Texte pseudonymisé

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

Jugement civil no 2026TALCH11/00078 (XIe chambre)

Audience publique du vendredi, dix juillet deux mille vingt-six.

Numéros 181048, TAL-2018-00404, TAL-2019-02110, TAL-2022-04361 et TAL-2022-07525 du rôle

Composition :

Stéphane SANTER, vice-président,
Claudia HOFFMANN, premier juge,
Frank KESSLER, juge,
Giovanni MILLUZZI, greffier.

I.
(181048)

ENTRE

1. **PERSONNE1.)**, sans état connu,

2. **PERSONNE2.)**, sans état connu,

3. **PERSONNE3.)**, sans état connu,

4. **PERSONNE4.)**, sans état connu,

demeurant toutes à D-ADRESSE1.),

agissant tant en leur nom personnel qu'en tant qu'ayant repris l'instance suivant acte du 22 avril 2022 de PERSONNE5.), décédé en date du DATE1.),

parties demanderesses aux termes d'un exploit d'assignation de l'huissier de justice Martine LISÉ de Luxembourg du 24 octobre 2016,

comparant par Maître Anne BAULER, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg,

ET

1. PERSONNE6.), neurochirurgien, demeurant à L-ADRESSE2.),

partie défenderesse aux fins du prédit exploit LISÉ,

comparant par Maître François DELVAUX, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg.

2. la HÔPITAL1.) (anciennement HÔPITAL2.)), venant aux droits et obligations de la SOCIETE1.), établie et ayant son siège social à
L-ADRESSE3.), inscrite au Registre de Commerce et des Sociétés de Luxembourg sous le numéro NUMERO1.), représentée par ses organes statuaires actuellement en fonctions,

partie défenderesse aux fins du prédit exploit LISÉ,

comparant par la société anonyme SCHILTZ & SCHILTZ S.A., établie et ayant son siège social à L-1610 Luxembourg, 24-26, avenue de la Gare, inscrite au Barreau de Luxembourg, inscrite au Registre de Commerce et des Sociétés de Luxembourg sous le numéro B220251, représentée dans le cadre de la présente procédure par Maître Anne FERRY, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg,

3. l'établissement public Caisse Nationale de Santé, en abrégé CNS, établi et ayant son siège social à L-2144 Luxembourg, 4, rue Mercier, inscrit au Registre de Commerce et des Sociétés de Luxembourg sous le numéro J21, représenté par le Président de son Comité-Directeur, sinon son Comité-Directeur actuellement en fonctions,

partie défenderesse aux fins du prédit exploit LISÉ,

partie défaillante.

En présence de

la SOCIETE2.), établie et ayant son siège social à L-ADRESSE4.), inscrite au Registre de Commerce et des Sociétés de Luxembourg sous le numéro NUMERO2.), représentée par son conseil d'administration actuellement en fonctions,

partie intervenant volontairement selon requête du 16 janvier 2017,

comparant par Maître Roland ASSA, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg.

II.
(TAL-2018-00404)

ENTRE

PERSONNE6.), neurochirurgien, demeurant à L-ADRESSE2.),

partie demanderesse aux termes d'un exploit d'assignation de l'huissier de justice suppléant Christine KOVELTER en remplacement de l'huissier de justice Frank SCHAAL de Luxembourg du 9 janvier 2018,

comparant par Maître François DELVAUX, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg,

ET

la SOCIETE3.) , établie et ayant son siège social à L-ADRESSE5.), inscrite au Registre de Commerce et des Sociétés de Luxembourg sous le numéro NUMERO3.), représentée par son conseil d'administration actuellement en fonctions,

partie défenderesse aux fins du prédit exploit SCHAAL,

comparant par la société anonyme Arendt & Medernach, établie et ayant son siège social à L-2082 Luxembourg, 41A, avenue JF Kennedy, inscrite au Barreau de Luxembourg, inscrite au Registre de Commerce et des Sociétés de Luxembourg sous le numéro B186371, représentée aux fins de la présente procédure par Maître Sandrine SIGWALT, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg.

III.
(TAL-2019-02110)

ENTRE

1. **PERSONNE1.)**, sans état connu,

2. **PERSONNE2.)**, sans état connu,

3. **PERSONNE3.)**, sans état connu,

4. **PERSONNE4.)**, sans état connu,

demeurant toutes à D-ADRESSE1.),

agissant tant en leur nom personnel qu'en tant qu'ayant repris l'instance suivant acte du 22 avril 2022 de PERSONNE5.), décédé en date du DATE1.),

parties demanderesses aux termes d'un exploit d'assignation de l'huissier de justice Martine LISÉ de Luxembourg du 8 février 2019,

comparant par Maître Anne BAULER, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg,

ET

l'établissement public Caisse Nationale de Santé, en abrégé CNS, établi et ayant son siège social à L-2144 Luxembourg, 4, rue Mercier, inscrit au Registre de Commerce et des Sociétés de Luxembourg sous le numéro J21, représenté par le Président de son Comité-Directeur, sinon son Comité-Directeur actuellement en fonctions,

partie défenderesse aux fins du prédit exploit LISÉ,

partie défaillante.

IV.
(TAL-2022-04361)

ENTRE

1. **PERSONNE1.)**, sans état connu,

2. **PERSONNE2.)**, sans état connu,

3. **PERSONNE3.)**, sans état connu,

4. **PERSONNE4.)**, sans état connu,

demeurant toutes à D-ADRESSE1.),

parties demanderesses aux termes d'un exploit d'assignation de l'huissier de justice Martine LISÉ de Luxembourg du 3 mai 2022,

comparant par Maître Anne BAULER, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg,

ET

l'établissement public CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE PENSION, établi et ayant son siège social à L-1724 Luxembourg, 1A, Boulevard Prince Henri, inscrit au Registre de Commerce et des Sociétés de Luxembourg sous le numéro J35, représenté par le Président de son Comité Directeur actuellement en fonctions,

partie défenderesse aux fins du prédit exploit LISÉ,

comparant par Maître Mathieu FETTIG, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg.

V.
(TAL-2022-07525)

ENTRE

l'établissement public CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE PENSION, établi et ayant son siège social à L-1724 Luxembourg, 1A, Boulevard Prince Henri, inscrit au Registre de Commerce et des Sociétés de Luxembourg sous le numéro J35, représenté par le Président de son Comité Directeur actuellement en fonctions,

partie demanderesse aux termes d'un exploit d'assignation de l'huissier de justice suppléant Luana COGONI en remplacement de l'huissier de justice Véronique REYTER de Luxembourg du 30 septembre 2022,

comparant par Maître Mathieu FETTIG, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg

ET

1. PERSONNE6.), neurochirurgien, demeurant à L-ADRESSE2.),

partie défenderesse aux fins du prédit exploit REYTER,

comparant par Maître François DELVAUX, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg,

2. la SOCIETE2.), établie et ayant son siège social à L-ADRESSE4.), inscrite au Registre de Commerce et des Sociétés de Luxembourg sous le numéro NUMERO2.), représentée par son conseil d'administration actuellement en fonctions,

partie défenderesse aux fins du prédit exploit REYTER,

comparant par Maître Roland ASSA, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg,

3. la HÔPITAL1.) (anciennement HÔPITAL2.)), établie et ayant son siège social à L-ADRESSE3.), inscrite au Registre de Commerce et des Sociétés de Luxembourg sous le numéro NUMERO1.), représentée par ses organes statuaires actuellement en fonctions,

partie défenderesse aux fins du prédit exploit REYTER,

comparant par la société SCHILTZ & SCHILTZ S.A., établie et ayant son siège social à L-1610 Luxembourg, 24-26, avenue de la Gare, inscrite au Barreau de Luxembourg, inscrite au Registre de Commerce et des Sociétés de Luxembourg sous le numéro B220251, représentée dans le cadre de la présente procédure par Maître Anne FERRY, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg,

4. la SOCIETE3.), établie et ayant son siège social à L-ADRESSE5.), inscrite au Registre de Commerce et des Sociétés de Luxembourg sous le numéro NUMERO3.), représentée par son conseil d'administration actuellement en fonctions,

partie défenderesse aux fins du prédit exploit REYTER,

comparant par la société anonyme Arendt & Medernach, établie et ayant son siège social à L-2082 Luxembourg, 41A, avenue J.F. Kennedy, inscrite au Barreau de Luxembourg, inscrite au Registre de Commerce et des Sociétés de Luxembourg sous le numéro B186371, représentée aux fins de la présente procédure par Maître Sandrine SIGWALT, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg,

5. l'établissement public Caisse Nationale de Santé, en abrégé CNS, établi et ayant son siège social à L-2144 Luxembourg, 4, rue Mercier, inscrit au Registre de Commerce et des Sociétés de Luxembourg sous le numéro J21, représenté par le Président de son Comité-Directeur, sinon son Comité-Directeur actuellement en fonctions,

partie défenderesse aux fins du prédit exploit REYTER,

partie défaillante.

LE TRIBUNAL

Vu l'ordonnance de clôture du 28 février 2025.

Entendu Monsieur le vice-président Stéphane SANTER en son rapport oral à l'audience publique du 24 octobre 2025.

Entendu PERSONNE1.), PERSONNE2.), PERSONNE3.) et PERSONNE4.) par l'organe de leur mandataire Maître Anne BAULER, avocat constitué.

Entendu l'établissement public CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE PENSION par l'organe de son mandataire Maître Laurent LIMPACH, avocat à la Cour, en remplacement de Maître Mathieu FETTIG, avocat constitué.

Entendu la HÔPITAL1.). par l'organe de son mandataire Maître Gaëlle GERBER, avocat à la Cour, en remplacement de Maître Anne FERRY, avocat constitué.

Entendu la SOCIETE2.) par l'organe de son mandataire Maître Roland ASSA, avocat constitué.

Entendu PERSONNE6.) par l'organe de son mandataire Maître François DELVAUX, avocat constitué.

Entendu la SOCIETE3.) par l'organe de son mandataire Maître Sara HARTMANN, avocat à la Cour, en remplacement de Maître Sandrine SIGWALT, avocat constitué.

FAITS CONSTANTS

PERSONNE5.) était atteint d'une névralgie cervico-brachiale gauche invalidante à partir du mois de mai 2007 et était traité par Docteur PERSONNE7.), neurochirurgien.

À partir du mois de juin 2007, les douleurs se sont aggravées, malgré un traitement à base de cortisone et des infiltrations prescrites par Docteur PERSONNE7.).

Un scanner réalisé le 31 août 2007 a mis en évidence une hernie discale volumineuse en C6 et Docteur PERSONNE7.) a décidé qu'il y avait lieu à intervention chirurgicale. Dans la mesure toutefois où Docteur PERSONNE7.) s'apprêtait à partir en vacances le temps d'un weekend prolongé du 6 au 11 septembre 2007, il a dirigé PERSONNE5.) vers Docteur PERSONNE6.), également neurochirurgien.

Le 4 septembre 2007, PERSONNE5.) a consulté Docteur PERSONNE6.), neurochirurgien. Une intervention opératoire a été prévue pour le 6 septembre 2007. Une analyse sanguine préopératoire réalisée le 5 septembre 2007 a présenté un bilan sanguin anormal en révélant une leucocytose (augmentation du nombre de globules blancs (leucocytes) au-dessus de la normale), rendant probable une leucémie chronique, inconnue jusque-là. Docteur PERSONNE6.) a d'abord consulté Docteur PERSONNE8.), médecin interniste, qui l'a renvoyé à Docteur PERSONNE9.), médecin-spécialiste en médecine interne et oncologue. Docteur PERSONNE9.) a donné son feu vert pour l'opération prévue le lendemain dans les termes suivants : « *Pas de contre-indication opération, continuer investiguer post-op* ».

PERSONNE5.) a ainsi été opéré le 6 septembre 2007, une prothèse discale ayant été implantée. Une hémorragie post-opératoire est survenue et a provoqué un hématome à hauteur du rachis cervical, ce qui a eu comme conséquence des troubles neurologiques, à savoir une tétraplégie complète. PERSONNE5.) a été réopéré d'urgence le jour même par Docteur PERSONNE6.) et une plaque drainante a été posée à la place de la prothèse. Il a été opéré une troisième fois en date du 11 septembre 2007.

Le 25 septembre 2007, PERSONNE5.) a été transféré vers le HÔPITAL3.), où il a séjourné pendant près de 4 mois.

Il a gardé une paraplégie avec absence de motricité fine dans les membres supérieurs.

Docteur PERSONNE10.), neurochirurgien, a été nommé d'un commun accord par lettre collective du 19 septembre 2012 par PERSONNE5.) et SOCIETE4.), assureur responsabilité civile professionnelle à l'époque de Docteur PERSONNE6.). Docteur PERSONNE10.) a déposé son rapport en date du 19 septembre 2013.

C'est sur cette base que PERSONNE5.) et sa famille entendent engager la responsabilité des médecins, de l'hôpital et des assurances impliqués.

Il y a lieu de relever que Docteur PERSONNE9.) est décédé au cours du mois de mars 2016, soit avant toute action en justice.

PERSONNE5.) est, quant à lui, décédé en cours d'instance en date du DATE1.). Il laisse sa femme PERSONNE1.) et leurs trois enfants communs PERSONNE2.), PERSONNE3.) et PERSONNE4.), qui agissent désormais en tant en leur nom personnel qu'en leur qualité d'héritiers de PERSONNE5.).

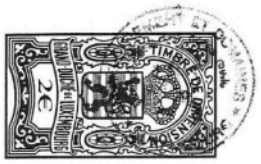
PROCÉDURE

PLAISE AU TRIBUNAL

Voir recevoir la demande en la forme ;

au fond,

Déclarer la demande fondée et justifiée ;



41

I. Par acte d'huissier du 24 octobre 2016, PERSONNE5.), PERSONNE1.), PERSONNE2.), PERSONNE3.) et PERSONNE4.) ont régulièrement fait donner assignation à Docteur PERSONNE6.), à la fondation SOCIETE1.), désormais la HÔPITAL1.) (désignée ci-après la « SOCIETE1.) ») et à

l'établissement public Caisse Nationale de Santé (désigné ci-après la « CNS ») à comparaître devant le Tribunal d'arrondissement de et à Luxembourg, siégeant en matière civile, pour :

II. FICHIER1.)

Maître François DELVAUX s'est constitué pour PERSONNE6.).

Maître Anne FERRY s'est constituée pour la SOCIETE1.).

L'affaire a été inscrite au rôle sous le numéro 181048.

En date du 16 janvier 2017, la SOCIETE2.) (désignée ci-après la « SOCIETE2.) »), en tant qu'assureur de Docteur PERSONNE6.), a déposé une requête en intervention volontaire.

II. Par acte d'huissier du 9 janvier 2018, Docteur PERSONNE6.) a régulièrement fait donner assignation en intervention à la SOCIETE3.) (désignée ci-après le « SOCIETE3.) »), assureur de Docteur PERSONNE9.), décédé au mois de mars 2016, à comparaître devant le Tribunal d'arrondissement de et à Luxembourg, siégeant en matière civile, pour la condamner à le tenir quitte et indemne de toute condamnation éventuelle qui serait prononcée à son encontre dans le cadre de l'instance principale.

PERSONNE6.) demande à voir condamner le SOCIETE3.) aux frais et dépens de l'instance et d'en ordonner la distraction au profit de Maître François DELVAUX, qui la demande, affirmant en avoir fait l'avance.

Maître Marianne RAU s'est constituée pour le SOCIETE3.) et l'affaire a été enrôlée sous le numéro de rôle TAL-2018-00404.

Par mention au dossier du 6 février 2018, la jonction des rôles 181048 et TAL-2018-00404 a été ordonnée eu égard à leur connexité et dans l'intérêt d'une bonne administration de la justice.

III. Par acte d'huissier du 8 févier 2019, PERSONNE5.), PERSONNE1.), PERSONNE2.), PERSONNE3.) et PERSONNE4.) ont régulièrement fait donner assignation à la CNS à comparaître devant le Tribunal d'arrondissement de et à Luxembourg, siégeant en matière civile, pour lui voir déclarer commun le jugement à intervenir dans la cause qu'ils ont introduite à l'encontre de PERSONNE6.), la SOCIETE1.) et la CNS suivant exploit de l'huissier de justice Martine LISÉ signifié à la CNS en date du 24 octobre 2016.

Le Tribunal relève que cette assignation est basée sur l'article 453-3 du Code de la Sécurité sociale, alors que l'assignation initiale du 24 octobre 2016 n'aurait pas expressément indiqué que la CNS est assignée en déclaration de jugement commun.

L'affaire a été enrôlée sous le numéro de rôle TAL-2019-02110.

Suite au décès de PERSONNE5.) en date du DATE1.), , PERSONNE1.), PERSONNE2.), PERSONNE3.) et PERSONNE4.) (désignés ci-après les « Consorts GROUPE1.) ») ont, par acte de reprise d'instance déposé en date du 22 avril 2022, déclaré qu'ils reprennent l'instance pendante devant le Tribunal d'arrondissement enregistrée sous les numéros de rôle 181048 et TAL-2018-00404 entre PERSONNE5.), d'une part, et Docteur PERSONNE6.), la SOCIETE1.), la CNS, la SOCIETE2.) et le SOCIETE3.), d'autre part.

IV. Par acte d'huissier du 3 mai 2022, les Consorts GROUPE1.) ont régulièrement fait donner assignation à la Caisse Nationale d'Assurance Pension (désignée ci-après la « CNAP ») à comparaître devant le Tribunal d'arrondissement de et à Luxembourg, siégeant en matière civile, pour voir déclarer le jugement à intervenir dans l'instance introduite par exploit d'huissier de justice Martine LISÉ du 24 octobre 2016 commun à la CNAP.

Maître Mathieu FETTIG s'est constitué pour la CNAP et l'affaire a été enrôlée sous le numéro de rôle TAL-2022-04361.

V. Par acte d'huissier du 30 septembre 2022, la CNAP a régulièrement fait donner assignation à PERSONNE6.), la SOCIETE2.), la SOCIETE1.) (désormais la HÔPITAL1.)), au SOCIETE3.) et à la CNS à comparaître devant le Tribunal d'arrondissement de et à Luxembourg, siégeant en matière civile, pour voir condamner PERSONNE6.), la SOCIETE2.), la SOCIETE1.) et le SOCIETE3.) à payer solidairement, sinon *in solidum*, sinon chacun pour sa part, sinon chacun pour le tout, le montant de 94.147,83 euros + p.m. « *à augmenter des intérêts légaux tels que de droit* », jusqu'à solde. La CNAP sollicite encore leur condamnation au paiement d'une indemnité de procédure de 2.000 euros et leur condamnation aux frais et dépens de l'instance avec distraction au profit de Maître Mathieu FETTIG.

La CNAP demande à voir déclarer le jugement à intervenir commun à la CNS.

Maître François DELVAUX s'est constitué pour PERSONNE6.), Maître Roland ASSA s'est constitué pour la SOCIETE2.), Maître Anne FERRY s'est constituée pour la SOCIETE1.) et Maître Christian POINT s'est constitué pour le SOCIETE3.) et l'affaire a été enrôlée sous le numéro de rôle TAL-2022-07525.

Par mention au dossier du 27 octobre 2022, la jonction des rôles inscrits sous les numéros TAL-2019-02110, TAL-2022-04361 et TAL-2022-07525, d'une part, et des rôles inscrits sous les numéros 181048 et TAL-2018-00404 d'ores et déjà joints, d'autre part, a été ordonnée eu égard à leur connexité et dans l'intérêt d'une bonne administration de la justice.

La CNS, quoiqu'assignée par actes d'huissier de justice signifiés à personne, n'ayant pas comparu, il y a lieu de statuer par jugement réputé contradictoire à son égard, conformément à l'article 79, alinéa 2 du Nouveau Code de procédure civile.

PRÉTENTIONS ET MOYENS

Le Tribunal constate d'emblée que malgré l'intitulé de conclusions « *récapitulatives* », les dernières conclusions de Maître BAULER, de Maître DELVAUX et Maître ASSA ne méritent pas ce nom, à défaut d'être complètes, respectivement en ce qu'elles renvoient aux écrits antérieurs pris en cause.

Au soutien de leurs prétentions, les **consorts GROUPE1.)** font exposer que l'hémorragie dans le canal spinal apparue suite à l'intervention du 6 septembre 2007 a eu non seulement comme conséquence la nécessité de procéder à deux opérations supplémentaires, mais surtout a eu pour conséquence de rendre PERSONNE5.) dans un premier temps tétraplégique et ensuite définitivement paraplégique avec absence de motricité fine.

L'attitude fautive de Docteur PERSONNE6.) serait en relation causale directe avec le préjudice subi par PERSONNE5.), tel que cela résulterait du rapport établi par Docteur PERSONNE10.) à la demande de la compagnie d'assurance de Docteur PERSONNE6.) et en accord avec PERSONNE5.).

Quant à la SOCIETE1.), les consorts GROUPE1.) font valoir qu'elle a, en matière d'infection nosocomiale, une obligation de sécurité de résultat, de sorte que sa responsabilité serait engagée.

Les consorts GROUPE1.) contestent que PERSONNE5.) ait exigé d'être opéré le plus vite possible et qu'il ait souffert d'une parésie du bras gauche. Il serait ainsi inacceptable d'imputer à PERSONNE5.) une pathologie neurologique, qui aurait été de nature à justifier une urgence. Même à admettre qu'une telle parésie ait été donnée, la stabilisation de la pathologie de leucocytose aurait dû être assurée avant la réalisation de la chirurgie.

Ils versent encore un rapport d'expertise de Docteur PERSONNE11.) daté du
26 juillet 2018 qui aurait retenu que l'intervention opératoire aurait dû être reportée eu égard au diagnostic de leucémie myéloïde chronique.

Ils contestent les rapports des différents médecins sollicités par Docteur PERSONNE6.), ces médecins manqueraient d'impartialité et n'auraient pas les compétences médicales pour déterminer ce que pourrait être une urgence en matière de chirurgie orthopédique. Docteur PERSONNE6.) ne se serait à aucun moment adressé à un médecin spécialiste en hématologie.

Selon Docteur PERSONNE10.), la simple présence de l'annonce de leucocytose aurait dû conduire au report de l'intervention chirurgicale. La simple connaissance médicale par Docteur PERSONNE6.) des données acquises de la science, empreinte également du principe de précaution, aurait dû conduire au report opératoire. La leucocytose et le nombre de plaquettes en surnumériaire constatés auprès de PERSONNE5.) aurait caractérisé l'existence d'un trouble de la coagulation sanguine, non pris en considération par Docteur PERSONNE6.).

Docteur PERSONNE10.) aurait également retenu que la technique opératoire utilisée par Docteur PERSONNE6.) était inadaptée à l'éventuel risque opératoire, puisqu'elle favorisait l'accumulation de sang hémorragique, sans permettre de drainage du sang. Ainsi, la technique opératoire utilisée lors de la deuxième intervention aurait pu être réalisée lors de la première intervention.

Ce serait l'erreur première d'appréciation du risque et de sa gestion par Docteur PERSONNE6.) qui serait à l'origine de la situation dramatique vécue par PERSONNE5.).

Les consorts GROUPE1.) font encore valoir que suite à la troisième opération, PERSONNE5.) a contracté deux infections nosocomiales, à savoir :

- une bactérie MRSA et
- une bactérie *enterobacter cloacae*.

La présence de ces infections nosocomiales aurait retardé le transfert de PERSONNE5.) vers le HÔPITAL3.), transfert nécessaire afin de réduire la présence de l'hématome cervical compressif. Or, il y aurait eu urgence à voir procéder à la résorption de cet hématome. Une résorption tardive de l'hématome aurait eu pour conséquence une atteinte neurologique accrue. PERSONNE5.) aurait dû se rendre à ADRESSE6.) pour y suivre un traitement afin de rétablir au plus tôt les connexions neurologiques endommagées.

Quant à l'intervention volontaire de la SOCIETE2.), les consorts GROUPE1.) demandent à la SOCIETE2.) de produire les pièces justificatives, dont la couverture d'assurance souscrite par Docteur PERSONNE6.), utiles à la connaissance de l'étendue de l'engagement contractuel de la SOCIETE2.).

En raison des acquisitions successives, la SOCIETE2.) serait engagée pour compte de son assuré.

Afin de pouvoir exercer leur recours et obtenir indemnisation en application des articles 89 et 85 de la loi modifiée du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance, les consorts GROUPE1.) demandent à voir enjoindre la SOCIETE2.) de verser un document reprenant les termes de son engagement à l'égard de Docteur PERSONNE6.) en relation avec la responsabilité civile professionnelle de son assuré médecin et notamment la date du contrat originaire, la date de reprise des contrats successifs par la SOCIETE2.), le montant de la couverture d'assurance actuellement en vigueur ou la souscription d'un nouveau contrat d'assurance reprenant ou non les termes de l'ancien contrat signé avec SOCIETE4.) et de celui repris par SOCIETE5.).

Docteur PERSONNE6.) devrait également communiquer sa couverture d'assurance.

Quant à la responsabilité de Docteur PERSONNE6.), les consorts GROUPE1.) estiment que celui-ci a commis les fautes suivantes :

- diagnostic erroné sur l'état de santé de PERSONNE5.),
- défaut d'information de PERSONNE5.),
- défaut de recueillir le consentement libre et éclairé auprès de PERSONNE5.),

- faute technique dans le cadre de l'intervention chirurgicale du 6 septembre 2007,
- défaut d'avoir assuré la continuité des soins de son patient.

Docteur PERSONNE6.) aurait fautivement maintenu l'opération prévue le jour suivant malgré la révélation d'une leucémie chronique. Il n'aurait pas fait de plus amples investigations la veille de la chirurgie et n'aurait pas employé tous les moyens nécessaires afin d'établir le diagnostic exact, commettant ainsi une négligence inadmissible.

Il n'aurait pas respecté le principe de précaution inscrit au Traité de Maastricht de 1992 et repris à l'article 46 du Code de déontologie médicale de 2005.

Docteur PERSONNE10.) et Docteur PERSONNE11.) confirmeraient l'erreur de diagnostic.

Les conclusions erronées de Docteur PERSONNE9.) quant au maintien de l'intervention chirurgicale projetée sur la personne de PERSONNE5.) devraient s'analyser juridiquement sur base des articles 1382 et 1383 du Code civil.

Docteur PERSONNE9.) n'aurait également pas fait réaliser d'examens complémentaires, ni même ne se serait adressé à un médecin spécialiste en hématologie, de sorte que sa responsabilité serait également engagée.

Au cas où une responsabilité de Docteur PERSONNE9.) serait retenue, il y aurait lieu de retenir une responsabilité *in solidum* avec Docteur PERSONNE6.).

Les consorts GROUPE1.) contestent en outre tout aléa thérapeutique à l'origine du préjudice subi par PERSONNE5.).

Quant au devoir d'information, les consorts GROUPE1.) estiment que PERSONNE5.) n'a pas été utilement informé par Docteur PERSONNE6.) sur son état de santé suite aux résultats de l'analyse de sang préopératoire du 5 septembre 2007. Or, le médecin serait tenu d'une obligation particulière d'information à l'égard de son patient et il lui incomberait de prouver qu'il a exécuté cette obligation.

Or, Docteur PERSONNE6.) n'aurait informé PERSONNE5.) ni par voie orale, ni par voie écrite des anomalies sanguines, des risques et de la possibilité de décaler l'intervention chirurgicale du 6 septembre 2007. Il aurait ainsi commis une erreur de nature à engager sa responsabilité.

D'une part, PERSONNE5.) aurait subi une perte de chance de se soustraire au risque qui s'est finalement réalisé et, d'autre part, il y aurait lieu d'indemniser l'état d'ignorance qui a été imposé au patient par le professionnel de santé.

Les consorts GROUPE1.) indiquent que la Cour de cassation française aurait consacré le principe du caractère autonome du dommage résultant du défaut d'information.

Entre Docteur PERSONNE6.) et Docteur PERSONNE9.), Docteur PERSONNE6.), en tant que médecin traitant, aurait été tenu de l'obligation d'information à l'égard de PERSONNE5.). Toutefois, même à admettre que Docteur PERSONNE9.) ait succinctement informé PERSONNE5.), cette information ne libèrerait pas Docteur PERSONNE6.) de sa propre obligation personnelle d'information.

Les consorts GROUPE1.) font dans ce cadre valoir que si PERSONNE5.) avait été informé de son cancer sanguin et de ses conséquences sur la chirurgie projetée, il se serait opposé à toute chirurgie dans l'attente de résultats complémentaires lui permettant de quantifier la gravité du mal dont il venait de découvrir l'existence.

Les consorts GROUPE1.) demandent partant à voir condamner Docteur PERSONNE6.) à leur payer un montant forfaitaire de 20.000 euros au titre du défaut d'information.

Quant au défaut de consentement libre et éclairé, se basant sur l'article 38 du Code de déontologie des professions de médecin et médecin-dentiste, dans la mesure où PERSONNE5.) n'aurait pas été utilement été informé, il se serait trouvé dans l'impossibilité de consentir à l'intervention chirurgicale de manière libre et éclairée.

La rapidité dans la succession des faits conduisant à la chirurgie n'aurait pas constitué des délais suffisants permettant de librement consentir.

Quant à la faute technique lors de la première intervention, les consorts GROUPE1.) font valoir, d'une part, que Docteur PERSONNE6.) aurait dû tenir compte du risque hémorragique lors de cette opération et, d'autre part, que la pose d'une prothèse inadaptée aurait fermé complément l'espace entre les vertèbres, ce qui aurait empêché le drainage du sang provenant du foyer opératoire. L'hémorragie rachidienne se serait étendue devant le fourreau dural et serait devenue compressive. Cette compression serait à l'origine de l'endommagement neurologique de PERSONNE5.).

Quant au défaut d'avoir assuré la continuité des soins, les consorts GROUPE1.) indiquent qu'après les chirurgies du 6 septembre 2007, Docteur PERSONNE6.) n'aurait pas cru utile de transmettre son patient à un médecin spécialisé en hématologie pour examens complémentaires, malgré le constat évident de la leucocytose. Cette abstention fautive de Docteur PERSONNE6.) contreviendrait à son obligation d'assurer la continuité des soins de son patient.

Quant à la responsabilité de la SOCIETE1.), les consorts GROUPE1.) indiquent que l'hôpital fonctionnait sous le régime hospitalier dit « ouvert ». Ils reprochent à la SOCIETE1.) de ne pas avoir organisé ses services conformément à la loi du
28 août 1998 sur les établissements hospitaliers et notamment de ne pas avoir assuré la continuité des soins et d'avoir failli à son obligation accessoire de sécurité.

Quant au non-respect de la continuité des soins prévue par l'article 37 de la prédite loi, ils reprochent plus précisément à la SOCIETE1.) tant l'absence de médecin hématologue à l'époque des faits, rendant impossible tant de recueillir l'avis médical d'un spécialiste avant, respectivement après la chirurgie, que l'absence d'un suivi de la leucémie jusqu'à l'arrivée de PERSONNE5.) en Allemagne.

Quant au non-respect de l'obligation de sécurité, les consorts GROUPE1.) indiquent que PERSONNE5.) a contracté deux bactéries au sein de l'hôpital, à savoir la MRSA et l'*enterobacter cloacae*. Renvoyant à un arrêt de la Cour de cassation no 8/2013 du 31 janvier 2013, no 3099 du registre, il s'agirait d'une obligation de résultat. La responsabilité de la SOCIETE1.) serait partant engagée de plein droit, sauf preuve d'une cause étrangère, sur base des articles 1134 et suivants du Code civil, sinon sur base des articles 1382 et 1383 du même code. Cette responsabilité sans faute reposerait également sur un renversement de la charge de la preuve au profit du patient.

Quant au lien de causalité entre la responsabilité civile de Docteur PERSONNE6.) et celle de la SOCIETE1.), les consorts GROUPE1.) font valoir qu'en présence de deux causes ayant contribué à la réalisation du dommage subi par PERSONNE5.), il y aurait lieu de considérer la réalisation du dommage sur base de la théorie de l'équivalence des conditions. Tout évènement qui participerait à la chaîne causale devrait être considéré comme la cause du dommage. Il y aurait partant lieu de tenir chacun des assignés responsables de l'entièreté du dommage subi par les consorts GROUPE1.).

FICHIER2.)

À titre subsidiaire, les consorts GROUPE1.) demandent, aux termes de leurs dernières conclusions « *récapitulatives* », à voir nommer expert Christian RABAUD, médecin spécialiste en maladies infectieuses et tropicales, avec la mission telle que plus amplement reprise au dispositif de ses conclusions comme suit :

FICHIER3.)

Quant aux demandes indemnitaires, les consorts GROUPE1.) indiquent que PERSONNE5.) est décédé en date du DATE1.) et qu'il ont repris l'instance introduite par PERSONNE5.) en leur qualité d'héritiers et qu'ils ont en conséquent actualisé leurs prétentions indemnitaires.

Il serait de principe que le préjudice doit être évalué au jour où il est statué sur la réparation et qu'en vertu dudit principe, lorsque la victime directe décède avant que ses préjudices aient été définitivement liquidés, le juge devrait arrêter l'évaluation au jour du décès.

PERSONNE5.) étant décédé après consolidation de son état, les préjudices temporaires, qui seraient ainsi intégralement subis, seraient à évaluer dans leur intégralité, sans pondération en raison du décès.

Dans le cadre de l'évaluation des préjudices extra-patrimoniaux permanents, et dans la mesure où l'état de la victime se serait trouvé consolidé au jour du décès, le principe de la réparation au *prorata temporis* serait majoritairement appliqué. Le *prorata temporis* ne devrait toutefois être appliqué qu'aux seuls postes de préjudice dont l'évaluation est corrélée à l'âge et à la durée de vice, comme notamment le déficit fonctionnel permanent. Concernant les autres préjudices extra-patrimoniaux permanents, il y aurait lieu d'appliquer le principe de la réparation intégrale, sans appliquer un abattement intégrant le paramètre relatif à l'âge. La réduction devrait alors se faire de manière forfaitaire.

Le Tribunal relève qu'aux termes de leurs dernières conclusions « *récapitulatives* », les consorts GROUPE1.) concluent en détail sur les divers postes de préjudices réclamés (pages 58 à 130 desdites conclusions).

Les montants réclamés peuvent se résumer comme suit, tels qu'ils ressortent du dispositif des dernières conclusions « *récapitulatives* » des consorts GROUPE1.) :

FICHIER4.)

La **CNAP** estime que l'attitude fautive de Docteur PERSONNE6.) est en relation causale avec le préjudice subi par PERSONNE5.). La responsabilité de Docteur PERSONNE9.) pourrait également être engagée, tout comme celle de l'hôpital au titre de l'infection nosocomiale.

Elle indique avoir versé une pension d'invalidité à PERSONNE5.) depuis le 24 août 2008, dont les débours se chiffrent à 94.147,83 euros + p.m.

Son droit au recours s'opèrerait sur base de l'article 232 du Code de la Sécurité sociale.

La responsabilité de Docteur PERSONNE6.) et/ou de la SOCIETE1.) et/ou de Docteur PERSONNE9.) serait/seraient donnée(s) sur base des articles 1382 et 1383 du Code civil pour avoir commis des fautes et/ou négligences en relation causale avec les débours. Les fautes contractuelles à retenir par le Tribunal seraient à considérer comme constitutives de fautes délictuelles à l'égard de la CNAP.

Elle reproche plus particulièrement à Docteur PERSONNE6.) d'avoir procédé à une, voire plusieurs, opérations fautives.

Elle reproche à Docteur PERSONNE9.) d'avoir, le cas échéant, à tort validé le principe de l'opération initiale effectuée.

Quant à la SOCIETE1.), elle indique que la survenance d'une infection nosocomiale relèverait 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. Elle fait valoir que dans le cas d'une telle infection, il pèse sur le responsable de santé une obligation de résultat. Le risque nosocomial ne constituerait pas un aléa thérapeutique exonératoire de la responsabilité du médecin.

La CNAP demande partant à voir condamner Docteur PERSONNE6.), la SOCIETE2.), la SOCIETE1.) et le SOCIETE3.) solidairement, sinon *in solidum*, sinon chacun pour sa part, sinon chacun pour le tout, à lui payer le montant de
94.147,83 euros + p.m. à augmenter des intérêts légaux tels que de droit, jusqu'à solde.

Elle sollicite encore l'allocation d'une indemnité de procédure à hauteur de
2.000 euros et la condamnation de Docteur PERSONNE6.), de la SOCIETE2.), de la SOCIETE1.) et du SOCIETE3.) à tous les frais et dépens de l'instance avec distraction au profit de Maître Mathieu FETTIG.

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

Docteur PERSONNE6.) confirme en substance les faits ayant menés à l'opération du 6 septembre 2007. Il indique toutefois que c'est PERSONNE5.) qui a insisté à être opéré le plus rapidement possible, sans vouloir attendre le retour de son médecin traitant, Docteur PERSONNE7.), alors au point de partir en vacances.

Docteur PERSONNE6.), indiquant qu'il n'est tenu que d'une obligation de moyens, conteste toute responsabilité dans son chef, par faute ou négligence. La charge de la preuve d'une faute appartiendrait aux demandeurs.

Il indique que suite à l'analyse sanguine préopératoire, il aurait consulté un spécialiste en la matière, Docteur PERSONNE9.), qui lui aurait donné son feu vert inconditionnel. En demandant l'avis d'un spécialiste en hématologie et oncologie, Docteur PERSONNE6.) estime avoir agi conformément aux pratiques et usages actuels de la science médicale. Aucun reproche ne pourrait lui être fait de ne pas s'être opposé à la décision de Docteur PERSONNE9.).

Un report de l'opération n'aurait ainsi pas été nécessaire et Docteur PERSONNE6.) conteste dans ce cadre les conclusions retenues par Docteur PERSONNE10.) dans son rapport d'expertise du 19 septembre 2013.

Quant au prédit rapport d'expertise du Docteur PERSONNE10.), ce dernier ne serait d'ailleurs pas qualifié pour se prononcer sur la question et se serait trompé sur plusieurs points, essentiellement sur le point qu'une leucémie entraîne nécessairement des hémorragies. Il y aurait notamment lieu de distinguer selon le stade d'avancement de la leucémie. Le rapport serait lacunaire, la mission confiée à l'expert incomplète, et l'expert PERSONNE10.) n'aurait pas motivé ses conclusions et uniquement exprimé son opinion personnelle subjective.

Docteur PERSONNE6.) demande à voir rejeter des débats ledit rapport, sinon de ne le considérer qu'avec prudence et circonspection.

Il estime que l'indication opératoire a été parfaitement justifiée par l'ensemble des critères habituellement retenus, à savoir que l'intéressé présentait depuis plusieurs mois une névralgie cervico-brachiale invalidante dans le bras gauche, que les douleurs intenses auraient résisté à tout traitement et que le scanner aurait montré une hernie discale volumineuse qui aurait expliqué la douleur.

Un report de l'intervention de l'ordre de plusieurs mois, pour pouvoir traiter la leucémie chronique, n'aurait pas été envisageable eu égard aux douleurs et par crainte d'une complication mécanique en relation avec la hernie discale.

Docteur PERSONNE6.) indique que les prétendus risques hémorragiques n'auraient pas été exposés à PERSONNE5.), dans la mesure où de tels risques n'étaient pas donnés en l'espèce.

Le Tribunal relève qu'avant ses conclusions « *récapitulatives* » du 27 mai 2022, Docteur PERSONNE6.) avait formulé, à titre subsidiaire, plusieurs missions d'expertise, dont notamment une offre de preuve par voie d'expertise judiciaire pour établir que PERSONNE5.) n'avait présenté aucun risque

hémorragique accru dû aux anomalies de son bilan sanguin et qu'un report de l'intervention chirurgicale n'aurait dès lors pas été justifié.

Quant au caractère urgent de l'intervention, Docteur PERSONNE6.) avait également sollicité, à titre plus subsidiaire, l'instauration d'une « expertise médicale complémentaire » (voir notamment conclusions de Maître DELVAUX du 8 juillet 2019).

Docteur PERSONNE6.) fait valoir que tous les spécialistes consultés ont retenu que PERSONNE5.) était parfaitement opérable. L'anesthésiste, Docteur PERSONNE12.), n'aurait également vu aucune nécessité de reporter l'opération.

Le dommage subi par PERSONNE5.) relèverait plutôt de l'aléa thérapeutique, sinon de la faute commise par Docteur PERSONNE9.).

Quant à l'obligation d'information et quant au consentement libre du patient, Docteur PERSONNE6.) fait valoir que PERSONNE5.) a été succinctement informé de son état de santé, soit plus particulièrement sur la leucocytose découverte en préopératoire, par Docteur PERSONNE8.) et surtout par Docteur PERSONNE9.). Ce dernier lui aurait toutefois confirmé être parfaitement opérable. Docteur PERSONNE9.) n'aurait pas abordé les prétendus risques hémorragiques et donc opératoires accrus dus à la leucocytose, alors qu'il avait été convaincu que la leucémie se serait trouvée à un stade peu avancé où elle ne présentait pas de tels risques. PERSONNE5.) aurait maintenu vouloir être opéré au plus vite, et ce en pleine connaissance de cause. Même à admettre que PERSONNE5.) n'ait pas été informé exhaustivement et temps utile, cette négligence ne serait pas en relation causale avec le préjudice subi.

Docteur PERSONNE6.) conteste ensuite toute faute technique relative à l'usage d'une prétendue prothèse inappropriée empêchant le drainage du sang. La technique utilisée pourrait tout au plus être considérée comme inopportune si l'existence d'un risque hémorragique est avérée, ce qui est toutefois contesté. Il indique en outre qu'il n'y a eu aucun saignement pendant l'intervention chirurgicale. Il n'aurait eu aucune raison objective d'appliquer une technique autre que celle finalement utilisée et préalablement discuté avec le médecin-traitant de PERSONNE5.), Docteur PERSONNE7.). Le fait d'avoir ensuite remplacé la prothèse employée par une prothèse permettant un drainage ne saurait constituer un quelconque aveu quant à une faute technique.

L'expertise PERSONNE13.) et les avis des autres spécialistes confirmeraient que les complications hémorragiques post-opératoires sont indépendantes de la leucémie et que les complications rencontrées résultent du seul risque associé à l'acte chirurgical, soit donc de l'aléa thérapeutique.

Quant aux préjudices, il conteste que les séquelles constatées par Docteur PERSONNE10.) dans son rapport d'expertise devraient être prises en charge comme préjudices indemnisables. Il demande en outre à rejeter des débats la partie indemnitaire du rapport PERSONNE10.), basée sur le droit français.

Il prend subsidiairement position par rapport aux divers préjudices invoqués et sollicite, en substance, l'institution d'une expertise calculatrice.

À l'égard de la CNAP, dans la mesure où il aurait agi conformément à son obligation de donner des soins consciencieux et attentifs en consultant des spécialistes en oncologie, les frais engagés par la CNAP ne trouveraient pas leur origine dans une erreur d'appréciation fautive de sa part. Sa responsabilité civile délictuelle ne serait partant pas engagée à l'égard de la CNAP. Il sollicite partant la condamnation de la CNAP aux frais et dépens de l'instance.

La **SOCIETE2.)** indique à titre préliminaire que le dossier litigieux a abouti auprès d'elle suite à des rachats de portefeuille et de restructurations au niveau du secteur des assurances et qu'elle n'a pas retrouvé le contrat originaire conclu avec Docteur PERSONNE6.). Elle déclare se rapporter à la sagesse du Tribunal par rapport aux conséquences à déduire de cet état des choses.

Elle fait ensuite valoir qu'elle ne pourrait admettre le rapport extrajudiciaire de l'expert PERSONNE10.). Ledit expert n'aurait pas pris en considération les préparatifs à l'intervention chirurgicale litigieuse, comportant notamment la consultation de Docteur PERSONNE9.), spécialiste en hématologie.

La SOCIETE2.) conteste ainsi les conclusions tant de Docteur PERSONNE10.) que de Docteur PERSONNE11.).

Docteur PERSONNE6.), tenu d'une obligation de moyens, aurait fait preuve de diligence et se serait comporté comme un médecin prudent et raisonnable.

L'intervention litigieuse aurait été consciencieusement préparée, organisée, pris en charge et réalisée dans le respect des règles de l'art en parfaite coordination avec le patient.

Il y aurait eu urgence par les douleurs insupportables et autres vives désagréments subis par PERSONNE5.), mais également des problèmes de parésie.

La SOCIETE2.) s'oppose à l'offre de preuve formulée initialement par les consorts GROUPE1.) en relation avec les infections nosocomiales (le Tribunal relève qu'aux termes de leurs dernières conclusions, les consorts GROUPE1.) ont déclaré qu'ils renoncent « *à leur précédente mission d'expertise concernant la problématique sus-invoquée* » et qu'ils ont formulé une nouvelle mission d'expertise telle que reprise ci-dessus, sans que la SOCIETE2.) n'y ait ensuite pris position).

Elle fait valoir qu'il n'existe pas de chirurgie dénuée de toute difficulté et de tout risque.

En l'espèce, l'état d'urgence discuté par Docteur PERSONNE10.) et Docteur PERSONNE11.) aurait été incontestablement présent, de sorte qu'un report de l'opération n'aurait pas été justifié.

Docteur PERSONNE7.) et Docteur PERSONNE6.) se seraient concertés au sujet de l'intervention en cause et sa planification, et auraient dûment rendu compte à PERSONNE5.) des tenants et aboutissants de leurs concertations

Docteur PERSONNE6.) aurait consciencieusement pris toutes les précautions utiles et aurait pu engager l'intervention chirurgicale en dehors de toute considération raisonnable de risque particulier lié à une prédisposition du patient. S'il y avait faute en l'espèce, elle se situerait dans le chef de Docteur PERSONNE9.) et il reviendrait à ce dernier, respectivement à son assureur, le SOCIETE3.), de prendre en charge toutes conséquences préjudiciables.

La SOCIETE2.) conteste partant la demande des consorts GROUPE1.) tant en faits qu'en droit.

Quant aux préjudices et pour le cas où la responsabilité de Docteur PERSONNE6.) était retenue, la SOCIETE2.) estime que toute approche indemnitaire devrait faire l'objet d'un avis préalable d'expert, conforme aux principes applicables en droit et en jurisprudence luxembourgeois. Or, une telle offre de preuve ne serait pas formulée.

La SOCIETE2.) prend subsidiairement position quant aux divers préjudices réclamés, se ralliant pour de nombreux postes de préjudices aux conclusions du mandataire de Docteur PERSONNE6.).

Dans l'hypothèse où une expertise serait ordonnée, la SOCIETE2.) demande à voir nommer un collège de trois experts représentant chacun l'une des spécialités en cause, soit la neurochirurgie, l'hématologie et l'anesthésie.

Elle demande à voir condamner les parties demanderesses aux frais et dépens de l'instance avec distraction au profit de Maître Roland ASSA, qui la demande, affirmant en avoir fait l'avance.

Le **SOCIETE3.)** indique, à titre préliminaire, que dans la mesure où Docteur PERSONNE9.) est décédé en mars 2016, elle serait dans l'impossibilité absolue de confronter les reproches adverses à l'avis de son

assuré. Sa défense ne pourrait ainsi être élaborée que sur base des éléments du dossier versés par les autres parties et sur un courrier explicatif rédigé par Docteur PERSONNE9.) lui-même à l'adresse de PERSONNE5.).

Elle conteste les reproches faits par les consorts GROUPE1.) à l'égard de Docteur PERSONNE9.) en cours de procédure relatifs à un défaut de diagnostic et à un défaut d'information.

Selon l'avis de Docteur PERSONNE9.), ayant eu toutes les compétences requises, il n'y aurait pas eu de contre-indication opératoire, ce qu'il aurait encore expliqué par la suite à PERSONNE5.) dans un courrier du 21 août 2014. Docteur PERSONNE9.) aurait confirmé la leucocytose, mais qui, selon lui, n'aurait toutefois pas justifié un report de l'opération chirurgicale.

Le SOCIETE3.) conteste ainsi toute responsabilité dans le chef de Docteur PERSONNE9.), aucun comportement fautif ou négligent ne pourrait lui être reproché en relation avec l'avis donné, qui aurait été confirmé par l'ensemble des spécialistes oncologues et hématologues saisis de la même question.

Le fait que PERSONNE5.) ait souffert d'une hémorragie post-opératoire ne permettrait pas de conclure à une erreur de diagnostic de Docteur PERSONNE9.).

Même à admettre que l'avis ait été erroné, la responsabilité du médecin ne pourrait être engagée qu'au cas où cette erreur serait impardonnable, ce qui serait toutefois exclu en l'espèce eu égard à la confirmation de l'avis par les spécialistes.

Le SOCIETE3.) fait ensuite valoir que le rapport d'expertise du Docteur PERSONNE10.) ne lui est pas opposable. Cette expertise aurait été réalisée sans la participation de Docteur PERSONNE9.) et en tant que rapport d'expertise unilatéral il ne pourrait emporter la conviction du Tribunal sans autres éléments corroborants.

Elle indique en outre que Docteur PERSONNE10.), d'ailleurs neurochirurgien et non pas hématologue, n'a pas été saisi de la question de la conformité de l'avis préopératoire de Docteur PERSONNE9.) aux données de la science médicale. Docteur PERSONNE10.) n'aurait en outre pas tenu compte de l'avis préopératoire du Docteur PERSONNE9.) pour rédiger son rapport. SOCIETE3.) se rallie sur ce point aux conclusions de Docteur PERSONNE6.) et de la SOCIETE2.).

L'avis de Docteur PERSONNE10.), quant à la nécessité d'un report de l'opération, serait contredit par tous les avis critiques des médecins spécialistes saisis postérieurement par Docteur PERSONNE6.). Ni Docteur PERSONNE10.), ni Docteur PERSONNE11.) ne se seraient en outre prononcés sur le caractère urgent ou non de l'opération litigieuse.

Le caractère urgent de l'opération d'un point de vue neurochirurgical serait toutefois confirmé par les avis des divers médecins spécialistes. En tout état de cause, l'urgence aurait dû être appréciée par le seul neurochirurgien, en l'occurrence Docteur PERSONNE6.). L'avis préopératoire fourni par Docteur PERSONNE9.) la veille de l'opération ne se serait d'aucune manière prononcée sur le caractère urgent ou non de l'opération.

Les spécialistes consultés se serait accordés pour dire que, dans la mesure où PERSONNE5.) commençait à développer une parésie dans son biceps gauche, il devait être opéré de manière urgente et que la pathologie hématologique diagnostiquée en préopératoire ne constituait pas une contre-indication à une telle intervention chirurgicale.

Le SOCIETE3.) fait ensuite valoir que le choix d'opérer ou pas résiderait auprès du chirurgien.

Docteur PERSONNE6.) aurait été le seul débiteur de l'obligation contractuelle de soins et le seul débiteur de l'obligation contractuelle d'information à l'égard de PERSONNE5.). Jusqu'à preuve du contraire, il y aurait lieu de considérer que Docteur PERSONNE6.) a bien informé son patient.

Dans la mesure où l'accident hémorragique s'est produit au cours de l'opération chirurgicale réalisée sous la main de Docteur PERSONNE6.), il appartiendrait en premier lieu à ce dernier, respectivement à son assureur, d'assumer la responsabilité d'une éventuelle erreur médicale. Toutefois, la confirmation par les spécialistes de la justification de l'avis de Docteur PERSONNE9.) exclurait une erreur médicale susceptible d'engager la responsabilité de Docteur PERSONNE9.).

Le SOCIETE3.) fait ensuite plaider que toute intervention chirurgicale comporterait intrinsèquement un risque de nature hémorragique. Il appartiendrait au chirurgien de retenir la technique opératoire qui comporte le risque le moins élevé pour son patient. En l'espèce, l'hémorragie post-opératoire serait survenue au niveau du foyer opératoire et ses conséquences auraient donc une cause « mécanique » et non biologique, hématologique. L'hémorragie et ses conséquences ne seraient pas le résultat de la pathologie sanguine diagnostiquée chez PERSONNE5.).

Il appartiendrait au Tribunal de dire si l'hémorragie survenue en post-opératoire relève de l'aléa thérapeutique ou d'une erreur médicale.

En tout état de cause, le dommage souffert par PERSONNE5.) ne résulterait pas d'un manquement de Docteur PERSONNE9.) et, à supposer que son avis n'ait pas été conforme aux données de la science médicale applicable en septembre 2007, cet avis ne serait pas en relation causale avec le dommage de PERSONNE5.) et ses proches.

Le SOCIETE3.) conteste encore toute relation causale entre le préjudice invoqué et un prétendu défaut d'information de la part de Docteur PERSONNE6.), ainsi que des effets d'une prétendue infection contractée au sein de l'hôpital.

Pour le cas où une erreur médicale de Docteur PERSONNE9.) en relation causale avec les préjudices invoqués soit retenue, SOCIETE3.) demande au Tribunal de se prononcer sur les quotes-parts de responsabilité imputables.

Le SOCIETE3.) conteste ensuite les postes de préjudices allégués tant en leur principe qu'en leur *quantum* et relève que les consorts GROUPE1.) ne formuleraient pas d'offre de preuve par voie d'expertise indemnitaire. Le SOCIETE3.) renvoie aux conclusions de la SOCIETE1.), de Docteur PERSONNE6.) et de la SOCIETE2.), tout en prenant plus précisément position sur divers postes de préjudices.

Il s'oppose finalement à la demande en condamnation formulée à son encontre par la CNAP. À supposer que le recours de la CNAP soit admis, le montant reconnu de son recours devrait venir en déduction du préjudice de droit commun de PERSONNE5.).

Elle demande à voir condamner « *les parties demanderesses* » aux frais et dépens de l'instance, avec distraction au profit de Maître SIGWALT, qui affirme en avoir fait l'avance.

La **SOCIETE1.)** relève d'emblée qu'il résulte de la description des faits dans l'assignation du 24 octobre 2016 que ce serait l'intervention du 6 septembre 2007, et non pas la ou les infection(s) nosocomiale(s) alléguée(s) et contestée(s), qui a causé une tétraplégie, puis une paraplégie chez PERSONNE5.).

La SOCIETE1.) fait ensuite plaider qu'il appartient 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.

Or, aucun élément ne permettrait de conclure à l'existence d'une infection nosocomiale.

Elle prend plus amplement position quant aux résultats des analyses figurant au dossier médical et invoqués par les consorts GROUPE1.) pour justifier la présence d'infections nosocomiales.

Concernant la bactérie MRSA, elle fait en substance valoir qu'il se serait agi de « *faux positifs* » et qu'il y aurait lieu de distinguer entre colonisation, chose courante, et une infection, à proprement parler, liée à la bactérie MRSA.

Quant à l'*enterobacter cloacae*, il ne serait à dépister qu'à partir du moment où il produit une enzyme spécifique dit « *béta lactamase à spectre étendu* » (BLSE), capable d'acquérir un gène de résistance. Or, une recherche BLSE aurait révélé l'absence de résistance.

Elle s'oppose à une mesure d'instruction par voie d'expertise telle que formulée par les consorts GROUPE1.), alors qu'une telle mesure ne pourrait en aucun cas être ordonnée en vue de suppléer à la carence d'une partie dans l'administration de la preuve.

La SOCIETE1.) demande partant sa mise hors cause.

Elle soulève ensuite l'irrecevabilité des demandes des consorts GROUPE1.) en communication de l'intégralité du dossier médical de PERSONNE5.) et en allocation d'un montant de 30.000 euros « *au motif de la soustraction de pièces médicales importantes dans l'appréciation de la faute et des conséquences dommageables de cette faute sur la personne de M. GROUPE1.)* » pour constituer des demandes nouvelles irrecevables.

Elle conteste d'ailleurs toute communication incomplète ou partiale du dossier hospitalier. L'intégralité de ce dossier aurait été communiquée à PERSONNE5.) dès 2010. Elle déclare toutefois recommuniquer le dossier hospitalier dont elle dispose, tel que communiqué en 2010, et ne pas disposer d'autres pièces. Les demandes y afférentes seraient ainsi en tout état de cause devenues sans objet. La demande relative à l'allocation d'un montant de 30.000 euros est encore contestée tant en son principe qu'en son *quantum*.

Quant au reproche relatif au non-respect de la continuité des soins, la SOCIETE1.) y oppose que la « continuité des soins » signifierait uniquement qu'un patient soit suivi tout au long de son séjour hospitalier par une équipe disponible 24h/24 et
7 jours/7. Il y n'aurait eu aucune obligation légale de disposer d'un hématologue. Elle déclare toutefois que Docteur PERSONNE9.) avait les compétences nécessaires pour le diagnostic et la prise en charge de la maladie, dont été atteinte PERSONNE5.).

À titre subsidiaire, la SOCIETE1.) conteste qu'un retard du transfert soit imputable à une infection nosocomiale, contestée. Même à admettre que le transfert aurait ainsi été retardé, les consorts GROUPE1.) resteraient en défaut de prouver en quoi un tel retard ait eu une quelconque incidence sur l'état du patient.

La SOCIETE1.) s'oppose finalement à la demande en condamnation formulée à son encontre par la CNAP, en en contestant tant son principe que son *quantum*.

Elle sollicite la condamnation des « *parties demanderesses* » à une indemnité de procédure de 3.000 euros et leur condamnation aux frais et dépens de l'instance, avec distraction au profit de Maître Anne FERRY, qui la demande, affirmant en avoir fait l'avance.

MOTIFS DE LA DÉCISION

Quant à la recevabilité de la demande des consorts GROUPE1.)

Il y a lieu de rappeler que PERSONNE5.) et sa famille ont régulièrement assigné en justice Docteur PERSONNE6.), la SOCIETE1.), la CNS et la CNAP (numéros de rôle 181048, TAL-2019-02110 et TAL-2022-04361).

Le SOCIETE3.), assureur de Docteur PERSONNE9.), a toutefois été mis en cause par Docteur PERSONNE6.) (numéro de rôle TAL-2018-00404).

Le Tribunal donne à relever d'emblée qu'à défaut de lien d'instance entre les consorts GROUPE1.) et le SOCIETE3.), leur demande tendant à la condamnation solidaire, sinon *in solidum* du SOCIETE3.) avec Docteur PERSONNE6.) et la SOCIETE2.), est d'emblée à rejeter pour être irrecevable.

Leur demande subsidiaire tendant à voir ordonner la communication de la couverture d'assurance de Docteur PERSONNE9.) est également à rejeter pour les mêmes motifs.

Quant à la recevabilité de l'intervention volontaire de la SOCIETE2.)

Les consorts GROUPE1.) se rapportent à prudence de justice quant à la recevabilité de l'intervention volontaire de la SOCIETE2.), faite sous toutes réserves, notamment à défaut pour cette dernière d'avoir produit la couverture d'assurance et d'expliquer ses liens avec la compagnie d'assurances originaires, SOCIETE4.).

Dans ce cadre, ils demandent à la SOCIETE2.) de produire la couverture d'assurance souscrite ou tout autre document attestant de la reprise par la SOCIETE2.) de la couverture d'assurance originaire, aux vœux de l'article 483 du Nouveau Code de procédure civile.

Dans ses conclusions du 30 janvier 2020, la SOCIETE2.) a indiqué avoir recherché dans ses archives, mais ne pas avoir été à même de retrouver le contrat originaire avec Docteur PERSONNE6.). Dans la mesure où elle n'était pas en mesure de verser cette pièce justificative, elle s'est rapportée à la sagesse du Tribunal par rapport aux conséquences à déduire de cet état des choses.

Dans ses conclusions ultérieures du 6 avril 2020, la SOCIETE2.) a demandé acte « *qu'au fil du temps, le fonds contractuel en cause a fait l'objet de plusieurs transferts avant d'aboutir auprès de SOCIETE2.), dont les archives ne renseignent pas la documentation originaire, de sorte qu'il appartiendra en l'espèce soit de prendre la parole de l'assureur pour ce qu'elle est, soit de maintenir une irrecevabilité qui ne profitera pas aux parties de Me BAULER, en ce que la suite des opérations sera le cas échéant inopposable à ladite intervenant, étant bien entendu que se rapporter à prudence emporte en bon droit, contestation* ».

Le Tribunal relève que l'intervention volontaire est un acte spontané d'un tiers qui demande à être admis dans l'instance. D'un point de vue formel, l'intervention volontaire se fait par acte d'avocat à avocat dans les procédures écrites (Thierry HOSCHEIT, Le droit judiciaire privé au Grand-Duché de Luxembourg, 2ème édition revue et augmentée, édition Paul BAULER 2019, n°1136 à 1139, pages 640-641).

En application de l'article 483 du Nouveau Code de procédure civile, l'intervention volontaire n'est recevable que si l'intervenant justifie d'un intérêt pour former tierce opposition contre le jugement rendu en son absence.

Tel est le cas lorsqu'elle émane comme en l'espèce de l'assureur à l'occasion d'un litige qui se meut entre un tiers et son assuré.

Aux termes de sa requête en intervention volontaire, la SOCIETE2.) a d'ailleurs déclaré que « *La requérante expose sous ces réserves être intéressée en cause en sa qualité de partie à un contrat d'assurance de type RESPONSABILITÉ CIVILE MÉDICALE ET/OU PARAMÉDICALE signé avec le Dr. PERSONNE6.)* […] ».

Il n'est pas contesté que la SOCIETE2.) a repris le portfolio de l'assurance SOCIETE5.), elle-même ayant acquis les contrats initialement conclus par SOCIETE4.), assureur originaire de Docteur PERSONNE6.).

Le Tribunal estime que le fait que la SOCIETE2.) fasse elle-même une intervention volontaire en tant que « *partie à un contrat d'assurance de type responsabilité civile médicale et/ou paramédicale signé avec Docteur PERSONNE6.)* » est suffisant pour retenir sa qualité d'assurance impliquée et qu'elle justifie ainsi d'un intérêt conforme à l'article 483 du Nouveau Code de procédure civile.

Il résulte en outre du rapport de Docteur PERSONNE13.) que ce dernier a été mandaté par la SOCIETE2.) en tant qu'assureur de Docteur PERSONNE6.).

En conséquence, il y a lieu de recevoir l'intervention volontaire de la SOCIETE2.).

Quant aux demandes en production forcée de pièces et injonctions à prendre position

À l'encontre de la SOCIETE2.) et de Docteur PERSONNE6.)

Aux termes du dispositif de leurs dernières conclusions, les consorts GROUPE1.) écrivent ce qui suit :

FICHIER5.)

Le Tribunal constate que Docteur PERSONNE6.) n'a pas pris position quant à la question de la couverture d'assurance et n'a pas versé de contrat d'assurance que ce soit avec SOCIETE4.), l'assurance SOCIETE5.) ou désormais la SOCIETE2.).

Il y a partant lieu, en tout état de cause, d'enjoindre Docteur PERSONNE6.) et la SOCIETE2.) à conclure sur les termes du contrat d'assurance les liant et de les inviter à verser tout document utile à cette fin.

Il n'y a toutefois pas lieu de formuler d'injonction de produire le contrat originaire à l'encontre de la SOCIETE2.), dans la mesure où il résulte d'emblée de ses conclusions qu'elle ne dispose pas du contrat originairement conclu par Docteur PERSONNE6.).

À l'encontre de la SOCIETE1.)

Le Tribunal relève que les consorts GROUPE1.) avaient, dans un premier temps, demandé à voir condamner la SOCIETE1.) à leur communiquer le dossier médical intégral de PERSONNE5.), estimant qu'ils n'auraient préalablement pas reçu communication complète, respectivement que le dossier transmis n'avait pas été organisé de manière adéquate par rapport à la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Le Tribunal relève que dans leurs dernières conclusions, les consorts GROUPE1.) ne réclament plus le versement de pièces supplémentaires relatives au dossier médical de PERSONNE5.) et n'ont plus réitéré leur demande relative à l'allocation d'un montant de 30.000 euros « *au motif de la soustraction de pièces médicales importantes dans l'appréciation de la faute et des conséquences dommageables de cette faute sur la personne de M. PERSONNE5.)* ».

Il y a dans ce cadre lieu de relever que la SOCIETE1.) a versé le 9 février 2018, en tant que pièce, un classeur reprenant le « *dossier médical de Monsieur PERSONNE5.) dont l'hôpital dispose* ».

Dans la mesure où aucun élément du dossier ne permet de retenir que le dossier médical ainsi communiqué ne soit pas complet ou non conforme aux dispositions de la loi, il y a en tout état de cause lieu de rejeter les demandes y afférentes formulées par les consorts GROUPE1.).

Quant au fond

Le Tribunal rappelle que la demande en condamnation dirigée par les consorts GROUPE1.) à l'encontre du SOCIETE3.), assureur de Docteur PERSONNE9.), a d'ores et déjà été déclarée irrecevable, à défaut de lien d'instance entre eux.

Il y a partant lieu d'analyser la demande en condamnation formulée par les consorts GROUPE1.) pour autant que dirigée à l'encontre de Docteur PERSONNE6.), de son assureur la SOCIETE2.) et de la SOCIETE1.).

À l'égard de Docteur PERSONNE6.), les consorts GROUPE1.) estiment que celui-ci a commis les fautes suivantes :

- diagnostic erroné sur l'état de santé de PERSONNE5.),
- défaut d'information de PERSONNE5.),
- défaut de recueillir le consentement libre et éclairé auprès de PERSONNE5.),
- faute technique dans le cadre de l'intervention chirurgicale du 6 septembre 2007,
- défaut d'avoir assuré la continuité des soins de son patient.

Quant à la SOCIETE1.), il lui est reproché de ne pas avoir organisé ses services conformément à la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers et notamment de ne pas avoir assuré la continuité des soins et d'avoir failli à son obligation accessoire de sécurité.

Tant Docteur PERSONNE6.) que la SOCIETE1.) contestent les reproches qui leurs sont faits.

Quant à l' « opposabilité » des rapports PERSONNE10.) et PERSONNE11.)

Le Tribunal rappelle qu'à l'appui de leurs prétentions, les consorts GROUPE1.) versent un rapport d'expertise amiable du Docteur PERSONNE10.) et un rapport d'expertise de Docteur PERSONNE11.).

Le SOCIETE3.) estime que le rapport PERSONNE10.) lui est inopposable alors que Docteur PERSONNE9.) n'aurait pas été invité à y participer et n'aurait pas pu donner ses observations et commentaires sur les conclusions du Docteur PERSONNE10.).

Docteur PERSONNE6.) demande à voir rejeter le rapport d'expertise de Docteur PERSONNE10.), sinon de ne le considérer qu'avec prudence et circonspection.

La SOCIETE2.) demande à voir rejeter les rapports PERSONNE10.) et PERSONNE11.). Elle conteste en outre avoir d'une quelconque manière accepté le rapport PERSONNE10.).

Les consorts GROUPE1.) estiment que la SOCIETE2.) ne pourrait contester le caractère contradictoire du rapport d'expertise PERSONNE10.), alors que celui-ci a été mandaté par une compagnie d'assurance, dont la SOCIETE2.) a repris le portfolio. Le rapport d'expertise PERSONNE10.) n'aurait jamais été contesté et aucun refus de prise en charge écrit n'aurait été adressé à PERSONNE5.).

Ce serait d'ailleurs à tort que Docteur PERSONNE6.) considère que Docteur PERSONNE10.) était incompétent, voire lacunaire dans son rapport d'expertise médicale. Docteur PERSONNE6.) et Docteur PERSONNE10.) exerceraient la même spécialité médicale, à savoir la neurochirurgie.

Le Tribunal relève que dans le cadre d'une expertise extrajudiciaire, aucun juge n'intervient pour l'ordonner, de sorte que ce genre d'expertise n'obéit à aucun régime particulier. Ainsi, hors le cas où elle serait éventuellement invoquée à l'instance, l'expertise extrajudiciaire n'est soumise, ni dans son déroulement, ni dans la discussion de ses résultats, au principe de la contradiction. L'expertise extrajudiciaire peut être unilatérale ou amiable. L'expertise unilatérale se dit de celle qui est sollicitée par une partie auprès d'un expert (à charge naturellement pour elle de rémunérer ce dernier), alors que l'expertise amiable est celle qui est diligentée, à la demande conjointe des parties concernées, en vertu d'une clause contractuelle ou d'un accord, soit par un expert désigné d'un choix commun, soit par deux experts choisis respectivement par chaque partie (Jurisclasseur, Procédure Formulaire, v° Expertise, Fasc.10, n°4).

Quant au rapport de Docteur PERSONNE10.), il y a lieu de rappeler que ce dernier a été nommé par lettre collective du 13 septembre 2012 par PERSONNE5.) et SOCIETE4.), à l'époque assureur de Docteur PERSONNE6.), et que SOCIETE4.) s'étaient engagées à prendre en charge les honoraires de l'expert sollicité (« *SOCIETE4.) prendront en charge votre note de frais et honoraires*. » ; pièce no 2 d'une farde VIII de 2 pièces de Maître BAULER).

Le rapport PERSONNE10.) a été communiqué par PERSONNE5.) à PERSONNE14.), précédemment employé auprès des SOCIETE4.) et désormais employé auprès de la société SOCIETE5.), ayant repris les activités des SOCIETE4.), et celui-ci confirme avoir bien reçu le rapport (échange de courriels des 26 et 27 juin 2013 : pièce no 1 de la farde X d'une pièce de Maître BAULER).

Dans la mesure où il n'est pas contesté que la SOCIETE2.) a repris le portfolio de l'assurance SOCIETE5.), elle-même ayant acquis les contrats initialement conclus par SOCIETE4.), il faut admettre que le rapport de Docteur PERSONNE10.) revêt un caractère contradictoire à l'égard de la SOCIETE2.).

À l'égard du SOCIETE3.), dont il n'est pas contesté que ni Docteur PERSONNE9.), ni son assureur, le SOCIETE3.), n'ont été invités à y participer, le rapport PERSONNE10.) revêt toutefois un caractère unilatéral.

Il est de jurisprudence constante que les termes « opposabilité » et « validité » doivent rester réservés aux expertises judiciaires. En effet, l'expert judiciaire doit respecter le principe du contradictoire, règle essentielle de validité de l'expertise judiciaire, et c'est le respect du contradictoire lors des opérations d'expertise qui rend son expertise opposable aux parties qui y ont été présentes ou représentées. L'expertise unilatérale ou officieuse, qu'une partie se fait dresser à l'appui de ses prétentions, n'est par définition pas contradictoire. Une telle expertise, lorsqu'elle est régulièrement communiquée et soumise à la libre discussion des parties, vaut comme élément de preuve et le juge peut la prendre en considération en tant que tel et y puiser des éléments de conviction. (Tony Moussa, Expertise en matière civile et pénale, 2ème édition, p. 166 ; Cour d'Appel, 13 octobre 2005, n° 26892 du rôle ; Tr. arr. Diekirch, 14 juillet 2009, n°104/ 2009).

Ainsi, dans le cas où l'expertise officieuse a été régulièrement communiquée et a fait l'objet d'un débat contradictoire, les juges, qui ne sont pas obligés de suivre les conclusions de l'expertise, peuvent néanmoins y puiser leurs convictions.

La jurisprudence constante estimait également qu'un rapport d'expertise unilatéral n'a cependant pas la même valeur qu'un rapport contradictoire, en ce sens qu'il ne peut pas servir de base unique à une décision. (Cass. n° 63/05 du 8 décembre 2005 ; TA Lux. n° 45/09 du 17 février 2009).

Toutefois, la Cour de cassation a, dans un arrêt no 141/2015 du 23 octobre 2025, numéro de rôle CAS-2025-00029, retenu que :

« *Le principe selon lequel la preuve des faits juridiques est libre constitue un principe général du droit, en ce qu'il est établi avec une certitude suffisante.*

Comme toute autre pièce, un rapport d'expertise unilatéral, régulièrement communiqué et soumis à la libre discussion des parties, doit être pris en considération et apprécié quant à sa force probatoire. »

La Cour de cassation semble donc avoir abandonné la jurisprudence antérieure, selon laquelle un rapport d'expertise unilatéral ne peut à lui seul servir de base à une condamnation.

Dans la mesure où le rapport PERSONNE10.) a été régulièrement communiqué, il y a lieu de le prendre également en considération à l'égard du SOCIETE3.).

Quant au rapport de Docteur PERSONNE11.), il n'est pas contesté que celui-ci est purement unilatéral. Eu égard aux principes retenus ci-dessus, il y a lieu de le prendre en considération et d'en apprécier sa force probatoire.

Il en va de même des avis et rapports versés par Docteur PERSONNE6.) et la SOCIETE2.) à l'appui de leurs moyens.

<u>Quant à l'opération chirurgicale du 6 septembre 2007</u>

Le Tribunal constate que les divers reproches dirigés par les consorts GROUPE1.) à l'encontre de Docteur PERSONNE6.) sont tous liés à la constatation d'anomalies du bilan sanguin suite à l'analyse de sang préopératoire réalisée le 5 septembre 2007 et des conséquences qui auraient dû en être tirées.

La question cruciale est de savoir si le bilan sanguin de PERSONNE5.), tel que constaté le 5 septembre 2007, entraîne ordinairement un risque hémorragique accru, de sorte qu'il aurait dû être porté à la connaissance de PERSONNE5.) et, le cas échéant, conduire à un report de l'intervention chirurgicale prévue le lendemain ou si une urgence s'opposait à un tel report.

Il convient de rappeler qu'à l'appui de leurs demandes, les consorts GROUPE1.) se basent notamment sur un rapport de Docteur PERSONNE10.) et un rapport de Docteur PERSONNE11.).

Le Tribunal rappelle que Docteur PERSONNE10.) a été nommé d'un commun accord par PERSONNE5.) et l'assureur de l'époque de Docteur PERSONNE6.), SOCIETE4.).

Ainsi, par lettre collective du 13 septembre 2012, il a été demandé à Docteur PERSONNE10.) de :

« *Déterminer la responsabilité éventuelle du Docteur PERSONNE6.) dans les séquelles présentées par Monsieur PERSONNE5.) et qui seraient dues à l'intervention chirurgicale, en indiquant les lésions subies, leur évolution, les traitements suivis,*
Fixer la date de consolidation et la durée de l'incapacité temporaire totale et des incapacités temporaires partielles,
Dire, le cas échéant, s'il subsiste des séquelles, en indiquer la nature et fixer le taux de l'incapacité partielle éventuelle dont reste atteinte la victime,
Déterminer éventuellement tout autre élément de préjudice. » (pièce no 2 d'une farde no VIII de deux pièces de Maître BAULER).

Dans son rapport du 19 septembre 2013, l'expert PERSONNE10.) a retenu ce qui suit :

« *EXAMEN CLINIQUE*
ZX fait 1,90 mètre et 115 kg. Il est gaucher.
- *Il est venu d'Allemagne accompagnée par Mme PERSONNE1.) qui conduisait, il se déplace* [en] *fauteuil roulant.*
- *Au cours de la réunion sont survenus deux spasmes de l'ensemble du corps et des membres inférieurs en extension avec élévation et écartement des membres supérieurs.*

L'examen clinique a déclenché des contractures dans le membre inférieur droit.
- *Les demandeurs n'ont pas eu une attitude revendicative.*

ZX se présente comme une paraplégie avec quelques petits troubles neurologiques au niveau des membres supérieurs.
L'examen des membres supérieurs montre une anesthésie distale des doigts et plus particulièrement sur le troisième et quatrième et cinquième, ce qui ne permet pas les gestes fins et la reconnaissant des objets. Avec des picotements dans ces territoires.
Ses anomalies sont plus importantes à gauche et entraînent des crampes lorsque le patient se sert d'un stylo.

Il existe un niveau sensitif bilatéral 10 cm en dessous des mamelons.

L'examen des membres inférieurs, gêné par les spasmes, montre un déficit prédominant en proximal et du côté droit :
- *la muscles de la cuisse permettent l'élévation des membres inférieurs qui peuvent juste s'opposer à la pesanteur (3/5).*
- *La flexion extension du pied est meilleure (5/5 à droite (4/5 à gauche).*

Lors du passage du fauteuil à la table d'examen il était possible de constater :
- *que ZX fait ses transferts,*

- *qu'il peut tenir debout et faire un ou deux pas.*

Il faut rappeler qu'il présente toujours des troubles sphinctériens importants

il n'a plus d'antidépresseurs depuis la fin de l'année 2008

SITUATION PERSONNELLE

ZX était correcteur d'épreuves de journaux et de brochures, il n'a pas repris d'activité, il est gaucher et dit qu'il ne peut pas se servir correctement de sa main gauche pour des gestes fins en raison des troubles sensitifs et de la survenue de crampes.

Il vit avec son mec [sic] *épouse, ces trois filles sont majeures.*

Le traitement actuel comporte un anticholinergique pour réduire la fréquence des sondages, du normacol pour la selle, du Liorésal pour diminuer les spasmes (le patient ne le prend pas tout le temps car ce médicament entraîne une musculaire et une somnolence). Il fait de la rééducation trois fois par semaine.
Il prend d'autres médicaments pour ses autres pathologies qui ne sont pas [en] *rapport avec l'accident chirurgical (hypertension artérielle et le suivi)*

DISCUSSION

Discussion sur la première intervention du 06/09/07

L'indication opératoire était parfaitement justifiée avec l'ensemble des critères habituellement retenus :

1. *ZX présentait depuis deux à trois mois une névralgie cervico-brachiale invalidante dans le membre supérieur gauche (sans déficit moteur sensitif).*
2. *La douleur résistait au traitement médical, cortisone et infiltration.*
3. *Le scanner montrait une hernie discale nette du côté gauche en C5C6 qui expliquait parfaitement la douleur.*

La technique chirurgicale utilisée : la pose d'une prothèse après ablation de hernie et du disque est l'une des techniques actuelle, l'intervention a été réalisée sous microscope opératoire et les radiographies montrent que c'est le bon étage et que la prothèse est parfaitement place.

ZX présentait une leucémie chronique découverte la veille de l'intervention[1].
Le 05/02/07 le bilan préopératoire à montrer des anomalies :

- *la N FS montre des anomalies tout à fait évocatrices d'une leucémie myéloïde chronique dont nous retiendrons les 146 000 GB (normal< 10000) et plus de 600 000 plaquettes[2]*
- *il existe également des petites anomalies de la coagulation et un taux bas de fibrinogène.*

La découverte de cette hémopathie devait faire reporter l'intervention :

- *Les leucémies myéloïdes chroniques entraînent des hémorragies, parfois révélatrices, il aurait fallu faire un bilan plus complet de l'hémostase et tenir compte des risques hémorragiques lors de l'intervention.*
- *La technique elle-même aurait pu être discutée, la pose d'une prothèse (bien réalisée) a fermé complètement l'espace entre les vertèbres ce qui a empêché le drainage du sang provenant du foyer opératoire, l'hémorragie rachidienne s'est étendue devant le fourreau dural et est devenue compressive[3]. Ce dont le Dr PERSONNE6.) a tenu compte lors de la deuxième intervention, car après le retrait de la prothèse il a stabilisé rachis avec une plaque permettant un drainage.*

Conclusion
Le maintien [4]de la date d'intervention ne pouvait se justifier qu'en cas d'urgence ou d'une pathologie grave ou mettant en jeu la vie du patient.

_____

[notes de bas de page]
[1] *De découverte fortuite sont de 40 %.*
[2] *Le nombre est élevé mais ces plaquettes sont pathologiques et n'assurent pas correctement la formation d'un caillot, ce qu'est une source d'hémorragie*
[3] *D'ailleurs l'intervention sans avoir était hémorragique.*
[4] *Le Dr PERSONNE6.) on a eu conscience puisqu'il a demandé un avis (rassurant), une infirmière avait dit au patient qu'il ne seraient peut-être pas opéré le lendemain, mais à 19:30 l'intervention a été confirmée.*

_____

Discussion sur la prise en charge chirurgicale ultérieure.

À son réveil le patient présentait une tétraplégie, il ne sentait plus son corps en dessous de la région cervicale,

Aucun reproche ne peut être fait sur la prise en charge.

- *Le patient a passé immédiatement un scanner qui a montré un hématome intra rachidien et été repris au bloc en urgence pour évacuer l'hématome et permettre la régression partielle des troubles neurologiques.*
- *Cette deuxième intervention du 06/02/07* [il y a lieu d'admettre qu'il y a erreur matérielle, alors qu'il est constant que PERSONNE5.) a été réopéré le jour-même, soit donc le 6 septembre (09) 2007] *a comporté une stabilisation du rachis par une plaque qui permettait le drainage d'une hémorragie rachidienne. Le scanner du 7 septembre a vérifié cette évolution.*
- *L'intervention du 11 septembre, définitive de stabilisation qui comporte une plaque et 2 prothèses est également parfaitement justifiée.*

CONCLUSION :

- *L'indication opératoire était logique, les différentes interventions ont été réalisées conformément aux règles lors de la prise en charge immédiate de tétraplégie.*
- *Mais l'intervention n'aurait pas dû être maintenue après la découverte d'une leucémie dont il est parfaitement connu qu'elle entraîne des hémorragies. Il ne s'agissait pas d'une intervention en urgence, elle pouvait être reportée en tenant compte des risques d'hémorragie pre et postopératoire.*
- *Le patient n'a pas été informé des anomalies sanguines, il n'a pas été prévenu du risque et de la possibilité de décaler l'intervention*
- *Les complications et les séquelles doivent être prises en charge comme des préjudices indemnisables.*

[…] » (pièce no 1 de la farde I de 6 pièces de Maître BAULER).

Les consorts GROUPE1.) ont encore chargé, par l'intermédiaire de leur mandataire, Docteur PERSONNE11.), de se prononcer sur le cas de PERSONNE5.).

Ainsi, dans son rapport du 26 juillet 2018, Docteur PERSONNE11.) a retenu ce qui suit :

« *Je, soussigné Docteur PERSONNE11.), Spécialiste en Chirurgie Orthopédique, Expert près la Cour d'Appel de Nancy, certifie avoir procédé aux opérations d'expertise sur pièces de Monsieur PERSONNE5.) à sa demande assisté de son Conseil, Maître Anne BAULER, avec pour mission de préciser si la prise en charge de Mr PERSONNE5.) par le Docteur PERSONNE6.) à compter du 04 septembre 2007 était conforme aux règles de l'art et aux données acquises de la science médicale à l'époque des faits.*

RAPPEL DES FAITS

Monsieur PERSONNE5.) se plaignait de douleurs au niveau du membre supérieur gauche depuis 2006 avec aggravation sous la forme d'une névralgie cervico-brachiale gauche en mai 2007, traité médicalement avec infiltration en juin 2007.

Un scanner cervical en date du 31 août 2007 mettait en évidence « une hernie discale postéro-latérale gauche en C5-C6 ».

Le Docteur PERSONNE6.) voyait pour la première fois à sa consultation Mr PERSONNE5.) le 04 septembre 2007 et posait une indication chirurgicale.

Mr PERSONNE5.) était hospitalisé le 05 septembre 2007 à l'HÔPITAL2.) en vue de l'intervention chirurgicale programmée le 06 septembre 2007.

Une analyse de sang pré-opératoire réalisée le 05 septembre 2007 révèle une hyperleucocytose avec des leucocytes à 146 000 (normale : < à 10 000) avec une élévation anormale des plaquettes à hauteur de 627 000, ces chiffres faisant penser de façon très probable à une leucémie myéloïde chronique ; ils étaient présentés au Docteur PERSONNE6.) qui en prenait connaissance la veille de l'intervention et opérait Mr PERSONNE5.) comme prévu le 06 septembre 2007 réalisant par voie postérieure une décompression et une implantation d'une prothèse discale à l'étage C5-C6 (intervention débutée à 8 h 15 et achevée à 9 h 33).

Au décours immédiat de l'intervention, Mr PERSONNE5.) présentait une tétraplégie complète de niveau C6.

Un scanner cervical était réalisé à 14 h 21 mettant en évidence un hématome intra-rachidien et Mr PERSONNE5.) était repris en charge au bloc opératoire de 15 h 23 à 17 h 30 pour évacuation de l'hématome, retrait de la prothèse C5-C6 et mise en place d'une plaque de stabilisation.

Un scanner cérébral le 07 septembre 2007 confirmait une diminution de l'hématome péridural cervical.

Une nouvelle intervention était réalisée le 11 septembre 2007 par voie antérieure avec fixation par plaque et 2 prothèses.

Un scanner cervical réalisé le 12 septembre 2007 confirmait la régression de l'hématome péridural.

Mr PERSONNE5.) est resté en réanimation du 10 au 22 septembre 2007 et a passé une IRM le 14 septembre 2007 qui a mis en évidence une zone d'ischémie très nette en regard de l'espace C5-C6 expliquant les troubles neurologiques.

Il a été ensuite hospitalisé en neurochirurgie du 22 au 25 septembre 2007 avant d'être transféré en service de rééducation à ADRESSE6.) où il a séjourné pendant 4 mois avant d'être pris en charge au Rehazenter de Luxembourg en hospitalisation de jour.

DISCUSSION MEDICO-LEGALE

1°) SUR LES REGLES DE L'ART LORS DE LA PRISE EN CHARGE DU DOCTEUR PERSONNE6.)

Monsieur PERSONNE5.) était traité depuis quelques mois pour une névralgie cervico-brachiale gauche pour laquelle un scanner cervical réalisé le 31 août 2007 mettait en évidence une hernie discale C5-C6 gauche.

L'indication chirurgicale décompressive était justifiée et programmée par le Docteur PERSONNE6.) pour le 06 septembre 2007.

Le jour de l'hospitalisation, le 05 septembre 2007, une prise de sang était réalisée qui allait mettre en évidence une hyperleucocytose à 146 000 avec plaquettes à 627 000 évoquant une leucémie myéloïde

chronique de découverte fortuite (ce qui arrive dans 40 % des cas).

Le Docteur PERSONNE6.) a eu connaissance de cette prise de sang et du diagnostic évoqué ; il a décidé d'intervenir comme prévu le 06 septembre 2007.

Si l'indication chirurgicale était justifiée, néanmoins elle ne présentait pas une urgence absolue chez un patient qui se plaignait depuis quelques mois déjà d'une névralgie cervico-brachiale gauche traitée médicalement avec découverte au scanner le 31 août 2007 d'une hernie discale postéro-latérale gauche en C5-C6 qui justifiait le geste opératoire lequel pouvait et devait être différé compte tenu du diagnostic porté de leucémie myéloïde chronique.

Cette découverte fortuite imposait un avis spécialisé sur cette hémopathie grave avec en particulier un bilan complet d'hémostase ainsi qu'un bilan diagnostique, thérapeutique et pronostique de la maladie, sachant qu'il est parfaitement connu dans la littérature que les risques hémorragiques spontanés ou opératoires sont connus dans cette maladie et incontestablement doivent être évalués préalablement à toute intervention.

L'intervention prévue le 06 septembre 2007 devant les constatations de la prise de sang pré-opératoire devait d'autant plus être différée que la névralgie cervico-brachiale ne s'accompagnait pas de déficit sensitivo-moteur avéré justifiant une décompression en urgence.

D'autre part, compte tenu du risque hémorragique lors de l'intervention du
06 septembre 2007 et compte tenu de la connaissance de ce risque accru du fait de la leucémie myéloïde chronique évoquée la veille de l'intervention, la technique opératoire choisie lors de l'intervention aurait dû probablement être discutée ; en effet si la décompression était nécessaire, la pose d'une prothèse n'était pas souhaitable car elle empêchait le drainage du sang provenant du foyer opératoire et favorisait une hémorragie rachidienne devenant compressive.

L'intervention du 06 septembre 2007 a débuté à 8 h 15 pour s'achever à 9 h 33 ; au décours immédiat de l'intervention il a été constaté une tétraplégique complète sensitivo-motrice de niveau C6 ; un scanner a été réalisé à 14 h 21 confirmant un important hématome compressif et conduisant à la réintervention entre 15 h 23 et
17 h 30 ; un diagnostic de cette compression par hématome aurait pu être fait plus précocement permettant une reprise chirurgicale plus rapidement.

Cette deuxième intervention le 06 septembre 2007 a conduit à l'évacuation de l'hématome et surtout permis de retirer la prothèse (qui à priori aurait dû être évitée compte tenu du risque hémorragique connu) avec mise en place d'une stabilisation du rachis par une plaque permettant le drainage de l'hématome.

La reprise chirurgicale du 11 septembre 2007 était justifiée et conforme aux règles de l'art, mais elle est en relation directe et certaine avec les conséquences anormales survenues après l'intervention du 06 septembre 2007.

Suite à l'intervention du 06 septembre 2007, Mr PERSONNE5.) a présenté un accident médical fautif en raison de plusieurs manquements ci-dessus cités lors de la prise en charge de Mr PERSONNE5.) par le Docteur PERSONNE6.) à compter du 04 septembre 2007.

2°) SUR LES CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT MEDICAL FAUTIF suite à l'intervention du 06 septembre 2007

À la suite de l'intervention subie par Mr PERSONNE5.) le 06 septembre 2007, celui-ci a présenté un accident médical fautif sous la forme d'une tétraplégie complète sensitivo-motrice de niveau C6.

L'état de santé actuel de Mr PERSONNE5.) est la conséquence directe et certaine de l'accident médical fautif survenu au décours de l'intervention du 06 septembre 2007. » (pièce no 2 d'une farde no IX de 2 pièces de Maître BAULER)

Dans le cadre de sa défense, Docteur PERSONNE6.) verse les avis respectifs de :

- Docteur PERSONNE15.),
- Docteur PERSONNE16.),
- Docteur PERSONNE13.).

Il renvoie encore à une prise de position écrite rédigée par Docteur PERSONNE9.) lui-même et adressée à PERSONNE5.) en 2014.

Dans son avis (« *Stellungnahme* ») non daté, Docteur PERSONNE15.) a déclaré ce qui suit :

« *Der Patient wurde am 6.9.2007 im Zervikalbereich neurochirurgisch operiert. Er erlitt eine postoperative Nachblutung, die eine sofortige Re-operation mit sich zog.*

1) *Der Patient wurde präoperativ vom Anästhesisten gesehen und als narkosefähig erklärt. Die Einstufung lautete ASA1 (American Society of Anaesthesia score 1-4, 1 gesund, 2 leichte Begleiterkrankungen, 3 schwere Begleiterkrankungen, 4 schwerste Begleiterkrankungen).*
2) *Nebenbefundlich wurde ein pathologischer Wert in der Blutnahme gefunden, der auf eine Art Krebs (CML) hinweist. Es wurde ein Spezialist, Dr. PERSONNE9.), Onkologe (Krebsspezialist) hinzu gezogen. Dieser sah keine Kontraindikation zur Operation.*
3) *Die Dringlichkeit der Operation war gegeben, da der Patient starke Schmerzen hatte und anscheinend eine beginnende Bizepsparese hatte. Also ging es um eine Notoperation.*
4) *Auch ein INR von 1,39 ist kein Grund den Patienten auszusetzen. Dieser Wert muss meines Erachtens auch gar nicht korrigiert werden. An der Uniklinik KUL Leuven wird ein INR von bis zu 1,5 akzeptiert um eine Rückenmarksnahe Anästhesie zu verabreichen.*

Als Anästhesist, der seit 2002 als Facharzt im operativen Bereich tätig ist, sehe ich in diesem Fall keinen Grund, dem Patienten die Operationsfähigkeit zu verweigern oder die Operation zu verschieben. » (pièce no 7 d'une farde I de 10 pièces de Maître DELVAUX).

Le Tribunal constate que Docteur PERSONNE15.) ne se prononce pas davantage quant à un éventuel risque hémorragique en raison du bilan sanguin de PERSONNE5.).

Dans son avis du 29 décembre 2016, Docteur PERSONNE16.) a indiqué ce qui suit :

« *Bei dem damals 53 Jährigen Patienten Herrn PERSONNE5.) geboren am 04.01.1953, Matricule: 1954 01 04 096 77 wurde am 05.09.2007 ein linksseitiger Bandscheibenprolaps in Höhe C5-C6 durch Herrn Dr. PERSONNE6.) diagnostiziert.*
Die Beschwerdesymptomatik erstreckte sich über das neuronale Ausbreitungsgebiet von C5-C6 mit einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik sowie eine beginnende Parese des M. biceps brachii links. Es wurde die dringliche Operationsindikation gestellt. Der Patient wurde am 06.09.2007 an der Halswirbelsäule operiert.
Im Gefolge der präoperativen Vorbereitung wurde die Narkosefähigkeit aus anästhesiologischer Sicht überprüft und mit der internationalen Einstufung nach der ASA-Klassifikation als operations- bzw. narkosefähig mit ASA-1 (gesund) eingestuft.
In diesem Rahmen eröffnete sich, die mir vorliegende Laboranalyse vom 06.07.2007 [il y a lieu d'admettre qu'il s'agit de celle du 5 septembre 2007], *das Bild einer Hyperleukozytose mit Leukozyten von 146.000/ul, bei normwertiger Hämoglobinkonzentration von 14.4g/dl und einer über der Norm liegenden Thrombozytenzahlen von 627.000/ul. Die Differenzierung der Leukozyten ergab das typische Verteilungsmuster einer chronischen myeloischen Leukämie (CML), einer Erkrankung aus dem Formenkreis der chronischen myeloproliferativen Erkrankungen (CMPE), bei der es sich um eine trilineare Proliferation aller drei Zellreihen handelt mit einer spezifischen Störung der Zellsteuerung auf molekularer Ebene im Stammzellpol. Bei dieser Erkrankung bestehen neben der Erhöhung der weißen Zellreihe, nicht selten auch eine komplementäre Erhöhung der Thrombozyten ohne dass eine Funktionseinschränkung, speziell dieser Zellreihe, besteht.*

Sowohl anamnestisch als auch bei der körperlichen Untersuchung waren keine Anzeichen einer Störung sowohl der primären Hämostase als auch der nachfolgenden Gerinnungskaskade beobachtet worden. Unter Zugrundlegung der vorliegenden Befunde im Bezug zu den klinischen Angaben ist von keinem erhöhten Blutungsrisiko, trotz der bestehenden hämatologischen Erkrankung, auszugehen.
Aufgrund der durch den Bandscheibenvorfall verursachten neurologischen Symptomatik mit dem Risiko eines bleibenden neurologischen Defektes war ein rascher operativer Eingriff in jedem Falle indiziert gewesen. Die hinreichende vollständige hämatologische und molekularbiologische Feindiagnostik der CMPE sowie deren Behandlung bis zu Normalisierung der Zellreihen, würde, auch bei beschleunigter Analyse, mehrere Wochen in Anspruch nehmen und hätte auch nach Erreichen einer Remission keinen Effekt auf das Blutungsrisiko gehabt.
Es war davon auszugehen, dass die postoperative Blutungskomplikation unabhängig von der CMPE aufgetreten ist und somit in der Risikobewertung des isoliert neurochirurgischen Eingriffes unterlag. » (pièce no 8 d'une farde no I de 10 pièces de Maître DELVAUX).

Dans sa prise de position du 21 août 2014, Docteur PERSONNE9.) a déclaré :

- que PERSONNE5.) avait insisté à être opéré avant le retour de Docteur PERSONNE7.) à cause de douleurs importantes,
- que les examens biologiques avaient montré un nombre très élevé de leucocytes, indiquant probablement une leucémie myéloïde chronique, non connue,
- que PERSONNE5.) n'avait présenté aucun symptôme d'hémorragie récente,
- qu'il venait de bénéficier d'une infiltration cervicale quelques jours auparavant, sans complication hémorragique.

Il a ensuite indiqué ce qui suit :

« *J'ai donc donné mon feu vert à l'intervention chirurgicale, sans hésiter, car j'estimais que s'il y avait une thrombopathie, elle n'était en tout cas pas symptomatique.*

[…]

Je crois que si actuellement on me demandait mon avis sur un cas pareil, je serais toujours d'accord pour faire opérer : l'absence de syndrome hémorragique clinique, l'urgence douloureuse, le délai qu'il faudrait pour équilibrer une leucémie chronique, tous ces éléments plaidaient et plaident toujours en faveur d'une intervention immédiate.

Une décompression cervicale est un acte chirurgical simple.

Evidemment, le patient a saigné en post-opératoire, avec des séquelles neurologiques très importantes. Il est donc facile a posteriori à un expert de pointer le doigts vers le médecin responsable et expliquer qu'il aurait failli faire ceci et cela, avant de procéder à une intervention chirurgicale.

Mais un expert n'a pas à assurer l'urgence d'une situation clinique donnée.

[…] » (pièce no 5 d'une farde no I de 10 pièces de Maître DELVAUX).

Docteur PERSONNE6.) verse encore un rapport d'expertise rendu sur pièces par Docteur PERSONNE13.) en date du 15 décembre 2017.

Les questions formulées par la SOCIETE2.) étaient les suivantes :

« *1. Wie beurteilen Sie das präoperative Blutbild von Herrn PERSONNE5.) vom 05. September 2007.*

2. Bestehen Anomalien und wie sind diese in Hinblick auf den bevorstehenden Eingriff zu bewerten?

3. Bestand zu gegebenem Zeitpunkt, aufgrund der vorhandenen Erkrankung, eine erhöhte Blutungsgefahr (und somit ein erhöhtes Operationsrisiko)?

4. Waren, aufgrund des anormalen Blutbildes vom 05. September 2007, zusätzliche Untersuchungen vor der am Vortag geplanten zervikalen OP notwendig?

5. War die am 06. September 2007 geplante zervikale OP notwendig und dringend?

6. Wäre, aufgrund der festgestellten Blutwerte und an Hand der vorliegenden Begutachtung von Herrn Dr. PERSONNE9.), eine Verschiebung der geplanten zervikalen OP angezeigt gewesen? Falls ja, ab welchem Zeitpunkt und unter welchen Voraussetzungen hätte der Eingriff stattfinden können?

7. Unter welchen Umständen stellt eine Leukämie ein erhöhtes intra- und / oder postoperatives Blutungsrisiko dar?

8. War es, gemäß der damaligen Medizinpraxis für einen Chirurgen üblich und angebracht sich im Falle eines, wie vorliegend, anormalen Blutbildes zwecks Beurteilung des Blutungsrisikos des Patienten an einen Spezialisten zu wenden, um dessen Empfehlung Folge zu leisten?

9. Hat Herr Dr. PERSONNE6.), Neurochirurg, unter den gegebenen Umständen, eine korrekte und zweckdienliche Entscheidung getroffen, indem er sich an einen Spezialisten wandte um sich zu erkundigen ob der geplante zervikale Eingriff vorgenommen werden könne?

10. Beziehen Sie zu sämtlichen Fragen, welche sich eventuell zusätzlich stellen, Stellung. »

Docteur PERSONNE13.) a pris position comme suit :

« *Zusammenfassung anhand der vorliegenden Aktenlage:*

Bei dem damals 53-jährigen Patienten Herrn PERSONNE5.), geboren am 04.01.1953, bestanden seit Mai 2007 schmerzhafte linksseitige Zervikobrachialgien, entsprechend dem neuronalen Ausbreitungsgebiet von C5/C6. Nach einer ersten Vorstellung bei Herrn Dr. PERSONNE7.) (Neurochirurg) am 28.08.2007 und Verschreibung von Kortikoiden (8 mg Fortecortin p.o.) erfolgte zur weiteren Diagnostik eine CT der Halswirbelsäule am 31.08.2007, welche die Diagnose eines zervikalen Bandscheibenprolaps C5/C6 ergab. Noch am selben Tag wurde ein medikamentöser Therapieversuch mittels einmaliger periradikulärer Infiltration mit
40 mg Depot-Medrol (Methylprednisolon) durchgeführt. Aufgrund anhaltender Schmerzen und beginnender Parese des M. biceps brachii links stellte sich Herr PERSONNE5.) am 03.09.2007 erneut, diesmal mit dem Wunsch nach einer zeitnahen Operation, vor. Es wurde die dringliche Operationsindikation gestellt und der Patient zur Operation an Herrn Dr. PERSONNE6.) (Neurochirurg) weitergeleitet.

Im Rahmen der präoperativen Untersuchungen wurde der Patient aus anästhesiologischer Sicht am 05.09.2007 für narkosefähig erklärt, mit Einstufung des perioperativen Risikos auf ASA 1 (gesunder Patient). Eine ebenfalls durchgeführte Laboranalyse ergab auffällige Veränderungen der plasmatischen Gerinnung sowie des Blutbildes mit Leukozytose sowie Thrombozytose. Zur weiteren Abklärung wurde noch am selben Tag eine Stellungnahme von Dr. PERSONNE9.) (Internist/Onkologe) eingeholt, welcher aufgrund der Laborwerte und der klinischen Untersuchung die anstehende Operation von seiner Seite genehmigte, jedoch eine weitergehende Diagnostik nach durchgeführter Operation für erforderlich hält.

Entsprechend wurde der Eingriff bei Herrn PERSONNE5.), wie geplant, am 06.09.2007 durchgeführt. Unmittelbar nach der Operation konnte aufgrund einer klinischen Tetraplegie in Höhe von C6 ein peridurales Hämatom festgestellt werden, welches in einer Notoperation drainiert wurde. Dennoch behielt Herr PERSONNE5.) schwerwiegende neurologische Schäden, im Sinne einer Paraplegie zurück. Eine bleibende Teilinvalidität von 70% wurde festgestellt.

Vorerkrankungen:
Arterielle Hypertonie

Medikation am Tag vor OP (05.09.2007):
Aprovel (Irbesartan) 150 mg – dauerhaft

Nexium (Esomeprazol) 20 mg – am 05.09.2007 abgesetzt
Fortecortin (Dexamethason) 8 mg – am 05.09.2007 abgesetzt
Myolastan (Tetrazepam) 50 mg – am 05.09.2007 abgesetzt

Befund:
Eigene Befunde nicht erhoben, da Begutachtung nach Aktenlage

Hauptdiagnose(n) Behandlungsanlass:
Zervikaler Bandscheibenvorfall C5/C6 mit

Weitere Diagnose(n):
Arterielle Hypertonie

Bezugnehmend auf die vorliegenden Unterlagen beantworten wir die Fragen wie folgt.

1.) Es handelt sich um eine ausgeprägte neutrophile Leukozytose (146/nl) mit Linksverschiebung bis zum Promyelozyten mit Eosinophilie und Basophilie. Aufgrund der Höhe der Leukozytose kann nicht von einer reaktiven Leukozytose ausgegangen werden, wie z.B. durch Infektion oder Corticosteroidtherapie, sondern es muss von einer neoplastischen Leukozytose ausgegangen werden. Da zusätzlich eine Thrombozytose (627/nl) vorliegt, ist an eine chronisch myeloproliferative Erkrankung, am wahrscheinlichsten an eine chronisch-myeloische Leukämie zu denken. Ein sekundäres von Willebrand-Jürgens-Syndrom ist bei diesen Thrombozyten nicht zu erwarten. In der Analyse der plasmatischen Gerinnung zeigt sich ein erhöhter INR von 1,39 (international normalized ratio) und bzw. als Ursache dessen ein reduzierter Fibrinogenwert von 154 mg/dl. Die partielle Thromboplastinzeit ist nicht verlängert (25s). Es liegt demnach keine manifeste Störung der plasmatischen Blutgerinnung vor, die Werte könnten im Rahmen der myeloproliferativen Erkrankung durch eine verstärkte Gerringungsaktivierung und konsekutive Fibrinolyse bedingt sein.

2.) Hinsichtlich des geplanten operativen Eingriffs ist die Leukozytose, da sicher als chronisch myeloproliferativ zu werten, zunächst zweitrangig, wenn eine dringliche Indikation besteht. Eine absolute Kontraindikation für eine Operation lässt sich aus dem Blutbild bzw. der plasmatischen Gerinnungsparameter nicht ableiten.

3.) Es bestand ein geringes, nicht genau quantifizierbares Blutungsrisiko, welches dem Eingriff nicht entgegensteht.

4.) Dies ist untrennbar mit der Dringlichkeit des Eingriffs verknüpft. Allgemein muss bei Verdacht auf chronisch myeloische Leukämie eine molekulargenetische Untersuchung des Blutes auf bcr-abl durchgeführt werden. Zusätzlich muss eine sonographische Bestimmung der Milzgröße und eine Knochenmarkpunktion mit Zyto- und Molekulargenetik erfolgen.

5.) Dies kann vom Hämatologen nicht beurteilt werden.

6.) Eine Verschiebung der Operation aus hämatologischer Sicht ist relativ zur OP-Indikation zu bewerten. Ein Routine-Eingriff sollte verschoben werden, eine Kontraindikation gegen einen dringlichen Eingriff/Notfalleingriff ist aus der Laborveränderungen nicht abzuleiten.

7.) Eine chronisch myeloische Leukämie/chronische Myeloproliferation kann nur mittelbar ein erhöhtes Blutungsrisiko bedingen: (I) Durch eine Thrombopenie < 20/nl, (II) durch eine sekundäres von Willebrand Syndrom bei Thrombozytose > 1000/nl und (III) durch eine Hyperfibrinolyse mit Erhöhung des INR mindestens > 2. Bei II und III besteht prinzipiell gleichzeitig eine erhöhtes Thrombose-Risiko.

8.) Die Anforderung der hämatologischen Konsultation war und ist gegenwärtiger Standard.

9.) Ja, die Entscheidung war korrekt; die Angaben von Dr. PERSONNE9.) waren ebenfalls korrekt. Die Entscheidung für oder gegen die OP war zum dargestellten Zeitpunkt, aufgrund des bestehenden Verdachts einer chronisch myeloischen Leukämie, nur aus neurochirurgischer Perspektive zu treffen. Aus hämatologischer Sicht bestand keine Kontraindikation für den Eingriff. » (pièce no 5 d'une farde no I de 10 pièces de Maître DELVAUX).

Le Tribunal constate que tant Docteur PERSONNE10.) que Docteur PERSONNE11.) ont retenu un risque hémorragique accru en relation avec la constatation d'une leucémie myéloïde chronique, ce qui est toutefois remis en cause par Docteur PERSONNE16.) et Docteur PERSONNE13.). Ainsi, Docteur PERSONNE10.) et Docteur PERSONNE11.) concluent à un report de l'opération, tandis que Docteur PERSONNE15.), Docteur PERSONNE16.) et Docteur PERSONNE13.) estiment qu'en raison de l'urgence (« *Dringlichkeit* »), la date d'opération a été maintenue à bon droit.

Le bien-fondé de la demande des consorts GROUPE1.) dépend donc primairement de la constatation ou non d'un risque hémorragique (accru) et, le cas échéant, si l'urgence justifiait, même en cas de constatation d'un tel risque, le maintien de l'opération.

Il convient de relever qu'en vertu de l'article 59 du Nouveau Code de procédure civile, « *le juge a le pouvoir d'ordonner d'office toutes les mesures d'instruction légalement admissibles* ».

Suivant l'article 348 du Nouveau Code de procédure civile, « *les faits dont dépend la solution du litige peuvent à la demande des parties ou d'office être l'objet de toute mesure d'instruction légalement admissible* ». L'article 349 du prédit code prévoit que « *les mesures d'instruction peuvent être ordonnées en tout état de cause, dès lors que le juge ne dispose pas d'éléments suffisants pour statuer* ».

Dans la mesure où le Tribunal est dans l'impossibilité de départager les avis des hommes de l'art consultés dans le cadre du présent dossier, il y a lieu de procéder par voie d'expertise judiciaire.

Le Tribunal relève que la SOCIETE2.) avait demandé, dans l'hypothèse où une expertise serait ordonnée, à voir nommer un collège de trois experts représentant chacun l'une des spécialités en cause, soit la neurochirurgie, l'hématologie et l'anesthésie.

Les mandataires des parties sont ainsi invités à proposer un ou plusieurs experts à nommer et leur spécialité et de formuler, le cas échéant, une proposition de mission d'expertise à soumettre à ou aux experts à nommer.

<u>Quant aux infections nosocomiales</u>

Les consorts GROUPE1.) font valoir que suite à la troisième intervention chirurgicale, PERSONNE5.) a contracté deux infections nosocomiales, à savoir :

- une bactérie MRSA et
- une bactérie *enterobacter cloacae*.

La présence de ces infections nosocomiales aurait retardé le transfert de PERSONNE5.) vers le HÔPITAL3.), ce qui lui aurait été préjudiciable.

La SOCIETE1.) conteste la présence d'une ou plusieurs infections nosocomiales.

Concernant la bactérie MRSA, elle fait en substance valoir qu'ils se seraient agi de « *faux positifs* » et qu'il y aurait lieu de distinguer entre colonisation, chose courante, et une infection, à proprement parler, liée à la bactérie MRSA.

Quant à l'*enterobacter cloacae*, il ne serait à dépister qu'à partir du moment où il produit une enzyme spécifique dite « *béta lactamase à spectre étendu* » (BLSE), capable d'acquérir un gène de résistance. Or, une recherche BLSE aurait révélé l'absence de résistance.

Elle s'oppose à une mesure d'instruction par voie d'expertise telle que formulée par les consorts GROUPE1.), alors qu'une telle mesure ne pourrait en aucun cas être ordonnée en vue de suppléer à la carence d'une partie dans l'administration de la preuve.

Le Tribunal relève que 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 (Georges RAVARANI, La responsabilité civile des personnes privées et publiques, 3e édition, 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 (TAL, 12 novembre 2019, TAL-2019-00298).

Le Tribunal relève que depuis un arrêt no 8/13 rendu par la Cour de cassation en date du 31 janvier 2013, numéro de rôle 3099, l'obligation accessoire de sécurité contractée par l'établissement de santé en matière d'infection nosocomiale est une obligation de résultat.

Il y a donc de manière générale une obligation accessoire de sécurité de résultat en matière d'infection nosocomiale à charge des professionnels de santé (en ce sens : TAL, 15 décembre 2015, n° 163452 du rôle), partant une présomption de responsabilité en cas d'infection nosocomiale prouvée.

Il n'empêche qu'il n'existe aucune 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, Les grands arrêts du droit de la santé, Dalloz 2010, p. 326 ; Jurisclasseur, code civil, article 1382 à 1386, fasc. 440-55, n° 13) (cité in TAL, 21 juin 2023, numéros du rôle : TAL-2020-00112, TAL-2020-01720, TAL-2020-04526 et TAL-2021-10159).

En l'espèce, concernant la bactérie MRSA, il y a lieu de constater que les consorts GROUPE1.) versent diverses pièces (voir notamment pièces nos 5 à 14 de la farde V de 16 pièces de Maître BAULER) selon lesquelles divers frottis réalisés sur la personne de PERSONNE5.) ont donné des résultats positifs, que la SOCIETE1.) qualifie de « *faux positifs* », en faisant valoir que la technique employée d'amplification moléculaire (PCR) n'avait été à l'époque qu'à ses balbutiements. Les résultats par PCR auraient ainsi dû être confirmés par culture aérobie. Or, ces résultats auraient été négatifs (voir pièces nos 2, 4 et 6 de Maître FERRY). Il y aurait en outre lieu de distinguer entre colonisation et infection.

Quant à la bactérie *enterobacter cloacae*, la SOCIETE1.) fait valoir que les analyses d'urines effectuées sur PERSONNE5.) le 23 septembre 2007 à 18.07 heures auraient révélé un résultat négatif. Les consorts GROUPE1.) font valoir que la bactérie *enterobacter cloacae* a été retrouvée dans les urines de PERSONNE5.) suite à une microbiologie réalisée en date du 20 septembre 2007 à 6.43 heures.

Le Tribunal ne disposant pas d'éléments suffisants pour trancher d'ores et déjà la question relative à l'existence ou non d'infections nosocomiales lors du séjour de PERSONNE5.) à l'hôpital suite aux opérations chirurgicales subies, il apparaît dès lors nécessaire de nommer un expert spécialiste en infections nosocomiales.

Quant à l'expert à nommer, les consorts GROUPE1.) ont d'ores et déjà proposé la nomination de Christian RABAUD, médecin spécialiste en maladies infectieuses et tropicales.

Il y a lieu d'inviter les autres parties, et essentiellement la SOCIETE1.), à proposer à leur tour un expert à nommer et de formuler, le cas échéant, une proposition de mission d'expertise.

Il y a lieu de réserver le surplus.

PAR CES MOTIFS

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

reçoit les demandes en la forme,

déclare recevable l'intervention volontaire de la SOCIETE2.),

dit irrecevable la demande de PERSONNE1.), PERSONNE2.), PERSONNE3.) et PERSONNE4.) pour autant que dirigée à l'encontre de la SOCIETE3.),

dit non fondées tant la demande de PERSONNE1.), PERSONNE2.), PERSONNE3.) et PERSONNE4.) tendant à voir enjoindre à la HÔPITAL1.) à communiquer le dossier médical intégral de PERSONNE5.), que leur demande en allocation d'un montant de 30.000 euros « *au motif de la soustraction de pièces médicales importantes dans l'appréciation de la faute et des conséquences dommageables de cette faute sur la personne de M. PERSONNE5.)* »,

partant, en déboute,

en tout état de cause, enjoint Docteur PERSONNE6.) et la SOCIETE2.) à conclure sur les termes du contrat d'assurance les liant et de les inviter à verser tout document utile à cette fin,

dit qu'il n'y a pas lieu d'écarter des débats les rapports respectifs de Docteur PERSONNE10.) et de Docteur PERSONNE11.),

dit qu'il y a lieu de procéder par voie d'expertise tant en ce qui concerne le volet relatif à l'opération chirurgicale du 6 septembre 2007 que concernant d'éventuelles infections nosocomiales contractées subséquemment par PERSONNE5.),

partant, avant tout autre progrès en cause :

- concernant l'opération du 6 septembre 2007, invite les parties à proposer un ou plusieurs experts à nommer, en indiquant leur spécialité, et, le cas échéant, de formuler une proposition de mission à soumettre à ou aux expert(s),
- concernant les éventuelles infections nosocomiales, invite les parties à proposer un expert et, le cas échéant, de formuler une proposition de mission à lui soumettre,

dit que les délais à impartir aux parties pour conclure seront fixés par échéancier du juge de la mise en état,

réserve le surplus et tient l'affaire en suspens.