu'il était faux de dire que l'absence de médecin anesthésiste dans le bloc et l'absence de surveillance de l'intimée 2 était à l'origine des graves troubles de l'appelant. Selon l'enquête menée par l'expert, il y avait cinq médecins-anesthésistes FMH agréés à portée de voix dans le bloc opératoire le jour de l'opération, en incluant le Dr CR._____. L'expert a par ailleurs ajouté que l'intimée 2 n'était pas une auxiliaire de salle, mais était au contraire en possession de deux diplômes de 3^{ème} cycle, l'un en médecine intensive et l'autre en anesthésie. Selon l'expert, il est faux de dire que l'intimée 2 ne pouvait pratiquer quelque anesthésie que ce soit, veineuse régionale ou de bloc axillaire, hors la présence d'un médecin anesthésiste. Il est pour lui également faux de dire que l'intimé 3, constatant l'absence du Dr Z._____, ou de tout autre médecin anesthésiste, aurait dû surseoir à l'intervention et refuser d'autoriser l'intimée 2 à pratiquer quelque anesthésie que ce soit. L'expert a en revanche confirmé qu'il était également de la responsabilité de l'intimée 1 de veiller à la sécurité des patients opérés dans son établissement et de veiller notamment à la présence de médecins anesthésistes dans les blocs opératoires. L'expert n'a toutefois pas confirmé que la responsabilité conjointe des trois intimés était engagée. Il a au contraire confirmé que l'organisation du bloc opératoire de l'intimée 1, en date du 22 septembre 2004, était conforme aux exigences usuelles en la matière. Selon l'expert, il est exact de dire qu'il ne saurait être reproché à l'intimée 2 d'avoir procédé elle-même à une anesthésie veineuse régionale sur l'appelant, par délégation et sous la responsabilité du Dr CR._____, l'un des anesthésistes présents dans le bloc opératoire le jour de l'opération. Pour l'expert, l'intimé 3 n'avait aucune raison de refuser d'opérer l'appelant le 22 septembre 2004. A ses yeux, la situation telle que celle du 22 septembre 2004 répondait parfaitement aux normes applicables en la matière en 2004.

L'expert a indiqué qu'il était faux de dire que c'était bien une anesthésie du bloc brachial axillaire qui avait été pratiquée sur l'appelant et non pas, comme prétendu, une anesthésie veineuse régionale.

Pour l'expert, il est inexact de dire qu'« une anesthésie veineuse régionale ne comporte pas d'altération de la motricité, une telle mention impliquant au contraire qu'ait bien été réalisée une anesthésie par bloc axillaire dite aussi bloc brachial ». L'expert a précisé que certains patients pouvaient répondre par une importante réponse motrice et que chaque patient répondait différemment à un acte médical, quel qu'il soit. Il a répété qu'il n'y avait selon lui pas eu de violation des règles de l'art, ni de responsabilité conjointe des intimés.

c) Pour conclure, l'expert a indiqué qu'il était irréfutable qu'une anesthésie veineuse régionale avait été pratiquée sur l'appelant le 22 septembre 2004 à C._____ et que l'infirmière-anesthésiste, de même que le chirurgien, avaient travaillé à cette occasion dans les règles de l'art. Il a relevé que l'anesthésiste de garde avait parfaitement joué son rôle de superviseur/responsable, assurant, de par sa proximité dans le bloc opératoire, à la fois la surveillance et le contrôle du geste médical délégué qu'il avait confié à l'intimée 2, à savoir la prise en charge du patient pour une anesthésie veineuse régionale. L'expert a ajouté que le chirurgien n'avait fait, quant à lui, qu'opérer dans des circonstances normales et sécuritaires. Il a toutefois relevé que les organisations des blocs opératoires s'étaient modifiées et améliorées depuis 2004, suite en particulier, pour la chirurgie et l'anesthésie, à un arrêt du Tribunal fédéral du 28 avril 2003 et à son impact en Suisse. L'expert a finalement observé que personne n'avait trouvé de cause aux potentielles lésions du plexus brachial, à l'algodystrophie et au SRDC [syndrome régional douloureux complexe d'après le glossaire des abréviations médicales courantes en Suisse] possibles chez l'appelant. Il a relevé que ces trois pathologies étaient survenues après l'accident et l'intervention en cause et que, selon lui, « la relation temporelle [était] évidente, et décrite dans tous les textes traitant des traumatismes et de ses suites ».

d) i) En date du 21 juin 2016, le Prof. L._____ a déposé un premier rapport d'expertise complémentaire, après avoir auditionné le Dr CR._____, BB._____ et FK._____, respectivement médecin anesthésiste, infirmière instrumentiste et infirmière de salle de réveil auprès de C._____. Il y a expliqué qu'on ne passait jamais d'une anesthésie veineuse régionale à un bloc axillaire, le positionnement du bloc axillaire étant tellement différent dans le cas d'une anesthésie veineuse régionale que le passage de l'un à l'autre serait impossible. Il a précisé qu'un tel passage n'était également pas possible en raison des taux toxiques que l'on pouvait atteindre en cumulant anesthésie veineuse régionale et bloc axillaire. Il a indiqué que l'allongement du temps passé par l'appelant en salle d'opération était lié à l'inquiétude de l'intimée 2 par rapport au fait que celui-ci n'avait pas respecté le jeûne recommandé, de sorte qu'elle avait dû prendre contact avec le médecin anesthésiste de garde. L'expert a encore relevé que le Dr CR._____ lui avait indiqué qu'il avait autorisé l'AVR mais qu'il aurait interdit un bloc axillaire si celui-ci lui avait été suggéré.

ii) Un deuxième complément d'expertise a été effectué par le Prof. L._____, lequel a déposé son rapport complémentaire le 12 janvier 2017. L'expert y a précisé que, pour les AVR, la majorité des médecins-anesthésistes préféraient utiliser le chlorhydrate de chloroprocaine à la place de la lidocaïne HCl, sans qu'il n'y ait la moindre contre-indication à son utilisation pour les AVR. Il a relevé que 40ml d'Ivracaine® avaient bien été utilisés et facturés pour l'AVR pratiquée sur l'appelant. L'expert a constaté que, dans le document intitulé « anesthésie SOP, relevé de prestations » étaient mentionnées deux ampoules de 20 ml d'Ivracaine® 0.5%, soit 40 ml, ce qui correspondait aux 200 mg injectés dans le cadre de l'AVR pratiqué par l'intimée 2. Il a en outre constaté que dans le document intitulé « bloc opératoire, relevé de prestation » figurait une ampoule de 20 ml de Rapidocaïne® 1% (soit 200mg de lidocaïne HCl). Cela étant, l'expert a expliqué que la lidocaïne, selon le Compendium suisse des médicaments (CSM), pouvait être utilisée seule dans le cas d'une AVR. Il a ensuite indiqué que les 20 ml de Rapidocaïne® n'avaient en aucun cas été injectés dans le cadre de l'AVR dont avait bénéficié l'appelant, ni en complément d'anesthésie par le chirurgien. De même, pour l'expert, la Rapidocaïne®

n'avait pas été injectée dans le cadre d'un bloc axillaire, qui ne pouvait pas avoir été réalisé ce jour-là sur l'appelant.

L'expert a précisé qu'il n'y avait « pas d'effet potentialisant des effets désirés et toxiques entre la lidocaïne HCl et le chlorhydrate de chloroprocaine en cas de mélange de ces deux agents ». Il a ajouté qu'il y avait simplement un effet additif des effets désirés et des effets toxiques. Il a en outre indiqué que le fait qu'une ampoule de Rapidocaïne® ait été facturée n'impliquait en rien qu'elle ait été injectée, beaucoup de « produits » étant ajoutés dans un set chirurgical, « (au cas où) », et restant inemployés. Selon les connaissances de l'expert, la lidocaïne et la chloroprocaine peuvent être utilisées en même temps, dans le cadre d'une même opération, sans risque connu pour le patient, à la condition expresse néanmoins qu'il soit tenu compte de l'effet additif anesthésique mais aussi toxique, en mg/kg, pour chaque agent.

Pour l'expert, 50-200 mg de Rapidocaïne®, ajoutés aux 40 ml d'Ivracaine (200mg) utilisés pour l'AVR, n'auraient pas été à même de provoquer les conséquences neurologiques plexiques rencontrées par la suite par l'appelant. De surcroît, l'expert a indiqué que dans le cadre d'une AVR, où le produit anesthésique injecté en intraveineux ne pouvait pas atteindre le corps dans son entier en bolus à cause du garrot, des doses totales en mg/kg raisonnablement supérieures aux doses maximales recommandées pouvaient être admises vu la fixation progressive dans les tissus distaux au garrot de l'agent injecté. L'expert a précisé qu'il pensait, « en conscience », qu'il n'y avait pas eu de lidocaïne HCl utilisée dans le cas présent, ni en AVR, ni en infiltration, ni en bloc plexique. Il a répété que le fait qu'une ampoule de Rapidocaïne® ait été facturée n'impliquait pas forcément que le produit ait été injecté, même en partie. L'expert a enfin indiqué que, pour l'anesthésiste et la clinique, le bloc plexique était trois fois plus intéressant financièrement qu'une AVR.

e) Le Prof. L. _____ a été entendu en qualité d'expert lors de l'audience d'instruction du 30 janvier 2018. A cette occasion, il a notamment indiqué que, selon lui, le choc lui-même, soit celui survenu lors de l'accident

subi par l'appelant le 26 novembre 2003, aurait pu aisément causer des lésions de type causalgique avec ou sans atteinte du plexus brachial. Il a précisé que de telles lésions auraient pu survenir quelques mois plus tard, sans intervention. Il a certifié que personne n'avait jamais touché le plexus brachial de l'appelant durant l'opération en cause et a au contraire confirmé qu'une anesthésie veineuse régionale avait été effectuée à cette occasion.

38. a) Lors de la procédure de première instance, une seconde expertise médicale a été confiée au Dr K._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, lequel a rendu son rapport en date du 10 mars 2021.

L'expert K._____ y a indiqué qu'il avait procédé à une séance de mise en œuvre avec les conseils des parties, suivie de l'examen médical de l'appelant et d'une analyse du dossier médical, lors de laquelle il avait retranscrit les différents courriers et rapports médicaux concernant l'appelant. Il s'est ensuite déterminé sur les allégués des parties qui lui avaient été soumis.

L'expert a dû se déterminer en premier lieu sur la question de savoir si un des risques éventuels induits par une infiltration du tunnel carpien au moyen d'une ampoule de Diprophos était de développer un kyste synovial du poignet. A ce propos, il a tout d'abord rappelé que l'appelant lui avait décrit le développement du kyste dans les suites immédiates de son accident du 26 novembre 2003, mais que tous les documents médicaux à disposition s'accordaient pour dater son apparition dans le courant de l'été 2004, lorsque l'appelant avait repris le travail et était redevenu symptomatique. Pour l'expert, le lien de causalité naturelle entre ce kyste et l'accident de travail de l'appelant devait être clairement exclu en raison du délai d'apparition et aussi de l'action vulnérante du poignet, « totalement inappropriée pour fragiliser une capsule articulaire permettant le développement d'un kyste arthrosynovial ». L'expert a précisé que l'immense majorité de ce type de kyste survenait sans aucune notion de traumatisme ni facteur déclenchant, ce qui semblait bien avoir aussi été le cas pour l'appelant. L'expert a également nié l'existence d'un lien de

causalité naturelle entre le kyste arthrosynovial du poignet et l'infiltration cortisonnée du tunnel carpien du fait que cette infiltration n'avait pas été faite dans une capsule articulaire, mais dans les tissus mous du tunnel carpien et que, de toute façon, « ce type d'infiltration ne saurait en aucun cas pouvoir causer l'apparition d'un tel kyste ».

L'expert a confirmé que la symptomatologie ressentie par l'appelant revêtait probablement un « caractère gravissime ». Il a notamment observé à cet égard que le rapport kinésithérapique du 22 janvier 2011 de M. FN._____, adressé à la Dresse EI._____, indiquait en effet une amyotrophie du membre supérieur gauche, mais également du membre inférieur gauche, de gravité indéterminée en l'absence de toutes mesures de périmètres des quatre membres.

L'expert a confirmé que la décompression chirurgicale du tunnel carpien était indiquée dans le cas de l'appelant, en même temps que l'excision du kyste arthrosynovial qui s'était formé dans le voisinage. Il a précisé qu'une atteinte nerveuse sévère, malade (resserrement canalaire) ou traumatique (contusion) pouvait occasionner toute une série de lésions pouvant aller avec le temps jusqu'au développement d'une fibrose, qui était alors par ailleurs plutôt épineurale qu'endoneurale. Il a relevé que les anciens traités de médecine documentaient bien les cas dépassés de syndrome neurologique canalaire chroniques aux graves conséquences, mais il a précisé que cela devenait rare aujourd'hui car ces patients étaient opérés bien avant ces stades tardifs. Il a indiqué qu'un nerf comprimé risquait de subir des dégâts définitifs, en cas de compressions sévères et prolongées. Il a ajouté qu'aujourd'hui, la décompression chirurgicale d'un nerf n'était plus réservée aux cas extrêmes risquant de laisser des dégâts définitifs, mais se faisait généralement déjà à des stades plus modestes d'inconfort persistant ou récidivant. L'expert a toutefois indiqué qu'il était faux de dire que le nerf médian de l'appelant avait été contusionné lors de l'accident du 26 novembre 2003. En effet, il a rappelé que le lien de causalité naturelle entre l'état du nerf médian en été 2004 et l'accident survenu le 26 novembre 2003 devait être clairement nié pour les raisons suivantes :

1. Dans l'immense majorité des cas, un syndrome du tunnel carpien survenait sans aucune notion de traumatisme ni de facteur déclenchant.
2. Une partie significative des syndromes du tunnel carpien étaient bilatéraux, comme dans le cas d'espèce, ce qui parlait pour l'intervention de facteurs constitutionnels ou généralisés dépassant une atteinte uniquement focale.
3. Un syndrome du tunnel carpien modéré, comme dans le cas d'espèce, pouvait très bien être asymptomatique (par exemple à la main droite), pour n'être que révélé, mais pas forcément causé par une contusion (par exemple à la main gauche).
4. Même si l'accident du [recte] 26 novembre 2003 avait temporairement aggravé l'état de la main gauche de l'appelant, l'évolution avait initialement été favorable, notamment après une infiltration cortisonée pour permettre la reprise du travail et la disparition temporaire de la symptomatologie en été 2004. Dès lors, on pouvait rétrospectivement postuler que le *status quo sine* de l'accident du 26 novembre 2003 avait dû être retrouvé au plus tard après six mois.

L'expert a indiqué que l'intervention chirurgicale pratiquée par l'intimé 3 était appropriée compte tenu de l'apparition du kyste arthrosynovial et de la réapparition des symptômes d'un syndrome du tunnel carpien gauche. Il a en outre confirmé que ladite intervention avait été effectuée conformément aux règles de l'art médical, le protocole opératoire et d'anesthésiologie décrivant tous deux « une intervention *lege artis* ».

L'expert a confirmé que l'intervention effectuée par l'intimé 3 ne comportait qu'un faible risque de complication, lequel était inférieur à 1%.

A la question de savoir si l'intervention chirurgicale pratiquée par l'intimé 3 s'était déroulée sans complication, l'expert a exposé que, de son côté, le patient se souvenait clairement de deux douleurs survenues au début de l'intervention chirurgicale, alors que les autres souvenirs étaient flous. Il a relevé que de leurs côtés, l'intimé 3 et l'intimée 2 n'avaient mentionné aucune complication lorsqu'ils avaient été entendus par le Prof. L. _____ dans le cadre de son expertise. L'expert a ensuite indiqué que les documents à disposition, notamment le protocole d'anesthésie – qui semblait consciencieusement rempli et dont la valeur probante lui semblait établie – ne mentionnait non seulement rien d'anormal, mais attestait spécifiquement que tout s'était déroulé sans complication. De surcroît, l'expert a expliqué qu'un bloc plexuel était matériellement impossible à piquer à l'endroit-même où un volumineux garrot à double voie était en place. Il a précisé qu'il aurait fallu pour cela retirer le garrot précocement au risque de tuer le patient (en raison de la libération subite massive d'anesthésiant dans la circulation), puis administrer rapidement une nouvelle dose d'anesthésiant dans le plexus au risque de le tuer à nouveau (en raison d'un surdosage cumulatif). Selon l'expert, même si le patient avait survécu à tout cela, le temps nécessaire à ce soi-disant complément d'anesthésie et l'attente de son effet auraient largement dépassé les durées d'intervention notifiées dans le protocole d'anesthésie. L'expert s'est pour le surplus référé aux constatations ressortant de l'expertise réalisée par le Prof. L. _____ en 2015.

L'expert a indiqué que l'appelant avait pu quitter la clinique environ trois heures après la fin de l'opération, de son propre aveu sans douleur, ce qui parlait pour des suites post-opératoires simples. Il a confirmé que l'intimé 3 n'avait commis aucune violation des règles de l'art médical susceptible d'avoir causé un dommage à l'appelant, aucune des pièces médicales à disposition ne contenant d'indice en ce sens.

L'expert a confirmé qu'il n'y avait pas eu de récurrence du kyste enlevé par l'intimé 3.

A la question de savoir si des facteurs non organiques extérieurs à l'accident ainsi que des troubles importants du comportement jouaient un rôle dans l'évolution particulièrement défavorable du cas, l'expert a indiqué que le Dr EE. _____ n'était pas le seul à relever l'intervention possible de facteurs non somatiques chez l'appelant. Il a, pour sa part, indiqué qu'il ne pouvait rétrospectivement pas se prononcer sur ce point, mais seulement en suspecter l'existence lors de son examen actuel.

L'expert a confirmé que sur le plan neurologique, il n'y avait pas eu de lésion du système nerveux de l'appelant découlant de l'accident de 2003 et de ses suites. Il a précisé que le *statu quo sine* de cet accident avait été retrouvé au plus tard après six mois, et cela avec un degré de vraisemblance hautement prépondérant.

L'expert a indiqué que si la plupart des médecins qui avaient été consultés par l'appelant retenaient effectivement l'anamnèse d'une anesthésie par bloc axillaire, cela n'avait manifestement pas été le cas, étant précisé qu'il partageait sur ce point les conclusions de l'expertise médicale du Prof. L. _____. Il a ajouté que les examens effectués par les médecins consultés par l'appelant avaient permis de diagnostiquer une atteinte fonctionnelle et inflammatoire du plexus brachial gauche dont on ne pouvait retenir que la valeur descriptive, mais pas les considérations causales ni le diagnostic puisque ces médecins n'étaient peut-être pas informés que l'appelant présentait déjà, avant l'opération, des troubles neurologiques mal systématisés, dépassant ceux d'une simple neuropathie du médian au tunnel carpien. Pour l'expert, ces médecins avaient donc clairement été induits en erreur dans leurs conclusions.

L'expert a indiqué que le rapport kinésithérapique du 22 janvier 2011 de M. FN. _____, adressé à la Dresse EI. _____, était différent des constatations cliniques observées au jour de son expertise, soit dix ans plus tard. Il a ajouté qu'il était également différent des autres examens faits à l'époque et notamment de ceux réalisés dans le cadre de l'expertise multidisciplinaire du DN. _____ les 27 mai au 5 juin 2009. L'expert a indiqué que lors de son examen médical, l'appelant avait été parfois en

mesure de se lever de son siège et de se déplacer sans problème apparent, mais de façon démonstrative, voire théâtrale. Il a relevé que la main gauche de l'appelant participait à certains gestes bimanuels et à la manipulation de quelques objets légers tels que des feuilles, précisant toutefois que durant son examen l'appelant n'avait pas cherché des documents dans sa serviette. Il a en outre indiqué que son expertise avait permis de constater des mouvements de préhension et d'extension de la main gauche, associés aux dires du patient à des douleurs et à une faiblesse, comme d'ailleurs dans le reste du membre supérieur gauche. L'expert n'a pas pu constater la fonctionnalité de préhension et d'extension à « l'insu » de l'appelant, lorsque ce dernier « s'oubliait ». Il a en revanche confirmé que les images de vidéo-surveillance corroboraient l'utilisation encore possible du membre supérieur gauche de l'appelant pour des gestes tels que se lever de son siège, se déplacer, porter des documents à bout de doigt, chercher des documents dans sa serviette, ce qui attestait d'une fonctionnalité à la fois de préhension et d'extension.

L'expert a dû se déterminer sur la question de savoir si les troubles traumatiques, plus particulièrement ceux éventuellement liés à l'intervention chirurgicale, n'empêchaient pas l'appelant d'exercer à 100% une activité adaptée, ménageant son membre supérieur non dominant. Sur ce point, il a répondu qu'il n'y avait aucun trouble traumatique, de surcroît susceptible d'être mis en lien de causalité avec l'intervention chirurgicale, de sorte que le reste de la question devenait sans objet.

Interrogé sur la question de savoir si, dans ses activités quotidiennes, l'appelant était autonome, l'expert a indiqué que, de façon incohérente, celui-ci avait dû se faire habiller et déshabiller par son épouse lors de l'examen clinique alors qu'il admettait pouvoir conduire sa voiture sur une soixantaine de kilomètres. Par ailleurs, l'expert a relevé que l'amyotrophie résiduelle de l'hémicorps gauche constatée à l'examen clinique restait modeste et ne saurait expliquer une impotence grave. Selon l'expert, l'intervention de facteurs non somatiques était donc très probable.

L'expert a dû indiquer s'il était inexact et infondé de dire qu'il était surprenant que l'intimé 3, s'agissant d'un patient qu'il n'avait plus revu depuis le 13 avril 2005, avait découvert que celui-ci pouvait présenter un syndrome de Parsonage-Turner ou autrement dit, une plexopathie brachiale aiguë ou névralgie amyotrophiante de l'épaule. Il a répondu qu'au contraire, le syndrome de Parsonage-Turner restait le seul diagnostic permettant d'expliquer les troubles électroneurographiques et radiologiques (IRM) du plexus brachial gauche de l'appelant, compte tenu du fait que l'hypothèse d'un bloc axillaire devait être formellement écartée. Pour l'expert, rétrospectivement, on pouvait même suspecter la présence de quelques prodromes de syndrome de Parsonage-Turner (à un stade avant l'amyotrophie), déjà présents avant l'opération car les troubles neurologiques dépassaient déjà ceux d'un simple syndrome du tunnel carpien bilatéral. L'expert a expliqué qu'il était bien connu que ce syndrome de Parsonage-Turner pouvait survenir spontanément ou être déclenché lors d'événements tels qu'une infection (respiratoire en particulier), une vaccination ou une sérothérapie, un geste chirurgical quel qu'il soit, un traumatisme bénin, la grossesse et l'accouchement, une infection au Covid-19, etc. Il a précisé que le mécanisme causal exact restait inconnu. Il a ajouté que dans 2/3 des cas, le tableau clinique était caractéristique du fait de l'atteinte amyotrophiante de l'épaule mais que, dans 1/3 des cas, il l'était beaucoup moins avec des extensions inhabituelles et des pronostics plus sévères. Il a expliqué qu'il existait notamment des formes extrabrachiales, en particulier associées à des atteintes du plexus lombo-sacré, connues aussi sous l'appellation de syndrome de FR._____, des atteintes de nerfs crâniens (surtout dans la forme héréditaire du syndrome), des atteintes du nerf spinal et du nerf phrénique. Cela étant, il a considéré que le cas d'espèce était particulièrement suspect d'une névralgie amyotrophiante, avec extension extrabrachiale en raison de l'atteinte de tout l'hémicorps gauche et la dyspnée dans sa phase aiguë au printemps 2005. L'expert a également noté qu'il existait aussi des formes génétiquement déterminées de névralgie amyotrophiante qui pouvaient s'accompagner d'une dysmorphie mineure prédominant sur le visage (comme le signalait le patient), pour lesquelles on pouvait aujourd'hui rechercher le gène muté de

la protéine SEBT9 sur le chromosome 17q25 (forme dominante). Il a indiqué que, quoi qu'il en soit, l'appelant avait développé une forme assez extensive de névralgie amyotrophiante, sans qu'il ne soit nécessaire d'évoquer l'intervention de troubles somatoformes.

L'expert a indiqué qu'il était faux de dire que le syndrome de Parsonage-Turner était assez aisément diagnosticable par l'exploration électromyographique et que son évolution était favorable sur une période maximale de trois années. Selon lui, il s'agit d'un diagnostic d'exclusion qui repose toujours sur un faisceau de présomptions associant l'anamnèse à des constatations objectivables. Dans le cas d'espèce, l'expert a souligné que les constatations électroneurophysiologiques et la neuropathie visible à l'IRM évoquaient clairement une plexopathie inflammatoire, mais que le diagnostic de syndrome de Parsonage-Turner n'avait malheureusement pas été retenu en raison de l'anamnèse inexacte de bloc axillaire. Cela était d'autant plus regrettable pour l'expert que « les fausses déclarations du patient » l'avaient privé du bon diagnostic et peut-être du bon traitement (corticothérapie dans la phase aiguë pour traiter l'inflammation susceptible de laisser des séquelles telles qu'une fibrose épineurale). L'expert a précisé qu'en effet, si l'évolution était classiquement favorable avec récupération dans 89% des cas à trois ans, d'autres études avaient rapporté des récupérations beaucoup plus lentes, parfois récidivantes et parfois même incomplètes.

L'expert a indiqué que le diagnostic de syndrome de Parsonage-Turner n'avait pas été retenu par les divers praticiens européens, ni d'ailleurs par ceux du DN. _____, dès lors qu'ils avaient été induits en erreur par la fausse notion de bloc axillaire, orientant les recherches vers une cause iatrogène. Pour l'expert, les constatations exactes restaient la neuropathie du plexus brachial gauche et son caractère radiologique inflammatoire. L'anamnèse faussée n'avait malheureusement pas permis de conclure à une névralgie amyotrophiante brachiale et extrabrachiale comme ce fut manifestement le cas. L'expert a également indiqué qu'il était faux de dire que, par ailleurs et compte tenu des soins et du temps écoulé, les douleurs induites par ce symptôme auraient disparu. Il a relevé que le

caractère bénin de cette maladie n'était pas la règle, comme on le pensait auparavant, même chez les formes non héréditaires.

L'expert a expliqué qu'on savait aujourd'hui que le syndrome de Parsonage-Turner ou névralgie amyotrophiante n'atteignait pas uniquement les fibres motrices, mais également sensibles, ce qui était souvent sous-diagnostiqué et associé à des dysesthésies pouvant être très douloureuses. Il a précisé que comme pour l'amyotrophie, la situation sensitive n'était aujourd'hui plus la même qu'en 2011 avec des séquelles manifestement modestes vu que la main gauche de l'appelant pouvait être utilisée pour tourner les pages d'un journal, le volant d'une voiture ou pour tenir des objets tels qu'un téléphone portable. Il a indiqué que les conclusions tirées de la vidéo-surveillance du 9 février 2012 effectuée par les détectives privés FS._____ et FT._____ lui semblaient appropriées. Selon lui, ces conclusions corroboraient l'intervention vraisemblable de phénomènes non somatiques de majoration, comme déjà relevé lors de son expertise, ainsi que lors d'autres examens faits à l'époque. L'expert a précisé que la vidéo-surveillance semblait bien attester l'utilisation par l'appelant de son membre supérieur gauche dans des tâches légères. Elle ne montrait cependant pas si celui-ci était également utilisable pour des efforts lourds et répétitifs en hauteur. Vu que l'on constatait aujourd'hui encore une amyotrophie modeste de ce membre, l'expert a précisé qu'il n'exclurait pas forcément une gêne réelle de son utilisation dans les efforts importants ou mouvements prolongés en hauteur.

L'expert a considéré que, pour toutes les raisons qu'il avait mentionnées dans son expertise, on pouvait considérer que l'appelant était indépendant dans la plupart des actes de sa vie courante, malgré une probable faiblesse résiduelle du membre supérieur gauche. Professionnellement, il a indiqué qu'une « activité légère se déroulant sur un plan de travail rabaissé ou principalement monomanuel droit » devrait être exigible. Il a précisé qu'en l'absence d'impotence véritable, l'assistance démonstrative de son épouse semblait peu crédible.

L'expert n'a pas été en mesure de se déterminer sur l'allégué 743 dès lors qu'il n'avait pas vu la vidéo de la caméra de surveillance de C._____. Il a toutefois indiqué que les constatations objectivables devraient être compatibles avec une pleine exigibilité des activités ménagères de l'appelant. Il a en outre précisé que l'état somatique de ce dernier était certainement sans aucun lien de causalité naturelle avec l'intervention pratiquée par l'intimé 3. Selon lui, les éventuelles limitations résiduelles de l'appelant, probablement modestes, constituaient des facteurs indépendants liés à la névralgie amyotrophiante.

L'expert a expliqué qu'en 2005, il avait été posé le diagnostic d'algoneurodystrophie de Südeck du membre supérieur gauche de l'appelant, en raison de la présence de quelques troubles dystrophiques et d'une scintigraphie osseuse positive. Cette symptomatologie avait ensuite disparu au profit de celle d'une névralgie amyotrophiante aiguë qui n'avait été diagnostiquée que plus tard pour les raisons décrites dans l'expertise. Selon l'expert, sur le plan somatique, seul le diagnostic de névralgie amyotrophiante brachiale et extrabrachiale gauche pouvait être retenu avec des séquelles objectivables modestes. L'attitude de l'appelant, quant à elle, faisait probablement intervenir des phénomènes non somatiques de majoration.

L'expert a confirmé que les conclusions de la vidéo-surveillance du 6 janvier et du 2 février 2012 permettaient d'invalider les conclusions de la Dresse El._____ puisqu'elles étaient totalement incohérentes avec les conclusions de l'examen du 22 janvier 2011 de M. FN._____, physiothérapeute à Strasbourg. Selon l'expert, l'intervention de facteurs non somatiques de majoration semblait évidente. A son sens, les conclusions de cet examen n'étaient clairement plus valables en 2012 et probablement déjà avant, compte tenu du rapport du DN._____ établi en 2009.

Enfin, l'expert a confirmé que l'intimé 3 n'avait occasionné aucune séquelle invalidante à l'appelant, ni aucune séquelle non invalidante.

b) Le 22 décembre 2021, le Dr K._____ a déposé un rapport d'expertise complémentaire. En premier lieu, il y a indiqué que les conditions pour une intervention chirurgicale étaient clairement réunies dans le cas de l'appelant et que l'intervention réalisées *in casu* devenait nécessaire. Il a confirmé que les compressions sévères et prolongées d'un syndrome du tunnel carpien pouvaient avoir des conséquences graves avec des séquelles définitives. Il a ajouté que dans la doctrine médicale actuelle, on proposait des interventions chirurgicales avant d'en arriver à ce stade, comme cela avait été le cas chez l'appelant. Pour l'expert, l'opération de ce dernier n'avait donc été effectuée ni trop tôt ni trop tard mais de façon appropriée compte tenu des éléments décrits plus hauts.

Afin d'expliquer pourquoi il avait indiqué que le risque d'une complication significative suite à une décompression chirurgicale du tunnel carpien était inférieur à 1%, l'expert a exposé les résultats et les références d'une étude récente de 855'832 opérations pratiquées en Angleterre sur une période de 20 ans, qui avait conclu que la décompression du tunnel carpien était une opération sûre pour la plupart des patients avec un taux de complication significative (nécessitant un traitement hospitalier ou une réintervention chirurgicale) de moins de 0.1%.

39. a) La procédure de conciliation introduite le 19 avril 2011 par l'appelant contre les intimés n'ayant pas abouti, une autorisation de procéder lui a été délivrée le 9 juin 2011.

b) Par demande du 1^{er} juillet 2011, l'appelant a pris, avec suite de frais et dépens, les conclusions suivantes à rencontre des intimés :

« I. Les intimés, soit C._____, le Docteur D._____ et Madame F._____, sont les débiteurs du demandeur, Monsieur E._____, et lui doivent immédiat paiement de la somme de CHF 703'449, 70.- (sept cent trois mille francs suisses et 60 [*sic*] centimes), avec intérêt à 5% l'an, dès le jour du dépôt de la demande.

2. Les intimés, soit C._____, le Docteur D._____ et Madame F._____, sont les débiteurs du demandeur, Monsieur E._____, et lui doivent immédiat paiement de la somme de 7'658'398.- (sept millions six cent [sic] cinquante huit-mille trois cent quatre vingt-dix huit francs suisses), avec intérêt à 5% l'an, dès le jour du dépôt de la demande.

3. Les intimés, soit C._____, le Docteur D._____ et Madame F._____, sont les débiteurs du demandeur, Monsieur E._____, et lui doivent immédiat paiement de la somme de CHF 500'000.- (cinq cent mille francs suisses), avec intérêt à 5% l'an, dès le jour du dépôt de la demande.

4. Le requérant réserve toute amplification de son dommage futur. ».

Par réponse du 24 octobre 2011, les intimées 1 et 2 ont conclu au rejet des conclusions prises par l'appelant dans sa demande, avec suite de frais et dépens.

Dans sa réponse du 23 novembre 2011, l'intimé 3 a conclu, avec suite de frais et dépens, à ce que la demande de l'appelant soit rejetée, dans la mesure de sa recevabilité.

Les parties ont confirmé leurs conclusions respectives durant le second échange d'écritures.

c) L'audience de premières plaidoiries a eu lieu le 30 octobre 2013.

Une ordonnance de preuves, ainsi qu'une ordonnance de preuves complémentaire ont été rendues respectivement les 9 janvier et 6 juin 2014.

d) Par courrier du 21 novembre 2014, l'appelant a requis notamment l'introduction en procédure d'un rapport d'expertise établi le 9 juillet 2014 par le Prof. J._____, spécialiste en anesthésiologie, qui avait été transmis à la Cour des assurances sociales le 10 juillet 2014 dans le cadre de la cause opposant l'appelant à la SUVA.

Par ordonnance du 24 mars 2015, le Juge délégué de la chambre patrimoniale a déclaré ce rapport d'expertise irrecevable à la procédure, au motif qu'il avait été produit de manière tardive.

Par courrier du 18 juillet 2017, l'appelant a renouvelé sa réquisition tendant à ce que ledit rapport soit versé au dossier.

Le 1^{er} novembre 2017, le Juge délégué de la chambre patrimoniale a rendu une nouvelle ordonnance, par laquelle il a déclaré cette pièce irrecevable pour les mêmes motifs que ceux qui avaient été évoqués dans son ordonnance du 24 mars 2015.

Lors d'une audience d'instruction tenue le 30 janvier 2018, l'appelant a à nouveau requis que le rapport d'expertise précité soit versé au dossier. A cette occasion, la Juge déléguée de la chambre patrimoniale a renvoyé les parties à l'ordonnance d'instruction rendue le 23 mars 2015, précisant que celle-ci avait d'ores et déjà statué sur cette question.

e) Lors d'une audience d'instruction tenue le 6 octobre 2020, l'appelant, R._____ et FV._____ pour l'intimée 1, ainsi que l'intimé 3 ont été interrogés en qualité de parties. A cette même occasion, T._____ et IO._____ ont en outre été entendus en qualité de témoins.

Lors d'audiences d'instruction tenues respectivement les 21 octobre 2020 et 27 avril 2021, DZ._____ et V._____ ont été entendus en qualité de témoins.

Le 15 juillet 2022, le Service public fédéral de Belgique a adressé au Tribunal cantonal la commission rogatoire du témoin DF._____. Celui-ci y a précisé qu'il n'avait vu l'appelant qu'à une seule reprise.

Le 9 février 2023, le greffier délégué du Nederlandstalige Rechtbank Van Eerste Aanleg Brussel a adressé au Tribunal cantonal le procès-verbal de l'audition du témoin CJ._____. Celui-ci y a indiqué qu'il

était médecin retraité, spécialisé en médecine physique et rééducation, et que l'appelant était venu à trois reprises en consultation dans son cabinet.

f) Par décision du 4 août 2023, le Juge délégué de la chambre patrimoniale a ordonné, en application de l'art. 125 CPC, la limitation de la procédure à la question de savoir si une violation des règles de l'art avait été commise dans le cadre de la prise en charge médicale de l'appelant ensuite de son accident du 26 novembre 2003. Dans cette même décision, il a refusé la réquisition de l'appelant tendant à l'administration d'une contre-expertise, estimant cette requête tardive.

Le 17 août 2023, l'appelant a recouru contre cette décision, en concluant à son annulation en tant qu'elle refusait l'administration d'une contre-expertise et au renvoi de la cause au premier juge pour qu'il ordonne une telle mesure d'instruction.

Par arrêt du 7 septembre 2023, la Chambre des recours civile du Tribunal cantonal a déclaré ce recours irrecevable, au motif que l'appelant n'avait pas établi l'existence d'un risque de préjudice difficilement réparable en lien avec le rejet de sa réquisition tendant à la mise en œuvre d'une contre-expertise.

g) Une audience de plaidoiries finales a eu lieu le 2 octobre 2024. A cette occasion, l'appelant a requis que l'expertise du Prof. J. _____ du 9 juillet 2014, déposée le 21 novembre 2014, soit déclarée recevable et versée au dossier. Il a également requis que l'arrêt de la Cour des assurances sociales du 26 mai 2015, qu'il dit avoir produit en date du 16 mai 2017, soit déclaré recevable et versé au dossier. Il a enfin requis que soit mise en oeuvre une contre-expertise à l'expertise du Dr K. _____. Après avoir délibéré à huis clos, la chambre patrimoniale a informé les parties que les réquisitions présentées par l'appelant étaient rejetées.

En droit :

1.

1.1 L'appel est recevable contre les décisions finales de première instance (art. 308 al. 1 let. a CPC), dans les causes non patrimoniales ou dont la valeur litigieuse, au dernier état des conclusions, est de 10'000 fr. au moins (art. 308 al. 2 CPC).

Il doit être introduit auprès de l'instance d'appel, soit la Cour d'appel civile (art. 84 al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; BLV 173.01]), dans les 30 jours à compter de la notification de la décision motivée ou de la notification postérieure de la motivation (art. 311 al. 1 CPC).

La réponse doit être déposée dans un délai de trente jours (art. 312 al. 2 CPC).

1.2 En l'espèce, formé en temps utile par une partie qui a un intérêt digne de protection (art. 59 al. 2 let. a CPC) contre une décision finale de première instance rendue dans une cause patrimoniale dont la valeur litigieuse est supérieure à 10'000 fr., l'appel est recevable.

Déposées en temps utile et dans les formes prescrites, les réponses sont également recevables.

2. L'appel peut être formé pour violation du droit ainsi que 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 preuves effectuée par le juge de première instance et vérifie si celui-ci pouvait admettre les faits qu'il a retenus (ATF 138 III 374 consid. 4.3.1 ; TF 5A_902/2020 du 25 janvier 2021 consid. 3.3 ; TF 4A_238/2015 du 22 septembre 2015 consid. 2.2 ; JdT 2011 III 43 consid. 2 et les références citées).

Sous réserve des vices manifestes, l'application du droit d'office ne signifie pas que l'autorité d'appel doive étendre son examen à des moyens qui n'ont pas été soulevés dans l'acte d'appel. Elle doit se limiter aux griefs motivés contenus dans cet acte et dirigés contre la décision de première instance ; l'acte d'appel fixe en principe le cadre des griefs auxquels l'autorité d'appel doit répondre eu égard au principe d'application du droit d'office (cf. ATF 147 III 176 consid. 4.2.1 et 4.2.2 ; TF 5A_873/2021 du 4 mars 2022 consid 4.2 applicable en appel).

3.

3.1 L'appelant fait grief à la chambre patrimoniale d'avoir refusé d'admettre à la procédure le rapport d'expertise établi le 9 juillet 2014 par le Prof. J._____, ainsi que l'arrêt rendu par la Cour des assurances sociales le 26 mai 2015 dans la cause l'opposant à la SUVA, au motif de la prétendue tardiveté de sa demande à cette fin. Il produit à nouveau ces deux pièces à l'appui de son appel et fait valoir que celles-ci devraient être prises en compte. Il convient d'examiner successivement les arguments invoqués à ce propos, après avoir rappelé les principes applicables en la matière.

3.2

3.2.1 Aux termes de l'art. 229 al. 1 CPC, applicable au présent appel dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2025 (cf. art. 407f CPC), les faits et moyens de preuve nouveaux ne sont admis aux débats principaux que s'ils sont invoqués sans retard et que, alternativement, ils sont postérieurs à l'échange d'écritures ou à la dernière audience d'instruction (*nova* proprement dits ; let. a) ou, alors même qu'ils existaient avant la clôture de l'échange d'écritures ou la dernière audience d'instruction, ils n'ont pas pu

être invoqués antérieurement bien que la partie s'en prévalant ait fait preuve de la diligence requise (*nova* improprement dits ; let. b).

La loi ne fixe pas de délai dans lequel les *nova* doivent être invoqués pour que l'on puisse admettre qu'ils l'ont été « sans retard ». Le délai admissible ne peut être jugé indépendamment des circonstances, en particulier de la complexité des *nova*. Le tribunal doit bien plutôt décider selon son pouvoir d'appréciation, au regard des circonstances concrètes, si les *nova* ont été introduits en temps utile (TF 4A_70/2021 du 15 juillet 2021 consid. 4.2, RSPC 2021 p. 581).

La doctrine et la jurisprudence cantonale retiennent majoritairement que la réaction doit être rapide, l'introduction des *nova* devant intervenir au plus tard dans les cinq à dix jours dès leur découverte. Sans se prononcer sur les délais proposés par la doctrine, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 31 août 2017, estimé que, dans une affaire complexe, le fait d'alléguer des *nova* une trentaine de jours après la réception de la duplique ne les rendait pas encore irrecevables faute d'avoir été invoqués sans retard (TF 4A_61/2017 consid. 6.2.2). Dans un arrêt antérieur, il a évoqué un délai de dix jours, voire de deux semaines, en lien avec l'introduction de *nova* en appel selon l'art. 317 al. 1 let. a CPC, lequel pose la même condition (TF 4A_707/2016 du 29 mai 2017 consid. 3.3.2, RSPC 2017 p. 438). Dès lors que l'invocation sans retard tend à assurer la célérité de la procédure, il est en tous les cas exclu de laisser s'écouler plus de quelques semaines (TF 5A_141/2019 du 7 juin 2019 consid. 6.3).

3.2.2 La recevabilité des faits et moyens de preuve introduits pour la première fois au stade de la procédure d'appel est régie par l'art. 317 al. 1 CPC. Selon cette disposition, ceux-ci ne sont pris en considération que s'ils sont invoqués ou produits sans retard (let. a) et ne pouvaient être invoqués ou produits devant la première instance, bien que la partie qui s'en prévaut ait fait preuve de la diligence requise (let. b), ces deux conditions étant cumulatives (art. 317 al. 1 CPC ; Jeandin, Commentaire romand, Code de procédure civile, 2^e éd. [ci-après : CR-CPC], n. 6 ad art. 317 CPC). Il appartient à l'appelant de démontrer que ces

conditions sont réalisées, de sorte que l'appel doit indiquer spécialement de tels faits et preuves nouveaux et motiver spécialement les raisons qui les rendent admissibles selon lui (ATF 143 III 42 consid. 4.1, JdT 2017 II 342 ; TF 5A_266/2015 du 24 juin 2015 consid. 2.2.2).

Il convient de distinguer entre vrais et pseudo *nova*. Les premiers sont des faits ou moyens de preuve qui sont survenus après la fin des débats principaux de première instance (art. 229 al. 1 CPC). Leur recevabilité en appel n'est soumise qu'à la condition de l'allégation immédiate posée par l'art. 317 let. a CPC (TF 4A_76/2019 du 15 juillet 2020 consid. 8.1.1). Les pseudo *nova* sont des faits ou moyens de preuve qui existaient déjà au début des délibérations de première instance ; leur admissibilité est largement limitée en appel : ils sont irrecevables lorsque le plaideur aurait déjà pu les introduire dans la procédure de première instance s'il avait été diligent (ATF 143 III 42 consid. 4). Il appartient à la partie qui entend les invoquer devant l'instance d'appel de démontrer qu'elle a fait preuve de la diligence requise, ce qui implique notamment d'exposer précisément les raisons pour lesquelles le fait n'a pas pu être introduit en première instance (ATF 144 III 349 consid. 4.2.1 ; ATF 143 III 272 consid. 2.3).

Le Code de procédure civile part du principe que le procès doit se conduire entièrement devant les juges de première instance. A ce stade, chaque partie doit exposer l'état de fait de manière soigneuse et complète et amener tous les éléments propres à établir les faits jugés importants (TF 4A_547/2019 du 9 juillet 2020 consid. 3.1). La procédure d'appel n'a pas pour but de compléter le procès de première instance en permettant aux parties de réparer leurs propres carences, mais doit seulement permettre de contrôler et corriger le jugement de première instance à la lumière des griefs formulés à son encontre (ATF 142 III 412 consid. 2.2.2). La partie qui a été déchue du droit de faire valoir des faits et moyens de preuve en première instance faute de respecter les conditions posées par l'art. 229 CPC ne peut ainsi pas les présenter devant l'instance d'appel (Jeandin, CR-CPC, n. 9 ad art. 317 CPC).

3.3

3.3.1 Les premiers juges ont constaté que par décisions des 24 mars 2015 et 1^{er} novembre 2017, le Juge délégué de la chambre patrimoniale avait déclaré irrecevable l'expertise du Prof. J._____ du 9 juillet 2014 au motif que l'appelant avait produit cette pièce tardivement, soit plusieurs mois après en avoir pris connaissance. L'appelant ayant réitéré sa requête tendant à ce que ladite expertise soit versée au dossier lors de l'audience du 30 janvier 2018, les premiers juges ont considéré qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des décisions d'instruction précitées. Ils ont notamment relevé que l'appelant avait eu accès à ladite expertise dans les jours qui avaient suivi sa production auprès de la Cour des assurances sociales, qu'il ne l'avait toutefois produite dans la présente procédure qu'en date du 21 novembre 2014, soit plus de quatre mois après en avoir pris connaissance, et que le délai jurisprudentiel relatif à l'admission de *nova* n'avait donc pas été respecté. Dans ces conditions, ils ont estimé que la requête de l'appelant tendant à ce que le rapport d'expertise du Prof. J._____ soit déclaré recevable devait être rejetée.

S'agissant de l'arrêt de la Cour des assurances sociales du 26 mai 2015, la chambre patrimoniale a relevé qu'elle n'avait pas trouvé trace de sa production par l'appelant, ni d'une éventuelle décision de rejet rendue à ce propos. Cela étant, elle a considéré que l'on pouvait douter que la production de cet arrêt soit intervenue dans le délai jurisprudentiel applicable en matière de *nova*, puisque l'appelant avait lui-même indiqué ne l'avoir produit que deux ans après sa notification. De plus, les premiers juges ont relevé que ledit arrêt se déterminait sur des questions d'assurance et qu'il n'avait dès lors aucune incidence sur le présent litige, lequel portait uniquement sur le point de savoir si les règles de l'art avaient été violées par l'un des intimés. Selon la chambre patrimoniale, l'appelant n'avait ainsi aucun intérêt à pouvoir produire cette pièce dans la présente procédure, de sorte que sa requête à cette fin devait également être rejetée.

3.3.2 A l'appui de son grief, l'appelant fait valoir que le rapport d'expertise établi par le Prof. J._____ à l'attention de la Cour des assurances sociales lui a été notifié directement en date du 14 juillet 2014, mais qu'il ne bénéficiait alors pas de l'aide d'un conseil juridique dans la procédure pendante devant cette autorité. Il ajoute qu'à partir du 29 juillet 2014 et jusqu'au 14 septembre 2014, il était représenté « par deux avocats distincts dans les deux procédures juridiques distinctes dans (*sic*) lesquels il était partie, à savoir la présente procédure ainsi que la procédure l'opposant à la SUVA et à l'Assurance Invalidité par devant la Cour des assurances sociales du Tribunal Cantonal ». Il en déduit qu'avant le 14 septembre 2014 – date à laquelle Me Razi Abderrahim, qui le représentait déjà devant la Cour des assurances sociales, a été nommé pour l'assister dans la présente procédure comme conseil d'office –, on ne pouvait raisonnablement attendre de sa part qu'il produise le rapport d'expertise du Prof. J._____ auprès de la chambre patrimoniale. Au surplus, il relève qu'à compter du 14 septembre 2014, il était nécessaire de tenir compte d'un délai raisonnable pour permettre à Me Abderrahim de « prendre intégralement connaissance d'un dossier, complexe, s'étalant sur plusieurs années et constitué de plusieurs dizaines, voire centaines de pages ». Cela étant, il soutient que son avocat « a agi avec toute la diligence requise en produisant la dite expertise seulement quelques semaines après sa nomination d'office dans cette procédure ». Il observe encore que « le délai qui a été appliqué avec une extrême rigidité par l'autorité inférieure est un délai jurisprudentiel ». Or, il soutient que le fait d'appliquer strictement un délai jurisprudentiel dans ce contexte irait « à l'encontre du principe de proportionnalité, qui impose de privilégier la recherche de la vérité matérielle sur le respect formel des délais ». Compte tenu de tous ces éléments, il considère que le refus de verser le rapport d'expertise du Prof. J._____ au dossier constituerait une « violation manifeste du droit à une procédure équitable garanti par l'art. 29 al. 1 Cst. et l'article 6 al. 1 et 3 CEDH », ainsi qu'une interprétation erronée de l'art. 229 al. 1 CPC.

L'appelant fait en outre valoir que les « deux arrêts définitifs et exécutoires rendus par la Chambre des Assurances Sociales du Tribunal Cantonal » – dont seul celui rendu le 26 mai 2015 dans la cause l'opposant

à la SUVA a été produit à l'appui de l'appel – auraient dû être pris en compte « dans l'évaluation des preuves par la juridiction saisie ». S'agissant plus spécifiquement de l'arrêt du 26 mai 2015, l'appelant affirme l'avoir versé à la procédure en mai 2017 et reproche aux premiers juges d'avoir retenu qu'il ne figurait pas au dossier, arguant qu'une telle affirmation « repose[rait] uniquement sur une constatation matérielle, sans qu'aucune vérification approfondie n'ait été entreprise ». Il fait également grief à la chambre patrimoniale d'avoir considéré que même si cet arrêt avait été produit, son dépôt aurait été tardif au regard du délai jurisprudentiel applicable aux *nova*. A cet égard, il relève que la jurisprudence impose « une appréciation contextuelle de la tardiveté, notamment en tenant compte de la complexité du dossier et de la durée de la procédure », laquelle dure en l'occurrence depuis près de 20 ans. Enfin, il conteste l'argument avancé par l'autorité précédente selon lequel l'arrêt en question ne serait pas pertinent dans le cadre du présent litige, au motif qu'il ne statuerait que sur des questions d'assurance et non sur la violation des règles de l'art médical. Il soutient que pour déterminer si des prestations d'assurance devaient être versées, « la Cour des assurances sociales a nécessairement dû examiner l'origine des lésions et établir un lien de causalité naturel et adéquat entre l'opération litigieuse et [son] état de santé ». En conséquence, les conclusions de la Cour des assurances sociales seraient selon lui « pleinement pertinentes pour le présent litige et leur rejet sans justification valable constitue[rait] une violation du principe de cohérence procédurale et une erreur manifeste d'appréciation ».

3.3.3

3.3.3.1 En l'espèce, l'appelant admet avoir eu connaissance du rapport d'expertise du Prof. J. _____ le 14 juillet 2014, date à laquelle il en a reçu copie de la Cour des assurances sociales. L'appelant était alors assisté d'un avocat dans la présente procédure civile. Aussi, il lui incombait de fournir à son conseil tous les éléments qu'il estimait pertinents pour les besoins de cette procédure, indépendamment du fait qu'il n'était pas représenté par

un mandataire professionnel dans le cadre de la cause pendante devant la Cour des assurances sociales.

En outre, l'appelant admet qu'à compter du 29 juillet 2014, il était assisté d'un avocat aussi bien devant la chambre patrimoniale que devant la Cour des assurances sociales. On pouvait dès lors attendre de sa part, à tout le moins depuis cette date, qu'il communique, par le biais de son conseil d'office désigné dans la procédure en matière d'assurances sociales, une copie du rapport d'expertise précité à son conseil d'office désigné dans la procédure civile aux fins que ce dernier évalue l'opportunité de le produire. Or, ledit rapport n'a été produit devant la chambre patrimoniale qu'en date du 21 novembre 2014, soit près de quatre mois plus tard, ce qui est manifestement tardif au regard de l'exigence de célérité posée par l'art. 229 al. 1 CPC en matière d'introduction de *nova*. L'appelant ne peut rien tirer du fait qu'entre le 29 juillet et le 14 septembre 2014, il n'était pas représenté par le même avocat dans les deux procédures susmentionnées. Compte tenu de la connexité des faits y relatifs, on pouvait raisonnablement attendre de ses avocats qu'ils se communiquent, dans son intérêt, un moyen de preuve administré dans l'une des procédures mais pouvant être éventuellement pertinent dans le cadre de l'autre procédure.

Quoi qu'il en soit, l'appelant admet qu'à partir du 14 septembre 2014, il avait le même conseil d'office auprès de la Cour des assurances sociales et de la chambre patrimoniale, à savoir Me Razi Abderrahim. Or, ce n'est que le 21 novembre 2014, soit environ dix semaines plus tard, que ce dernier a produit le rapport d'expertise du Prof. J._____ devant la chambre patrimoniale. Un tel délai excède manifestement la durée qui peut être considérée comme admissible pour l'introduction de *nova* dans la procédure au regard des exemples cités dans la jurisprudence précitée, indépendamment même de la « complexité du dossier » dont se prévaut l'appelant. On ne saurait en effet retenir qu'une partie assistée d'un avocat ait besoin de plus de deux semaines pour prendre connaissance d'un rapport d'expertise – qui comprenait en l'occurrence seulement six pages –

et décider de l'opportunité de l'introduire dans une procédure tierce, fût-elle complexe.

En définitive, c'est à juste titre que les premiers juges ont considéré que la requête de l'appelant tendant à ce que le rapport d'expertise du Prof. J. _____ soit déclaré recevable devait être rejetée, la production de cette pièce étant intervenue tardivement et ne respectant donc pas les conditions posées par l'art. 229 al. 1 CPC.

3.3.3.2 Les considérations qui précèdent valent *mutatis mutandis* en ce qui concerne la production par l'appelant de l'arrêt rendu par la Cour des assurances sociales le 26 mai 2015. Même à admettre que l'appelant aurait, comme il l'affirme, produit cet arrêt devant la chambre patrimoniale en novembre 2017, une telle production, intervenue deux ans et demi après sa notification, serait manifestement tardive au sens de l'art. 229 al. 1 CPC et par conséquent irrecevable. L'appelant n'expose d'ailleurs pas pour quels motifs il n'aurait pas pu produire ledit arrêt antérieurement en faisant preuve de la diligence requise. Il se borne en effet à soutenir qu'il conviendrait de procéder à « une appréciation contextuelle de la tardiveté, notamment en tenant compte de la complexité du dossier et de la durée de la procédure ». De telles circonstances ne sauraient toutefois justifier le fait d'avoir attendu plus de deux ans pour solliciter l'introduction de cette décision comme *nova* dans la présente procédure. Ce constat vaut d'autant plus qu'au moment de la notification de l'arrêt en question, l'appelant était assisté du même conseil dans la procédure ouverte devant la Cour des assurances sociales et dans celle pendante devant la chambre patrimoniale ; ce dernier était dès lors en mesure d'apprécier rapidement l'opportunité de le produire au titre de *nova* dans la procédure civile.

En définitive, c'est à bon droit que les premiers juges ont refusé d'admettre ledit arrêt à la procédure au motif de sa production tardive.

Par surabondance, on relèvera que cette pièce n'est de toute manière pas pertinente pour l'issue du présent litige. En effet, comme l'ont relevé les premiers juges, il s'agit ici d'examiner si les intimés ont violé leurs

obligations contractuelles de manière fautive dans le cadre de la prise en charge médicale de l'appelant. Or, cette question n'était pas l'objet de la procédure ayant opposé l'appelant à la SUVA et n'a donc pas été traitée par la Cour des assurances sociales dans l'arrêt en cause. Dans ces circonstances, on ne voit pas quel intérêt l'appelant aurait eu à pouvoir l'introduire dans la présente procédure.

3.3.3.3 Il n'y a pas non plus lieu d'admettre la recevabilité du rapport d'expertise du Prof. J._____ et de l'arrêt de la Cour des assurances sociales du 26 mai 2015 – produits par l'appelant à l'appui de son appel (cf. pièces 1 et 2 du bordereau du 5 mars 2025) – sous l'angle de l'art. 317 al. 1 CPC. Au vu des motifs exposés précédemment, l'appelant aurait en effet pu introduire valablement ces pièces dans la procédure de première instance, ce qu'il a omis de faire. Dans ces conditions, il ne saurait s'en prévaloir au stade de l'appel, dès lors qu'il ne s'agit pas de *nova* recevables au sens de l'art. 317 al. 1 CPC. Il en va de même des allégués figurant sous chiffre V du mémoire d'appel et qui sont fondés sur ces mêmes moyens de preuve (cf. all. 1 à 11, ainsi que 17 et 18 ad pp. 3 à 5 de l'appel).

En ce qui concerne les autres pièces produites à l'appui de l'appel

(cf. pièces 4 à 12 du bordereau du 5 mars 2025), celles-ci figuraient déjà au dossier de première instance, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'examiner leur recevabilité au regard des conditions posées par l'art. 317 al. 1 CPC.

4.

4.1 L'appelant conteste la valeur probante des expertises réalisées par les Drs K._____ et L._____, arguant en substance que leurs conclusions seraient contredites par plusieurs éléments du dossier. Il reproche en outre aux premiers juges d'avoir rejeté sa requête tendant à la mise en œuvre d'une contre-expertise à l'expertise du Dr K._____ et sollicite qu'une telle mesure d'instruction soit administrée dans le cadre de la procédure d'appel. A nouveau, on examinera successivement les

arguments invoqués à ce propos, après avoir rappelé les principes applicables en la matière.

4.2

4.2.1 Conformément à l'art. 316 al. 3 CPC, l'instance d'appel peut librement décider d'administrer des preuves : elle peut ainsi ordonner que des preuves administrées en première instance le soient à nouveau devant elle, faire administrer des preuves écartées par le tribunal de première instance ou encore décider l'administration de toutes autres preuves. Néanmoins, cette disposition ne confère pas à l'appelant un droit à la réouverture de la procédure probatoire et à l'administration de preuves. Le droit à la preuve, comme le droit à la contre-preuve, découlent de l'art. 8 CC ou, dans certains cas, de l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), dispositions qui n'excluent pas l'appréciation anticipée des preuves (cf. not. ATF 138 III 374 consid. 4.3.1 ; ATF 133 III 189 consid. 5.2.2 ; ATF 133 III 295 consid. 7.1).

Il s'ensuit que l'instance d'appel peut rejeter la requête de réouverture de la procédure probatoire et d'administration d'un moyen de preuve déterminé présentée par l'appelant si celui-ci n'a pas suffisamment motivé sa critique de la constatation de fait retenue par la décision attaquée (ATF 138 III 374 précité consid. 4.3.2 et les références citées).

Elle peut également refuser une mesure probatoire en procédant à une appréciation anticipée des preuves, lorsqu'elle estime que le moyen de preuve requis ne pourrait pas fournir la preuve attendue ou ne pourrait en aucun cas prévaloir sur les autres moyens de preuve déjà administrés par le tribunal de première instance, à savoir lorsqu'il ne serait pas de nature à modifier le résultat des preuves qu'elle tient pour acquis (cf. ATF 138 III 374 *loc. cit.* ; ATF 131 III 222 consid. 4.3 ; ATF 129 III 18 consid. 2.6). Si l'instance d'appel doit procéder à l'administration d'une preuve nouvelle ou instruire à raison de faits nouveaux, son pouvoir sera limité par les restrictions de l'art. 317 CPC (Jeandin, *op. cit.*, n. 9 ad art. 316 CPC).

4.2.2

4.2.2.1 Le juge apprécie librement la force probante des preuves en fonction des circonstances concrètes, sans être lié par des règles légales et sans être obligé de suivre un schéma précis (art. 157 CPC ; ATF 143 III 297 consid. 9.3.2 ; ATF 133 I 33 consid. 2.1 ; TF 4A_394/2022 du 27 décembre 2021 consid. 2.2 ; TF 5A_250/2012 du 18 mai 2012 consid. 7.4.1). Il lui appartient d'apprécier dans leur ensemble tous les moyens de preuve apportés, en évaluant la crédibilité de chacun d'eux (TF 5A_812/2015 du 6 septembre 2016 consid. 5.2 ; TF 4A_394/2009 du 4 décembre 2009 consid. 2.4, RSPC 2010 p. 147).

4.2.2.2 L'expert judiciaire, par ses connaissances, communique au juge soit les faits d'expérience, soit les connaissances de sa discipline, recherche pour le tribunal les faits pertinents ou tire des conclusions objectives de faits déjà existants (ATF 118 la 144 consid. 1c ; TF 4A_85/2017 du 4 septembre 2017 consid. 2.2.1 ; TF 4A_478/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4.1).

Le juge apprécie librement la force probante d'une expertise, comme tout moyen de preuve. L'expertise revêt une valeur probante lorsqu'elle est complète, compréhensible et concluante. Le tribunal doit examiner si l'expertise répond à toutes les questions en se basant sur les faits pertinents et procéder à une appréciation du résultat auquel parvient l'expert. Le juge doit en principe s'en tenir à la version retenue par l'expert, à moins que ses conclusions reposent sur des constatations manifestement inexactes ou contradictoires. Il ne peut s'écarter des conclusions de l'expert qu'en présence de raisons majeures, lorsque le rapport d'expertise contient des contradictions, lorsqu'une détermination de son auteur vient le démentir sur des points importants, lorsqu'il contient des constatations factuelles erronées ou des lacunes, voire lorsqu'il se fonde sur des pièces dont le juge apprécie autrement la valeur probante ou la portée (ATF 110 lb 42 consid. 2 ; ATF 101 lb 405 consid. 3b/aa ; TF 4A_82/2023 du 8 août 2023 consid. 4.1 et 4.2 ; TF 5A_485/2012 du 11 septembre 2012 consid. 4.1).

Si nécessaire, le juge doit recueillir des preuves complémentaires lorsque les conclusions de l'expertise judiciaire se

révèlent douteuses sur des points essentiels (ATF 141 IV 369 consid. 6.1 ; ATF 138 III 193 consid. 4.3.1). Il lui appartient dès lors d'examiner, au regard des autres preuves et des observations des parties, si des objections sérieuses mettent en doute le caractère concluant de l'expertise sur des points essentiels. Des justes motifs pour s'écarter de l'expertise peuvent être réalisés lorsque celle-ci ne satisfait pas aux exigences de qualité imposées par la loi, notamment lorsqu'elle est lacunaire, peu claire ou insuffisamment motivée (TF 4A_177/2014 du 8 septembre 2014 consid. 6.2). Dans le domaine des connaissances professionnelles particulières de l'expert, le juge ne peut toutefois s'écarter de ses conclusions que lorsque des circonstances ou des indices importants et bien établis qu'il lui incombe d'indiquer en ébranlent sérieusement la crédibilité (ATF 141 IV 369 consid. 6.1 ; TF 4A_270/2020 du 23 juillet 2020 consid. 5.1.2 ; TF 4A_51/2019 du 14 mai 2019 consid. 5.1 ; TF 5A_266/2017 du 29 novembre 2017 consid. 6.3).

4.2.2.3 Il convient de bien distinguer l'expertise judiciaire de l'expertise privée. La première est ordonnée par le tribunal et constitue un moyen de preuve. La deuxième est demandée par une partie directement à un expert. C'est seulement dans la mesure où l'expertise privée est corroborée par des indices établis pour leur part par des moyens de preuve qu'elle peut apporter une preuve (ATF 141 III 422 consid. 3.6, SJ 2016 1162). Dès lors qu'elle n'est en principe produite que si elle est favorable au mandant et que son auteur est dans un rapport de fidélité avec le mandant qui le rémunère, elle doit être appréciée avec retenue. Cela vaut également lorsqu'elle est établie par un spécialiste reconnu et expérimenté, qui fonctionne par ailleurs comme expert judiciaire (ATF 141 IV 369 consid. 6.2).

Le législateur a modifié l'art. 177 CPC au 1^{er} janvier 2025 et érige désormais l'expertise privée en titre. La nouvelle est immédiatement applicable aux procédures en cours (art. 407f CPC ; cf. TF 4A_207/2024 du 5 février 2025). A l'aune de cette disposition modifiée, l'expertise privée, en tant que moyen de preuve, est soumise à la libre appréciation des preuves

du tribunal (art. 157 CPC). Parmi les circonstances à prendre en compte pour apprécier la valeur probante de l'expertise privée, le Message du Conseil fédéral mentionne la question des liens entre la partie et l'expert, les circonstances de l'attribution du mandat, la procédure et le déroulement de l'expertise, ou encore les compétences de l'expert (Message CPC 2020, FF 2020 2607 ss, p. 2660 ; CACI 25 mars 2025/133 consid. 5.2.2).

Selon les circonstances, l'expertise privée peut fonder des doutes sur le caractère probant d'une expertise judiciaire ou fonder la nécessité d'une expertise complémentaire. S'il en résulte que des aspects pertinents pour le sort de la cause n'ont pas été suffisamment examinés dans l'expertise judiciaire, ceux-ci doivent être élucidés. Comme pour chaque contestation motivée, le tribunal doit dès lors examiner si l'expertise privée peut ébranler les conclusions de l'expertise judiciaire de telle sorte qu'il y aurait lieu de s'écarter de cette dernière (ATF 141 IV 369 consid. 6.2 ; ATF 141 IV 305 consid. 6.6.1 ; TF 5A_629/2015 du 27 mars 2017 consid. 4.3).

4.3

4.3.1 Les premiers juges ont considéré que les deux rapports d'expertise réalisés au cours de l'instruction – et qui n'avaient pas été remis en cause par les parties – emportaient leur conviction dès lors qu'ils étaient complets, compréhensibles et concluants. Ils ont relevé que les deux experts avaient eu accès aux pièces du dossier et les avaient résumées dans leurs rapports afin d'étayer leurs dires, que l'expert K._____ avait procédé à un examen de l'appelant tandis que l'expert L._____ avait auditionné les intimés, et qu'ils étaient parvenus à des conclusions similaires qui devaient être retenues. Ils ont en outre observé que les nombreux médecins consultés par l'appelant, en Suisse comme à l'étranger, n'avaient pas toujours eu accès au dossier médical et s'étaient principalement basés sur les dires de ce dernier, notamment s'agissant de l'anesthésie pratiquée. Pour ces motifs, et dès lors que ces spécialistes avaient été rémunérés par l'appelant, leur avis médicaux devaient être considérés comme de simples allégations de partie et ne pouvaient être retenus que s'ils étaient corroborés par d'autres éléments du dossier.

S'agissant de la requête tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise formulée par l'appelant, les premiers juges ont relevé que l'expert K._____ avait déposé son rapport le 10 mars 2021, ainsi qu'un complément le 22 décembre 2021, et qu'à réception de ces documents, l'appelant n'avait pas « déposé de questions complémentaires » et n'avait pas indiqué que leur contenu serait peu clair ou lacunaire. Ils ont observé que ce n'était que près de trois ans plus tard, soit lors de l'audience de plaidoiries finales du 2 octobre 2024, que l'appelant avait requis la mise en œuvre d'une contre-expertise, sans toutefois expliquer les raisons pour lesquelles il estimait que l'expertise du Dr K._____ serait insuffisante. Or, ils ont considéré que tant le rapport d'expertise que son complément étaient complets, clairs et répondaient aux allégués et aux questions qui avaient été soumises à l'expert K._____. Les premiers juges n'ont ainsi discerné aucun élément concret propre à remettre en cause ces deux rapports. Pour ces motifs, ils ont retenu que la requête en question devait être rejetée.

4.3.2 A l'appui de son grief, l'appelant admet qu'il n'a « pas immédiatement soumis de questions complémentaires ni signalé de lacunes apparentes » à réception du rapport de l'expert K._____ mais considère que sa demande de contre-expertise ne saurait être rejetée pour ce seul motif. Il relève d'abord que les conclusions de ce rapport ont toujours été contestées, « notamment en raison des contradictions manifestes qu'il présente avec d'autres éléments du dossier, y compris les expertises antérieures et la documentation médicale ». Il précise en outre avoir « déjà formé un recours, en date du 17 août 2023, contre la décision rendue par Chambre Patrimoniale Cantonale le 4 août 2023, laquelle avait refusé d'ordonner une contre-expertise ». Il explique que « c'est notamment en raison de la complexité du dossier et du temps nécessaire pour analyser en profondeur les implications des conclusions retenues » qu'aucune demande de nouvelle expertise n'a été formulée immédiatement après la réception du rapport du Dr K._____. Il relève de surcroît avoir « réitéré sa demande de contre-expertise lors de l'audience de plaidoiries finales du 2 octobre 2024 et soutient que cette demande ne serait « en rien une remise en cause

tardive du rapport, mais bien la conséquence logique des éléments apparus en cours de procédure, lesquels soulèvent des interrogations légitimes quant à la capacité du rapport du K._____ à répondre de manière exhaustive aux questions du lien de causalité naturel et adéquat entre l'intervention du 22 septembre 2004 et les séquelles neurologiques dont [il] souffre actuellement ». Cela étant, l'appelant fait valoir que les contradictions entre les conclusions des expertises déposées et d'autres éléments probants du dossier, notamment concernant l'évaluation de ses séquelles, justifieraient « pleinement la nécessité d'un réexamen par une contre-expertise indépendante ». Il relève en particulier à cet égard que l'expertise du DN._____ et l'expertise du Dr L._____ seraient contradictoires. Selon lui, « ces insuffisances rend[raient] pleinement légitime la demande de complément d'expertise ou de seconde expertise afin de remédier aux lacunes du rapport initial, conformément aux exigences de l'art. 188 al. 2 CPC ».

L'appelant conteste ensuite plus spécifiquement la valeur probante des rapports d'expertise établis par les Drs L._____ et K._____. Il soutient que « leur analyse ne tiend[rait] pas compte des contradictions entre leurs conclusions et l'ensemble des pièces du dossier, lesquelles révèle[raient] clairement qu'une injection complémentaire de Rapidocaïne® a eu lieu, entraînant un surdosage aux conséquences neurotoxiques ». Il se réfère à cet égard aux documents médicaux, qui attesteraient « de la présence d'une ampoule de 20 ml de Rapidocaïne® à 1%, en complément des 40 ml d'Ivracaïne à 0,5% administrés pour l'anesthésie veineuse régionale ». Or, il soutient que seuls les produits effectivement utilisés seraient facturés, ce qui prouverait selon lui, « si besoin et contrairement aux dénégations du Dr. L._____ » que la Rapidocaïne® lui a bel et bien été injectée au cours de l'opération. L'appelant invoque en outre ses propres déclarations auprès de l'expert K._____, selon lesquelles il aurait ressenti une brûlure intense lors de l'administration d'un produit pour endormir sa main, la durée opératoire anormalement longue selon ses dires (soit 95 minutes au lieu de 58 minutes), ainsi que « les avis médicaux, notamment des Dr. CJ._____ et DF._____ » pour affirmer qu'une « injection supplémentaire

d'anesthésiant » a pu se produire lors de l'intervention. En définitive, il considère que les expertises des Drs L._____ et K._____, en omettant de tenir compte de plusieurs éléments probants, ne permettraient pas « de démontrer de manière totalement fiable, excluant tout doute possible, qu'aucune injection complémentaire n'a eu lieu lors de l'intervention pratiquée sur [lui] le 22 septembre 2004 ». Il en déduit qu'il serait « impératif de réexaminer ces expertises, respectivement d'ordonner une contre-expertise, afin de déterminer avec précision que l'administration successive d'Ivracaïne et de Rapidocaïne® a effectivement contribué à la survenue des lésions neurologiques sur le patient, et, par là même, de garantir une juste réparation des préjudices subis par lui, à la fois sur le plan physique et moral ».

4.3.3

4.3.3.1 En l'espèce, les rapports d'expertise judiciaire rendus par les Drs L._____ et K._____ dans le cadre de la procédure de première instance sont clairs, précis et répondent de manière complète, univoque et convaincante aux questions qui ont été posées. Ils revêtent ainsi une pleine valeur probante et permettent de statuer en toute connaissance de cause sur le présent litige.

Aucun des arguments soulevés par l'appelant ne vient remettre en cause ce constat, les experts - en particulier le Prof. L._____ - y ayant d'ailleurs déjà répondu de façon circonstanciée.

Après avoir confirmé que 40 ml d'Ivracaïne avaient bien été utilisés et facturés pour l'AVR pratiquée sur l'appelant, le Prof. L._____ a constaté que si le document intitulé « bloc opératoire, relevé de prestation » faisait bien référence à une ampoule de 20 ml de Rapidocaïne® à 1%, ce produit n'avait pas été injecté dans le cadre de ladite AVR, ni en complément d'anesthésie par le chirurgien. Il a en outre ajouté que la Rapidocaïne® n'avait pas non plus été injectée dans le cadre d'un bloc axillaire, qui ne pouvait pas avoir été pratiqué ce jour-là sur l'appelant. Répondant ensuite spécifiquement à l'affirmation de l'appelant selon laquelle ce même produit ne lui aurait pas été facturé s'il n'avait pas été

utilisé, le Prof. L._____ l'a infirmée ; il a en effet expliqué que le fait qu'une ampoule de Rapidocaïne® ait été facturée n'impliquait en rien qu'elle ait été injectée, beaucoup de « produits » étant ajoutés dans un set chirurgical, « (au cas où) », et restant inemployés.

De même, le Prof. L._____ s'est prononcé sur l'argument avancé par l'appelant en lien avec la prétendue « durée opératoire anormalement longue ». Il a en effet indiqué que l'allongement du temps passé par l'appelant en salle d'opération était lié à l'inquiétude de l'intimée 2 par rapport au fait que celui-ci n'avait pas respecté le jeûne recommandé, de sorte qu'elle avait dû prendre contact avec le médecin anesthésiste de garde. De telles explications sont convaincantes et ne permettent aucunement de soutenir la thèse soutenue en l'appel, à savoir que ce serait « une injection supplémentaire d'anesthésiant » qui serait à l'origine de l'allongement de la durée de l'opération.

Le Prof. L._____ s'est également déterminé sur les avis médicaux des Drs CJ._____ et DF._____, dont se prévaut l'appelant à l'appui de sa théorie relative à l'administration d'une surdose d'anesthésiants comme cause de ses lésions neurologiques. Or, il a clairement infirmé les constations faites par ces deux praticiens, lesquelles ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions motivées et convaincantes des expertises judiciaires, notamment quant à l'absence de manquements commis en lien avec l'anesthésie administrée à l'appelant. On relèvera tout d'abord que les Drs CJ._____ et DF._____ ont été mandatés et rémunérés par ce dernier, ce qui impose d'apprécier avec retenue l'objectivité de leurs conclusions. En outre, si le Dr CJ._____ a certes évoqué une atteinte du plexus brachial de l'appelant, il ne s'est aucunement prononcé sur les causes de cette atteinte ; l'anamnèse figurant dans son courrier du 14 février 2008 à l'attention du Dr CZ._____ - dont il ressort que l'appelant aurait subi une « anesthésie du plexus brachial par voie axillaire » - ne remet pas en cause ce constat, dès lors qu'elle est manifestement fondée sur les seules déclarations du patient. Il en va de même de la partie « Histoire de l'affectation » ressortant du rapport établi par le Dr DF._____ le 29 août 2008 (pièce 29) - qui

mentionnait la présence d'un aide-infirmier, de la précipitation et une injection du plexus brachial pour soulager la douleur pendant l'intervention -, et à propos de laquelle l'expert L._____ a indiqué qu'il était « juste de dire qu'aucun de ces points n'était en lien avec ce qui s'était passé ».

S'agissant du rapport du DN._____ du 21 octobre 2009, l'appelant se borne à affirmer qu'il serait contradictoire à l'expertise du Prof. L._____, mais sans indiquer sur quel point. Dans ces conditions, son grief est insuffisamment motivé et donc irrecevable. Quoi qu'il en soit, on ne discerne aucune contradiction entre ces deux rapports en lien avec des points essentiels pour le sort du présent litige.

Quant aux déclarations faites par l'appelant au Dr K._____ - selon lesquelles il aurait ressenti une brûlure intense lors de l'administration d'un produit pour endormir sa main - elles ne sont manifestement pas de nature à remettre en cause les conclusions des expertises judiciaires, dès lors qu'il s'agit d'allégations de partie qui ne constituent pas un moyen de preuve.

En définitive, aucun des moyens invoqués par l'appelant n'est propre à fonder des doutes quant au caractère probant de l'expertise judiciaire réalisée par le Prof. L._____. Il en va de même en ce qui concerne les constatations ressortant des rapports de l'expert K._____, à plus forte raison même car ce dernier avait pour mission de se prononcer sur l'éventuelle responsabilité des intimés dans le cadre de l'intervention orthopédique réalisée sur l'appelant et non pas sur les modalités de l'anesthésie administrée à cette occasion. Or, les griefs soulevés par l'appelant en lien avec la prétendue « incohérence » et le « manque de fiabilité des expertises des Dr. L._____ et K._____ » portent exclusivement sur ce second point, de sorte qu'ils sont impropres à remettre en cause la valeur probante de l'expertise effectuée par le Dr K._____.

4.3.3.2 Au vu des éléments qui précèdent, et indépendamment même de la question de savoir si la requête formulée à cet effet par l'appelant

était tardive, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise à la suite de l'expertise réalisée par le Dr K._____, aux fins d'examiner si les interventions médicales en cause ont été effectuées selon les règles de l'art. Le rapport d'expertise du Dr K._____, ainsi que ses compléments – qui sont, comme déjà indiqué, clairs, précis et exempts de contradictions – revêtent en effet une pleine valeur probante et permettent de statuer en toute connaissance de cause sur cette question. Aucun des éléments figurant dans l'appel ne vient mettre en doute les conclusions auxquelles est parvenu cet expert sur des points essentiels. Il suffit de renvoyer à cet égard à ce qui a déjà été exposé ci-dessus (cf. *supra* consid. 4.3.3.1).

Il s'ensuit que la requête de l'appelant tendant à ce qu'une telle expertise soit mise en œuvre dans le cadre de la procédure d'appel doit être rejetée.

5.

5.1 L'appelant invoque ensuite un défaut d'information préalable de l'intimé 3 sur les risques de l'infiltration qui a été effectuée au niveau du tunnel carpien de sa main gauche. Il soutient qu'il n'aurait « pas été préalablement averti des risques potentiels induits par cette procédure, en particulier du risque de développer un kyste arthro-synovial ». Il reproche en outre aux premiers juges d'avoir violé les règles sur le fardeau de la preuve en considérant que « l'instruction n'aurait pas permis d'établir avec certitude quelles informations avaient été transmises au patient », arguant que c'est au praticien qu'il appartient de démontrer qu'il a satisfait à son obligation d'information et non pas au patient d'apporter la preuve contraire. Il fait également grief à la chambre patrimoniale d'avoir évoqué « la possibilité d'un consentement hypothétique du patient sans tenir compte de la gravité du risque ni de la probabilité de sa survenance ». Il relève à cet égard qu'il « a effectivement développé un kyste arthro-synovial à la suite de cette infiltration, nécessitant ainsi une intervention chirurgicale le 22 septembre 2004 », de sorte que « ce risque, loin d'être purement théorique ou exceptionnel, était une conséquence connue et prévisible du traitement ». Enfin, il soutient que « l'omission d'information

préalable a eu une incidence déterminante sur la décision du patient, qui, s'il avait été correctement informé des risques encourus, aurait pu envisager d'autres options thérapeutiques ou refuser l'intervention ».

5.2 Selon la jurisprudence, en matière de responsabilité médicale, l'illicéité peut reposer sur la violation du devoir de recueillir le consentement éclairé du patient (TF 4A_547/2019 du 9 juillet 2020 consid. 4.2).

L'exigence d'un consentement éclairé se déduit directement du droit du patient à la liberté personnelle et à l'intégrité corporelle, qui est un bien protégé par un droit absolu (ATF 133 III 121 consid. 4.1.1). Le médecin qui fait une opération sans informer son patient ni en obtenir l'accord commet un acte contraire au droit et répond du dommage causé, que l'on voie dans son attitude la violation de ses obligations de mandataire ou une atteinte à des droits absolus et, partant, un délit civil. L'illicéité d'un tel comportement affecte l'ensemble de l'intervention et rejaillit de la sorte sur chacun des gestes qu'elle comporte, même s'ils ont été exécutés conformément aux règles de l'art (ATF 133 III 121 consid. 4.1.1).

Une atteinte à l'intégrité corporelle, à l'exemple d'une intervention chirurgicale, est illicite à moins qu'il n'existe un fait justificatif. Dans le domaine médical, la justification de l'atteinte réside le plus souvent dans le consentement du patient ; pour être efficace, le consentement doit être éclairé, ce qui suppose de la part du praticien de renseigner suffisamment le malade pour que celui-ci donne son accord en connaissance de cause (ATF 133 III 121 consid. 4.1.1).

Le devoir d'information du médecin résulte également de ses obligations contractuelles (ATF 133 III 121 consid. 4.1.2 ; TF 4A_547/2019 précité consid. 4.2.2). Le médecin doit donner au patient, en termes clairs, intelligibles et aussi complets que possible, une information sur le diagnostic, la thérapie, le pronostic, les alternatives au traitement proposé, les risques de l'opération, les chances de guérison, éventuellement sur l'évolution spontanée de la maladie et les questions financières, notamment relatives à l'assurance (ATF 133 III 121 consid. 4.1.2). La portée du devoir

d'information du médecin (y compris sur les risques de l'opération) est fonction de l'état de la science médicale et on ne saurait lui imposer de donner au patient des renseignements qui ne sont pas encore compris dans cet état (TF 4A_547/2019 précité consid. 4.2.2). Il appartient au médecin d'établir qu'il a suffisamment renseigné le patient et obtenu le consentement éclairé de ce dernier préalablement à l'intervention (ATF 133 III 121 consid. 4.1.3 ; TF 4A_547/2019 précité consid. 4.2.2 ; TF 4A_487/2016 du 1^{er} février 2017 consid. 3.2).

L'étendue du devoir d'information concernant les risques encourus pose un certain nombre de difficultés, la doctrine proposant des solutions variées, au regard notamment de la nature et de la gravité des risques ainsi que de la probabilité de leur survenance (Devaud, L'information en droit médical, thèse Lausanne 2009, pp. 150 ss et les références citées). La jurisprudence a cependant eu l'occasion de retenir que le médecin n'était pas tenu de signaler un risque atypique et exceptionnel à ses patients (TF 4P.169/2003 du 30 octobre 2003 consid. 2.2.2), notamment lorsque celui-ci s'élève à 2,7% et 0,3% (ATF 113 Ib 420, JdT 1989 I 26). Il a également été admis qu'il n'était pas insoutenable de retenir que, compte tenu de sa rareté, le risque n'avait pas à être signalé au patient (TF 4P.110/2003 du 26 août 2003 consid. 3.1.1). Une exception au devoir d'informer concerne dès lors les risques rares et inhabituels, qui n'ont pas besoin d'être mentionnés spécifiquement suivant les circonstances et à certaines conditions (TF 4P.110/2003 précité consid. 3.1.1). La jurisprudence nie ainsi le devoir d'information du médecin portant sur un risque qui ne se produit qu'exceptionnellement, quand la probabilité de survenance s'élève à 1% (ATF 66 II 36, JdT 1940 I 298 ; ATF 113 Ib 420 ; TF 4A_604/2008 du 19 mai 2009 consid. 2.4).

Selon la jurisprudence, en l'absence d'un consentement éclairé, le praticien peut soulever le moyen du consentement hypothétique du patient. Il doit alors démontrer que celui-ci aurait accepté l'opération même s'il avait été dûment informé. Si le fardeau de la preuve incombe là aussi au médecin, le patient doit toutefois collaborer à cette preuve en rendant

vraisemblable ou au moins en alléguant les motifs personnels qui l'auraient incité à refuser l'opération s'il en avait notamment connu les risques. En effet, il ne faut en règle générale pas se baser sur le modèle abstrait d'un «patient raisonnable», mais sur la situation personnelle et concrète du patient dont il s'agit. Ce n'est que dans l'hypothèse où le patient ne fait pas état de motifs personnels qui l'auraient conduit à refuser l'intervention proposée qu'il convient de considérer objectivement s'il serait compréhensible, pour un patient sensé, de s'opposer à l'opération. Par ailleurs, le consentement hypothétique ne doit en principe pas être admis lorsque le genre et la gravité du risque encouru auraient nécessité un besoin accru d'information, que le médecin n'a pas satisfait. Dans un tel cas, il est en effet plausible que le patient, s'il avait reçu une information complète, se serait trouvé dans un réel conflit quant à la décision à prendre et qu'il aurait sollicité un temps de réflexion (ATF 133 III 121 consid. 4.1.3 ; TF 4A 487/2016 précité consid. 3.2).

Le consentement hypothétique est en principe admis lorsque le risque est exceptionnel, un risque survenant dans une proportion de l'ordre de 1% ayant été qualifié comme tel par certaines décisions du Tribunal fédéral (ATF 66 II 36 ; TF 4A_604/2008 précité consid. 2.4 ; TF 4P.110/2003 précité consid. 3.1.1) ou lorsque l'intervention est nécessaire ou urgente. Plus le risque est lourd, moins le consentement hypothétique sera admis (CACI 25 octobre 2021/513 consid. 6.2 et les références citées).

En résumé, la rareté du risque peut non seulement permettre de nier un devoir d'information du médecin, mais aussi justifier l'existence d'un consentement hypothétique du patient.

5.3

5.3.1 Les premiers juges ont en substance relevé que l'instruction n'avait pas permis d'établir quelles étaient les informations qui avaient été transmises à l'appelant par l'intimé 3 avant les opérations qui avaient été pratiquées. Cela étant, ils ont considéré que l'expert K._____ avait nié l'existence d'un lien de causalité naturelle entre le kyste arthrosynovial

survenu sur le poignet de l'appelant et l'infiltration cortisonée du tunnel carpien qui avait été effectuée. Or, dans la mesure où le kyste qui était apparu n'était pas une conséquence de cette intervention, ils ont retenu que l'intimé 3 n'avait pas besoin de spécifiquement mettre en garde l'appelant à ce sujet.

S'agissant de la deuxième opération subie par l'appelant, soit celle du 22 septembre 2004, les premiers juges ont relevé que l'expert K._____ avait confirmé que celle-ci ne comportait qu'un faible risque de complication, qu'il avait estimé inférieur à 1%. Dans ces conditions, ils ont considéré qu'il y avait lieu, selon la jurisprudence, d'imputer un consentement hypothétique à l'appelant, « vu le très faible risque de complications de l'opération qu'il a[vait] subie le 22 septembre 2004 ».

5.3.2 En l'espèce, les considérations qui précèdent ne prêtent pas le flanc à la critique. L'expert K._____ – dont les constatations revêtent, comme déjà indiqué, une pleine valeur probante – a en effet nié tout lien de causalité naturelle entre le kyste arthrosynovial du poignet de l'appelant et l'infiltration cortisonée du tunnel carpien effectuée par l'intimé 3, dès lors que celle-ci n'avait pas été faite dans une capsule articulaire mais dans les tissus mous du tunnel carpien et que, de toute façon, ce type d'infiltration ne pouvait en aucun cas causer l'apparition d'un tel kyste. Il a en outre précisé que l'immense majorité de ce type de kyste survenait sans aucune notion de traumatisme ni facteur déclenchant, ce qui semblait bien aussi avoir été le cas pour l'appelant. Ainsi, dans la mesure où il apparaît que le kyste de l'appelant n'a pas été causé par l'infiltration précitée, celui-ci ne saurait se prévaloir d'un défaut d'information quant au risque qu'un tel acte engendre une telle conséquence pour fonder une responsabilité de l'intimé 3.

Pour ce qui est de l'opération du 22 septembre 2004, le Dr K._____ a confirmé que celle-ci ne comportait qu'un faible risque de complication, inférieur à 1%. A l'appui de cette affirmation, il a exposé les résultats et les références d'une étude récente portant sur 855'832

opérations réalisées en Angleterre sur une période de vingt ans, qui a conclu que la décompression du tunnel carpien était une opération sûre pour la plupart des patients avec un taux de complication significative de 0.1%. Au vu de ces constatations, il y a lieu de retenir, conformément à la jurisprudence précitée, que l'intimé 3 n'avait pas à informer spécifiquement l'appelant du risque exceptionnellement faible que ladite opération entraîne le développement d'un kyste sur son poignet, respectivement que l'appelant aurait donné son consentement à cette intervention s'il en avait été informé.

En définitive, le grief doit être rejeté, en ce sens qu'aucune violation par l'intimé 3 de son devoir de recueillir le consentement éclairé du patient ne doit être constatée.

6.

6.1 L'appelant soutient qu'il ressortirait du dossier que deux analgésiques lui ont été administrés lors de l'intervention du 22 septembre 2004, soit 40 ml d'Ivracaine et 20 ml de Rapidocaïne® à 1%, et que cela l'aurait exposé à « un risque élevé de toxicité cumulative, pouvant expliquer les atteintes neurologiques post-opératoires » dont il souffre. Il conteste à cet égard les conclusions de l'expert L._____ - selon lesquelles la Rapidocaïne® ne lui aurait pas été administrée - en se prévalant des mêmes éléments que ceux déjà avancés à l'appui de son grief tendant à contester la valeur probante des expertises judiciaires : il affirme ainsi que la Rapidocaïne® ne lui aurait pas été facturée si elle n'avait pas été effectivement utilisée et se prévaut, d'une part, de ses propres déclarations à l'expert K._____ selon lesquelles il aurait « ressenti une brûlure intense lorsque le chirurgien a demandé l'administration d'un produit pour endormir totalement la main » et, d'autre part, de la « durée anormalement longue de l'intervention, soit 31 minutes d'opération pour un temps total en salle d'opération de 95 minutes, bien supérieure aux standards pour ce type de chirurgie (22 minutes d'opération et 58 minutes en salle selon, notamment, les observations du Dr. L._____) ». Il fait en outre valoir que l'intervention du 22 septembre 2004 aurait été réalisée « en l'absence d'un médecin

anesthésiste, l'anesthésie ayant été pratiquée par Madame F._____, infirmière de bloc opératoire, tel que l'atteste le rapport opératoire dans lequel il y a la mention « SN » ». Cela étant, l'appelant affirme que « la deuxième injection de Rapidocaïne® a[urait] été administrée sans réévaluation des doses après l'administration initiale d'Ivracaïne » et que cette situation aurait directement induit une atteinte neurotoxique de son plexus brachial, « se manifestant par des douleurs persistantes, des troubles sensitifs et moteurs sur le membre supérieur gauche ainsi que des convulsions ». Or, ces séquelles réduiraient « considérablement sa capacité à exercer une activité tant quotidienne que sur le plan professionnel » et justifieraient « pleinement la reconnaissance d'un préjudice important, appelant à une réparation intégrale des dommages subis ».

6.2 L'appel n'est recevable que s'il est motivé (art. 311 al. 1 CPC). L'appelant doit expliquer en quoi son argumentation peut influencer sur la solution retenue par l'autorité de première instance (TF 4A_474/2013 du 10 mars 2014 consid. 3.1, SJ 2014 I 459 ; TF 5A_438/2012 du 27 août 2012 consid. 2.2, *in* Revue suisse de procédure civile [RSPC] 2013 p. 29 ; TF 4A_659/2011 du 7 décembre 2011 consid. 3 et 4, SJ 2012 I 131 ; CACI 11 mai 2022/249 consid. 7.1). La motivation doit être suffisamment explicite pour que l'instance d'appel puisse la comprendre aisément, ce qui suppose une désignation précise des passages de la décision que l'appelant attaque et des pièces du dossier sur lesquelles repose sa critique (TF 5A_361/2019 du 21 février 2020 consid. 3.3.1 ; TF 5A_598/2019 du 23 décembre 2019 consid. 3.1 ; TF 4A_368/2019 du 31 octobre 2019 consid. 7 ; ATF 138 III 374 consid. 4.3.1). Même si l'autorité d'appel applique le droit d'office (art. 57 CPC), le procès se présente différemment en seconde instance, vu la décision déjà rendue. L'appelant doit donc tenter de démontrer que sa thèse l'emporte sur celle de la décision attaquée. Il ne saurait se borner simplement à reprendre des allégués de fait ou des arguments de droit présentés en première instance, mais il doit s'efforcer d'établir que, sur les faits constatés ou sur les conclusions juridiques qui en ont été tirées, la décision attaquée est entachée d'erreurs. Il ne peut le faire qu'en reprenant la démarche du premier juge et en mettant le doigt sur les failles de son raisonnement. Si

ces conditions ne sont pas remplies, l'appel est irrecevable (sur le tout : TF 5A_268/2022 du 18 mai 2022 consid. 4).

6.3

6.3.1 Les premiers juges ont considéré qu'au vu des indications de l'expert L._____, il était incontestable que les allégations de l'appelant s'agissant de l'anesthésie ne pouvaient pas être retenues. Ils ont en effet constaté que, pour chacune des anesthésies (ndr. : anesthésie veineuse régionale d'une part, bloc axillaire d'autre part), le patient se trouvait dans une position bien différente et qu'il ne suffisait pas de le piquer à un autre endroit pour effectuer un autre type d'anesthésie, cet acte médical nécessitant une préparation adaptée. Cela étant, ils ont relevé que les documents médicaux relatifs à l'opération litigieuse faisaient état d'une anesthésie veineuse régionale et que le simple fait que de la Rapidocaïne® se trouvait dans le set chirurgical et avait été facturée ne voulait pas encore dire que ce produit avait été utilisé, comme l'avait expliqué l'expert L._____. Selon les premiers juges, on ne pouvait ainsi pas suivre la thèse soutenue par l'appelant lors des plaidoiries, à savoir que la faute des intimés aurait consisté en un surdosage de produits anesthésiants, l'appelant ayant échoué à établir qu'il avait subi deux anesthésies différentes lors de la même opération. Partant, la chambre patrimoniale a retenu que l'appelant avait effectivement reçu une anesthésie veineuse régionale lors de l'opération du 22 septembre 2004, qui avait au demeurant été effectuée dans les règles de l'art, et qu'aucune dose de Rapidocaïne® ne lui avait été injectée à cette occasion, quand bien même ce produit semblait avoir été finalement facturé.

Les premiers juges ont encore constaté que l'expert L._____ avait indiqué que l'organisation du bloc opératoire de C._____, en date du 22 septembre 2004, était conforme aux exigences usuelles en la matière et qu'à ses yeux, la situation répondait parfaitement aux normes de l'époque, même si les organisations des blocs opératoires s'étaient modifiées et améliorées depuis lors. Partant, ils ont retenu que la présence d'un anesthésiste n'était pas requise en continu dans la salle d'opération, ce

dernier devant toutefois être atteignable dans les plus brefs délais, ce qui avait été le cas pour l'opération de l'appelant.

Enfin, les premiers juges ont considéré que le fait que l'opération de l'appelant avait duré quelques dix minutes de plus que l'opération à laquelle avait assisté l'expert L._____ n'était pas déterminant. En effet, il était établi que l'appelant n'était pas à jeun lors de l'opération du 22 septembre 2004 et que l'intimée 2 avait ainsi dû prendre contact avec l'anesthésiste de garde afin de s'assurer que cela n'aurait aucune incidence pour celle-ci. Or, cet élément justifiait que l'opération de l'appelant ait nécessité quelques minutes de plus que l'opération « type » qu'avait suivi l'expert L._____.

Au vu de tous les éléments qui précèdent, la chambre patrimoniale a considéré qu'aucune violation des règles de l'art ne pouvait être imputée aux intimés, les intimés 2 et 3 ayant agi conformément aux règles de l'art médical et aucune carence dans l'organisation du système de prise en charge de l'intimée 1 n'ayant été mise en lumière par les experts.

6.3.2 En l'espèce, force est de constater que les premiers juges ont déjà répondu de façon détaillée à chacun des arguments soulevés par l'appelant. Or, ce dernier se borne à les invoquer à nouveau en seconde instance sans exposer en quoi le raisonnement tenu à leurs propos par l'autorité précédente serait erroné. Dans ces conditions, la recevabilité de son grief apparaît pour le moins douteuse.

Quoi qu'il en soit, les considérations des premiers juges résumées ci-dessus ne prêtent pas le flanc à la critique. Ceux-ci se sont fondés à cet égard sur les conclusions concordantes des expertises judiciaires qui, comme déjà indiqué, sont convaincantes et revêtent une pleine valeur probante. Les deux experts ont en particulier indiqué que l'appelant avait bien subi une anesthésie veineuse régionale le 22 septembre 2004. Le Prof. L._____ a précisé qu'on ne passait jamais d'une telle anesthésie à un bloc axillaire, expliquant que cela était impossible en

raison des taux toxiques qui en résulterait et dès lors que le positionnement du bloc axillaire était très différent de celui d'une anesthésie veineuse régionale. S'agissant des anesthésiants utilisés lors de l'opération, l'expert L._____ a relevé que 40 ml d'Ivracaïne avaient bien été utilisés et facturés pour l'AVR pratiquée sur l'appelant. Cela étant, il a constaté que dans le « document intitulé « bloc opératoire, relevé de prestation » figurait une ampoule de 20 ml de Rapidocaïne® 1% (soit 200 mg de lidocaïne HCl), mais que ce produit n'avait pas été injecté dans le cadre de ladite AVR, ni en complément d'anesthésie par le chirurgien, ni dans le cadre d'un bloc axillaire « qui ne pouvait pas avoir été réalisé ce jour-là » sur l'appelant. Il a en outre indiqué que le fait qu'une ampoule de Rapidocaïne® ait été facturée n'impliquait en rien qu'elle ait été injectée, beaucoup de « produits » étant ajoutés dans un set chirurgical « au cas où » et restant inemployés. Répondant aux questions complémentaires des parties, le Prof. L._____ a encore précisé que quand bien même l'appelant aurait reçu deux anesthésiants, les 50-200 mg de Rapidocaïne® ajoutés aux 40 ml d'Ivracaïne (200 mg) utilisés pour l'AVR n'auraient pas été à même de provoquer les conséquences neurologiques plexiques rencontrées par celui-ci par la suite. Cet expert a au demeurant relevé que l'organisation du bloc opératoire de C._____ en date du 22 septembre 2004 était conforme aux exigences usuelles en la matière et a confirmé qu'on ne pouvait reprocher à l'intimée 2 d'avoir procédé elle-même à l'anesthésie veineuse régionale sur l'appelant, par délégation et sous la responsabilité du Dr. CR._____. Il a précisé que l'acte pratiqué par l'intimée 2 à cette occasion avait été effectué dans les règles de l'art, ce qui était corroboré par le fait que l'appelant ait pu sortir de la clinique aux alentours de 16h20. En définitive, il a considéré qu'il n'y avait eu aucune violation des règles de l'art ni de responsabilité conjointe des intimés lors de l'opération litigieuse. Pour sa part, l'expert K._____ a indiqué que l'intervention chirurgicale du 22 septembre 2004 était conforme aux règles de l'art médical, le protocole opératoire et d'anesthésiologie décrivant une intervention *lege artis*. Il a relevé que l'appelant avait pu quitter la clinique environ trois heures après la fin de l'opération, de son propre aveu sans douleur, ce qui parlait pour des suites post-opératoires simples. Il a en outre confirmé que l'intimé 3 n'avait commis aucune violation des règles de l'art médical susceptible

d'avoir causé un dommage à l'appelant, aucune des pièces médicales ne contenant d'indice dans ce sens.

Il apparaît ainsi que les experts judiciaires ont répondu de manière complète et convaincante à chacun des griefs invoqués par l'appelant. Leurs constatations ne sauraient être remises en cause par ces griefs, dès lors que ceux-ci ne trouvent aucun ancrage dans le dossier. L'appelant se borne en effet à alléguer sa propre version des faits relatifs au déroulement de l'opération et à ses conséquences, sans indiquer pour quels motifs, respectivement sur la base de quels éléments de preuve non pris en compte par les experts, ses allégations devraient prévaloir sur les constatations concordantes et dûment motivées de ces derniers.

Dans ces conditions, le moyen se révèle infondé et doit être rejeté, dans la mesure de sa recevabilité.

7.

7.1 En conclusion, l'appel doit être rejeté et le jugement entrepris confirmé.

7.2 Vu l'issue de l'appel, les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 50'000 fr. (art. 62 al. 1 TFJC [tarif des frais judiciaires civils du 28 septembre 2010 ; BLV 270.11.5]), sont mis à la charge de l'appelant, qui succombe (art. 106 al. 1 CPC). Ils seront toutefois provisoirement supportés par l'Etat vu le bénéfice de l'assistance judiciaire accordé à l'appelant.

7.3 L'assistance judiciaire ne dispense pas la partie qui succombe de verser des dépens à la partie adverse. En l'espèce, la charge des dépens de deuxième instance des intimées 1 et 2 – qui étaient représentées par le même conseil –, de même que celle de l'intimé 3 – qui était assisté d'un conseil distinct – peut être évaluée à 3'000 fr. (cf. art. 3 al. 2 et 12 TDC [tarif des dépens en matière civile du 23 novembre 2010 ; BLV 270.11.6]), les opérations réalisées par ces deux avocats – limitées à la préparation d'une brève réponse de 9, respectivement 8 pages – apparaissant équivalentes.

Compte tenu du sort de l'appel, l'appelant versera dès lors à chacune des intimées 1 et 2 la somme de 1'500 fr. et à l'intimé 3 la somme de 3'000 fr. à titre de dépens de deuxième instance (art. 106 al. 1 et 3 CPC).

7.4

7.4.1 Le conseil d'office a droit à une rémunération équitable pour ses opérations et débours dans la procédure d'appel (cf. art. 122 al. 1 let. a CPC). Le juge applique un tarif horaire de 180 fr. pour l'avocat et de 110 fr. pour l'avocat-stagiaire (cf. art. 2 al. 1 RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; BLV 211.02.3]).

7.4.2 Me Razi Abderrahim, conseil de l'appelant, a indiqué dans sa liste des opérations avoir consacré 38 heures de travail à la procédure d'appel.

Vu les difficultés de la cause et les opérations concrètement effectuées – lesquelles ont eu pour seul objet la préparation et le dépôt de l'acte d'appel –, ce nombre d'heures ne saurait être intégralement admis. En particulier, les heures indiquées sous la rubrique « Réétudié le dossier dans son intégralité », soit douze au total, sont excessives compte tenu de la connaissance préalable de la cause qu'avait le conseil d'office. Elles le sont d'autant plus qu'elles s'ajoutent aux 8 heures de travail comptabilisées sous la rubrique « Mémoire d'appel », lesquelles permettent d'indemniser de manière adéquate le travail lié à la rédaction de cet acte. En conséquence, seules 6 heures seront rémunérées à titre d'étude du dossier (-6 heures). De même, les heures consacrées à effectuer des « Conférences client » – soit 4h30 au total pour trois conférences de 90 minutes chacune, tenues respectivement les 5 mars 2025, 3 avril 2025 et 26 janvier 2026 – sont disproportionnées et ne sauraient être entièrement indemnisées. A cet égard, on relèvera qu'on ne voit pas en quoi les « Conférences client » des 3 avril 2025 et 26 janvier 2026 auraient été utiles à la défense du client ; la première a en effet eu lieu à une date postérieure au dépôt de l'appel et antérieure au dépôt des réponses, soit à un moment où aucune action procédurale n'était

attendue de la part de l'appelant ; quant à la seconde, elle n'a pas conduit au dépôt de déterminations sur les réponses ni à l'invocation de faits nouveaux par l'appelant, de sorte qu'elle apparaît également superflue. Aussi, seules 90 minutes (-3h) seront rémunérées à titre de « Conférence client ». En outre, il convient de retrancher la durée de 90 minutes (-1h30) invoquée en lien avec la préparation du bordereau de pièces, de même que les 60 minutes au total (-1h) comptabilisées pour la préparation de « mémos » au client, aux parties adverses ou à l'autorité de céans, de telles opérations relevant d'un travail de secrétariat qui ne doit pas être rémunéré comme du travail d'avocat (CREC 14 septembre 2015/332 consid. 3.2 ; CREC 5 janvier 2015/10 ; Juge délégué CACI 18 août 2014/436 consid. 3 ; CACI 29 juillet 2014/235 consid. 6). Pour les mêmes motifs, on retranchera également des heures indemnisables les opérations réalisées le 21 juillet 2026, liées à la préparation de la liste des opérations du conseil d'office et à son envoi au Tribunal cantonal (-45 min.).

En définitive, le temps de travail admissible pour l'exécution par Me Razi Abderrahim de son mandat de conseil d'office en faveur de l'appelant sera arrêté à 25h45 (38h – 6h liées à l'étude du dossier – 3h liées aux « conférences client » – 3h15 liées à la préparation du bordereau de pièces, de mémos et de la liste des opérations).

Au tarif horaire de 180 fr. pour l'avocat, le défraiement de Me Abderrahim doit ainsi être arrêté à 4'635 fr. (25h45 x 180 fr.), montant auquel il faut ajouter 92 fr. 70 (2% de 4'635 fr.) à titre de débours forfaitaires (art. 3bis al. 1 RAJ), et la TVA à 8,1% sur le tout par 382 fr. 95 (8,1% de 4'727 fr. 70). L'indemnité d'office de Me Abderrahim sera dès lors arrêtée à un montant total arrondi de 5'111 francs.

7.5 L'appelant, bénéficiaire de l'assistance judiciaire, est tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité de son conseil d'office provisoirement laissés à la charge de l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 CPC). Il incombe à la Direction du recouvrement de la

Direction générale des affaires institutionnelles et des communes de fixer le principe et les modalités de ce remboursement (art. 39a CDPJ [Code de droit privé judiciaire vaudois du 12 janvier 2010 ; BLV 121.02]).

Par ces motifs,
la Cour d'appel civile
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 50'000 fr. (cinquante mille francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat pour l'appelant E._____.
- IV.** L'appelant E._____ doit verser la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à chacune des intimées C._____ et F._____, ainsi que la somme de 3'000 fr. (trois mille francs) à l'intimé D._____, à titre de dépens de deuxième instance.
- V.** L'indemnité d'office de Me Razi Abderrahim, conseil d'office de l'appelant E._____, est arrêtée à 5'111 fr. (cinq mille cent onze francs), TVA et débours compris.
- VI.** L'appelant E._____, bénéficiaire de l'assistance judiciaire, est tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité due à son conseil d'office, laissés provisoirement à la charge de l'Etat, dès qu'il sera en mesure de le faire.
- VII.** L'arrêt est exécutoire.

La présidente :

Le greffier :

Du

Le présent arrêt, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Razi Abderrahim, pour E. _____,
- Me Violaine Jaccottet Sherif, pour C. _____ et F. _____,
- Me G. _____, pour D. _____.

et communiqué, par l'envoi de photocopies, à :

- M. le Juge président la Chambre patrimoniale.

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), le 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).

Le greffier :