

Texte pseudonymisé

**Avertissement:** Ce document pseudonymisé a une valeur purement informative. Le document original seul fait foi.

Assistance judiciaire pour la partie PERSONNE1.)

**Jugement civil no 300/2007 (8e chambre)**

Audience publique du mardi, 18 décembre 2007

**Numéro du rôle : 107320**

Composition:

Agnès ZAGO, vice-présidente,  
Danielle POLETTI, premier juge,  
Françoise HILGER, juge,  
Edy AHNEN, greffier.

**ENTRE :**

PERSONNE1.), sans emploi, demeurant à L-ADRESSE1.),

**demanderesse** aux termes d'un exploit de l'huissier de justice Geoffrey GALLE,  
d'Esch-sur-Alzette du 26 février 2007,

comparant par Maître Alex PENNING, avocat, demeurant à Luxembourg,

**ET:**

1) le docteur PERSONNE2.), médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique,  
demeurant actuellement à L-ADRESSE2.),

**défendeur** aux fins du prédit exploit GALLE,

comparant par Maître Jean MINDEN, avocat, demeurant à Luxembourg,

2) le ORGANISATION1.), établi à L-ADRESSE3.), représenté par son Président  
actuellement en fonctions, autorisé par arrêté grand-ducal du 22 avril 1974,

**défendeur** aux fins du prédit exploit GALLE,

comparant par Maître Roger NOTHAR, demeurant à Luxembourg,

3) l'UNION DES CAISSES DE MALADIE, établie à L-1470 Luxembourg, 125, route d'Esch, représentée par son comité-directeur actuellement en fonctions,

**défenderesse** aux fins du prédit exploit GALLE,

comparant par Maître Edmond LORANG, avocat, demeurant à Luxembourg,

---

## LE TRIBUNAL

Où PERSONNE1.) par l'organe de Maître Alex PENNING, avocat constitué.

Où le docteur PERSONNE2.) par l'organe de Maître Hendrik SCHREIBER, avocat, en remplacement de Maître Jean MINDEN, avocat constitué.

Où le ORGANISATION1.) par l'organe de Maître Jean-Paul ESPEN, avocat, en remplacement de Maître Roger NOTHAR, avocat constitué.

Où l'Union des Caisses de Maladie par l'organe de Maître Emilie HUGUE, avocat, en remplacement de Maître Jean-Jacques LORANG, avocat constitué.

### Procédure

Par exploit d'huissier du 26 février 2007, PERSONNE1.) a assigné le docteur PERSONNE2.), le ORGANISATION1.) (ci-après : le ORGANISATION1.), et l'Union des Caisses de Maladie à comparaître devant le tribunal de ce siège pour les assignés s'entendre condamner solidairement, sinon in solidum, sinon chacun pour le tout à lui payer le montant de 350.000.- EUR + p.m. avec les intérêts légaux à partir du 5 octobre 2004, jour de l'opération litigieuse, jusqu'à solde. La demanderesse réclame, en outre, la majoration du taux d'intérêt de trois points, ainsi que la condamnation aux frais et dépens.

L'ordonnance de clôture de l'instruction est intervenue le 20 novembre 2007.

Le juge rapporteur a été entendu en son rapport oral à l'audience du 4 décembre 2007.

La demande est régulière en la forme.

## **Faits**

D'un commun accord, les parties avaient convenu de charger le docteur PERSONNE3.) de la mission suivante : *« se prononcer sur la question de savoir si lors de l'intervention du 05.10.2004 le docteur PERSONNE2.) a commis ou non une faute relevant du geste chirurgical maladroit ou si au contraire les complications s'étant traduites par une paralysie du nerf cubital gauche relèvent de l'aléa propre à chaque intervention et deuxièmement de se prononcer et d'évaluer le préjudice subi sous forme d'atteinte à l'intégrité physique et de préjudice moral à la suite de l'intervention du 05.10.2004 et des complications sous forme de paralysie du nerf cubital gauche, passagères ou définitives, qui ont suivi ».*

L'expert a dressé son rapport en date du 20 mars 2006.

Le docteur PERSONNE3.), ayant établi son rapport médical sur la base des déclarations de la partie demanderesse et des pièces remises par les parties, celui-ci, résume les faits de la manière suivante :

*« Le 15 septembre 2004 Madame PERSONNE1.) a été opérée par les soins du docteur PERSONNE2.).*

*A ce moment Madame PERSONNE1.), qui a travaillé comme caissière auprès d'une station service, était en arrêt de maladie ceci au vue de problèmes à un membre inférieur ainsi qu'au vue de troubles psychiques avec crises nerveuses et avec nécessité de se soumettre à un traitement en ce sens.*

*Le 15 septembre 2004 Madame PERSONNE1.) a été opérée par le docteur PERSONNE2.) pour des métrorragies vaginales en rapport avec un fibrome utérin ainsi que pour de petites lésions tumorales aux deux seins. Une hystérectomie vaginale a été pratiquée. L'examen histologique a mis en évidence un utérus fibromateux. Au sein droit excision d'un nodule correspondant à une hyperplasie canalaire atypique, c.-à-d. un état précancéreux. Excision d'une tumeur au sein gauche correspondant à un cancer, à savoir un carcinome canalaire invasif.*

*Au vu de la découverte du nodule cancéreux au sein gauche, une reprise chirurgicale a été pratiquée le 05 octobre 2004 pour excision large de la zone cicatricielle au sein gauche avec curage ganglionnaire axillaire gauche.*

*Cette intervention a été tout à fait justifiée vu que lors de la première excision l'on avait pu trouver de cancer du sein et qu'une excision large était impérative. De même il fallait pratiquer un curage ganglionnaire, c.-à-d. enlever du moins une partie des ganglions du creux axillaire, ceci pour décider de la suite du traitement. En effet, la découverte d'infiltrations tumorales à ces ganglions lymphatiques aurait alors changé la suite du traitement. Il devait s'agir là d'une intervention d'importance moyenne. Il est évident que lors d'un curage ganglionnaire il y a lieu de respecter les éléments nobles, à savoir les faisceaux nerveux ou encore les voies vasculaires nerveuses ou artérielles.*

*Alors que l'excision d'une tumeur du sein ou encore l'amputation d'un sein représente une intervention somme toute assez banale, le curage ganglionnaire représente une intervention plutôt délicate mais néanmoins intervention courante pour un chirurgien généraliste ou encore pour un chirurgien gynécologue. En d'autres termes le docteur PERSONNE2.) possède parfaitement les compétences en ce sens.*

*Lors du curage ganglionnaire il y a eu hémorragie veineuse probablement du fait que lors de l'excision des ganglions il y a eu rupture de la paroi vasculaire de la veine axillaire avec hémorragie veineuse. Il faut savoir qu'une hémorragie veineuse est souvent plus importante qu'une hémorragie artérielle. Dans le cas d'une hémorragie artérielle il y a un jet sanguin certes des fois important mais bien individualisable, alors que dans l'hémorragie veineuse il y a une hémorragie brutale diffuse, inondant le champ opératoire.*

*Le docteur PERSONNE2.) a réussi à faire l'hémostase.*

*Les suites opératoires immédiates ont été marquées par l'installation d'un hématome au bras gauche. Une phlébographie a mis en évidence une veine axillaire obstruée.*

*Le docteur PERSONNE2.) a estimé que cet hématome aux parties molles du membre supérieur gauche avec œdème à la main gauche devait lentement mais progressivement se résorber. Attitude tout à fait compréhensible vu qu'il existait un hématome diffus au bras gauche et non pas un hématome manifeste et encapsulé à la plaie opératoire avec nécessité de pratiquer une révision chirurgicale.*

*Les suites opératoires devaient être également et surtout marquées par un déficit nerveux au membre supérieur gauche avec déficit tant dans le domaine du nerf médian que du nerf cubital gauche.*

*Ici encore le docteur PERSONNE2.) a estimé qu'il y avait lieu d'attendre, vu qu'il est bien connu que des compressions nerveuses peuvent récupérer spontanément, quitte à y mettre le temps nécessaire.*

*Devant la persistance des déficits nerveux un examen neurologique avec EMG a été pratiqué par le docteur PERSONNE4.), neurologue et ces examens ont mis en évidence une lésion traumatique du plexus brachial et plus spécialement une lésion du tronc secondaire antéro-interne du 3e tronc primaire.*

*Le docteur PERSONNE4.) a conseillé d'emblée de pratiquer une révision chirurgicale. Le plexus brachial représente les racines nerveuses qui partent de la colonne cervicale pour se diriger en bas et en dehors dans le creux axillaire et pour donner ensuite les nerfs au membre supérieur gauche et plus spécialement les nerfs médians cubital et radial.*

*Le 22 novembre 2004 le professeur PERSONNE5.) a pratiqué une révision et lors de cette révision il a retrouvé bien sûr du tissu cicatriciel ce qui est tout à fait normal. D'autre part le professeur PERSONNE5.) a pu trouver une rupture traumatique sur le tronc secondaire antéro-interne avec perte de substance et par là même avec impossibilité de pratiquer une suture directe mais avec nécessité de pratiquer une greffe nerveuse, le greffon ayant été prélevé à la jambe gauche sur le nerf saphène externe.*

*Les suites quant à cette intervention ont été assez simples. Par près et jusqu'à l'heure actuelle des séances de rééducation fonctionnelle ont été poursuivies.*

*En janvier 2005 une reprise du nodule tumoral au sein droit a été pratiquée et les suites quant à cette intervention ont été simples.*

*Au vu de la persistance de troubles paralytiques essentiellement à la main gauche, Madame PERSONNE1.) n'a pas pu reprendre une activité professionnelle. Elle a continué à toucher l'indemnité pécuniaire par la caisse de maladie compétente et depuis avril 05 elle est en invalidité provisoire.*

*Depuis l'intervention pratiquée par le professeur PERSONNE5.) en date du 22 novembre 2004 l'on a pu constater une discrète récupération, l'intéressée ayant pu retrouver une bonne fonction à son épaule gauche ou encore à son coude gauche.*

*En fait à l'épaule gauche il existe une mobilité tout à fait correcte. Les mouvements d'adduction et d'antépulsion dépassent l'angle droit mais restent cependant gênés en fin de course. De même les mouvements composés restent fort gênés.*

*Le coude a pu retrouver une bonne fonction.*

*Par contre, à la main gauche il persiste une paralysie essentiellement du médian et du cubital encore qu'il n'existe pas de véritable griffe cubitale.*

*Le pouce garde une fonction normale mais les 4 derniers doigts sont en permanence en extension. Impossibilité de fermer le poing ou de porter le pouce en opposition aux différents doigts. Troubles sensitifs aux deux derniers doigts. »*

Concernant la mise en cause des responsabilités, l'expert médical arrive à la conclusion suivante :

*« Pour ce qui est de la responsabilité du docteur PERSONNE2.) l'on ne peut lui reprocher d'avoir pratiqué une intervention dépassant ses compétences. L'on ne peut lui reprocher une faute ou encore une négligence.*

*En fait, il y a eu incident peropératoire.*

*Reste possible qu'un autre chirurgien aurait opéré plus prudemment encore et qu'alors l'hémorragie veineuse ne se serait pas produite ou encore que cet autre chirurgien aurait pu maîtriser cette hémorragie veineuse sans léser une branche nerveuse.*

*Reste vrai qu'une section d'une branche du plexus brachial n'est pas habituelle lors d'un curage ganglionnaire et que normalement après une telle intervention les personnes opérées ne présentent pas de paralysie telle celle présentée par Madame PERSONNE1.).*

*En d'autres mots, le docteur PERSONNE2.) a été surpris par l'hémorragie veineuse, il a réussi à maîtriser cette hémorragie mais sans le vouloir et sans le remarquer il a blessé une branche du plexus brachial avec tout ce qui s'en est suivi. Incident peropératoire dont les conséquences peuvent être extrêmement graves. Incident peropératoire qui ne devrait pas se produire mais qui néanmoins peut toujours se produire et ceci même pour un chirurgien prudent et expérimenté. »*

Un second rapport, unilatéral, a été dressé, le 20 décembre 2006, par le Professeur PERSONNE6.) sur base du rapport du docteur PERSONNE3.) et de l'examen de la demanderesse PERSONNE1.).

Dans ses conclusions, l'expert émet l'avis que « la lésion du plexus brachial n'est pas une complication habituelle reconnue de cette intervention (curage ganglionnaire axillaire)».

## **Prétentions et moyens des parties**

- *PERSONNE1.)*

PERSONNE1.), qui travaillait comme caissière, fait exposer qu'elle a perdu la mobilité de sa main gauche suite à une opération qu'elle a subie en date du 5 octobre 2004, opération pratiquée par le docteur PERSONNE2.) et tendant à l'excision d'une tumeur cancéreuse au sein gauche avec curage ganglionnaire axillaire gauche.

La demanderesse se prévaut des rapports d'expertise PERSONNE3.) et PERSONNE6.) pour soutenir qu'il y a eu section d'une branche du plexus brachial lors de ladite opération. Elle estime qu'un fait générateur de responsabilité tant dans le chef du médecin ayant procédé à l'opération, que de l'établissement hospitalier dans lequel l'opération a eu lieu serait la cause du préjudice qu'elle a subi.

La partie demanderesse agit en responsabilité contractuelle à l'encontre du ORGANISATION1.) et du docteur PERSONNE2.) en basant sa demande sur les articles 1142 et 1147 du code civil ; subsidiairement, elle recherche la responsabilité du docteur PERSONNE2.) sur base des articles 1382 et 1383 du code civil et celle du ORGANISATION1.) sur base de l'article 1384, alinéa 3, du code civil et, plus subsidiairement, sur base des articles 1382 et 1383 du même code.

Elle sollicite, en tout état de cause, un complément d'expertise, sinon une contre-expertise (cf. conclusions de Me Penning du 28 sept 2007).

A l'égard du ORGANISATION1.), la demanderesse fait valoir qu'à l'époque de l'opération, le docteur PERSONNE2.) était au service de l'assigné sub 2), qui le rémunérait pour les prestations effectuées, de sorte qu'elle serait fondée à agir en responsabilité contractuelle à l'égard des assignés sub 1) et 2), sinon en responsabilité civile.

Elle demande, dans ses conclusions du 28 septembre 2007 alors qu'elle ne l'avait pas fait dans l'exploit introductif d'instance, que le jugement à intervenir soit déclaré commun à l'Union des Caisses de Maladie.

- *Dr. PERSONNE2.)*

L'assigné sub 1) fait exposer que lors d'une première opération, qui a eu lieu le 15 septembre 2004, la demanderesse a subi une hystérectomie vaginale, ainsi qu'une tumorectomie du sein gauche. En raison de la nature du cancer (carcinome canalaire invasif), une excision large de la zone cicatricielle avec curage ganglionnaire axillaire s'avéra nécessaire ; cette deuxième opération, menée par le docteur PERSONNE2.), eut

lieu le 5 octobre 2004. Au cours de cette opération, un saignement de la veine axillaire gauche survint, de sorte qu'une hémostase dut être pratiquée par le docteur PERSONNE2.). Etant donné qu'après l'opération, un déficit neurologique du bras gauche fut constaté – ce symptôme figurant, selon le docteur PERSONNE2.), parmi les risques d'un curage ganglionnaire, la patiente fut opérée par le professeur M. PERSONNE5.) à l'HÔPITAL1.), lequel aurait constaté une lésion d'une longueur de 4,5 cm du nerf à l'endroit du curage.

Le défendeur PERSONNE2.) fait valoir qu'une telle lésion, qui résulterait de la compression des nerfs suite à un hématome et œdème, constituerait un aléa thérapeutique, indépendant d'une faute de la part du médecin en charge. En l'absence de toute faute de sa part, il estime que sa responsabilité ne saurait être mise en cause.

Il se prévaut, ainsi, des conclusions de l'expert PERSONNE3.), lequel retient qu'aucune faute ou négligence ne pourrait être reprochée au docteur PERSONNE2.). Le défendeur sub 1) critique, toutefois, ledit rapport en ce qu'il y est retenu que le docteur PERSONNE2.) aurait blessé une branche du plexus brachial en la sectionnant, ce point restant contesté. Le défendeur sub 1) conteste également le rapport établi par le professeur PERSONNE6.) en raison de son unilatéralité et de son imprécision.

PERSONNE2.) conteste, par ailleurs, le préjudice allégué.

Quant à la demande récursoire présentée par l'Union des Caisses de Maladie à son encontre, il la conteste tant en son principe, qu'en son quantum.

- *le ORGANISATION1.)*

La partie assignée sub 2) conteste l'existence d'un contrat entre elle-même et PERSONNE1.) en faisant valoir qu'elle opèrerait en milieu hospitalier ouvert, de sorte que seul un contrat entre le patient et le médecin serait susceptible de se former.

Elle conteste encore que le docteur PERSONNE2.) ait été à son service à l'époque des faits ; elle relève qu'elle se contentait de mettre ses installations à la disposition du docteur PERSONNE2.), qui exerçait son activité médicale sous sa propre responsabilité. Elle renvoie à cet égard à la convention conclue entre l'assigné sub 1) et elle-même (cf. pièce no 1 de la farde de Me Nothar). La partie défenderesse sub 2) en conclut que, n'ayant exercé aucun pouvoir de direction sur le docteur PERSONNE2.), elle ne saurait être tenue, sur base de l'article 1384, alinéa 3, du code civil d'une éventuelle faute médicale commise par celui-ci. Elle conteste, enfin, l'existence de toute faute ou négligence dans son chef dans la survenance du préjudice, également contesté, qui est allégué par PERSONNE1.).

Elle demande, par conséquent, sa mise hors cause.

La partie défenderesse sub 2) se rapporte à prudence de justice quant à la recevabilité du recours exercé par l'U.C.M., elle sollicite le débouté de cette demande et requiert la condamnation, en ordre subsidiaire, d'PERSONNE2.) à la tenir quitte et indemne de toute condamnation qui pourrait être prononcée à son encontre.

Elle requiert, en outre, l'allocation d'une indemnité de 1.250.- EUR sur base de l'article 240 du nouveau code de procédure civile.

- *l'Union des Caisses de Maladie*

L'U.C.M. déclare intervenir au litige et demande acte de ce que le coût des prestations effectuées pour le compte de son affiliée PERSONNE1.) s'élève à 23.957,77.- EUR.

Elle demande, en outre, que le jugement à intervenir lui soit déclaré commun.

#### Motifs de la décision

- *nature de la responsabilité éventuelle du docteur PERSONNE2.)*

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, vo médecin, no 484 ; Juriscl. Droit civil, art. 1382 à 1386, fasc. 440-1, no 8).

Néanmoins, pour qu'une responsabilité contractuelle puisse être engagée, il ne suffit pas que le dommage ait été causé à l'occasion de l'exécution d'un contrat, il faut encore qu'il résulte de l'inexécution d'une obligation qu'elle soit principale ou accessoire, créée par le contrat de l'un des contractants.

En l'espèce, PERSONNE1.) soutient que suite à un curage ganglionnaire axillaire effectué par le docteur PERSONNE2.) à l'HÔPITAL2.), elle demeurerait actuellement atteinte d'une paralysie médiocubitale, conséquence directe de cette intervention.

Au vu des reproches formulés par PERSONNE1.), sa demande est partant recevable sur la base contractuelle à l'encontre du docteur PERSONNE2.).



- *nature de la responsabilité éventuelle du ORGANISATION1.)*

Dès l'admission d'un patient dans un hôpital, il se forme entre eux un contrat d'hospitalisation en vertu duquel l'établissement hospitalier doit non seulement assurer le logement et l'alimentation de son client, mais doit lui prodiguer des soins accessoires au traitement médical proprement dit, tels que l'administration des médicaments prescrits, piqûres, relevés de température et la garde du malade.

Il s'ensuit que la demande de PERSONNE1.) est également recevable sur la base contractuelle à l'encontre du ORGANISATION1.).

- *obligations contractuelles en jeu*

Dans la médecine collective moderne, une division des tâches s'opère entre le médecin et la clinique. Le médecin assume les soins médicaux. La clinique assume les soins hospitaliers. Les soins hospitaliers comprennent les précautions classiques qui, un certain temps avant une intervention (période pré-opératoire), préparent celle-ci, et les tâches ultérieures et classiques consécutives à cette intervention (période post-opératoire).

Il s'ensuit que la clinique assume en principe seule la responsabilité encourue du chef des soins hospitaliers et le médecin assume en principe seul celle encourue du chef des soins médicaux. Il convient de préciser que, contrairement aux médecins salariés qui sont employés par certains centres hospitaliers, le docteur PERSONNE2.) est un praticien libéral qui n'est ni le salarié, ni le préposé du ORGANISATION1.). Il n'engage, dès lors, pas la responsabilité contractuelle du ORGANISATION1.) par ses propres fautes.

Il y a encore lieu de préciser qu'aussi longtemps que le malade se trouve à l'intérieur du bloc opératoire, il n'y a pas lieu de dégager a priori le chirurgien de toute responsabilité relativement aux actes détachables de l'acte chirurgical et à accomplir par le personnel médical. En effet, pendant cette période, tous les actes, qu'ils soient accomplis par le personnel médical ou par le chirurgien, se tiennent intimement comme concourant au même but et la spécialisation des auxiliaires et la responsabilité propre confiée à certains d'entre eux ne les empêche pas d'être subordonnés au chirurgien qui en assume la direction (TAL 30 octobre 1985, n° 525/85).

La responsabilité du médecin n'est engagée que si, eu égard à l'état de la science et des règles consacrées de la pratique médicale, la victime est en mesure d'établir qu'il a commis une imprudence, une inattention ou une négligence relevant d'une méconnaissance certaine de ses devoirs. L'importance de la faute est sans incidence quant à la mise en cause de la responsabilité.

Une faute peut avoir été commise au niveau du diagnostic, du geste médical ou du suivi post-opératoire.

Les obligations contractuelles se divisent en obligations de résultat et de moyens. Si l'obligation de moyens est limitée à l'exercice de l'art médical, par contre l'obligation de résultat peut exister lors de l'utilisation de certaines techniques ne présentant pas d'aléas.

Compte tenu des énonciations, concordantes sur ce point, des rapports des experts PERSONNE3.) et PERSONNE6.), l'hypothèse d'une responsabilité du ORGANISATION1.) peut, dès à présent être écartée. Il en résulte en effet clairement que le préjudice de la victime PERSONNE1.) est dû soit à une maladresse du geste chirurgical dont le docteur PERSONNE2.) est seul responsable, soit à un aléa thérapeutique qui n'engage la responsabilité ni du médecin, ni de l'hôpital. Il n'a pas été allégué que le ORGANISATION1.) aurait méconnu une quelconque obligation contractuelle assumée à l'égard de PERSONNE1.).

En l'espèce, les faits éventuellement constitutifs de responsabilité du docteur PERSONNE2.) ne ressortent pas à suffisance des pièces versées en cause et restent à établir compte tenu des contestations opposées de part et d'autre.

Le professeur PERSONNE6.), mandaté unilatéralement par la partie demanderesse, ne disposant pas des comptes rendus opératoires, a dressé son rapport sur base du rapport établi par le docteur PERSONNE3.) six mois plus tôt. Il a également procédé à l'examen de PERSONNE1.).

Force est de constater que les deux experts, le docteur PERSONNE3.) et le Professeur PERSONNE6.), se basent sur le compte rendu opératoire établi par le Professeur M. PERSONNE5.) pour retenir une section du tronc secondaire antéro-interne. Le docteur PERSONNE2.) continue de nier qu'il y aurait eu section ou coupure d'un nerf, mais soutient, en invoquant également le compte-rendu opératoire dressé par le Professeur M. PERSONNE5.), qu'il y aurait eu une axonotmesis, de sorte que la lésion constatée n'aurait affecté que le contenu du tronc nerveux, par la compression de ce tronc due à un hématome ou un œdème, en laissant toutefois intacte l'enveloppe du nerf.

Au vu de la technicité des problèmes qui se posent, et en l'absence de tout élément d'appréciation nécessaire, il convient, avant tout autre progrès en cause, de recourir à une expertise avec la mission reprise au dispositif du présent jugement.

Etant donné que le principe d'une éventuelle responsabilité n'est pas encore établi, il y a lieu d'imposer l'avance des frais à la partie demanderesse.

En attendant le résultat de cette mesure, il y a lieu de réserver le surplus et les frais.

Le présent jugement est encore à déclarer commun à l'Union des Caisses de Maladie.

## PAR CES MOTIFS :

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

reçoit la demande en la forme,

la déclare non fondée en tant qu'elle est dirigée contre le ORGANISATION1.) ; en déboute,

donne acte à l'Union des Caisses de Maladie de son intervention volontaire et de ce qu'elle chiffre le coût des prestations effectuées au montant de 23.957,77.- EUR ;

avant tout autre progrès en cause, ordonne une expertise et nomme experts :

- le docteur Larry NATOWITZ, chirurgien, licencié en médecine d'expertise, demeurant à B-4845 JALHAY, Tiège 96 A, (tél. 0475/410777, fax. 087/474919, e-mail [larry.natowitz@swing.be](mailto:larry.natowitz@swing.be))

- Maître Tonia FRIEDERS-SCHEIFER, avocat, demeurant à L-1212 LUXEMBOURG, 3, rue des Bains,

avec la mission de :

*« concilier les parties si faire se peut, sinon dans un rapport écrit et détaillé,  
- de se prononcer sur la question de savoir si lors de l'intervention du 5 octobre 2004, le docteur PERSONNE2.) a commis une maladresse du geste chirurgical ou si au contraire, les complications apparues au niveau de la main gauche de la dame PERSONNE1.) c.-à-d. la paralysie du nerf cubital relèvent d'un aléa thérapeutique,  
- se prononcer plus particulièrement sur la question consistant à savoir si le docteur PERSONNE2.), en sa qualité de médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique, avait les compétences médicales nécessaires afin de procéder aux opérations des 15 septembre et 5 octobre 2004,  
- en cas d'éventuelles fautes ou négligences du docteur PERSONNE2.), évaluer le préjudice tant matériel, que moral subi par PERSONNE1.) en relation causale avec ces manquements, le tout en tenant compte d'éventuels recours des organismes de sécurité sociale » ;*

dit que dans l'accomplissement de leur mission, les experts sont autorisés à s'entourer de tous renseignements utiles et même à entendre de tierces personnes ;

ordonne à PERSONNE1.) de consigner au plus tard le 1<sup>er</sup> février 2008 la somme de sept cents (700.-) EUR à titre de provision à valoir sur la rémunération des experts ;

nomme Madame le vice-président Agnès ZAGO, juge de la mise en état, et le charge du contrôle de cette mesure d'instruction ;

dit que les experts devront, en toute circonstance, informer ce magistrat de l'état de leurs opérations et des difficultés qu'ils pourront rencontrer ;

dit que si leurs honoraires devaient dépasser le montant de la provision versée, ils devront avertir ledit magistrat et ne continuer leurs opérations qu'après consignation d'une provision supplémentaire ;

dit que les experts devront déposer leur rapport au greffe du tribunal le 1er mai 2008 au plus tard ;

dit qu'en cas d'empêchement du juge commis, il sera procédé à son remplacement par simple ordonnance du président de ce siège ;

déclare le présent jugement commun à l'Union des Caisses de Maladie ;

tient le dossier en suspens devant le juge de la mise en état ;

réserve le surplus et les frais.