

Jugement civil n° 2018TALCH08/00176

Audience publique du mardi 10 juillet 2018.

Numéro du rôle : 180083

Composition :

Danielle POLETTI, vice-présidente,
Christian ENGEL, premier juge,
Philippe WADLÉ, juge,
Guy BONIFAS, greffier.

ENTRE

A.), salariée, demeurant à L-(...), (...),

partie demanderesse aux termes d'un exploit de l'huissier de justice Guy ENGEL de Luxembourg du 8 septembre 2016,

comparant par Maître Anne-Marie SCHMIT, avocat, demeurant à Luxembourg,

ET

- 1) la société à responsabilité limitée **SOC.1.)** S.à.r.l., établie et ayant son siège social à L-(...), (...), inscrite au registre de commerce et des sociétés de Luxembourg sous le n° (...), représentée par son gérant actuellement en fonctions,
- 2) la société anonyme **ASS.1.)** S.A., établie et ayant son siège social à L-(...), (...), inscrite au registre de commerce et des sociétés de Luxembourg sous le n° (...), représentée par son conseil d'administration actuellement en fonctions,

parties défenderesses aux fins du prédit exploit ENGEL,

comparant par Maître Claude COLLARINI, avocat, demeurant à Luxembourg,

- 3) **B.)**, médecin-chirurgien, établi à L-(...), (...),

partie défenderesse aux fins du prédit exploit ENGEL,

comparant par Maître Danielle WAGNER, avocat, demeurant à Luxembourg,

- 4) **C.)**, médecin-chirurgien, établi à L-(...), (...),

partie défenderesse aux fins du prédit exploit ENGEL,

comparant par Maître Nicolas DECKER, avocat, demeurant à Luxembourg,

- 5) la FONDATION HÔPITAUX ROBERT SCHUMAN, établissement d'utilité publique, établie et ayant son siège social à L-2540 Luxembourg, 9, rue Edward Steichen, inscrite au registre de commerce et des sociétés de Luxembourg sous le n° G 86, représentée par son conseil d'administration actuellement en fonctions, prise en sa qualité d'exploitante de l'HÔPITAL KIRCHBERG, établi à la même adresse,

partie défenderesse aux fins du prédit exploit ENGEL,

comparant par Maître Anne FERRY, avocat, demeurant à Luxembourg,

- 6) la CAISSE NATIONALE DE SANTÉ (CNS), établissement public, établie et ayant son siège social à L-1471 Luxembourg, 125, route d'Esch, inscrite au registre de commerce et des sociétés de Luxembourg sous le n° J 21, représentée par le président de son comité directeur actuellement en fonctions,

partie défenderesse aux fins du prédit exploit ENGEL,

comparant par Maître Charles UNSEN, avocat, demeurant à Luxembourg.

LE TRIBUNAL

Ouï **A.)** par l'organe de Maître Nathalie BORON, avocat, en remplacement de Maître Anne-Marie SCHMIT, avocat constitué.

Ouï la société à responsabilité limitée **SOC.1.)** S.à.r.l. et la société anonyme **ASS.1.)** S.A. par l'organe de Maître Sandra DENU, avocat, en remplacement de Maître Claude COLLARINI, avocat constitué.

Ouï **B.)** par l'organe de Maître Danielle WAGNER, avocat constitué.

Ouï **C.)** par l'organe de Maître Antoine D'HUART, avocat, en remplacement de Maître Nicolas DECKER, avocat constitué.

Ouï la FONDATION HÔPITAUX ROBERT SCHUMAN par l'organe de Maître Claude VERITER, avocat, en remplacement de Maître Anne FERRY, avocat constitué.

Où la CAISSE NATIONALE DE SANTÉ par l'organe de Maître Daisy WAGENER, avocat, en remplacement de Maître Charles UNSEN, avocat constitué.

Objet du litige

Le litige a trait à l'indemnisation des conséquences dommageables d'une chute dont A.) a été victime le 9 février 2013 à l'arrière du restaurant exploité par la société à responsabilité limitée SOC.1.) (ci-après : la société SOC.1.).

Procédure

Par exploit d'huissier de justice du 8 septembre 2016, A.), comparant par Maître Anne-Marie SCHMIT, a fait donner assignation 1) à la société SOC.1.), 2) à la société anonyme de droit luxembourgeois ASS.1.), (ci-après : la compagnie d'assurances ASS.1.), 3) au docteur B.), 4) au docteur C.), 5) à la FONDATION HÔPITAUX ROBERT SCHUMAN et 6) à l'établissement public CAISSE NATIONALE DE SANTÉ (ci-après : la CNS).

Maître Anne FERRY s'est constituée pour la FONDATION HÔPITAUX ROBERT SCHUMAN en date du 9 septembre 2016.

Maître Claude COLLARINI s'est constitué pour la société SOC.1.) et pour la compagnie d'assurances ASS.1.) en date du 13 septembre 2016.

À la même date, Maître Charles UNSEN s'est constitué pour la CNS.

Maître Nicolas DECKER s'est constitué pour le docteur C.) en date du 16 septembre 2016.

Maître Danielle WAGNER s'est constituée pour le docteur B.) en date du 7 octobre 2016.

L'affaire a été inscrite sous le numéro 180.083 du rôle. Elle a été soumise à l'instruction de la 8^e section.

L'instruction a été clôturée par ordonnance du 12 juin 2018.

Le juge rapporteur a été entendu en son rapport oral à l'audience du 19 juin 2018 et l'affaire a été prise en délibéré à la même date.

Prétentions et moyens des parties

A.)

Aux termes de l'assignation du 8 septembre 2016, **A.)** demande à voir condamner la société **SOC.1.)**, la compagnie d'assurances **ASS.1.)**, le docteur **B.)**, le docteur **C.)** et la FONDATION HÔPITAUX ROBERT SCHUMAN solidairement, sinon *in solidum*, sinon chacun pour le tout, à lui payer la somme de 446.500 euros + p.m. à titre de dommages-intérêts, avec les intérêts légaux à partir du 9 février 2013, jour de l'accident, sinon à partir du jour de l'assignation en justice, jusqu'à solde.

Elle demande à voir déclarer le jugement à intervenir commun à la CNS.

Par ailleurs, elle demande à voir enjoindre au docteur **B.)** et au docteur **C.)** de lui communiquer chacun dans un délai de quinze jours à partir de la signification de la décision à intervenir, sous peine d'une astreinte par jour de retard, le contrat d'assurance, y compris les conditions spécifiques, relatif à leur responsabilité professionnelle, conformément à l'article 8 de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, portant création d'un service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé. À titre subsidiaire, elle demande la communication desdits documents sur base des articles 60, 284 et 288 du nouveau code de procédure civile.

A.) sollicite enfin la condamnation de la société **SOC.1.)**, de la compagnie d'assurances **ASS.1.)**, du docteur **B.)**, du docteur **C.)** et de la FONDATION HÔPITAUX ROBERT SCHUMAN aux frais et dépens de l'instance, ainsi qu'une indemnité de procédure de 3.000 euros de chacune des parties.

À l'appui de sa demande, **A.)** expose avoir été le 9 février 2013 victime d'une grave chute lors d'une visite du restaurant exploité par la société **SOC.1.)**, assurée auprès de la compagnie d'assurances **ASS.1.)**. Le propriétaire du restaurant lui ayant suggéré d'aller fumer sur la terrasse derrière le restaurant, peu avant minuit, **A.)** serait sortie par le portail et serait de suite tombée dans le vide, étant donné que ledit portail donnerait sur un escalier qui n'était ni éclairé, ni sécurisé par une rampe qui lui aurait, le cas échéant, permis de s'agripper quelque part. À cela s'ajouterait que l'escalier serait disposé de manière très singulière, induisant en erreur tout usager, dans la mesure où la direction de descente suggérée par le palier supérieur de l'escalier ne serait pas celle des marches suivantes qui colleraient quant à elles contre le mur de la terrasse, situé plus à gauche. **A.)** serait ainsi tombée dans le vide d'une hauteur d'environ 2 mètres, sans que sa chute n'ait pu être freinée.

A.) aurait été grièvement blessée. Les médecins auraient diagnostiqué d'abord une entorse grave des ligaments de la cheville gauche avec une très forte atténuation de l'échotexture ligamentaire au niveau du ligament péronéo-astragalien antérieur. Une analyse approfondie aurait révélé ultérieurement un effondrement du potentiel sensitif du nerf sural, une absence de neuropathie motrice et un retard sévère de latence des ondes F du nerf tibial gauche. Elle aurait également subi des blessures à l'épaule (amincissement avec hypersignal de dégénérescence interstitielle de la jonction myo-tendineuse du sous-scapulaire) et sa colonne vertébrale aurait subi un traumatisme important qui aurait conduit à une hernie discale.

Le 2 mai 2013, A.) aurait dû se soumettre à une première intervention chirurgicale effectuée par le docteur B.), dont l'objet aurait été de curer la hernie discale. À l'issue de la mesure de réhabilitation, les douleurs auraient persisté. Le 11 septembre 2013, suite à une IRM de la colonne lombo-sacrée, le docteur D.) aurait suspecté une spondylodiscite infectieuse, infection d'un disque intervertébral et des corps vertébraux adjacents pouvant survenir lors d'une intervention chirurgicale.

Le 10 octobre 2013, A.) aurait été opérée une deuxième fois, le chirurgien C.) ayant diagnostiqué une spondylodiscite qu'il met en relation avec le premier geste médical. Le docteur C.) aurait procédé à une décompression et à l'installation d'une spondylodèse dorsale, une fixation de deux ou de plusieurs vertèbres avec des vis et des tiges pour les empêcher de se mouvoir individuellement.

Cette seconde opération aurait été pratiquée à l'Hôpital du Kirchberg, exploité par la FONDATION HÔPITAUX ROBERT SCHUMAN.

Suite à la seconde intervention chirurgicale, A.) aurait présenté immédiatement des problèmes de guérison de la plaie, de sorte qu'elle aurait dû se représenter au service d'urgence du HÔP.1.) dès le 20 octobre 2013. Un prélèvement effectué dans la plaie au dos aurait alors révélé la présence de deux souches différentes de staphylocoques.

Tout traitement aux antibiotiques s'avérant inefficace, A.) aurait ensuite dû se soumettre à une troisième opération chirurgicale en date du 31 octobre 2013 pour débrider et nettoyer la plaie en profondeur. La gravité de l'infection aurait été telle qu'un drainage a dû être posé.

Le 23 janvier 2014, A.) aurait dû subir une quatrième opération chirurgicale, toujours dans le contexte de la spondylodiscite infectieuse, qui aurait constitué la seconde étape de l'opération du 10 octobre 2013. Le chirurgien aurait accédé cette fois-ci de manière ventrale à la colonne vertébrale, par opposition à la première étape, qui s'était faite de manière dorsale.

Afin de déterminer les fautes imputables aux différents acteurs ainsi que le préjudice subi, A.) a assigné les parties défenderesses devant le juge des référés afin de voir ordonner une expertise.

Par ordonnance du juge des référés du Tribunal d'arrondissement de Luxembourg rendue le 3 décembre 2014 (n° 669/2014), le Professeur Jean-Yves JENNY (Université de Strasbourg) a été nommé avec la mission de :

1. « procéder à l'examen médical de A.) et déterminer son état de santé actuel,
2. déterminer et décrire les antécédents médicaux, ainsi que l'état de santé de A.) avant la survenance de la chute du 9 février 2013,
3. déterminer et décrire les lésions subies par A.) lors de la chute du 9 février 2013,

4. *déterminer et décrire de façon chronologique et détaillée les soins, traitements opérations et autres interventions à des fins curatives, thérapeutiques, de restauration ou de rééducation effectués dans le cadre de la prise en charge médicale des blessures subies par A.) en relation avec la chute du 9 février 2013,*
5. *préciser si les interventions chirurgicales du 2 mai 2013, du 10 octobre 2013, du 31 octobre 2013 et du 23 janvier 2014 sont en relation directe et certaine avec les lésions subies lors de la chute du 9 février 2013,*
6. *déterminer si les actes médicaux réalisés et soins prescrits étaient indiqués et si ces soins ou actes ont été attentifs, diligents et conformes aux données acquises de la science médicale, et plus particulièrement l'intervention chirurgicale effectuée le 2 mai 2013 par le Dr B.) au HÔP.1.) et les interventions chirurgicales effectuées le 10 octobre 2013, le 31 octobre 2013 et le 23 janvier 2014 par le Dr C.) à l'hôpital du Kirchberg*
7. *déterminer et décrire l'état de santé de A.) avant et après chacune des interventions chirurgicales et, le cas échéant, déterminer et décrire la nature des complications subies par A.) lors des différentes interventions chirurgicales,*
8. *déterminer les causes et origines des éventuelles complications constatées et se prononcer sur la question de savoir si les mesures quant aux conditions sanitaires et hygiéniques mis en place dans les hôpitaux concernés correspondent aux données acquises de la science et si ces mesures ont été observées lors des interventions chirurgicales respectives,*
9. *déterminer les incapacités temporaires et définitives, le préjudice d'agrément, le pretium doloris et tous autres préjudices matériels et moraux qui en résultent pour A.), en distinguant les suites dommageables en relation directe avec la chute du 9 février 2013 et celles en relation avec les complications constatées en tenant compte des éventuelles prédispositions, antécédents ou autres pathologies de A.) et en tenant compte du respect par la patiente du traitement prescrit »,*

Dans son rapport du 23 avril 2015, l'expert JENNY aurait :

- mis en évidence l'absence d'état pathologique préexistant à l'accident du 9 février 2013,
- retenu que les interventions chirurgicales des 2 mai 2013, 10 octobre 2013 et 23 janvier 2014 auraient dû être entreprises dans les suites de l'accident du 9 février 2013,
- dit que seule l'intervention du 31 octobre 2013 ne se trouverait pas en lien avec l'accident du 9 février 2013,
- estimé que l'intervention du 2 mai 2013 entreprise par le docteur B.) ainsi que celle du 10 octobre 2013 entreprise par le docteur C.), bien que prématurée, auraient été réalisées conformément aux règles de l'art,
- exposé, en ce qui concerne l'intervention du 31 octobre 2013, que celle-ci était nécessaire de par l'infection survenue en raison de l'opération du 10 octobre 2013,

- conclu que l'intervention du 23 janvier 2014 s'expliquait par les suites de l'intervention du 10 octobre 2013 en ce que cette intervention serait à considérer comme prématurée et excessive, étant donné que le diagnostic posé n'était pas étayé par les informations médicales disponibles.

Le résultat de l'expertise permettrait de retenir que chacune des parties assignées a engagé sa responsabilité civile :

- la société **SOC.1.**), sur base articles 1135 et 1137 du Code civil, sinon sur base des articles 1142 et 1147 du même code, sinon sur base des articles 1382 et 1383 dudit code, au titre de la violation de son obligation accessoire de sécurité et de la faute contractuelle, sinon de l'imprudence ou négligence graves commises ;
- la compagnie d'assurances **ASS.1.**), sur base de l'action directe conférée par l'article 89 de la loi du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance ;
- le docteur **B.**), sur base des articles 1142 et 1147 du code civil, sinon subsidiairement sur base des articles 1382 et 1383 du même code, motif pris qu'il n'aurait pas informé **A.**) quant aux risques liés à l'intervention, malgré les nombreuses consultations effectuées, ce qui aurait privé la demanderesse de son droit de ne pas consentir à l'intervention ;
- le docteur **C.**), sur base articles 1135 et 1137 du Code civil, sinon subsidiairement sur base des articles 1142 et 1147 du même code, sinon plus subsidiairement sur base des articles 1382 et 1383 du même code, motif pris :
 - o de l'erreur de diagnostic précédant l'intervention du 10 octobre 2013, provoquée par l'abstention de procéder à des examens additionnels préalables,
 - o du caractère non indiqué des interventions des 10 octobre 2013 et 23 janvier 2014, la réalisation d'une arthrodèse vertébrale s'étant révélée injustifiée,
 - o de l'infection nosocomiale contractée par **A.**), en violation de l'obligation accessoire de sécurité ;
- la **FONDATION HÔPITAUX ROBERT SCHUMAN**, sur base des articles 1142 et 1147 du code civil, sinon subsidiairement sur base des articles 1382 et 1383 du même code, motif pris de l'infection nosocomiale contractée par **A.**), en violation de son obligation accessoire de sécurité.

A.) soutient avoir subi les chefs de préjudice suivants :

1. Préjudices patrimoniaux	
a. Frais de soins	5.000 euros
b. Frais de déplacement	500 euros
c. Perte de revenus	15.000 euros
d. Dépenses consécutives à la réduction d'autonomie	16.000 euros
2. Préjudices extrapatrimoniaux	
a. Atteinte temporaire à l'intégrité physique	35.000 euros
b. Atteinte définitive à l'intégrité physique	300.000 euros

c.	<i>Pretium doloris</i>	25.000 euros
d.	Préjudice esthétique	15.000 euros
e.	Préjudice d'agrément	15.000 euros
f.	Préjudice sexuel	20.000 euros
TOTAL :		410.000 euros

La société **SOC.1.)** et la compagnie d'assurances **ASS.1.)**

La société **SOC.1.)** et la compagnie d'assurances **ASS.1.)** concluent à titre principal au rejet de la demande en indemnisation de **A.)**. À titre subsidiaire, ils soutiennent que la société **SOC.1.)** s'exonère dans une proportion largement favorable en raison du comportement hautement imprudent de **A.)**. En dernier degré de subsidiarité, ils contestent les montants réclamés par **A.)** tant dans leur principe que dans leur quantum.

Ils font valoir que le soir de l'accident, à un moment où tous les autres clients – à l'exception de **A.)** et de son ami – avaient quitté l'établissement et juste avant que le repas ne soit servi au personnel du restaurant, le gérant, **E.)**, aurait éteint les lumières de la terrasse. Il aurait fermé à clé la porte de cette terrasse et un cendrier aurait été mis à disposition de **A.)**, dans la mesure où, vu qu'il n'y aurait eu plus aucun client dans le restaurant, la demanderesse aurait été autorisée à fumer à l'intérieur de l'établissement. Pendant que le personnel du restaurant dinait, **A.)** aurait poussé un cri depuis la terrasse. Il se serait avéré que cette dernière avait ouvert la porte de la terrasse au moyen des clés qui avaient été laissées sur la serrure. En dépit du fait que les lieux auraient été sombres, **A.)** se serait avancée pour, selon les explications qu'elle aurait fournies après sa chute, pouvoir observer la cuisine du restaurant, qui se trouverait de l'autre côté de la porte située sur la droite de ladite terrasse.

La société **SOC.1.)** soutient que l'obligation accessoire de sécurité inhérente au contrat d'entreprise qui l'aurait liée à **A.)** aurait été une obligation de moyens. Au vu d'une attestation testimoniale établie par le cuisinier du restaurant **T.1.)**, il apparaîtrait que **A.)** a déverrouillé la porte – à l'insu du personnel et sans y être autorisée – pour aller s'aventurer sur une terrasse insuffisamment éclairée. Ainsi **A.)** se serait-elle comportée de manière déraisonnable en prenant délibérément un risque injustifié, de sorte qu'aucune faute ou imprudence ne saurait être retenue dans le chef de la société **SOC.1.)**.

La société **SOC.1.)** et la compagnie d'assurances **ASS.1.)** font valoir, s'agissant du préjudice dont se prévaut la demanderesse, que dans l'hypothèse où une quelconque responsabilité serait retenue dans le chef de la société **SOC.1.)**, celle-ci ne pourrait en tout état de cause pas faire l'objet d'une condamnation pour les dommages subis par **A.)** en relation avec la complication infectieuse survenue à la suite de l'intervention du 10 octobre 2013. Dans la mesure où seule la première intervention pratiquée le 2 mai 2013 par le docteur **B.)** aurait été jugée par l'expert comme étant une suite directe de

la chute de **A.**), les interventions subséquentes ne se trouveraient plus en relation causale avec la chute.

La société **SOC.1.)** et la compagnie d'assurances **ASS.1.)** demandent enfin la condamnation de **A.)** à leur payer une indemnité de procédure de 2.000 euros.

Le docteur **B.)**

Le docteur **B.)** conclut au rejet des demandes de **A.)**.

En ce qui concerne la demande en responsabilité civile, le docteur **B.)** fait valoir qu'il a, lors des consultations en mars et avril 2013, expliqué les tenants et les aboutissants de l'opération à **A.)**. Il aurait expliqué, sur base de modèles anatomiques et de schémas, les principes de l'opération, ses avantages et ses principaux risques, ainsi que les suites opératoires habituelles. Sur ces bases, l'opération aurait finalement été décidée par **A.)**, qui aurait signé le 1^{er} mai 2013 une autorisation pour pratiquer l'intervention. L'opération aurait été réalisée le 2 mai 2013 et **A.)** a quitté l'hôpital le 4 mai 2013, munie d'une documentation explicative spécifique pour son retour à domicile. Elle aurait par la suite eu des consultations de contrôle auprès du docteur **B.)** en date des 16 mai 2013, 25 mai 2013, 30 mai 2013 et 5 juin 2013, consultations lors desquelles une amélioration progressive aurait été constatée. **A.)** aurait été hospitalisée en service de rééducation du 19 juin 2013 au 10 juillet 2013, date à laquelle une dernière consultation aurait eu lieu auprès du docteur **B.)**.

Le docteur **B.)** considère avoir fourni à **A.)** toutes les informations nécessaires afin de permettre à cette dernière de prendre une décision éclairée, et de mesurer les risques et les bénéfices de l'opération, l'expert judiciaire JENNY retenant d'ailleurs qu'il n'existerait aucun élément permettant de suspecter un manquement de sa part. Dans le doute, il y aurait lieu de renvoyer le dossier à l'expert judiciaire JENNY avec la mission de se prononcer sur base du dossier patient et des données acquises de la science, si l'information fournie par le docteur **B.)** à **A.)** était suffisante au vu de son état physique et psychologique lors des différentes consultations pour lui permettre de donner son consentement éclairé à l'intervention du 2 mai 2013.

Il insiste à soutenir que l'intervention chirurgicale du 10 octobre 2013, réalisée par le docteur **C.)**, n'a pas été rendue nécessaire par sa propre intervention du 2 mai 2013, ce que l'expert judiciaire JENNY aurait confirmé dans son rapport, et que **A.)** n'a pas subi d'infection dans les suites de l'opération du 2 mai 2013.

S'agissant de la demande en communication du contrat d'assurance et des conditions spécifiques, elle serait à déclarer non fondée étant donné que la loi du 24 juillet 2014 n'aurait pas été en vigueur au moment des faits litigieux.

Le docteur **B.)** demande enfin la condamnation de **A.)** à lui payer une indemnité de procédure de 5.000 euros.

Le docteur C.)

Le docteur C.) conclut au rejet des demandes de A.), motif pris que toutes les obligations à sa charge seraient à qualifier d'obligations de moyens, qu'aucune faute, ni négligence ne pourraient lui être reprochées et, enfin, que le lien causal entre le préjudice allégué – qu'il conteste par ailleurs – et les reproches formulés à son égard ne seraient pas établis.

Il demande à titre subsidiaire la nomination d'un nouvel expert médical et d'un expert calculateur, au motif que le rapport du professeur JENNY serait incomplet et reposerait sur des interprétations erronées. Il précise dans ce contexte que l'expert judiciaire n'aurait pas été en possession de tous les éléments indispensables – à savoir, entre autres, le rapport du Professeur F.) – afin d'établir un rapport complet.

S'agissant de l'erreur de diagnostic lui reprochée, le docteur C.) en conteste l'existence puisque son diagnostic, à savoir une spondylodiscite au niveau L5-S1, aurait été confirmé aussi bien par le docteur D.) que par le professeur F.). Même à supposer l'erreur prouvée, le caractère fautif de cette dernière ne serait pas établi. Il aurait d'ailleurs délibérément renoncé à effectuer tant de nouveaux tests sanguins, étant donné que les tests précédents auraient été tous négatifs, qu'un examen biopsique par ponction au niveau L5-S1, puisque la mise en œuvre technique d'un tel examen aurait été particulièrement compliquée au niveau L5-S1 et, par ailleurs, très douloureuse.

En ce qui concerne le caractère non indiqué des interventions chirurgicales des 10 octobre 2013 et 23 janvier 2014, lui reproché par A.), il fait valoir que celle du 10 octobre 2013 s'imposait eu égard au lien causal entre l'intervention chirurgicale du 2 mai 2013 effectuée par le docteur B.) et la symptomatique des plaintes de la patiente : au vu du risque élevé d'une infection persistante, un traitement conservateur et le port d'un corset, ainsi qu'un traitement antibiotique de six mois n'auraient présenté aucune alternative dans le cas de A.), celle-ci ayant refusé la prise de l'antibiotique Clindamycine 600 en raison de son intolérance et des effets secondaires qu'elle aurait dit ne pas supporter. Enfin, l'affirmation de l'expert JENNY quant au caractère prématuré et excessif de l'intervention du 10 octobre 2013 ne reposerait sur aucun fondement scientifique, l'expert ne produisant aucun résultat de recherche, ni étude scientifique qui établiraient le moment opportun de procéder à une telle intervention.

Quant à l'infection nosocomiale, le docteur C.) considère qu'il n'en est pas responsable, vu que l'obligation de résultat y relative viserait les hôpitaux et non pas les médecins eux-mêmes. Il découlerait en outre du rapport d'expertise JENNY que l'origine de l'infection contractée serait le site opératoire et qu'aucun élément ne permettrait de rattacher la survenance de cette infection à un manquement aux règles de l'art dans son chef.

S'agissant de la demande en communication du contrat d'assurance et des conditions spécifiques, A.) en serait à débouter.

Le docteur C.) demande enfin la condamnation de A.) à lui payer une indemnité de procédure de 5.000 euros.

La FONDATION HÔPITAUX ROBERT SCHUMAN

La FONDATION HÔPITAUX ROBERT SCHUMAN conclut au rejet de la demande. Elle conteste toute faute dans son chef en relation causale avec le préjudice invoqué par A.), ainsi que le dommage invoqué tant en son principe qu'en son quantum et quant au lien causal.

À titre subsidiaire, elle demande à voir dire qu'il y a exonération totale, sinon partielle, dans son chef par le fait ou la faute du docteur C.), au motif que s'il n'y avait pas eu d'opération inutile, il n'y aurait pas eu infection, sinon par le fait ou la faute de la victime, motif pris qu'il résulterait du dossier médical que A.) refusait la prise d'antibiotiques, était tabagique et sujette à problèmes d'éthylisme.

Pour autant que de besoin, elle demande à voir condamner le docteur C.) à la tenir quitte et indemne de toute condamnation prononcée à son égard.

En dernier degré de subsidiarité, pour le cas où un partage de responsabilités serait prononcé, il y aurait lieu de voir instaurer un partage largement favorable à la FONDATION HÔPITAUX ROBERT SCHUMAN et de rejeter tout caractère solidaire ou *in solidum* d'une éventuelle condamnation.

La demande de la CNS serait également à rejeter. La FONDATION HÔPITAUX ROBERT SCHUMAN conteste les montants réclamés par la CNS en leur principe et en leur quantum. Elle sollicite, à titre subsidiaire, application des mêmes causes d'exonération en sa faveur qu'en ce qui concerne la demande de A.) et demande, pour autant que de besoin, à voir condamner le docteur C.) à la tenir quitte et indemne également de toute condamnation en paiement prononcée à son égard en faveur de la CNS.

La FONDATION HÔPITAUX ROBERT SCHUMAN indique qu'elle fonctionne en « régime dit ouvert » : le contrat médical se créerait directement entre le patient et le médecin, tandis que l'hôpital serait tiers à ce contrat. Le médecin ne serait pas salarié de la structure et resterait seul responsable des diagnostics, actes et devoirs qu'il accomplit.

Elle fait valoir que le lien entre l'opération du 10 octobre 2013 et la présence de l'infection par staphylocoques ne serait pas établi au vu du rapport JENNY.

La FONDATION HÔPITAUX ROBERT SCHUMAN demande enfin la condamnation de A.) à lui payer une indemnité de procédure de 1.500 euros.

La CNS

La CNS, qui explique avoir exposé des prestations en nature et en espèces pour un montant de 65.369,73 euros, demande à se voir déclarer commun le jugement à intervenir et à se voir réserver le droit de faire valoir contre qui de droit son recours en vertu de l'article 82 du Code de la sécurité sociale.

Motifs de la décision

La demande de A.) est à déclarer recevable pour avoir été introduite dans les forme et délai de la loi.

Il convient de diviser l'exposé des motifs de la décision en deux parties : d'une part, l'examen des responsabilités en relation avec la chute au restaurant **SOC.1.)** (I.) et, d'autre part, l'analyse des responsabilités médicales en relation avec les actes médicaux posés postérieurement à la chute (II.).

I. Examen des responsabilités en relation avec la chute au restaurant SOC.1.)

Il est de principe que les restaurateurs, et d'une manière générale les exploitants de locaux ouverts à la clientèle, sont tenus d'une obligation de moyens de nature contractuelle afin d'assurer la sécurité de leurs clients. Eu égard à la grande liberté de manœuvre de leurs clients, ils ne sont pas obligés de rendre ceux-ci sains et saufs à la sortie de leurs établissements, mais seulement d'observer dans l'organisation et le fonctionnement de leurs exploitations les règles de prudence et de surveillance qu'exige la sécurité des clients. Le débiteur de cette obligation ne promet rien d'autre que de mettre au service du créancier les moyens dont il dispose, tous ses moyens, de faire toute diligence pour exécuter le contrat de « tout son possible ». C'est une obligation générale de prudence et de diligence. L'obligation impose de ne pas créer de danger pour la santé des personnes (Cour 10 juillet 2013, n° 39137 du rôle).

Il appartient à A.), en sa qualité de demanderesse, conformément à l'article 1315 du code civil, ensemble l'article 58 du nouveau code de procédure civile, d'établir que le dommage subi par elle procède de l'inexécution ou de l'exécution défectueuse par la société **SOC.1.)** de l'obligation accessoire contractuelle de sécurité lui incombant, qui est de moyens. Ainsi, et au vu des contestations afférentes de la société **SOC.1.)**, il incombe à A.) de prouver que la chute a eu lieu du fait que, tel qu'allégué par la demanderesse, suite à l'invitation du patron du restaurant, elle aurait ouvert la porte de la terrasse pour sortir en vue de fumer une cigarette et serait « *tombée dans le vide à ce moment[-là]* » (page 2 de l'assignation).

À l'appui de son récit de faits, elle verse un rapport dressé par un agent d'assurances dénommé G.), accompagné de quatre photos des lieux, ainsi qu'une attestation testimoniale du 23 mars 2016 établie par son ami T.2.), avec qui elle avait passé la soirée de l'accident au restaurant. T.2.) relate ce qui suit : « (...) *Da wir beide [lui-même et A.]) Raucher sind und im Restaurant nicht geraucht werden darf, mussten wir immer durch das ganze Lokal bis vorne an die Tür. Um dies zu vermeiden bot uns*

die Chefin an auf die Terrasse zu gehen, damit wir nicht immer rumlaufen müssten und sperrte uns die Tür zur Terrasse auf und stellte uns freundlicherweise einen Aschenbecher hin. Gegen Ende des Abends haben wir um die Rechnung gebeten, daraufhin hat uns der Wirt noch auf einen Absacker gebeten, zudem wir zustimmten. Frau A.) ist noch vor dem Eintreffen der Getränke noch einen Rauchen gegangen. Nach längerem Warten bin ich aufgestanden um nach ihr zu sehen. Beim Rausehen des Fensters habe ich sie nicht gesehen, worauf ich mich auch auf die Terrasse [begab]. Als ich Frau A.) [rief], kam mir nur ein Wimmern entgegen. Rechts von mir war eine off[ene] Tür wo das leise Wimmern [her]kam. Ich ging in die unbeleuchtete Ecke um zu sehen wo das herkam. Ich fand Frau A.) unten neben der Treppe liegend (...) Als Bemerkung füge ich hinzu: Die Tür war nicht verschlossen und es stand nichts an der Tür dass es verboten gewesen wäre da rein zu gehen oder dass es privat sein würde ».

La société **SOC.1.)** et la compagnie d'assurances **ASS.1.)** contestent cette version des faits. Ils versent de leur côté également quatre photos des lieux et une attestation testimoniale établie le 21 décembre 2016 par **T.1.)**, qui énonce ce qui suit : « *[Le] 9 février 2013 dans la soirée, le couple (madame A.) et son copain) venai[t] à notre restaurant pour manger. Je travaille dans la cuisine, après que tous les plats de clients finis, je commençais à préparer notre propre dîner. À environ minuit, les autres clients sont tous partis, ne laissant [qu']eux deux. Comme nous mangeons le dîner dans la salle devant, donc le patron a éteint les lumières de terrasse, (les lumières de l'arbre de terrasse restent toujours[s] allumé[e]s). Il a fermé la porte de terrasse à clé (laissé la clé sur la porte), et la patronne a mis le cendrier sur leur table à la salle derrière pour qu'ils puissent fumer à l'intérieur. Nous mangeons sur la table ronde, j'ai vu monsieur est allé aux toilettes. Quelque[s] minutes après, nous avons entendu les cris provenant du jardin, le patron, la patronne et la serveuse ont couru dehors pour voir ce qui est arrivé. La dame seule réellement ouvert la porte de terrasse et la porte menant à la cuisine et le jardin (mais normale[me]nt la porte en bois est resté[e] toujours fermée, on l'ouvre lorsque sorti et entrer les poubelle[s] hebdomadaire[s] seulement, et parfois on arrive de l'ouvrir en poussant fort), puis est tombé[e] du côté de l'escalier de jardin ».*

Il résulte de l'ensemble des éléments de preuve versés que la salle de restaurant donne, moyennant porte vitrée équipée d'une serrure, sur une terrasse en bois équipée de tables et de chaises. Sur le côté droit, vu de la porte vitrée précitée (voir photo n° 1 versée par **A.)** et l'attestation testimoniale de **T.2.)** : « *Rechts von mir war eine off[ene] Tür* », de cette terrasse se trouve une clôture en bois, comportant un panneau en bois qui fait office de porte pouvant être ouverte du côté de la terrasse du restaurant, mais dépourvue de poignée et de serrure de ce côté-là. Derrière cette deuxième porte se situe directement un escalier couvert de dalles en béton descendant vers un jardin privatif, où sont entreposés notamment des poubelles et des éléments d'aire de jeux. **A.)** a chuté dans cet escalier.

Les deux attestations testimoniales versées sont contradictoires quant à l'endroit qui a été indiqué à **A.)** pour fumer une cigarette. Cependant, même à admettre que la

version de **T.2.)** corresponde à la réalité, il n'en demeure pas moins que, suivant le récit de ce dernier, **A.)** a simplement été invitée à fumer sur la terrasse, aménagée en vue d'accueillir des clients.

Or l'endroit où la chute s'est produite – l'escalier descendant vers le jardin – ne se situe pas sur la terrasse, mais derrière une clôture comprenant une porte supplémentaire que **A.)** a dû ouvrir pour y accéder.

Il est ainsi établi qu'elle a accédé à un endroit ne faisant plus partie de l'établissement restaurateur, celui-ci n'étant pas couvert par l'obligation accessoire de sécurité à charge de l'exploitant du restaurant, en l'occurrence la société **SOC.1.)**. Il ne résulte d'aucun élément du dossier que, disposant de la terrasse pour fumer, endroit en l'occurrence dédié à l'accueil de clients, un homme normalement prudent et diligent se soit vu contraint de, voire incité à quitter ladite terrasse à cet effet. La société **SOC.1.)** a d'ailleurs pris soin de ne pas équiper la porte discrètement encastrée dans la clôture en bois d'une poignée. Le fait que l'escalier descendant vers le jardin ne soit pas éclairé n'importe pas dans les circonstances données et en l'empruntant en dépit des circonstances qui viennent d'être décrites, **A.)** a manqué à son obligation de veiller à sa propre sécurité (v. pour cette obligation à charge du client d'un restaurant : Cour 10 juillet 2013, *préc.*).

La version des faits de **A.)** quant à la survenance et à l'endroit de la chute se trouvant ainsi contredite par les éléments du dossier, celle-ci n'établit pas de violation de son obligation accessoire de sécurité dans le chef de la société **SOC.1.)**.

A.) est dès lors à débouter de sa demande en indemnisation en ce qu'elle est dirigée contre la société **SOC.1.)** et, corrélativement contre la compagnie d'assurances **ASS.1.)**, actionnée via le mécanisme de l'action directe conférée par l'article 89 de la loi du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance.

II. Analyse des responsabilités médicales en relation avec les actes médicaux posés postérieurement à la chute

Il convient d'examiner successivement le comportement fautif reproché au docteur **B.)** (*A.*), la responsabilité du docteur **C.)** en relation avec l'opportunité de pratiquer les opérations des 10 octobre 2013 et 23 janvier 2014 (*B.*), ainsi que la responsabilité du docteur **C.)** et de la FONDATION HÔPITAUX ROBERT SCHUMAN en relation avec l'infection nosocomiale prétendument contractée par **A.)** à l'occasion de l'intervention chirurgicale du 10 octobre 2013 (*C.*).

A. Quant à la responsabilité du docteur B.)

En règle générale, il se forme entre un médecin et son client un véritable contrat comportant pour le praticien l'engagement, sinon bien évidemment de guérir le malade, du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs, et, réserve faite des circonstances exceptionnelles, conformes aux données

acquises de la science. La violation, même involontaire de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature, dès lors, également contractuelle.

La responsabilité du médecin à l'égard de son patient est, par conséquent, de nature contractuelle (Enc. Dalloz, Droit civil, v° médecin, n° 484 ; Jurisclasseur Droit civil, art. 1382 à 1386, fasc. 440-1, n° 8).

En l'espèce, le caractère contractuel de la relation entre **A.)** et le docteur **B.)** n'est pas contesté. Il convient dès lors d'analyser la demande de **A.)** sous l'angle de vue de la responsabilité contractuelle, à l'exclusion de la responsabilité délictuelle.

A.) reproche au docteur **B.)** d'avoir manqué à son obligation d'information de médecin en relation avec l'opération réalisée le 2 mai 2013. Elle soutient qu'en ne l'ayant pas informée des risques liés à l'intervention, le docteur **B.)** l'aurait privée de son droit de ne pas consentir à cette intervention.

Il est admis, tant par la doctrine que par la jurisprudence, que le médecin assume une obligation d'information particulière vis-à-vis de son patient (G. Ravarani, La responsabilité civile des personnes privées et publiques, 3^e éd. 2014, n° 670 et s., ainsi que les références jurisprudentielles y citées).

En effet, l'obligation d'information du médecin est d'une autre nature que celle des autres professionnels, dans la mesure où le consentement du malade à l'intervention du médecin est essentiel, l'acte médical pratiqué sans information préalable, condition indispensable au consentement éclairé, étant illégitime et sanctionné par l'article 392 du code pénal. Le devoir d'information du médecin n'a donc pas seulement pour but de garantir la libre formation de la volonté du patient, mais aussi de protéger l'intégrité physique de ce dernier.

Le principe d'intégrité de la personne physique entraîne comme conséquence essentielle que toute atteinte à cette intégrité, même par le médecin, exige le consentement de celui qui la subit (R. Savatier, J-M. Auby, J. Savatier, H. Pequignot, Traité de droit médical, Librairies Techniques, 1956, n° 247 et 505).

Par conséquent, hormis les cas d'urgence ou de danger imminent, le médecin est tenu d'informer son patient, sinon du pronostic exact de son affection, du moins, en toutes circonstances, des risques d'un traitement ou d'une intervention, ainsi que des conséquences de l'intervention ou de l'acte projeté ou réalisé.

Le consentement éclairé présuppose ainsi une information complète sur les risques post-opératoires ainsi que sur d'éventuelles alternatives thérapeutiques.

Le médecin n'est pas dispensé de cette obligation par le seul fait que ces risques ne se réalisent qu'exceptionnellement (Cass. fr. 1^{re} civ. 7 octobre 1998, Bull. civ. I, no 291, D. 1999. 45, JCP 1998 II 10179) ou par le seul fait que l'intervention serait

médicalement nécessaire (Cass. fr. 1^{re} civ. 18 juillet 2000, Dalloz 2000, I.R., page 217).

Par ailleurs, le médecin doit fournir à son malade des informations personnalisées que celui-ci comprend. Il ne suffit pas qu'il soumet à son malade un listing pré-imprimé comprenant tous les risques possibles et impossibles. La personnalité du patient qui doit recevoir l'information influe en effet sur le contenu de l'obligation d'information. On ne saurait se contenter d'une information technique rigide de la part du médecin, non adaptée au patient. Ainsi, le médecin se gardera de dire tout ce qui risque de mettre les jours du malade en danger, de saper son moral ou encore d'affecter sa santé physique ou psychique (G. Ravarani, *préc.*, n° 671).

Les informations données par le médecin doivent permettre au patient de comparer les avantages et les risques encourus lors du traitement ou de l'intervention et d'y donner ainsi un consentement ou un refus éclairé. Lorsque le risque inhérent à l'acte s'est réalisé et que le praticien n'a pas donné cette information, il engage sa responsabilité, même en l'absence de toute autre faute dans la conduite du traitement ou la réalisation de l'intervention chirurgicale.

Le consentement doit aussi être libre : il ne doit pas être donné dans des circonstances qui obnubilent l'esprit du patient ou faussent sa volonté (Lux. 6 mars 2013, n° 77/13 XVII, nos. 144279 et 150003 du rôle, citant X. Ryckmans, « Les droits et les obligations des médecins », Larcier, 1954, n° 482 et 486).

Le consentement du patient est requis même lorsque l'acte médical est minime et courant, car il est de principe que nul ne peut être soumis contre sa volonté à n'importe quel acte médical (G. Ravarani, *préc.*, n° 670).

La jurisprudence luxembourgeoise, ayant suivi sur ce point la jurisprudence française, retient qu'il incombe au médecin, tenu d'une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient, de prouver qu'il a exécuté cette obligation (Cour 5 juillet 2006, n° 30298 et 30299 du rôle).

Il a même été décidé qu'en tant que débiteur d'une obligation contractuelle, il incombe au médecin de prouver qu'il l'a remplie, et ce de manière complète, le patient n'ayant la charge d'aucune preuve, même dans le cas où il reconnaît avoir été informé, mais soutient avoir été insuffisamment, voire mal informé (Cour 24 janvier 2007, n° 29367 du rôle).

La preuve de cette information peut être faite par tous moyens et même par présomptions (Cour 14 novembre 2002, n° 25596 du rôle).

Dans l'appréciation des faits qui leur sont soumis, les juridictions tiennent notamment compte du nombre d'entretiens que le patient a pu avoir avec le médecin, du temps de réflexion du patient, des mentions dans les dossiers médicaux, des tracés opératoires éventuellement faits, de la profession du patient (S. Welsch, Responsabilité du

médecin, 2^{ème} éd., n° 121). Par application du droit commun, la preuve de l'accomplissement de l'obligation d'information ne peut toutefois être retenue par le juge qu'à condition que des faits graves, précis et concordants sont établis, conformément aux dispositions de l'article 1353 du Code civil (Jurisclasseur, droit civil, art. 1382 à 1386, fasc. 440-30, n° 62).

En l'espèce, le « *Journal complet* » versé par le docteur **B.)**, répertoire électronique retraçant de manière chronologique les consultations de **A.)** auprès du **HÔP.1.)** d'(...) (ci-après : **HÔP.1.)**), renseigne ce qui suit :

« 25.02.2013 13:34 **B.)**

Observation médicale en POC : Lombosciatalgie G non déficitaire. CT HD L5S1. Situation stable actuellement. Notion de chute de 2 m, douleurs aggravées depuis. Ancien CT 2009 : discopathie protrusive. Prendre medic, faire IRM et revoir. Explications. (...)

25.04.2013 08:34 **B.)**

Observation médicale en POC : Sciatalgies persistante malgré tt médical complet. CT HDL5S1 migrée en caudal. Veut op. Explicatio[ns] OP 2-5.

02.05.2013 07:16 **B.)**

vue à son admission pour réponse aux questions (...) ».

Un document intitulé « *chronologie des faits* », établi sur papier à en-tête du **HÔP.1.)** et comportant la mention « *document validé par le Dr. B.)* », apporte les précisions suivantes quant aux inscriptions précitées du « *Journal complet* » :

« 25.02.2013

Passage à la clinique du dos et consultation chez Dr B.) pour lombosciatalgie gauche non déficitaire. D'après les dires de la patiente, le médecin a retenu que les douleurs se sont aggravées depuis cette chute. Il a proposé de faire une IRM (résonance magnétique nucléaire).

14.03.2013

Dr B.) a revu Mme A.). La situation était stable. L'IRM a confirmé la hernie discale L5S1, et vu l'absence de symptôme évolutif et de déficit neurologique, le Dr B.) a proposé de continuer le traitement conservateur en prescrivant une infiltration péri-radiculaire sous scanner. (...)

10.04.2013

Passage à la clinique du dos et consultation de Dr B.) toujours pour lombosciatalgie gauche non déficitaire mais persistante malgré un traitement pharmacologique. La patiente a relaté que les douleurs se sont aggravées et Dr B.) a prescrit un CT (scanner) de contrôle. Il a retenu comme diagnostic une hernie discale volumineuse au niveau L5-S1. La patiente a demandé les possibilités de réaliser une intervention chirurgicale afin d'atténuer ses douleurs.

25.04.2013

Dr. B.) a revu la patiente qui lui a demandé de bénéficier d'une intervention chirurgicale de cure de hernie discale au vu de l'importance des douleurs présentes depuis plus de 2 mois et l'absence d'amélioration malgré le traitement conservateur classique complet bien conduit. Dr A lui a fourni toutes les informations quant aux risques et aux avantages d'une telle chirurgie ; il a pu répondre longuement à toutes ses questions. Dr B.) se rappelle qu'elle était accompagnée par une dame lors d'une de ses visites pré-opératoires (...) ».

Le 1^{er} mai 2013, soit la veille de l'opération, A.) a signé un document intitulé « *Bon pour pouvoir* » et également établi sur papier à en-tête du HÔP.1.), moyennant lequel elle « *autorise l'équipe des chirurgiens et anesthésistes à pratiquer sur [sa] personne les interventions qu'elle jugera nécessaires et appropriées* ».

Il résulte de ces pièces que suite à la première consultation du 25 février 2013, le docteur B.) a initié un processus de traitement de la hernie discale contractée par A.) dans sa chute du 9 février 2013, qui, après un traitement médicamenteux de deux mois, s'est soldé par l'intervention chirurgicale du 2 mai 2013. Au cours de ce processus, l'opportunité de procéder à une opération a fait l'objet d'une appréciation par le docteur B.), laquelle n'encourt pas de reproches, et d'une discussion entre le médecin et la patiente A.), qui souhaitait que l'opération soit réalisée. Dans ce contexte, A.) a reçu le 25 avril 2013, soit une semaine avant l'intervention chirurgicale litigieuse, les informations du médecin quant aux avantages et risques de l'opération. Sur cette base, elle a signé le 1^{er} mai 2013, soit la veille de l'intervention chirurgicale, le « *bon pour pouvoir* », avant de revoir le docteur B.) le lendemain dans la matinée, occasion à laquelle elle avait encore la possibilité de lui poser des questions qu'elle jugeait utiles.

Il existe ainsi des présomptions graves, précises et concordantes permettant d'admettre que le docteur B.) a exécuté son obligation d'information contractuelle préalable à l'intervention chirurgicale du 2 mai 2013.

Il s'ensuit que A.) ne prouve pas de faute dans le chef du docteur B.), de sorte que sa demande en indemnisation n'est pas fondée en ce qu'elle est dirigée contre ce dernier.

B. Quant à la responsabilité du docteur C.) en relation avec l'opportunité de pratiquer les opérations des 10 octobre 2013 et 23 janvier 2014

1. Quant au reproche de l'erreur de diagnostic

Le caractère contractuel de la relation entre la patiente A.) et le docteur C.) n'est pas sujet à discussion entre les parties. L'analyse de la responsabilité du docteur C.) relève dès lors du domaine de la responsabilité contractuelle, à l'exclusion de la responsabilité délictuelle.

Il convient de préciser, qu'à défaut de tout autre élément contraire, le docteur C.) est un praticien libéral qui n'est ni salarié, ni préposé la FONDATION HÔPITAUX

ROBERT SCHUMAN ; il n'engage, dès lors, pas la responsabilité contractuelle de la FONDATION HÔPITAUX ROBERT SCHUMAN par ses propres fautes de soins.

A.) se base sur le rapport d'expertise judiciaire du professeur JENNY. Celui-ci énonce ce qui suit en ce qui concerne le diagnostic opéré par le docteur C.) : « (...) *Les suites [de l'intervention chirurgicale du 2 mai 2013] ont été marquées par la persistance de douleurs lombaires. Le bilan d'imagerie a montré une persistance de la compression radiculaire. L'hypothèse étiologique principale était l'apparition d'une fibrose épидurale postopératoire, complication reconnue après le geste effectué, dont la survenue doit être considérée comme un aléa thérapeutique. Le diagnostic de spondylodiscite postopératoire a cependant été évoqué sur les examens d'imagerie. Toutefois aucun élément additionnel n'a été recherché par le Docteur C.) pour corroborer ce diagnostic : — il n'existait pas d'incident cicatriciel ; — il n'a pas été réalisé de bilan biologique sanguin à la recherche d'un syndrome inflammatoire ; — il n'a pas été réalisé de ponction profonde ni des tissus mous ni de la zone discale. Dans ces conditions, il n'était pas possible de retenir ce diagnostic de façon formelle avec les informations disponibles. Il n'était donc pas possible de retenir une indication chirurgicale fondée sur ce diagnostic. Une réintervention a toutefois été indiquée par le Docteur C.) sur le diagnostic de spondylodiscite infectieuse. En l'état des éléments médicaux disponibles à cette date, cette indication chirurgicale n'était pas justifiée. La réalisation d'une arthrodèse vertébrale dans le même temps opératoire n'était pas justifiée en raison de l'incertitude étiologique mentionnée plus haut. En effet, l'hypothèse d'une fibrose postopératoire demandait de temporiser pour attendre l'évolution spontanée, souvent favorable après plusieurs mois d'attente. Même une évolution défavorable d'une fibrose postopératoire, si elle peut parfois nécessiter une résection chirurgicale secondaire de la fibrose, ne justifie pas la réalisation d'une arthrodèse vertébrale. Cette réintervention a eu lieu le 10 octobre 2013 selon les règles de l'art, mais n'a pas confirmé le diagnostic d'infection (constatations peropératoires non spécifiques, prélèvements bactériologiques peropératoires négatifs en l'absence d'antibiothérapie). Le diagnostic de spondylodiscite infectieuse peut donc être formellement réfuté à la date du 10 octobre 2013 (...) ».*

Le docteur C.) critique les conclusions du rapport en ce que le diagnostic de la spondylodiscite infectieuse aurait été confirmé par l'analyse du professeur F.) (Université de (...)) du 10 février 2014 suite à un prélèvement réalisé le 23 janvier 2014, analyse que l'expert JENNY n'aurait pas pris en compte dans son appréciation précitée, ainsi que par le compte-rendu de l'IRM de la colonne lombo-sacrée réalisé le 11 septembre 2013.

De manière générale, si, en vertu de l'article 446 du nouveau code de procédure civile, le juge n'est pas lié par les constatations ou les conclusions du technicien, il est cependant de principe que les juges ne doivent s'écarter de l'avis des experts judiciaires qu'avec une grande prudence et lorsqu'ils ont de justes motifs d'admettre que les experts judiciaires se sont trompés ou lorsque l'erreur de ceux-ci résulte dès à présent, soit du rapport, soit d'autres éléments acquis en cause ou dans le cas où il

existe des éléments sérieux permettant de conclure que l'expert n'a pas correctement analysé toutes les données qui lui ont été soumises (Cour 18 décembre 1962, Pas. 19, p. 17 ; Cour 8 avril 1998, Pas. 31, p. 28).

En l'espèce, l'expert JENNY a rédigé ses conclusions sur base du dossier médical, des déclarations de A.) et de l'examen clinique réalisé par ses soins. Il ne résulte d'aucun élément de la cause que l'expert judiciaire JENNY n'ait pas procédé aux opérations d'expertise conformément à la mission lui impartie.

En ce qui concerne plus précisément l'analyse du professeur F.) du 10 février 2014, elle n'est pas énumérée parmi les pièces ayant été transmises par les parties – dont le docteur C.) – à l'expert, de sorte qu'il ne saurait être reproché à l'expertise JENNY d'être muette au sujet de cette pièce.

Le docteur C.) reste par ailleurs en défaut d'établir en quoi les radiographies et rapports de laboratoire réalisés au HÔP.1.) antérieurement aux interventions chirurgicales ou les analyses et prélèvements du programme « Orbis » de l'hôpital du Kirchberg auraient pu influencer – comme il le soutient – sur l'appréciation donnée par l'expert JENNY.

Il n'existe dans les conditions ainsi exposées pas de raison pour le tribunal de s'écarter des conclusions de l'expert, qui a retenu que le diagnostic de spondylodiscite infectieuse était erroné à la date du 10 octobre 2013 et critique à cet égard l'approche du docteur C.) de s'être exclusivement basé sur les examens d'imagerie, sans avoir égard à des éléments additionnels pour corroborer ce diagnostic, tel entre autres la réalisation d'un bilan biologique sanguin en vue de la recherche d'un syndrome inflammatoire.

L'erreur de diagnostic ne constitue pas par elle-même une faute, mais ne devient une faute de nature à engendrer la responsabilité du médecin que si elle n'est pas excusable, l'appréciation de ce caractère excusable se faisant par référence au médecin prudent et consciencieux (Cour d'appel 3 juillet 2013, rôle n° 38720).

L'erreur de diagnostic n'est pas constitutive de faute si elle peut se justifier par un diagnostic particulièrement difficile ou si la méprise a été faite par d'autres médecins (Cour 25 janvier 2007, n° 30459 du rôle, se référant à G. Ravarani, *op. cit.*).

En l'espèce, l'intervention chirurgicale du 10 octobre 2013 a été pratiquée sur base du seul compte-rendu du radiologue Dr D.) du 11 septembre 2013, qui énonce ce qui suit : « (...) *il existe une prise de contraste relativement intense des plateaux vertébraux en L5 et S1 en particulier au niveau du secteur sous-chondral supérieur de S1 ainsi qu'une prise de contraste sous forme d'un fuseau paravertébral surtout latéral droit avec également refoulement vers l'avant du ligament longitudinal antérieur. Cet aspect doit faire rechercher une spondylodiscite infectieuse. À confronter aux données biologiques* ». Or, même à supposer que A.) ait refusé une biopsie, il n'en demeure pas moins que, tel que suggéré par le docteur D.), une

confrontation avec les résultats d'un bilan biologique sanguin aurait été facilement réalisable par un médecin prudent et consciencieux.

Par ailleurs, les conclusions précitées du radiologue Dr D.) ne constituant de toute manière qu'une simple suspicion d'une pathologie ne relevant pas de sa spécialité (au vu de la thermologie prudente de son compte-rendu : « [...] *doit faire rechercher [...] à confronter* »), le rapport du professeur F.) du 10 février 2014 n'est pas de nature à établir que la méprise a pu être faite par d'autres médecins, étant donné que, d'une part, cette analyse se rapporte à un prélèvement du 23 janvier 2014, soit postérieur de quelques mois au diagnostic du docteur C.) l'ayant amené à effectuer l'intervention chirurgicale du 10 octobre 2013, et, d'autre part, que ledit rapport ne conclut – fort logiquement vu les circonstances et le moment de la réalisation du prélèvement – pas à l'existence d'une spondylodiscite *infectieuse*.

Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, il y a lieu de retenir qu'en établissant le diagnostic de spondylodiscite infectieuse, le docteur C.) a commis une faute contractuelle.

2. Quant au reproche du caractère non indiqué des interventions chirurgicales des 10 octobre 2013 et 23 janvier 2014

Le rapport du professeur JENNY énonce à ce sujet : « (...) *En l'état des éléments médicaux disponibles à [la date du 10 octobre 2013], cette indication chirurgicale [spondylodiscite infectieuse] n'était pas justifiée. La réalisation d'une arthrodèse vertébrale dans le même temps opératoire n'était pas justifiée en raison de l'incertitude étiologique mentionnée plus haut. En effet, l'hypothèse d'une fibrose postopératoire demandait de temporiser pour attendre l'évolution spontanée, souvent favorable après plusieurs mois d'attente. Même une évolution défavorable d'une fibrose postopératoire, si elle peut parfois nécessiter une résection chirurgicale secondaire de la fibrose, ne justifie pas la réalisation d'une arthrodèse vertébrale. Cette réintervention a eu lieu le 10 octobre 2013 selon les règles de l'art, mais n'a pas confirmé le diagnostic d'infection (...) La réalisation d'une arthrodèse vertébrale antérieure secondairement était logique et nécessaire dans la suite de l'arthrodèse postérieure réalisée le 10 octobre 2013. Mais pour la même raison que précédemment, cette intervention apparaît excessive et prématurée devant le tableau clinique et d'imagerie (...)* ».

Le docteur C.) oppose que l'intervention chirurgicale du 10 octobre 2013 s'imposait faute d'alternative, un traitement conservateur sous forme de port d'un corset et d'un traitement antibiotique de six mois s'étant révélé inefficace. A.) aurait même refusé la prise des antibiotiques. Par ailleurs, l'affirmation de l'expert JENNY quant au caractère prématuré et excessif de l'intervention du 10 octobre 2013 ne reposerait sur aucun fondement scientifique.

Tel que retenu *supra* sous le point II.B.1. en vertu des principes y énoncés gouvernant la prise en compte des expertises judiciaires par les tribunaux, les conclusions du

professeur JENNY étant par ailleurs précises et pertinentes, il n'existe pas de motif pour le tribunal de s'écarter desdites conclusions. De plus, la demande du docteur C.) de voir ordonner une expertise complémentaire encourt de ce fait le rejet.

Il résulte des conclusions précitées de l'expert judiciaire JENNY que le caractère non indiqué des interventions des 10 octobre 2013 et 23 janvier 2014 est le corollaire de l'erreur de diagnostic mise en exergue *supra* sous le point II.B.1. du présent jugement. En effet, le diagnostic correct, une fibrose postopératoire, ne nécessitait pas une intervention chirurgicale immédiate, mais dans un premier temps l'attente d'une guérison spontanée, même durant plusieurs mois.

Ainsi, en réalisant les deux opérations des 10 octobre 2013 et 23 janvier 2014 dont il est établi qu'elles n'étaient pas indiquées, le docteur C.) a-t-il porté une atteinte injustifiée à l'intégrité de la personne de A.) qui le constitue en faute contractuelle.

C. Quant à la responsabilité du docteur C.) et de la FONDATION HÔPITAUX ROBERT SCHUMAN avec l'infection prétendument contractée par A.) à l'occasion de l'intervention chirurgicale du 10 octobre 2013

A.) reproche au docteur C.) et à la FONDATION HÔPITAUX ROBERT SCHUMAN de lui avoir fait contracter une infection nosocomiale à l'occasion de l'intervention chirurgicale du 10 octobre 2013.

Le terme « infections nosocomiales » désigne les infections qui sont contractées par une personne lors de son séjour à l'hôpital, voire lors de son passage dans un cabinet médical, à l'occasion d'une activité de diagnostic ou de soins, par l'intrusion dans l'organisme d'un germe infectieux. Il s'agit donc, non d'infections résultant de soins, mais d'infections associées aux soins (G. Ravarani, *préc.*, n° 668).

Le critère essentiel de l'infection nosocomiale reste qu'elle doit avoir été absente à l'admission à l'hôpital. Tant les infections d'origine exogène (les germes sont extérieurs au patient) que celles d'origine endogène (soit que l'infection est liée à la précarité de l'état du patient, soit que les germes sont transportés par le patient qui se trouve infecté par ses propres microbes à l'occasion d'un acte médical invasif) se classent parmi les infections nosocomiales.

L'aléa thérapeutique est le constat de l'impuissance de l'intervention médicale face à un risque non maîtrisable en l'état des données acquises de la science à la date des soins. Il s'agit même, d'une certaine façon, de la survenance d'un cas fortuit qui est normalement exonératoire de la responsabilité.

L'aléa thérapeutique est un accident médical dû non à la faute du praticien mais à la fatalité. Il s'agit de la réalisation, en dehors de toute faute du praticien, d'un risque accidentel inhérent à l'acte médical et qui ne pouvait être maîtrisé, ou encore, selon une autre définition, de la part de risque que comporte inévitablement un traitement médical ou pharmaceutique légitime et correctement mené et dont la réalisation

entraîne la non-guérison ou des effets secondaires (Cour 14 décembre 2011, n° 36338 du rôle).

Selon l'approche de la jurisprudence française – que partage le tribunal –, la transformation de la responsabilité en matière d'infection nosocomiale en une responsabilité objective fondée sur une obligation de résultat n'est pas incompatible avec la notion d'aléa thérapeutique. Elle repose sur des exigences objectives qui sont du domaine du maîtrisable, à savoir avoir recours à une asepsie parfaite pour éviter de telles infections, même si le risque zéro n'existe pas (P. Sargos, Rapport annuel de la cour de cassation française de l'année 2000, *sub f*) L'aléa thérapeutique). La survenance d'une infection nosocomiale révèle, en effet, une faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service hospitalier ou des précautions prises par le médecin, ou du moins un manque de rigueur, qui doit entraîner la condamnation à réparer le dommage subi par le patient qui en a été atteint ; dans le cas d'une telle infection, il pèse sur le responsable de santé une obligation de résultat (C. Bergoignan-Esper et P. Sargos, *op. cit.*, p. 318). Cette sévérité s'explique par le fait qu'aujourd'hui, il est démontré que si le risque nosocomial ne peut être totalement éliminé, il peut être considérablement réduit par des précautions adaptées et que dans ce domaine, la situation diffère considérablement d'un pays à l'autre (G. Viney, La responsabilité des professionnels de la santé, JCP 2000.I.199).

Le risque nosocomial ne constitue, par conséquent, pas un aléa thérapeutique exonérateur de la responsabilité du médecin, respectivement de l'établissement hospitalier.

Si le patient a été soigné par un médecin intervenant à titre libéral dans un établissement hospitalier, le médecin contracte la même obligation de résultat que l'établissement, laquelle est accessoire au contrat d'hospitalisation comme au contrat de soins.

Cette théorie a été reprise par les juridictions luxembourgeoises, notamment dans un arrêt de la Cour de cassation du 31 janvier 2013 (n° 3099 du registre), qui a décidé que l'obligation accessoire de sécurité contractée par l'établissement en matière d'infection nosocomiale est une obligation de résultat.

Le tribunal interprète cet arrêt de la cour de cassation comme jurisprudence instaurant de manière générale une obligation accessoire de sécurité de résultat en matière d'infection nosocomiale à charge des professionnels de santé (en ce sens Lux. 15 décembre 2015, n° 163452 du rôle).

Cela est d'autant plus vrai que la jurisprudence française a retenu que l'acte médical engageant la responsabilité sans faute du médecin peut avoir été réalisé dans un établissement de santé ou dans son cabinet (Cass. fr. 1^{re} civ., 13 févr. 2001, n° 98-19.433 : JurisData n° 2001-008059 ; Bull. civ. 2001, I, n° 32 ; Resp. civ. et assur. 2001, comm. 158 ; JCP G 2001, IV, 1639. – Cass. 1^{re} civ., 4 avr. 2001, n° 99-19.718 : JurisData n° 2001-009173).

Dès lors, le fait que A.) n'ait pas été hospitalisée en milieu hospitalier fermé, comme dans le cas d'espèce examiné par la Cour de cassation dans son arrêt du 31 janvier 2013, ne porte pas à conséquence. En effet, il ressort de la définition-même de l'infection nosocomiale qu'il s'agit de toute maladie infectieuse, contractée dans un établissement de soins par tout patient après son admission, soit pour hospitalisation, soit pour y recevoir, comme dans le cas d'espèce, des soins ambulants.

La responsabilité des médecins en matière d'infection nosocomiale se superpose à celle de la clinique. Dès lors, le médecin et la clinique sont tenus *in solidum*, en cas d'infection nosocomiale, de réparer le préjudice subi par le patient. Cette solution est en adéquation avec l'évolution en matière de sécurité sanitaire dont le médecin est également débiteur dans ses rapports avec le patient (v. S. Hocquet-Berg : Gaz. Pal. 2000, 1 doct. p. 624, n° 15 et 16) et, d'après la doctrine, démontre la volonté de la cour de cassation d'impliquer l'ensemble des médecins dans la lutte contre les infections nosocomiales (F. Vialla, note ss Cass. fr. 1^{re} civ. 29 juin 1999, *préc.* n° 43 ; Jurisclasseur, code civil, fasc. n° 440-55, n° 44).

- Quant à la preuve de l'existence d'une infection nosocomiale

La FONDATION HÔPITAUX ROBERT SCHUMAN conteste le caractère nosocomial de l'infection contractée par A.). Elle fait valoir à cet effet que l'expert ne se serait pas expliqué sur le cheminement lui permettant de parvenir à la conclusion de l'existence d'une infection nosocomiale. A.) ne se serait dit que le 20 octobre 2013 victime d'un écoulement cicatriciel, dont l'analyse a révélé la présence de staphylocoques dont une à coagulase négative. Cette variété de staphylocoques détectée serait d'origine cutanée et rien ne permettrait d'affirmer que l'origine de l'infection se situerait au niveau de la salle d'opération de l'Hôpital Kirchberg, ni qu'elle serait survenue à ce moment-là. Il ne serait pas exclu que l'origine de cette bactérie soit postérieure à l'opération du 10 octobre 2013 et qu'une mauvaise gestion de la plaie cicatricielle – par défaut d'hygiène, défaut de soins adéquats au niveau du pansement ou autres – ait occasionné sa survenance.

Il n'existe pas de présomption d'infection nosocomiale : c'est au patient de rapporter la preuve du caractère nosocomial de l'infection et du lien de causalité entre cette infection et le préjudice dont il demande réparation. Il le fera en établissant que l'acte médical qu'il a subi lors de son hospitalisation est à l'origine de son infection. En conséquence, le seul fait pour la victime d'être porteur d'un germe ou atteinte d'une infection à la suite d'un soin ou d'une hospitalisation n'est pas suffisant pour engager la responsabilité de l'établissement ou du professionnel. Toute infection n'est pas nosocomiale (C. Bergoignan-Esper et P. Sargos, op. cit., Dalloz 2010, p. 326 ; Jurisclasseur, code civil, article 1382 à 1386, fasc. 440-55, n° 13).

En effet, seuls les dommages consécutifs à une infection nosocomiale peuvent faire l'objet d'une indemnisation sur la base de cette règle dérogatoire. Les autres dommages relèvent du régime du droit commun, supposant par conséquent la

démonstration d'une faute. Le juge devra partant déterminer, en se basant notamment sur les conclusions du rapport d'expertise, si les séquelles présentées par le patient sont bien en relation causale directe et certaine avec l'infection nosocomiale et non la conséquence d'une évolution de son état de santé « comme de l'évolution prévisible de celui-ci » (Code de la santé publique français, art. L. 1142-1, II).

Pour être réparable, le préjudice allégué doit résulter directement de l'état infectieux. La preuve du caractère nosocomial de l'infection est à la charge de celui qui l'invoque (Jurisclasseur, code civil, article 1382 à 1386, Fasc. 440-55, n° 13, 30 et 31).

Les juges du fond apprécient souverainement les éléments de preuve produits par le demandeur pour établir l'existence d'une infection nosocomiale (Cass. fr. 1^{re} civ. 26 mai 2011, n° 10-17.446 ; Cass. fr. 1^{re} civ. 21 juin 2005, n° 04-12.066).

Le rapport d'expertise du professeur JENNY énonce ce qui suit : « (...) *COMMÉMORATIFS* : (...) *Les constatations opératoires [suite à l'intervention chirurgicale du 10 octobre 2013] mentionnent des tissus cicatriciels sans collection ni présence de pus. Deux prélèvements bactériologiques sont restés stériles. Un traitement antibiotique a toutefois été prescrit pour une durée non définie. (...) La première consultation postopératoire auprès du Docteur C.) a eu lieu le 18 octobre 2013, sans élément notable. Une consultation en urgence a eu lieu le 20 octobre 2013 au HÔP.1.) [...] en raison d'un écoulement cicatriciel. Un prélèvement bactériologique a montré la présence d'un staphylocoque à coagulase négative (2 souches différentes). Un traitement antibiotique a été prescrit. À la consultation auprès du Docteur C.) en date du 24 octobre 2013, il n'existait pas d'amélioration de l'état local. L'intéressée a été ré-hospitalisée du 30 octobre 2013 au 14 novembre 2013, et réopérée le 31 octobre 2013 pour débridement du site opératoire. Les constatations opératoires mentionnent une collection purulente. Il n'y a pas d'élément pour la réalisation de prélèvements bactériologiques peropératoires. Un prélèvement bactériologique du 2 novembre 2013 a montré la présence d'un staphylocoque lugdunensis. Il n'y a pas d'élément concernant un éventuel traitement antibiotique. (...) DISCUSSION* : (...) *une infection du site opératoire a été diagnostiquée (prélèvements bactériologiques positifs à deux reprises). Cette infection est de façon formelle une complication de l'intervention du 10 octobre 2013. Il n'existe aucun élément permettant de rattacher la survenue de cette infection à un manquement aux règles de l'art ; cette complication doit donc être considérée comme un aléa thérapeutique. Cette complication a été traitée de façon adaptée par réintervention de nettoyage et probable antibiothérapie. L'évolution infectieuse a été rapidement satisfaisante. À ce jour, il n'existe plus de signes infectieux (...)* ».

Contrairement aux parties de l'instance (à l'exception de la FONDATION HÔPITAUX ROBERT SCHUMAN qui en conteste l'existence), l'expert judiciaire JENNY ne se réfère pas à la notion « *infection nosocomiale* », mais conclut à l'existence d'une « *infection* » s'identifiant à une « *complication* » de l'intervention chirurgicale.

Si l'expert veut sa conclusion « *formelle* », donc à l'exclusion de tout doute, il n'en demeure pas moins qu'au vu tant du prélèvement négatif du 11 octobre 2013 (pièce n° 1 versée par Maître Ferry, que l'expert mentionne parmi les pièces qu'il avait à sa disposition) que des énonciations de l'expert précitées sous la rubrique « *commémoratifs* », cette conclusion n'est pas étayée par des éléments d'explication permettant d'ores et déjà d'écarter les objections formulées par la FONDATION HÔPITAUX ROBERT SCHUMAN, à savoir les hypothèses soutenues que la plaie se soit infectée postérieurement à l'opération du 10 octobre 2013 ou qu'elle soit due à une mauvaise gestion de la plaie cicatricielle par A.).

Il convient de relever dans ce contexte que le rapport médical du docteur C.) du 18 octobre 2013 (soit 8 jours après l'opération et 2 jours avant le premier prélèvement positif aux staphylocoques) mentionne ce qui suit : « *18.10.13 : Zustand (...) jetzt heute noch Wundschmerzen, (...) Wunde reizlos Sono der Wunde unauffällig Jetzt am 22.10.13 Klammern entfernen, röntgen dann Wiedervorstellung zur Wundkontrolle* ». Cette pièce ne figure pas parmi celles que l'expert a pu consulter pour l'établissement de son rapport et A.) ne s'est pas prononcée à ce sujet dans ses conclusions.

Aussi, n'est-il pas évoqué dans le rapport d'expertise à quel titre il est possible de tirer de l'existence de « *prélèvements bactériologiques positifs à deux reprises* » – à savoir les prélèvements des 20 octobre 2013 et 2 novembre 2013 – la conclusion que l'infection prend son origine dans l'intervention chirurgicale du 10 octobre 2013, alors même qu'une réopération de débridage a été réalisée le 31 octobre 2013, à laquelle le prélèvement du 2 novembre 2013, que l'expert prend en compte pour asseoir ses conclusions, est postérieur.

Au vu des développements qui précèdent, dont découle que le Tribunal n'est pas en possession des éléments nécessaires et suffisants pour statuer sur les prétentions lui soumises, et conformément à l'article 445 du nouveau code de procédure civile qui dispose que « *le juge peut toujours inviter le technicien à compléter, préciser ou expliquer, soit par écrit, soit à l'audience, ses constatations ou ses conclusions* », le tribunal invite, avant tout autre progrès en cause, l'expert JENNY à fournir les explications complémentaires spécifiées au dispositif du présent jugement.

Il convient de surseoir à statuer pour le surplus.

PAR CES MOTIFS

le tribunal d'arrondissement de et à Luxembourg, huitième chambre, siégeant en matière civile, statuant contradictoirement,

vu l'ordonnance de clôture du 12 juin 2018,

entendu le rapport fait en application de l'article 226 du Nouveau Code de procédure

civile,

déboutant de toutes autres conclusions comme mal fondées,

reçoit la demande introduite suivant assignation du 8 septembre 2016 en la forme,

dit la demande principale en indemnisation de **A.)** non fondée en ce qu'elle est dirigée contre la société à responsabilité limitée **SOC.1.)** S.à.r.l., contre la société anonyme **ASS.1.)** S.A. et contre le docteur **B.)**,

dit que le docteur **C.)** a commis des fautes contractuelles consistant dans l'erreur de diagnostic précédant l'opération du 10 octobre 2013 et dans le caractère non indiqué des interventions chirurgicales réalisées les 10 octobre 2013 et 23 janvier 2014,

pour le surplus et avant tout autre progrès en cause :

vu le rapport d'expertise du professeur Jean-Yves JENNY daté du 23 avril 2015,

invite **l'expert Jean-Yves Jenny, établi professionnellement au Centre de Traumatologie et d'Orthopédie à F-67400 Illkirch Grafenstaden, 10, avenue Baumann**, dans un complément écrit audit rapport,

1) à fournir, des explications supplémentaires quant à sa conclusion suivant laquelle « l'infection est de façon formelle une complication de l'intervention du 10 octobre 2013 », en précisant notamment :

- a) si cette complication prend son origine dans l'opération du docteur C.) et/ou dans le séjour de A.) à l'hôpital Kirchberg,*
- b) à quel titre il est possible de tirer, sur base des prélèvements bactériologiques positifs des 20 octobre 2013 et 2 novembre 2013, la conclusion que l'infection prend son origine dans l'intervention chirurgicale du 10 octobre 2013, alors même qu'une réopération de débridage a été réalisée le 31 octobre 2013, à laquelle le prélèvement du 2 novembre 2013 est postérieur,*
- c) au vu de l'ensemble des pièces disponibles et notamment du rapport médical du docteur C.) du 18 octobre 2013, s'il peut être exclu que le fait générateur de l'infection se situe postérieurement à l'opération du 10 octobre 2013 et s'il peut être exclu que l'infection soit due à une mauvaise gestion de la plaie cicatricielle par A.),*

2) à indiquer s'il peut confirmer ou s'il doit infirmer sa conclusion suivant laquelle « l'infection est de façon formelle une complication de l'intervention du 10 octobre 2013 »,

dit que l'expert pourra s'entourer de tous renseignements utiles à l'accomplissement de la mission lui confiée et entendre même des tierces personnes,

ordonne à A.) de verser, pour le 27 août 2018 au plus tard, le montant de 500 euros à titre de provision à faire valoir sur la rémunération de l'expert au titre du complément d'expertise,

commet Madame le Président de chambre Danielle POLETTI de la surveillance de cette mesure d'instruction,

dit que l'expert devra en toutes circonstances informer ledit magistrat de la date de ses opérations, de l'état desdites opérations et des difficultés qu'il pourra rencontrer,

dit que l'expert devra déposer le complément du rapport au greffe du tribunal jusqu'au 29 octobre 2018 au plus tard,

réserve le surplus des demandes ainsi que les frais et dépens,

sursoit à statuer pour le surplus.