Texte pseudonymisé

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

Jugement civil no 2024TALCH11/00058 (XIe chambre)

Audience publique du vendredi, vingt-neuf mars deux mille vingt-quatre.

Numéro TAL-2020-08794 du rôle

Composition :

Paule MERSCH, vice-président,
Stéphane SANTER, premier juge,
Claudia HOFFMANN, juge,
Giovanni MILLUZZI, greffier assumé.

ENTRE :

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

partie demanderesse aux termes d'un exploit d'assignation de l'huissier de justice suppléant Michèle BAUSTERT en remplacement de l'huissier de justice Cathérine NILLES de Luxembourg du 25 août 2020,

comparant par Maître Vânia FERNANDES, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg,

ET :

1.) le Docteur PERSONNE2.), médecin gynécologue-obstétricien, demeurant professionnellement à L-ADRESSE2.),

partie défenderesse aux fins du prédit exploit NILLES,

comparant par Maître Pierrot SCHILTZ, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg,

2.) l'établissement public CAISSE NATIONALE DE SANTÉ, en abrégé CNS, établi et ayant son siège social à L-1471 Luxembourg, 125, route d'Esch, représenté par le Président de son Comité-Directeur actuellement en fonctions, inscrit au Registre de commerce et des sociétés de Luxembourg sous le numéro J21,

partie défenderesse aux fins du prédit exploit NILLES,

partie défaillante.

LE TRIBUNAL

Vu l'ordonnance de clôture du 7 juillet 2023.

Entendu Madame le juge Claudia HOFFMANN en son rapport oral à l'audience publique du 12 janvier 2024.

Vu les conclusions de Maître Vânia FERNANDES, avocat constitué.

Vu les conclusions de Maître Pierrot SCHILTZ, avocat constitué.

L'affaire a été prise en délibéré conformément à l'article 227 du Nouveau Code de procédure civile à l'audience du 12 janvier 2024 par Madame le juge Claudia HOFFMANN, déléguée à ces fins.

Revu le jugement rendu par le Tribunal de céans en date du 29 janvier 2021, dont le dispositif est conçu comme suit :

« le Tribunal d'Arrondissement de et à Luxembourg, onzième chambre, siégeant en matière civile, statuant contradictoirement,

reçoit la demande en la forme,

quant au fond et avant tout autre progrès en cause, nomme le Professeur Philippe JUDLIN, médecin-spécialiste en gynécologie et obstétrique, demeurant professionnellement à L-1210 Luxembourg, 4, rue Nicolas Ernest Barblé,
avec la mission de concilier les parties si faire se peut, sinon dans un rapport écrit et motivé

de recueillir toutes informations orales ou écrites des parties,

de se faire communiquer, puis d'examiner tous documents utiles, dont le dossier médical et plus généralement tous documents médicaux relatifs à la stérilisation tubaire pratiquée sur PERSONNE1.) à l'occasion de son accouchement en date du DATE1.),

de rechercher l'état médical de la patiente du Docteur PERSONNE2.) avant l'acte critiqué,

de procéder à l'examen clinique de PERSONNE1.),

de décrire l'acte critiqué en termes de technique utilisée,

de rechercher si les soins et actes médicaux ont été attentifs, diligents et conformes aux données acquises de la science médicale,

de rechercher si l'acte critiqué était médicalement indiqué et de se prononcer sur l'urgence à pratiquer l'acte médical litigieux lors de l'accouchement,

de se prononcer sur les lésions et séquelles directement imputables à l'acte critiqué et notamment sur la question de la réversibilité de la stérilisation et le cas échéant, sur les moyens à employer en ce sens, le coût d'une telle opération et la prise en charge par la sécurité sociale,

de rechercher si la patiente a reçu une information préalable et suffisante sur les risques et conséquences que lui faisait courir l'intervention de stérilisation et si c'est en toute connaissance de cause qu'elle s'est prêtée à cette intervention,

de se prononcer sur les informations fournies à la patiente consécutivement à l'acte critiqué et la prescription de la pilule contraceptive,

de donner un avis sur l'existence, la nature et l'importance du préjudice corporel et moral en précisant s'il est temporaire ou définitif,

d'indiquer la nature de tous les soins et traitements prescrits imputables au fait dommageable ou à prescrire et leur durée,

de se prononcer sur les atteintes aux fonctions physiologiques de la requérante ainsi que les douleurs physiques et morales temporaires ou permanentes, la perte de qualité de vie et les troubles dans ses conditions d'existence.

ordonne à PERSONNE1.) de payer une provision de 1.500.- euros à l'expert Professeur Philippe JUDLIN, médecin-spécialiste en gynécologie et obstétrique pour le 26 février 2021 au plus tard et d'en justifier au greffe du Tribunal, sous peine de poursuite de l'instance selon les dispositions de l'article 468 du Nouveau Code de procédure civile,

charge Madame le vice-président Paule MERSCH du contrôle de la mesure d'instruction ordonnée,

dit que l'expert devra, en toute circonstance, informer le Tribunal de la date de ses opérations, de l'état desdites opérations et des difficultés qu'il peut rencontrer,

dit que si ses honoraires devaient dépasser le montant de la provision versée, il devra en avertir le Tribunal et ne continuer ses opérations qu'après consignation d'une provision supplémentaire,

dit que l'expert devra déposer son rapport au greffe du Tribunal d'arrondissement pour le 28 mai 2021 au plus tard,

rejette la demande de PERSONNE1.) en allocation d'une provision,

déclare le présent jugement commun à la CAISSE NATIONALE DE SANTÉ,

réserve le surplus en attendant le dépôt du rapport d'expertise,

met l'affaire en suspens. »

Vu le rapport du Professeur JUDLIN, spécialiste en gynécologie-obstétrique, établi en date du 28 décembre 2021 et déposé en date du 25 mars 2022.

Le précédent jugement a été rendu contradictoirement à l'encontre du Docteur PERSONNE2.) en raison d'une signification à personne de l'exploit introductif d'instance.

Il convient cependant de noter que le médecin assigné a été défaillant à l'instance jusqu'à ce que Maître Pierrot SCHILTZ se soit constitué pour lui en date du 9 novembre 2021, soit postérieurement au précédent jugement.

Les opérations d'expertise, qui ont débuté par une réunion en date du 24 novembre 2021, ont ainsi eu lieu de manière contradictoire.

Il convient de rappeler que PERSONNE1.) recherche la responsabilité contractuelle, sinon délictuelle du Docteur PERSONNE2.), qui aurait, au cours d'une césarienne lors d'un accouchement, procédé à sa stérilisation sans l'en avoir informée au préalable et sans avoir recueilli son consentement.

Le Tribunal tient à relever d'emblée que la demande de PERSONNE1.) sera traitée sur base des règles de la responsabilité contractuelle, étant donné que le Docteur PERSONNE2.) a été son gynécologue traitant durant sa quatrième grossesse, l'accouchement auquel cette grossesse a donné lieu ayant été pratiqué par le Docteur PERSONNE2.) par voie de césarienne au cours de laquelle il a en outre procédé à la stérilisation litigieuse.

Le Professeur JUDLIN entame son rapport par un résumé des antécédents et des faits en les termes suivants :

« Mme PERSONNE1.) est née le DATE2.).

Sur le plan de ses antécédents, on note une hypertension artérielle (diagnostiquée au cours de la 4^{ième} grossesse), la cure d'une hypertrophie mammaire et une abdominoplastie.

La 1ère grossesse a lieu en 1993, au Portugal. Elle se déroule normalement et l'accouchement a lieu par césarienne pour absence de dilatation (garçon, plus de 3 kg). La contraception est ensuite assurée par Nexplanon©.

La 2ième grossesse a également lieu au Portugal, en 1998. Elle se déroule normalement avec an accouchement par césarienne itérative pour gros enfant (fille de 4060g). La contraception est ensuite assurée par Nexplanon©.

La 3ème grossesse, en 2022, se déroule également normalement avec la naissance par césarienne d'un garçon de plus de 3 kg. La contraception a été ensuite assurée par estroprogestatifs.

Mme PERSONNE1.) arrive au Luxembourg en 2008. Elle est divorcée et en couple et envisage « une dernière grossesse ». Le Dr PERSONNE2.) assure son suivi gynécologique à partir de 2009. La contraception est d'abord assurée par Nexplanon©, puis par Mercilon©.

En 2011, Mme PERSONNE1.) présente une grossesse qui s'arrêtera vers 8-10 SA et nécessitera une aspiration.

Mme PERSONNE1.) est ensuite perdue en vue par le Dr PERSONNE2.) jusqu'en 2016. Elle indique que, durant cette période, elle souhaitait toujours être enceinte.

En 2016, elle consulte pour une grossesse débutante qui s'arrête spontanément au 1er trimestre.

L'évacuation est assurée par du Cytotec©, puis une aspiration en urgence. Mme PERSONNE1.) indique toujours désirer un autre enfant.

Une nouvelle gestation débute en novembre 2016 qui va se dérouler normalement hormis l'apparition d'une hypertension artérielle.

Le dossier médical indique, en date du 13-06-2017 (33 SA + 2 jours), qu'il est prévu d'effectuer une césarienne itérative et une stérilisation tubaire. La notion de stérilisation est à nouveau mentionnée dans le dossier lors de la consultation du

03-07-2017. De la même façon, la demande de programmation opératoire au centre hospitalier du geste opératoire indique césarienne et stérilisation tubaire.

Mme PERSONNE1.) affirme n'avoir jamais compris qu'une stérilisation tubaire état envisagée et programmée. Elle dit que, dans le cas contraire, elle n'aurait jamais accepté une stérilisation qui va à l'encontre de ses convictions culturelles.

À noter que la feuille de consentement signée par la patiente, document qui doit obligatoirement figurer dans le dossier, ne figure pas dans son dossier médical. Seule figure dans le dossier une feuille de consentement -non datée ni signée- pour la réalisation d'un « accouchement par césarienne programmée, par la laparotomie ».

Le Dr PERSONNE2.) indique que durant la césarienne le 05-07, qui s'est déroulée sous rachianesthésie, il a de nouveau recueilli le consentement de la patiente pour réaliser la stérilisation. Mme PERSONNE1.) dément cette version des faits. La stérilisation est réalisée par salpingectomie partielle bilatérale (ablation d'une partie de chaque trompe). Le compte rendu anatomopathologie indique : à gauche, segment tubaire de 1,3cm ; à droite : segment tubaire de 2,5cm. Naissance d'un enfant de 3830g présentant une bonne adaptation cardio-respiratoire.

Après l'accouchement, le 18-08-2017, il semble que Mme PERSONNE1.) présentait des saignements. Le Dr PERSONNE2.), après avoir constaté un endomètre fin en échographie, a prescrit Mercilon©, un contraceptif estroprogestatif oral, pour 3 mois.

Le 23-10-2017 une prescription de contraceptif oral Microgynon© est envoyée à la patiente. Cette prescription est renouvelée (par téléphone) le 06-07-2018.

Le 12-09-2018 Mme PERSONNE1.) rencontre le Dr PERSONNE2.) en consultation. Elle lui annonce qu'elle souhaite une nouvelle grossesse. Le Dr PERSONNE2.) lui dit que ce n'est pas possible puisqu'elle a subi une stérilisation tubaire. Mme PERSONNE1.) dit qu'elle ignorait cela et se dit « choquée ». Elle dit avoir été d'autant plus surprise que le Dr PERSONNE2.) lui avait prescrit une contraception hormonale depuis son accouchement. Le Dr PERSONNE2.)

explique que cette pilule a été prescrite à titre de traitement pour les métrorragies constatées après l'accouchement.

À l'annonce de la stérilisation, Mme PERSONNE1.) demande des informations sur une possible déstérilisation. Elle consultera ultérieurement un gynécologue à la maternité du HÔPITAL1.) qui lui indiquera qu'une intervention est nécessaire en préalable à une éventuelle réparation tubaire pour voir si cela est techniquement possible. Mme PERSONNE1.) ne donnera pas suite.

Ultérieurement, en 2018, Mme PERSONNE1.) a bénéficié d'un suivi psychologique – indépendamment de celui prévu dans le cadre d'un parcours de chirurgie bariatrique qu'elle a envisagée.»

L'expert JUDLIN retient

que PERSONNE1.) se plaint de ne pas avoir été informée de la stérilisation, qu'elle aurait de toute façon refusée. Elle aurait été choquée d'apprendre en 2018 qu'elle avait été stérilisée, alors même que le Docteur PERSONNE2.) lui aurait prescrit une contraception par pilule. Elle aurait désiré une autre grossesse pour avoir une fille.

que le Docteur PERSONNE2.) a indiqué qu'il n'aurait eu aucun intérêt à faire cette stérilisation si la patiente ne l'avait pas demandée. Il a affirmé que durant la grossesse, la question de la stérilisation aurait été discutée à plusieurs reprises avec PERSONNE1.). La prescription de pilule se serait justifiée pour traiter des métrorragies.

Le professeur JUDLIN décrit la technique utilisée comme suit :

« *La stérilisation tubaire a été réalisée par salpingectomie partielle bilatérale. Il s'agit de la technique habituellement utilisée et recommandée pour une stérilisation tubaire.* »

Il précise que sur le plan purement technique, la procédure utilisée pour effectuer la stérilisation n'appelle pas de commentaire, ni de critique.

Quant au point 7 de sa mission ayant consisté à rechercher si l'acte critiqué était médicalement indiqué et urgent, l'expert s'exprime en ces termes :

«*Une stérilisation, contraception définitive, peut être décidée et réalisée dans deux cadres différents :*

- *En cas d'indication médicale, c'est-à-dire s'il est considéré qu'une autre grossesse présenterait des risques médicaux mettant en péril la santé de la patiente (par exemple : risque de complications pendant la grossesse ou risque de rupture utérine si celui-ci est devenu trop fragile…) Dans un tel cadre, la patiente doit être informée desdits risques médicaux et accepter la stérilisation ;*
- *En l'absence de toute indication médicale et à titre de contraception définitive à la demande expresse de la patiente.*

Dans le cas de Mme PERSONNE1.), le dossier médical ne fait pas mention d'une indication médicale à cette stérilisation tubaire.

Cependant, on peut considérer qu'une stérilisation tubaire était ici médicalement parfaitement licite chez Mme PERSONNE1.), 43 ans, ayant subi quatre accouchements par césarienne et présentant une hypertension artérielle. Dans ces conditions, une cinquième grossesse n'était ni souhaitable ni raisonnable, les risques de complication (avortement spontané, malformations chromosomiques complications obstétricales notamment en rapport avec une hypertension artérielle, rupture utérine…) étant importants.

En toute hypothèse, la réalisation de ce geste, indication médicale ou non, n'était ni absolument nécessaire ni urgente et imposait de donner à la patiente une information claire, complète et comprise de façon à obtenir un consentement éclairé. Cette stérilisation tubaire, même médicalement souhaitable, pouvait être différée avec recours à une contraception mécanique en attendant. »

Quant au point 8 de sa mission ayant consisté à se prononcer sur les lésions et séquelles directement imputables à l'acte critiqué et notamment sur la question de la réversibilité de la stérilisation et le cas échéant, sur les moyens à employer en ce sens, le coût d'une telle opération et la prise en charge par la sécurité sociale, l'expert retient ce qui suit :

« *La seule conséquence d'une stérilisation effectuée au cours de la césarienne est l'absence possible de toute nouvelle grossesse. La salpingectomie ayant été effectuée au cours de la césarienne, elle n'a nécessité ni hospitalisation, ni anesthésie ni interventions supplémentaires. Une stérilisation n'affecte pas la vie quotidienne ou sportive, n'entraîne aucune modification du fonctionnement hormonal et n'a aucun impact somatique sur la vie sexuelle.*

Bien qu'il s'agisse d'une contraception définitive, la réversibilité d'une stérilisation est en théorie possible et peut être proposée dans certains cas par deux techniques différentes :

- *Soit une fécondation in vitro. Cette technique a l'avantage d'éviter toute intervention chirurgicale supplémentaire et de pouvoir être réalisée quel que soit l'état résiduel des trompes. Elle ne pouvait cependant pas être proposée ici compte tenu de l'âge limite légal de prise en charge de 43 ans, les chances de succès étant très réduites au-delà de cette limite ;*
- *Soit une ré-anastomose tubaire chirurgicale qui est habituellement réalisée par voir coelioscopique en robot-chirurgie. Les chances de succès tiennent notamment à la longueur de trompe restante. On notera ici que la taille importante des fragments tubaires ôtés (1,3 et 2,5cm) rendait difficile, voire impossible une ré-anastomose fonctionnelle. »*

À la question de savoir si la patiente a reçu une information préalable suffisante sur les risques et conséquences que lui faisait courir l'intervention de stérilisation et si c'est en toute connaissance de cause qu'elle s'est prêtée à cette intervention, l'expert répond ce qui suit :

« *Le dossier médical à notre disposition ne détaille pas quelle information a été donnée à la plaignante. Le fait que la stérilisation tubaire soit mentionnée à plusieurs reprises (13.6., 3.7. ,sur la feuille programmation et sur le compte rendu de la césarienne) ne signifie pas que la patiente ait reçu une information complète, ni surtout qu'elle ait donné son accord. Le document de consentement, qui doit être signé par la patiente, ne figure pas au dossier médical. Au total, nous ne disposons d'aucun élément dans le dossier médical supportant la notion d'une information éclairée, (c'est-à-dire comprise par la patiente) et moins encore d'un accord à la stérilisation.* »

Sous le point 10 de sa mission consistant à se prononcer sur les informations fournies à la patiente consécutivement à l'acte critiqué et la prescription de la pilule contraceptive, l'expert indique ce qui suit :

« *Le sujet de la stérilisation tubaire n'a pas été abordé en post-partum jusqu'à ce que Madame PERSONNE1.) fasse part de son désir de grossesse en 2018. Le Docteur PERSONNE2.) pensait que ce geste avait été approuvé par la patiente alors que celle-ci semble en avoir ignoré l'existence… Le quiproquo a de surcroît été entretenu par la prescription d'un contraceptif oral.* »

À propos de l'existence, de la nature et de l'importance du préjudice corporel et moral, temporaire ou définitif, l'expert écrit :

« *Le préjudice corporel est la perte définitive de fertilité. Ce préjudice correspond en règle générale à un déficit fonctionnel permanent (DFP) de 6 %. Ce chiffre est à relativiser ici, car une grossesse supplémentaire n'était médicalement ni souhaitable, ni raisonnable chez Mme PERSONNE1.).*
Le préjudice moral correspond au fait que Mme PERSONNE1.) n'avait pas compris la proposition de stérilisation tubaire – qu'elle n'aurait pas acceptée – et qu'elle n'a appris l'existence de ce geste qu'a posteriori. Il peut être évalué à 2 sur une échelle de 7.
Il est de surcroît dommage que – indépendamment de l'offre de réaliser une stérilisation – Mme PERSONNE1.) n'ait pas été informée durant la quatrième grossesse qu'une nouvelle gestation n'était pas médicalement souhaitable et lui aurait fait courir des risques non négligeables. (Voir point no 7). »

Concernant le point 13 de sa mission consistant à se prononcer sur les atteintes aux fonctions physiologiques de la requérante ainsi que les douleurs physiques et morales temporaires ou permanentes, la perte de qualité de vie et les troubles dans ses conditions d'existence, l'expert écrit :

« *Comme indiqué plus haut, la fonction physiologique qui a été atteinte est celle de la reproduction chez une femme de 43 ans.*

Les douleurs morales correspondent au fait d'avoir subi une stérilisation tubaire qu'elle ne voulait pas, n'apprenant qu'a posteriori l'existence de cette stérilisation empêchant toute nouvelle grossesse.
Il n'existe pas, sur le plan somatique, de perte de qualité de vie ou de trouble des conditions d'existence. »

En guise de conclusion, le Professeur JUDLIN écrit :

« *Madame PERSONNE1.) a subi au cours de son quatrième accouchement par césarienne, une stérilisation tubaire. Si ce geste était parfaitement envisageable et s'avérait médicalement pertinent chez cette patiente de près de 43 ans et hypertendue, il apparaît que Mme PERSONNE1.) n'avait pas compris en quoi consistatit ce geste qu'elle aurait refusé. De surcroît, le dossier médical ne précise pas quelle information a été donnée à la patiente et ne comporte pas le formulaire de consentement signé. En conséquence, on doit considérer que Mme PERSONNE1.), apprenant a posteriori l'existence de cette stérilisation, a subi un préjudice moral.* »

PERSONNE1.) conclut qu'il ressort des constatations de l'expert JUDLIN qu'elle a subi une stérilisation tubaire par salpingectomie partielle bilatérale qui est devenue définitive au vu de la taille importante des fragments tubaires ôtés, raison pour laquelle l'expert attribue un déficit fonctionnel permanent.

La stérilisation telle que pratiquée lui aurait fait perdre une chance de pouvoir redevenir fertile. Cet acte n'aurait été ni nécessaire, ni urgent lorsqu'il a été réalisé. Le dossier médical ne comporterait pas la moindre notion d'un consentement éclairé et moins encore d'un accord à la stérilisation ou que l'acte ait été évoqué avec la patiente. Aucun formulaire de consentement n'aurait été signé.

La stérilisation pratiquée constituerait un acte illicite, pénalement répréhensible.

Elle n'aurait même pas été informée des risques d'une nouvelle grossesse. Le médecin aurait donc manqué à son devoir d'information sur ce point.

L'expert retiendrait pour la perte définitive de fertilité un déficit fonctionnel permanent de 6 %.

Même si une nouvelle grossesse n'était médicalement ni souhaitable, ni raisonnable, la décision de retomber enceinte ou non appartiendrait exclusivement à la patiente et il ne pourrait être toléré qu'un tiers décide à sa place.

PERSONNE1.) aurait catégoriquement refusé la stérilisation dans la mesure où cet acte est rejeté par sa famille et sa communauté, son pays d'origine étant l'Angola.

En Angola, les femmes stériles seraient discriminées par leurs communautés.

Elle devrait mentir à sa famille pour ne pas subir la honte d'avoir été stérilisée et être rejetée.

Ne pouvant cacher son désarroi à son compagnon, elle lui aurait avoué avoir été stérilisée. Leur relation aurait pris fin étant donné que son compagnon souhaitait encore avoir un second enfant avec elle.

Elle aurait perdu toute chance de tomber enceinte et de garder le père de son dernier enfant.

Depuis l'annonce brutale de sa stérilisation, elle serait suivie psychologiquement.

Il n'y aurait pas lieu de relativiser le préjudice subi par l'état de santé de PERSONNE1.) alors que d'autres moyens de contraception auraient pu lui être proposés sans heurter ses convictions et l'exposer au mépris de sa famille et de sa communauté.

Son préjudice moral ne saurait être considéré comme léger. L'annonce de sa stérilité aurait été plus qu'abrupte.

Elle aurait encore dû attendre le rapport de l'expert pour savoir si la stérilisation était définitive ou non.

À titre subsidiaire, PERSONNE1.) demande la nomination d'un expert-calculateur avec la mission de concilier les parties si faire se peut, sinon de se prononcer dans un rapport écrit détaillé et motivé sur le dommage accru à la requérante du fait des

agissements du Docteur PERSONNE2.) et de fixer les indemnités lui revenant de ce chef.

Le Docteur PERSONNE2.) fait valoir que le Professeur JUDLIN n'a retenu aucune faute médicale à sa charge.

Le choix thérapeutique d'une stérilisation aurait été approuvé par l'expert pour avoir été médicalement pertinent.

La prescription de la pilule aurait été médicalement indiquée afin de stopper les métrorragies de sa patiente.

S'agissant du devoir d'information, le Docteur PERSONNE2.) soutient qu'il a informé sa patiente au sujet de la stérilisation préalablement à l'intervention. Il l'aurait aussi informée sur les risques d'une nouvelle grossesse, ces risques l'ayant justement amené à lui proposer la stérilisation.

Le dossier médical tenu à propos de PERSONNE1.) renseignerait à la date du 13 juin 2017 une mention concernant la stérilisation («*4.sectio geplant. Dann auch Sterilisation*») et à la date du 3 juillet 2017 la mention manuscrite suivante : « *Sektion + Sterilisation erneut besprochen* »

Le Docteur PERSONNE2.) en conclut que ce serait à PERSONNE1.) de rapporter la preuve contraire des éléments figurant au dossier médical tendant à établir qu'il y a bien eu discussion entre la patiente et le médecin au sujet de la stérilisation.

Il se base à ce titre sur le § 9 de l'article 8 de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient qui disposerait que la tenue régulière du dossier vaut présomption simple des éléments y consignés ou versés.

Le § 8 de l'article 8 de ladite loi disposerait en outre que le consentement peut être tacite lorsque le professionnel de santé, après avoir adéquatement informé le patient, peut raisonnablement déduire du comportement de celui-ci qu'il consent aux soins de santé conseillés.

Le consentement aurait une nouvelle fois été donné par PERSONNE1.) lors de son entretien du 3 juillet 2017 de sorte qu'il aurait pu déduire de son comportement

qu'elle avait parfaitement compris et consenti en toute connaissance de cause aux soins de santé qu'il lui avait proposés.

Contrairement aux dires de la partie adverse, il n'y aurait aucune obligation légale de faire signer un consentement écrit et ce d'autant plus que le § 7 de l'article 8 de la loi précitée disposerait que l'information du patient est en principe donnée oralement.

Plusieurs attestations testimoniales prouveraient encore que toutes les personnes intervenues et ayant assisté le Docteur PERSONNE2.) à l'occasion notamment de l'intervention du DATE1.) confirment que les procédures du HÔPITAL2.) veulent qu'avant l'anesthésie et avant l'intervention, chaque intervenant redemande confirmation au patient concernant la nature de l'opération qui va être réalisée.

Ce consentement aurait une nouvelle fois été donné par PERSONNE1.) le DATE1.) alors que les témoins attestent qu'à défaut, ce refus aurait été consigné dans le dossier médical et l'intervention n'aurait pas eu lieu.

Le Docteur PERSONNE2.) conteste les préjudices allégués tant en leur principe qu'en leur *quantum.*

Il sollicite l'allocation d'une indemnité de procédure de 2.000 euros sur base de l'article 240 NCPC.

PERSONNE1.) réplique à propos des attestations testimoniales versées en cause par le Docteur PERSONNE2.) en faisant valoir qu'aucun témoin ne déclare avoir entendu PERSONNE1.) accepter une stérilisation lors de ses consultations avec le Docteur PERSONNE2.), ni ce dernier demander à sa patiente de réitérer son prétendu consentement à la stérilisation durant l'accouchement bien qu'elle ait été consciente tout au long du processus, tel que l'atteste l'anesthésiste. Elle ne se serait trouvée au bloc opératoire que pour un accouchement par césarienne.

La stérilisation n'apparaîtrait que comme remarque au compte-rendu opératoire.

Il résulterait encore du dossier médical et du rapport d'expertise que la stérilisation a été pratiquée à des fins contraceptives et en aucun cas dans un cadre d'urgence.

Le Docteur PERSONNE2.) fait valoir que la stérilisation aurait constitué un choix thérapeutique pour éviter les risques graves d'une nouvelle grossesse pour sa patiente. Il ne se serait pas agi d'une simple intervention à usage contraceptif, mais d'une stérilisation à visée thérapeutique.

MOTIFS DE LA DÉCISION

Il est constant en cause que durant l'accouchement par césarienne sous anesthésie loco-régionale, qui a eu lieu au HÔPITAL2.) en date du DATE1.), le Docteur PERSONNE2.) a incidemment pratiqué une stérilisation tubaire sur sa patiente PERSONNE1.).

Le Docteur PERSONNE2.) prétend avoir préalablement informé sa patiente de manière adéquate durant le suivi de sa grossesse à propos de la stérilisation qu'il aurait discutée avec elle à deux reprises et qu'il aurait pratiquée avec le consentement éclairé de PERSONNE1.), réitéré juste avant l'intervention.

PERSONNE1.) soutient par contre qu'elle n'a découvert la stérilisation qu'elle a subie qu'un an après son accouchement lors d'une consultation au cours de laquelle elle aurait fait part au Docteur PERSONNE2.) de son souhait d'arrêter la pilule contraceptive et de retomber à nouveau enceinte, qui lui aurait alors indiqué que cela était impossible en raison de la stérilisation qu'il avait pratiquée lors de son dernier accouchement.

S'agissant de l'obligation d'information, 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 (Georges RAVARANI, La responsabilité civile, 3ème édition, nos. 670 et s., et 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.

Il faut rappeler que le principe d'intégrité de la personne physique entraîne cette conséquence essentielle que toute atteinte à cette intégrité, même par le médecin, exige le consentement de celui qui la subit (René SAVATIER, Jean-Marie AUBY, Jean SAVATIER, Henri 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 (Civ. 1re, 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. 1re 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 soumette 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. (cf Georges RAVARANI, précité, nos. 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 (TAL, 6 mars

2013, n° 77/13 XVII, nos. 144279 et 150003 du rôle, citant Xavier 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 (Georges RAVARANI, précité, n° 670).

L'information est due tant par le médecin prescripteur de l'acte que par le médecin qui le réalise. L'information doit aussi être réciproque entre les médecins, qui, à leur tour, doivent donc, chacun l'information au patient. Il n'en reste pas moins que l'obligation d'information incombera au premier chef au médecin qui pratique l'intervention. Dans la pratique, les médecins doivent, certes, délivrer l'information en fonction de leurs compétences respectives, mais aussi se concerter et s'assurer que l'information a, en tout état de cause, été bien donnée (cf Sylvie WELSCH, Responsabilité du médecin, 2e éd., nos. 157 et 158).

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 (voir en ce sens Cour d'appel, 5 juillet 2006, nos 30.298 et 30.299).

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 d'appel, 24 janvier 2007, n° 29367).

La preuve de cette information peut être faite par tous moyens et même par présomptions (Cour d'appel, 14 novembre 2002, n° 25.596 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 (Sylvie WELSCH, Responsabilité du médecin, 2ème 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).

Il convient encore de se référer aux dispositions de l'article 8 sur le droit à l'information sur l'état de santé du patient de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.

Les dispositions dudit article 8, pertinentes pour la présente espèce, sont les suivantes :

(1) Le patient a droit aux informations relatives à son état de santé et à son évolution probable, sous réserve de l'application des dispositions de l'article 9 (concernant le droit d'être tenu dans l'ignorance).

(2) Il incombe à chaque professionnel de santé d'informer le patient dans un langage clair et compréhensible, adapté aux facultés de compréhension de ce dernier. …
Le professionnel de santé informe, d'une part, sur les prestations dont il a la responsabilité, d'autre part, par rapport à son implication dans la prise en charge et dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables, sur l'état de santé du patient et son évolution probable.

…

(4) Les soins de santé à un patient disposant de la capacité nécessaire ne peuvent être prestés que moyennant son consentement préalable, libre et éclairé, donné à la suite d'une information adéquate.

Sans préjudice des dispositions des articles 9 et 10, l'information préalable porte sur les éléments essentiels caractérisant les soins de santé proposés, y compris une information adéquate sur les objectifs et les conséquences prévisibles de ces soins, leur bénéfice, leur urgence éventuelle, les risques ou événements fréquents et graves généralement connus, appréciés en tenant compte des caractéristiques

spécifiques du patient, ainsi que sur les alternatives ou options thérapeutiques éventuellement envisageables et les conséquences prévisibles en cas de refus. Il incombe au professionnel de santé d'évaluer les risques et événements indésirables spécifiquement liés à l'état de santé du patient.

…

(6) Le professionnel de santé dispensant des soins de santé au patient s'assure avant toute intervention que le patient ait reçu en temps utile les informations préalables conformément à la présente loi et qu'il consent librement aux soins dispensés.

Si au cours d'une prestation de soins de santé une circonstance raisonnablement imprévisible requiert une adaptation des soins envisagés, la prestation entamée peut être poursuivie malgré l'impossibilité de recueillir le consentement complémentaire du patient ou celui de son représentant, lorsqu'elle ne fait courir à celui-ci aucun risque complémentaire significatif ou lorsqu'il s'agit d'une mesure urgente médicalement indispensable.

(7) L'information du patient en application de la présente loi est en principe donnée oralement et peut, le cas échéant, être précisé par une information écrite.

(8) Le consentement ou le refus de consentir du patient est en principe donné de façon expresse. Le consentement peut être tacite lorsque le professionnel de santé, après avoir adéquatement informé le patient, peut raisonnablement déduire du comportement de celui-ci qu'il consent aux soins de santé conseillés.

Le professionnel de santé qui recueille la décision du patient veille à ce que le patient ait compris des informations fournies au moment de prendre une décision concernant sa santé.

En cas de contestation, la preuve de l'information fournie et celle du consentement du patient incombent au prestataire de soins de santé sous la responsabilité duquel les soins ont été dispensés ou proposés. Une telle preuve peut être délivrée par tout moyen, la tenue régulière du dossier valant présomption simple des éléments y consignés ou versés.

Le Docteur PERSONNE2.) se base sur le dossier médical qu'il a personnellement tenu à propos de sa patiente et sur celui tenu auprès du HÔPITAL2.) pour affirmer qu'il s'est acquitté auprès de sa patiente de son obligation d'information au sujet de la stérilisation litigieuse et qu'elle a marqué son accord avec cette intervention en connaissance de cause.

Ainsi, il aurait mentionné à deux reprises dans ses notes lors de consultations en date des 13 juin et 3 juillet 2017 avoir évoqué la stérilisation avec sa patiente. Il prétend qu'ils en auraient discuté et qu'il l'aurait informée des risques d'une nouvelle grossesse.

Il soutient que ces mentions engendreraient un renversement de la charge de la preuve de sorte que ce serait sa patiente qui devrait établir qu'elle n'a pas été informée concernant la stérilisation et qu'elle n'y a pas donné son accord.

Il verse encore un certain nombre d'attestations testimoniales qui confirmeraient que le jour de l'accouchement par césarienne en date du DATE1.), PERSONNE1.) aurait réitéré son accord. Si elle n'avait pas consenti, cela aurait en outre été consigné dans son dossier médical et l'acte refusé n'aurait pas été pratiqué.

Il est un fait que la loi du 24 juillet 2014 concernant les droits et obligations des patients ne prévoit pas d'obligation pour le médecin de recueillir l'accord de son patient par écrit pour les soins prodigués.

Les mentions manuscrites du Docteur PERSONNE2.) évoquent le fait que la stérilisation a pu être abordée lors des deux dernières consultations au cours des trois semaines qui ont précédé l'accouchement avec césarienne.

Il ne s'en dégage cependant pas à suffisance de droit si la patiente a reçu toutes les informations indispensables à une prise de décision réfléchie de sa part par rapport à la stérilisation et ses conséquences et surtout qu'elle y ait marqué son accord.

Ces mentions ne sauraient donc valoir au titre d'un renversement de la charge de la preuve et emporter le fait que ce soit la patiente qui devrait administrer la preuve du défaut ou de l'insuffisance de l'information.

Les notes succinctes du Docteur PERSONNE2.) figurant dans son dossier médical, qu'il a prises à propos de la stérilisation qu'il préconisait, ne sont en effet pas de nature à générer une présomption simple de consentement à la stérilisation dans le chef de PERSONNE1.) que cette dernière devrait renverser par la preuve du défaut ou de l'insuffisance de l'information de la part du Docteur PERSONNE2.).

S'agissant des attestations testimoniales que le Docteur PERSONNE2.) a versées en cause suite au dépôt du rapport d'expertise du Professeur JUDLIN pour établir qu'il a informé sa patiente et recueilli de la part de cette dernière un consentement éclairé, il convient de les passer en revue, tout en notant d'emblée que toutes respectent les formes légalement prévues pour les attestations testimoniales.

L'attestation du témoin PERSONNE3.) est dépourvue de caractère probant pour défaut de précision, étant donné qu'il ne décrit que la procédure habituellement suivie par le Docteur PERSONNE2.), sans indication précise quant à l'intervention sur PERSONNE1.).

Les témoins PERSONNE4.), PERSONNE5.) et PERSONNE6.), infirmière anesthésiste, infirmière et ATM chirurgie respectivement, ont décrit dans des attestations, qui présentent entre elles une très forte similarité dans leur libellé, que le Docteur PERSONNE2.) a pour habitude de voir ses patientes avant l'intervention et leur demande confirmation de l'intervention.

Toutes ont déclaré qu'au vu du temps écoulé depuis 2017, leur témoignage se faisait sur base d'une procédure à suivre, car elles n'auraient plus de souvenir de l'intervention pratiquée sur PERSONNE1.).

Le témoin PERSONNE7.), médecin-spécialiste en anesthésie et réanimation, déclare ce qui suit :

« *En date du DATE1.) à 7h18, j'ai pratiqué une anesthésie loco-régionale(rachis An) à Mme PERSONNE1.), matricule NUMERO1.) en vue d'une césarienne itérative (4^{e} césarienne) avec stérilisation consécutive programmée.*

….difficilement lisible

La patiente était consciente pendant toute l'intervention et n'a reçu aucun médicament sédatif.

Un bébé masculin en bonne santé est né à 7h46.

Je travaille depuis des années avec le Docteur PERSONNE2.) et ceci en toute conformité et en confiance mutuelle.

Ses patientes sont toujours bien informées et consentantes pour les interventions programmées, toutes chirurgies confondues.

Par la présente je témoigne que le Docteur PERSONNE2.) a l'habitude de demander une ultime fois les patientes dont une stérilisation est prévue lors d'une césarienne sous anesthésie loco-régionale et attend toujours le dernier accord de la patiente à ventre ouvert avant de pratiquer la stérilisation.

Il l'a fait aussi pendant la césarienne stérilisation programmée chez Mme PERSONNE1.). ce DATE1.). »

Outre le fait que cette déclaration présente un degré de fiabilité qui est à relativiser en raison du temps de plus de quatre ans écoulés entre les faits litigieux et la rédaction de l'attestation, le témoin ne détaille notamment pas la réaction de PERSONNE1.) à la demande du Docteur PERSONNE2.) au bloc opératoire.

À supposer même que le Docteur PERSONNE2.) ait une ultime fois demandé à PERSONNE1.) l'accord pour la stérilisation - à ventre ouvert, comme l'indique le témoin PERSONNE7.) -, l'expression de la confirmation d'un consentement libre et éclairé ne saurait à l'évidence s'en dégager.

Le témoin, qui n'a pas été présent lors des consultations précédentes de PERSONNE1.) auprès du Docteur PERSONNE2.), ne saurait évoquer un accord réitéré, recueilli une ultime fois dans des conditions excluant par ailleurs en tout état de cause un consentement libre et éclairé.

Les attestations testimoniales n'établissent donc pas le consentement libre et éclairé de la patiente à la stérilisation.

Si les mentions portées au dossier du médecin ne sont, selon la loi du 24 juillet 2014, pas exemptes de force probante et sont susceptibles de valoir au titre de présomptions simples au soutien du respect par le médecin de son obligation d'information, il reste qu'en l'occurrence, le geste proposé de la stérilisation tubaire n'était certainement pas anondin, mais avait des conséquences graves, étant donné qu'il a engendré l'infertilité très probablement définitive de la patiente, les chances de succès d'une déstérilisation et de nouvelle grossesse ayant été qualifiées de très limitées par le Professeur JUDLIN.

Le Tribunal considère ainsi qu'en dépit de la présomption simple retenue par la loi du 24 juillet 2014 à propos des notes du médecin, il faut constater qu'au cours de la dernière décennie, le monde médical s'est progressivement adapté par rapport aux exigences croissantes de la jurisprudence en ce qui concerne la preuve à rapporter par le professionnel de santé en matière d'obligation d'information, amenant les médecins à recueillir, pour se ménager une preuve tangible de l'accomplissement de leur obligation d'information, un consentement écrit à chaque fois qu'une intervention comportant certains risques est envisagée avec le patient.

Le Professeur JUDLIN confirme d'ailleurs cet état de choses en pointant le fait qu'aucun consentement écrit n'a été recueilli auprès de la patiente en ce qui concerne la stérilisation.

Dans un autre registre, mais pareillement dans le contexte d'un manque dans la communication du médecin avec sa patiente, il relève d'ailleurs qu'il n'est pas établi que la patiente ait été vraiment éclairée concernant la finalité d'une continuation de la prescription de la pilule après l'accouchement avec stérilisation, faisant état d'un maintien du quiproquo entre la patiente et son médecin en rapport avec cette stérilisation.

Le Tribunal note que le dossier du HÔPITAL2.) comporte un formulaire dont la teneur est la suivante :

FICHIER1.)

Ce formulaire, portant la date, incongrue par rapport aux faits, du 27 octobre 2021, semble concerner l'accouchement par césarienne programmée par laparotomie pour le DATE1.) qui y est mentionné.

Ce formulaire ne porte aucune signature dans les rubriques y destinées pour la patiente et le médecin.

Il n'a pas été autrement commenté par le Docteur PERSONNE2.).

Il constitue cependant la preuve que dans la pratique médicale du HÔPITAL2.) et du Docteur PERSONNE2.), un consentement écrit est en principe requis en cas de césarienne par laparotomie.

Il ne saurait en être différemment pour le cas d'un geste chirurgical aux conséquences graves et définitives, tel celui de la stérilisation tubaire.

Eu égard à l'ensemble des développements qui précèdent, le Tribunal retient que le Docteur PERSONNE2.) a failli à son obligation d'information à l'égard de PERSONNE1.) à propos de la stérilisation litigieuse.

Le geste chirurgical de la stérilisation tubaire constitue en outre une atteinte à l'intégrité physique de PERSONNE1.).

Le Docteur PERSONNE2.) a ainsi engagé sa responsabilité contractuelle à l'égard de PERSONNE1.).

Quant à l'indemnisation, il convient de rappeler que PERSONNE1.) se prévaut de préjudices évalués au montant total de 250.000 euros, dont le détail s'établit comme suit :

atteinte corporelle	75.000 euros
perte de chance de refuser l'intervention	50.000 euros
perte d'une chance d'avoir d'autres enfants	75.000 euros
préjudice moral	50.000 euros
préjudice matériel (coût d'une nouvelle chirurgie)	pm

L’atteinte corporelle par stérilisation subie par PERSONNE1.) a été causée par le geste chirurgical ayant consisté dans l’ablation d’une partie de chaque trompe.

Il s’agit d’une atteinte grave à l’intégrité physique, ayant pour conséquence très probablement définitive l’infertilité de PERSONNE1.).

Selon l’expert JUDLIN, cet acte, médicalement pertinent chez une patiente de 43 ans, ayant déjà subi quatre accouchements par césarienne et souffrant d’hypertension, n’a cependant été ni urgent, ni d’une absolue nécessité.

Le Tribunal évalue *ex aequo et bono* le préjudice pour atteinte à l’intégrité physique au montant de 6.000 euros.

S’agissant de la perte de chance de refuser l’intervention, la jurisprudence admet traditionnellement que la réparation de la violation d’une obligation d’information consiste dans l’allocation de dommages-intérêts, afin de réparer le préjudice subi par la perte d’une chance qu’avait le patient de refuser l’intervention et d’échapper ainsi à ses conséquences dommageables (Georges RAVARANI, précité, n° 674).

Le praticien qui manque à son obligation d’information prive en effet son patient d’une chance d’échapper, par une décision peut-être plus judicieuse, au risque qui s’est finalement réalisé, perte qui constitue un préjudice distinct des atteintes corporelles résultant de l’intervention médicale (Cass. fr. 1e civ., 7 octobre 1998, D. 1999, p. 145, note PORCHY ; JCP 1998, II, 10179, concl. J. SAINTE-ROSE, note P. SARGOS).

En l’occurrence, les carences dans la communication du Docteur PERSONNE2.) avec sa patiente ont privé PERSONNE1.) de refuser l’intervention.

Le préjudice afférent est évalué *ex aequo et bono* au montant de 2.500 euros.

S’agissant de la perte de chance d’avoir d’autres enfants, l’évaluation du préjudice y relatif doit être appréciée au vu du fait que la stérilisation a été considérée comme médicalement pertinente par le Professeur JUDLIN pour éviter les risques de complications qu’il a qualifiés de non négligeables.

Le préjudice afférent est évalué *ex aequo et bono* au montant de 2.500 euros.

S’agissant du préjudice moral, il faut considérer qu’outre celui que PERSONNE1.) a subi en lien avec le fait d’être devenue infertile, il y a le préjudice de l’impréparation d’une patiente, qui n’a appris sa stérilisation que lorsqu’elle a évoqué son intention d’être à nouveau enceinte lors d’une consultation un an après l’intervention de stérilisation, circonstances qui n’ont pas dû manquer de la choquer particulièrement.

Le préjudice moral est évalué *ex aequo et bono* au montant de 4.000 euros.

S’agissant du préjudice matériel en relation avec le coût d’une chirurgie reconstitutive, il n’est en l’occurrence pas indemnisable, au vu des conclusions de l’expert JUDLIN concernant les chances de succès d’une telle intervention qu’il a qualifiées de très limitées.

L’ensemble des préjudices réparables tels que précédemment retenus est par conséquent évalué par le Tribunal *ex aequo et bono* au montant total de 15.000 euros.

Il y a par conséquent lieu de déclarer fondée la demande de PERSONNE1.) à l’encontre du Docteur PERSONNE2.) à hauteur du montant en principal de 15.000 euros.

Il échet partant de condamner le Docteur PERSONNE2.) à payer à PERSONNE1.) le montant de 15.000 euros avec les intérêts légaux à partir du DATE1.), date de l’opération génératrice des préjudices, jusqu’à solde.

Les frais de l’expertise judiciaire sont à mettre à charge du Docteur PERSONNE2.).

La requérante sollicite finalement l’exécution provisoire du jugement à intervenir.

Aux termes de l’article 244 du Nouveau Code de Procédure Civile, l’exécution provisoire, sans caution, sera ordonnée même d’office, s’il y a titre authentique, promesse reconnue, ou condamnation précédente par jugement dont il n’y a point appel. Dans tous les autres cas, l’exécution provisoire pourra être ordonnée avec ou sans caution.

Lorsque l'exécution provisoire est facultative, son opportunité s'apprécie selon les circonstances particulières de la cause, en tenant notamment compte des intérêts respectifs des parties, du degré d'urgence, du péril en la demeure ainsi que des avantages ou inconvénients que peut entraîner l'exécution provisoire pour l'une ou l'autre des parties (Cour, 8 octobre 1974, 23, 5).

En l'espèce, aucune des conditions de l'exécution provisoire obligatoire n'est donnée. L'exécution provisoire facultative ne se justifie pas non plus, au vu des circonstances de la cause.

Il n'y a partant pas lieu de faire droit à la demande en exécution provisoire.

Eu égard à l'issue du litige, il y a lieu de débouter le Docteur PERSONNE2.) de sa demande en allocation d'une indemnité de procédure.

Il y a enfin lieu de déclarer le présent jugement commun à la CNS.

PAR CES MOTIFS

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

statuant en continuation du jugement rendu par le Tribunal de céans en date du 29 janvier 2021,

déclare fondée la demande en responsabilité contractuelle dirigée par PERSONNE1.) à l'encontre du Docteur PERSONNE2.),

partant,

condamne le Docteur PERSONNE2.) à payer à PERSONNE1.) le montant de 15.000 euros avec les intérêts légaux à partir du DATE1.) jusqu'à solde,

met les frais de l'expertise judiciaire à charge du Docteur PERSONNE2.),

déboute le Docteur PERSONNE2.) de sa demande en allocation d’une indemnité de procédure sur base de l’article 240 NCPC,

dit qu'il n'y a pas lieu d'assortir le présent jugement de l'exécution provisoire,

condamne le Docteur PERSONNE2.) à tous les frais et dépens de l’instance avec distraction au profit de Maître Vânia FERNANDES, qui la demande, affirmant en avoir fait l’avance,

déclare le présent jugement commun à la CAISSE NATIONALE DE SANTÉ.