Texte pseudonymisé

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

Jugement en matière Civile No. 2025TADCH01/00070

Numéro du rôle TAD-2022-01587.

Audience publique du mardi, 29 avril 2025.

Composition:

Lexie BREUSKIN, 1ier Vice-Président,
Gilles PETRY, Vice-Président,
Silvia MAGALHAES ALVES, Premier Juge,

Pit SCHROEDER, Greffier.

E N T R E

la société SOCIETE1.) S.A. (ci-après : société SOCIETE1.)), établie et ayant son siège social à L-ADRESSE1.), inscrit au registre de commerce et des sociétés de Luxembourg sous le numéro NUMERO1.), représentée par son conseil d'administration actuellement en fonctions ;

partie demanderesse aux termes d'un exploit d'huissier de justice suppléant Laura GEIGER, en remplacement de Carlos CALVO, de Luxembourg du 28 novembre 2022 ;

comparant par **Maître Fabienne RISCHETTE**, avocat à la Cour, demeurant à Diekirch, assistée de la société anonyme Arendt & Medernach, établie et ayant son siège social à ADRESSE2.), inscrite au barreau de Luxembourg, immatriculée au registre de commerce et des sociétés de Luxembourg sous le numéro NUMERO2.), représentée aux fins de la présente procédure par Maître Christian POINT, avocat à la Cour, respectivement par Maître Sandrine SIGWALT, les deux demeurant professionnellement à la même adresse ;

E T

Dr PERSONNE1.) (ci-après : Dr PERSONNE1.)), oto-rhino-laryngologiste, demeurant à B-ADRESSE3.) ;

partie défenderesse aux fins du prédit exploit GEIGER,

comparant par **Maître Denis WEINQUIN**, avocat à la Cour, demeurant à Schieren, assisté de Maître Lydie LORANG, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg.

LE TRIBUNAL

Vu l'article 194, alinéa 3, du nouveau Code de procédure civile.

Vu les conclusions récapitulatives et ampliatives de Maître Fabienne RISCHETTE notifiées le 8 mars 2024.

Vu les conclusions récapitulatives et ampliatives de Maître Denis WEINQUIN notifiées le 22 mars 2024.

Vu le courrier du 18 avril 2024 (inventaire des pièces) du juge de la mise en état à l'attention des mandataires des parties.

Vu l'ordonnance de clôture de l'instruction du 14 mai 2024.

Résumé des faits et rétroactes

Le 20 juin 1996 vers 15h25 un accident de circulation s'est déroulé à ADRESSE4.)[1] lors duquel la camionnette conduite par PERSONNE2.) a été heurtée[2].

A la suite de cette collision, PERSONNE2.) a été grièvement blessé et le 30 juin 1996 lors de son hospitalisation il tomba dans un coma irréversible après un arrêt cardio-respiratoire[3].

Ainsi ont été posés deux diagnostics[4] :

- polytraumatisme de la route le 20 juin 1996 avec commotion-contusion cérébrale, double fracture de la mandibule, fracture clavicule gauche, plaies au niveau de la main gauche et du front,
- arrêt cardio-respiratoire le 30 juin 1996, entraînant de graves lésions cérébrales post-hypoxiques.

La double fracture de la mandibule avait été traitée par ostéosynthèse mandibule avec blocage intermaxillaire le 26 juin 1996[5].

La fracture de la clavicule gauche a bénéficié d'un traitement conservateur[6].

La double ostéosynthèse de la mandibule a été réalisée par les Dr *PERSONNE3.)* [Dr *PERSONNE4.)*[7]] et Dr PERSONNE1.) en tant qu'opérateurs et par le Dr PERSONNE5.) en tant qu'anesthésiste[8].

L'indication du protocole chirurgical de traitement de la fracture de mandibule est donnée par le Dr PERSONNE4.), stomatologiste consultant, sur présentation des radiographies par le Dr PERSONNE1.), laquelle effectue l'intervention le 26 juin, de 13 heures à 17 heures, sous

[1] Jugement du 14 mai 1998 du tribunal d'arrondissement de Diekirch, p. 4, al. 1
[2] Jugement du 14 mai 1998 précité, p. 4, al. 4
[3] Jugement du 14 mai 1998 précité, p. 4, al. 5
[4] Rapport du 12 août 1996 du Dr J. PERSONNE5.) du groupe Anesthésiologie-Réanimation-Samu
[5] Rapport du 12 août 1996 précité, sous « Traitement ad 1.2 »
[6] Rapport du 16 avril 2009 du Dr KAYSER et de Maître WINANDY, p. 2, al. 9
[7] Rapport du 12 août 1996 précité, sous « Traitement ad 1.2 »
[8] Compte-rendu opératoire du 3 juillet 1996

anesthésie générale. Les fractures sont contenues par deux mini-plaques métalliques vissées et la contention est complétée par la mise en place d'un blocage intermaxillaire sur arcs, arrimés aux dents, immobilisant les arcades dentaires par des ligatures métalliques entre les arcs, ce qui crée une situation de BOUCHE FERMEE[9].

La surveillance postopératoire au service de réanimation médicale se terminait le 28 juin 1996, jour du transfert d'PERSONNE2.) dans l'unité ORL[10].

Le 30 juin 1996 vers 4.50 heures, PERSONNE2.) a fait, après une dyspnée croissante, un arrêt cardio-respiratoire[11]. Après intubation il a pu être aspiré une quantité non négligeable de liquide gastrique à travers du tube endotrachéal[12].

Par ordonnance de référé du 30 août 1996[13], rendue entre PERSONNE2.), d'une part, et l'HÔPITAL1.), le Dr PERSONNE1.), et le Dr PERSONNE6.), d'autre part, le juge des référés près le tribunal d'arrondissement de Diekirch a notamment nommé comme experts le Professeur STRI*[C]*KER et le Professeur LAMY.

Par ordonnance du 20 septembre 1996, l'expert LAMY a été remplacé par le Professeur GRIBOMONT[14].

Par jugement du 14 mai 1998, le tribunal d'arrondissement de Diekirch, siégeant en matière correctionnelle, a condamné le chauffeur coupable PERSONNE7.) notamment à une amende[15] et, au civil, a reçu en la forme les demandes civiles d'PERSONNE2.), et de PERSONNE8.), épouse d'PERSONNE2.), agissant tant en son nom personnel qu'au nom de ses enfants mineurs PERSONNE9.) et PERSONNE10.)[16], et a nommé comme experts le Professeur STRI*[C]*KER, le professeur GRIBOMONT, le Docteur DELVAUX et Maître WINANDY[17].

Il existe un rapport d'expertise non daté du Professeur STRICKER et du Professeur GRIBOMONT[18].

Ces experts ont conclu :

« ** à la certitude clinique et radiologique d'une pneumopathie de déglutition, syndrome de Mendelsohn, reconnue sur les écrits des médecins anesthésiques ; la fausse déglutition de liquide gastrique ayant entraîné une hypoxie et un arrêt cardiaque.*
** à la certitude d'une perte de chances pour le blessé : perte de chances relevant d'une concordance de faits :*

- *une méconnaissance ou sous-estimation du risque réel encouru par le blessé lors de son transfert des soins intensifs à l'étage,*

[9] Rapport d'expertise du Professeur STRICKER et du Professeur GRIBOMONT, p. 3, dernier al., et p. 4, 1er al.
[10] Rapport du 12 août 1996 précité, page 1, dernière phrase
[11] Rapport du 12 août 1996 précité, page 2, première phrase
[12] Rapport du 12 août 1996 précité, page 2, troisième phrase
[13] Pièce n° 4 de la société SOCIETE1.)
[14] Jugement du 20 octobre 2015 du tribunal d'arrondissement de Diekirch, siégeant en matière civile, p. 11, al. 5
[15] Jugement du 14 mai 1998 précité, p. 11, al. 7
[16] Jugement du 14 mai 1998 précité, p. 12, al. 2
[17] Jugement du 14 mai 1998 précité, p. 12, 13 et 14
[18] Pièce n° 5 et pièce n° 20.5 de la société SOCIETE1.)

- *une mésestimation du risque présenté par l'évolution du blessé en chambre, bloqué bouche fermée, ayant présenté un épisode d'apnée au changement de position et manifestant des troubles digestifs itératifs,*
- *le défaut d'organisation et la dilution de la responsabilité dans le suivi du blessé, pour lequel on relève :*
  . la pauvreté des écrits,
  . l'illogisme de la conduite en chambre,

Mme le Dr. PERSONNE11.), chirurgien de garde pour l'établissement dans la nuit du 29 juin au 30 juin n'ayant pas été appelée ; ceci est d'autant plus regrettable que ce médecin était physiquement présente dans l'établissement.
Cette certitude est en contradiction avec la relation des circonstances de l'arrêt cardiaque, faite par les infirmières.

Monsieur PERSONNE2.), à l'issue de cette évolution, se trouve dans un état de totale dépendance […] ».

PERSONNE2.) est décédé en date du DATE1.)[19].

Il existe un rapport d'expertise du 16 avril 2009 du Dr KAYSER et de Maître WINANDY[20].

Ces experts ont noté :

« *On doit donc retenir que l'état du coma vigil de Mr PERSONNE2.) n'est pas à mettre en rapport avec l'accident de la voie publique mais avec la situation postopératoire notamment lors du transfert du service de réanimation vers les soins normaux.* »

Dans le cadre d'un litige entre, d'une part, PERSONNE12.), PERSONNE9.) et PERSONNE10.) – épouse, fille et fils de feu PERSONNE2.) – agissant tant à titre personnel qu'à titre d'héritiers, et, d'autre part, le HÔPITAL1.), la C.N.S., la C.N.A.P., le Dr PERSONNE13.), le Dr PERSONNE14.), l'A.A.A., et la société SOCIETE1.), le tribunal d'arrondissement de Diekirch, siégeant en matière civile, par jugement du 20 octobre 2015[21], a notamment (i) dit que PERSONNE12.), PERSONNE9.) et PERSONNE10.) ne sauraient prétendre à la réparation du préjudice personnel accru à feu PERSONNE2.), faute de reprise d'instance valable, et (ii) déclaré non fondées les demandes en indemnisation dirigées contre le HÔPITAL1.), le Dr PERSONNE13.) et le Dr PERSONNE14.).

La Cour d'appel, par arrêt du 9 juillet 2020[22], a notamment (i) déclaré l'appel principal non fondé pour autant qu'il a été dirigé contre le Dr PERSONNE13.) et le Dr PERSONNE14.), (ii) confirmé le jugement entrepris pour autant qu'il concerne le Dr PERSONNE13.) et le Dr PERSONNE14.), (iii) déclaré l'appel principal fondé en principe pour autant qu'il a été dirigé contre le HÔPITAL1.) et la société SOCIETE1.) et (iv), avant tout autre progrès en cause, a ordonné la révocation de l'ordonnance de clôture du 2 juillet 2020 et la réouverture des débats pour permettre aux parties de prendre des conclusions détaillées sur les montants qui sont réclamés à titre de préjudice par chacune des parties appelantes.

[19] Rapport du 16 avril 2009 précité, p. 3, 2ème al, 2ème phrase
[20] Pièce n° 7 et n° 21 de la société SOCIETE1.)
[21] Pièce n° 3 de la société SOCIETE1.)
[22] Pièce n° 1 de la société SOCIETE1.)

La société SOCIETE1.) a procédé aux indemnisations qui suivent[23] :

Bénéficiaire	Dédommagement au titre de	Indemnité
PERSONNE12.)	Vue des souffrances de l'être cher Perte de l'être cher Intérêts légaux	54.871,42 euros
PERSONNE9.)	Vue des souffrances de l'être cher Perte de l'être cher Intérêts légaux	54.871,42 euros
PERSONNE10.)	Vue des souffrances de l'être cher Perte de l'être cher Intérêts légaux	54.871,42 euros
Succession de feu PERSONNE2.)	Pretium doloris Frais de déplacement Aide d'une tierce personne Perte de revenus Intérêts légaux	355.389,79 euros
C.N.A.P.	Perte de revenus Intérêts légaux	76.799,07 euros
A.A.A.	Frais de traitement Perte de revenus Intérêts légaux	940.345,87 euros
		TOTAL : 1.537.148,99 euros

Prétentions et moyens

La société SOCIETE1.) demande (i) de recevoir l'assignation en la forme, (ii) de constater qu'elle est subrogée dans les droits des ayants droit de feu PERSONNE2.) à hauteur du montant de 1.537.148,99 euros, (iii) de retenir la responsabilité du Dr PERSONNE1.) sur le fondement des articles 1142 du Code civil, sinon sur le fondement des articles 1382 et 1383 du Code civil pour les manquements commis par cette dernière dans la prise en charge de son patient, (iv) de dire que la responsabilité du Dr PERSONNE1.) dans la survenance de l'arrêt cardiaque subi par le défunt et les séquelles consécutives est engagée pour une part prépondérante et ce dans une proportion non inférieure à 85%, (v) de condamner le Dr PERSONNE1.) au paiement à la société SOCIETE1.) du montant de 1.306.576,64 euros à augmenter des intérêts compensatoires au taux légal à compter des décaissements, sinon du jour de l'assignation, jusqu'à solde, (vi) à titre subsidiaire, d'ordonner une expertise médicale à confier à un chirurgien ORL, (vii) de condamner le Dr PERSONNE1.) au paiement d'une indemnité de procédure de 2.500 euros, et (viii) de la condamner encore au paiement des frais et dépens de l'instance avec distraction au profit de Maître Fabienne RISCHETTE qui la demande, affirmant en avoir fait l'avance.

Le Dr PERSONNE1.) se rapporte à la sagesse du tribunal quant à la recevabilité de l'assignation en la pure forme. Elle estime n'avoir commis aucune faute professionnelle en lien causal avec le dommage subi par PERSONNE2.) dans la nuit du 29 au 30 juin 1996 et demande de débouter la société SOCIETE1.) de ses prétentions. Elle conclut, en tout état de cause, au rejet de la demande en expertise médicale formulée par la société SOCIETE1.) pour être irrecevable, sinon non fondée. A titre subsidiaire, elle demande de dire qu'elle ne peut être tenue que des suites dommageables en lien causal avec sa faute personnelle et de retenir que la société SOCIETE1.) reste en défaut d'établir la faute commise par elle en lien causal avec le dommage subi par la victime dans la nuit du 29 au 30 juin 1996. Si faute il y a, elle ne pourrait

[23] Pièces n° 13, n° 14, n° 15, n° 16, n° 17 et n° 19 de la société SOCIETE1.)

correspondre à 85% du dommage subi par le défunt, de sorte qu'il faudrait réduire la part de responsabilité du Dr PERSONNE1.). En tout état de cause, elle conclut que les accords conventionnels conclus par la société SOCIETE1.) avec les ayants droits d'PERSONNE2.) et les organismes sociaux ne lui sont pas opposables. Partant, elle conclut au rejet des demandes de la société SOCIETE1.). A titre plus subsidiaire, il y aurait lieu de la condamner à une part des plus infimes dans l'indemnisation faite par la société SOCIETE1.). Elle demande (i) de condamner la société SOCIETE1.) à lui payer une indemnité de procédure de 5.000 euros, (ii) de la condamner à lui payer une indemnité de 5.000 euros sur base de l'article 6-1 du Code civil, (iii) de la condamner à lui payer le montant de 5.000 euros au titre des frais et honoraires de son conseil, et (iv) de condamner la société SOCIETE1.) à supporter tous les frais et dépens de l'instance, avec distraction au profit de Maître Denis WEINQUIN qui affirme en avoir fait l'avance.

Appréciation

La recevabilité

L'assignation a été introduite selon la forme prévue par la loi, de sorte qu'elle est recevable en la pure forme.

Les expertises

La société SOCIETE1.) verse trois rapports d'expertise ; celui des Professeurs STRICKER et GRIBOMONT et celui du Dr KAYSER et de Maître WINANDY – et une étude critique du rapport d'expertise des Professeurs STRICKER et GRIBOMONT établie par le Dr PERSONNE15.) en date du 14 avril 1999[24].

Le Dr PERSONNE1.) conclut qu'elle n'a participé en tout et pour tout qu'à une seule réunion d'expertise auprès du Professeur STRICKER, qui s'est tenue au CHU de ADRESSE5.) et qu'elle n'a jamais pu prendre inspection des pièces communiquées dans le cadre des diverses procédures judiciaires, si ce n'est dans le cadre de l'expertise menée par le Professeur STRICKER, dont son rapport rendu en 1998.

Le tribunal en déduit que le rapport des Professeurs STRICKER et GRIBOMONT est contradictoire dans le chef du Dr PERSONNE1.).

Le tribunal constate que si ces Professeurs font référence au jugement du tribunal correctionnel de Diekirch du 14 mai 1998[25], ils doivent avoir rendu leur rapport nécessairement aussi et en même temps dans le cadre de la procédure de référé initiée en 1996 alors qu'ils font état de l'audition des différents intervenants dans le cursus médical d'PERSONNE2.) en date des 12 novembre 1996, 4 juillet 1997 et 30 janvier 1998[26], soit à des dates antérieures au jugement du 14 mai 1998.

Concernant les deux autres rapports, le tribunal rappelle qu'un rapport d'expertise unilatéral, régulièrement communiqué et soumis à la libre discussion des parties, vaut comme élément de preuve et ne saurait être écarté en raison de son seul caractère unilatéral[27], sauf que la décision

[24] Pièce n° 6 de la société SOCIETE1.)
[25] p. 1 du rapport
[26] p. 2 du rapport
[27] Cass. 7 novembre 2002, Pas. 32, p. 363

ne peut être uniquement fondée sur une expertise ordonnée dans le cadre d'une instance judiciaire dans laquelle le Dr PERSONNE1.) n'était pas partie[28].

La communication de pièces

Si le Dr PERSONNE1.) demandait la production forcée de pièces, une telle demande ne ressort plus de ses dernières conclusions récapitulatives et ampliatives.

Le tribunal constate, à l'instar du Dr PERSONNE1.), que la société SOCIETE1.) verse le compte rendu journalier de l'hospitalisation[29].

La subrogation

La société SOCIETE1.) conclut que par l'effet des paiements intervenus, elle est subrogée dans les droits des ayants droit du défunt en vertu des conventions de règlement et quittance anticipative des 2 juin 2022, 4 juillet 2022 et du 9 septembre 2022 et de l'article 1250 du Code civil, sinon en vertu de la subrogation légale prévue à l'article 52 de la loi modifiée du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance et de l'article 1251-3 du Code civil.

Comme l'évènement ayant conduit aux quittances de règlement et la subrogation conventionnelle s'est réalisé le 30 juin 1996, le Dr PERSONNE1.) conclut à l'application de la loi du 16 mai 1891 relatif au contrat d'assurance.

Il ressort de chacune des conventions de règlement et quittance anticipative que le bénéficiaire respectif reconnaît avoir reçu la somme respective de la société SOCIETE1.) et déclare subroger la société SOCIETE1.) dans tous ses droits et actions contre les tiers du chef des dommages occasionnés.

L'action subrogatoire de la société SOCIETE1.) est donc recevable sur base de l'article 1250 1° du Code civil en application duquel la subrogation est conventionnelle lorsque le créancier recevant son paiement d'une tierce personne la subroge dans ses droits, actions, privilèges ou hypothèques contre le débiteur ; cette subrogation devant être expresse et faite en même temps que le paiement.

La responsabilité du Dr PERSONNE1.)

La société SOCIETE1.) conclut à un contrat médical entre le Dr PERSONNE1.) et PERSONNE2.). La demande est basée subsidiairement sur la responsabilité délictuelle. En renvoyant à la page 18 de l'arrêt du 9 juillet 2020, elle conclut que la Cour d'appel tient pour responsable le HÔPITAL1.) d'un défaut de supervision du Dr PERSONNE1.) qui, par ses propres manquements à son obligation de soins, a causé le dommage.

Le Dr PERSONNE1.) conclut que l'action de la société SOCIETE1.) repose sur le régime de la responsabilité contractuelle tirée des articles 1142 et suivants du Code civil, pour avoir exercé en qualité de médecin indépendant à l'hôpital, c'est-à-dire en régime hospitalier dit « ouvert ».

[28] Cass. 8 décembre 2005, Pas. 33, p. 143
[29] Pièce n° 20.7 de la société SOCIETE1.)

Dans le cadre de leurs développements relatifs à la période préopératoire, les Professeurs STRICKER et GRIBOMONT retiennent que le blessé avait repris conscience et qu'il avait été informé et avait donné son accord pour le traitement de la fracture de mandibule par voie d'accès cutanée sous-mandibulaire[30].

La responsabilité du médecin à l'égard de son patient est donc, en l'espèce, de nature contractuelle.

Par contre la responsabilité du médecin est de nature délictuelle lorsque le prétendu préjudice est causé à une autre personne que le patient lui-même. L'effet relatif du contrat, découlant de l'article 1165 du Code civil, s'oppose à ce qu'un tiers puisse, en l'absence d'une stipulation pour autrui, invoquer le contrat conclu entre le patient et le médecin.

L'obligation de soins du médecin est une obligation de moyens.

Cette obligation constitue le type même de l'obligation de moyens, entraînant que le patient qui entend engager la responsabilité du médecin doit rapporter la preuve d'une faute de celui-ci, d'un dommage et d'un lien de causalité entre la faute et le dommage. L'acte médical est en effet intrinsèquement aléatoire ; le risque lui est consubstantiel. Le comportement du médecin est apprécié in abstracto. Le comportement du médecin normalement prudent et diligent s'apprécie par référence à l'attitude qu'aurait adoptée, dans des circonstances analogues, un confrère médecin, et plus précisément un médecin de même formation et d'expérience professionnelle semblable[31].

Avant de procéder à l'analyse des fautes reprochées par la société SOCIETE1.) au Dr PERSONNE1.), il échet de se référer au rapport d'expertise des Professeurs STRICKER et GRIBOMONT.

Il en ressort que dans le déroulement des faits, trois phases sont à discerner : la première concerne la période préopératoire, la seconde concerne la période post-opératoire immédiate, au cours de laquelle le blessé était hospitalisé aux soins intensifs du 26 juin au 28 juin dans la soirée, date de son retour en chambre à l'étage, et la troisième concerne la période post-opératoire secondaire, après son retour en chambre du 28 juin à 22h30 au 30 juin au petit matin, heure de l'arrêt cardiaque.

Concernant plus particulièrement les deuxième et troisième phase il est retenu notamment ce qui suit :

« *2° PERIODE OPERATOIRE ET POST-OPERATOIRE IMMEDIATE*

[…] Le blessé était sous prescription d'antibiotiques, en l'occurrence par Augmentin depuis la période pré-opératoire. Il est réhospitalisé aux soins intensifs à l'issue de l'intervention. Le patient est conscient le lendemain Jeudi 27 juin et il est mis au fauteuil. Il est porteur d'une sonde nasale d'alimentation.

Il est à noter que le protocole de traitement de la fracture mandibulaire est critiquable, en ce sens que la contention des foyers par une ostéosynthèse par plaques vissées ne requiert pas la

[30] Rapport d'expertise du Professeur STRICKER et du Professeur GRIBOMONT, p. 3, al. 4
[31] Georges RAVARANI, La responsabilité civile, 3ème édition, 2014, n° 656, p. 673

mise en place complémentaire d'un blocage intermaxillaire sur arcs, mais ceci n'a pas de relation directe avec l'évolution ultérieure.

Le vendredi 28 juin, le blessé est fébrile, ainsi qu'en témoigne la feuille de température ; ce qui motive une hémoculture, il présente un déficit respiratoire multifactoriel, en raison de la fracture de clavicule avec contusion thoracique, de la prescription de sédatifs de type HALDOL par le Dr. PERSONNE16.), en raison de son agitation et de son état bronchique antérieur, dont témoigne la radiographie pulmonaire en date du 20 avril 1996.

Le blessé est aspiré de façon répétée et on lui administre un « claping » journalier pour favoriser l'évacuation bronchique.

La décision de transfert du blessé des soins intensifs vers l'hospitalisation en chambre est prise le vendredi 28 juin en soirée, pour, semble-t-il, la nécessité de libérer un lit aux soins intensifs pour un abdomen aigu. Cette décision aurait été prise de façon collégiale par le Dr. PERSONNE17.), anesthésiste, le Dr. PERSONNE16.), neurologue avec l'assentiment du Dr. PERSONNE18.), chirurgien O.R.L., ayant traité la fracture et du Dr. PERSONNE11.). Il n'existe pas de document écrit concernant le transfert.

Le transfert est effectué à 22H 30 le vendredi 28 juin et il apparaît aux experts que dans cette situation de nécessité, l'état réel du patient et le risque inhérent, ont été mésestimés. Par ailleurs, l'examen des feuilles de température montre un certain flou dans la chronologie ; la feuille de température est illisible en 3 points en date du 28 juin et la feuille de réanimation s'interrompt le 28 juin à 19 H.

3° LA PERIODE POST-OPERATOIRE TARDIVE

après retour en chambre à deux lits le vendredi 28 juin à 22 H 30.

Le service d'étage de 24 lits est géré en période de nuit par une infirmière, une aide-soignante avec, en outre, une infirmière joignable par « bip » pour l'ensemble de la clinique.
L'infirmière de nuit prend son service à 22 H, après avoir recueilli un rapport oral sur l'état des patients par l'infirmière de jour, en poste de 14 H à 22 H.

Les déclarations, concernant la journée du 29 juin et la nuit du 29 juin au 30 juin sont imprécises, voire contradictoires, en particulier, il est fait état sur le dossier d'un appel à Mme le Dr. PERSONNE11.) à 20 H le samedi 29 ; ceci est dénié par l'intéressée.

Mr PERSONNE2.) a été vu le samedi 29 juin dans la matinée par Mme le Dr. PERSONNE18.), il était encombré, requérait une aspiration fréquente de glaires, mais selon ce praticien, son état n'inspirait pas d'inquiétude.
Au cours de la journée, il était agité et a présenté des épisodes de vomissements en début d'après-midi. Il a été revu par Mme le Dr. PERSONNE18.) en fin de journée selon les déclarations de Mme PERSONNE19.), infirmière de jour de l'après-midi.

Mme PERSONNE19.) déclare, par ailleurs, nous citons, « le patient n'aurait pas dû être à l'étage, il aurait dû être aux soins intensifs ».
L'état du blessé s'est dégradé dans la soirée avec des épisodes de vomissements, de débâcle diarrhéique à répétition et … fait important, lors de la mobilisation du patient pour changer la literie, il a présenté un épisode d'APNEE en décubitus latéral ; ce qui aurait motivé, aux

dires de Mme PERSONNE20.), aide-soignante de nuit à l'étage, un appel à Mr le Dr. PERSONNE5.), médecin anesthésiste.

Au cours de la nuit, selon un horaire discordant :
3 H 45 selon la sœur du patient,
4 H 30 selon Mme PERSONNE21.), infirmière de nuit,
le patient réitère un épisode d'apnée, déclenche un arrêt respiratoire et un arrêt cardiaque.

Le blocage intermaxillaire est levé par l'infirmière, le blessé est intubé par l'infirmière des soins intensifs, Mme PERSONNE22.). Les infirmières déclarent qu'il n'y a pas eu de nécessité d'aspirer dans la bouche. Un massage cardiaque est institué pendant 7 minutes.
Après intubation, une quantité non négligeable de liquide gastrique est aspiré par le tube endotrachéal (rapport du Dr. PERSONNE5.) en date du 12 août 1996).
Le blessé est trachéotomisé le 1er août. […] ».

Le tribunal relève d'ores et déjà que le rapport PERSONNE15.) ne constitue qu'une étude critique du rapport des Professeurs STRICKER et GRIBOMONT, de sorte que, selon les éléments à disposition du tribunal, cet expert n'a pas procédé à une analyse basée sur une enquête propre incluant tant l'audition du personnel que l'exploitation de la documentation hospitalière telle qu'elle a été faite par les prédits Professeurs.

La société SOCIETE1.) reproche dans ce contexte les fautes suivantes au Dr PERSONNE1.) :

- une première faute qui relève de sa participation à la prise de décision collégiale du transfert du patient des soins intensifs à l'étage en méconnaissance ou en sous-estimant le risque réel encouru par le patient
- une seconde faute par sa mésestimation du risque présenté par l'évolution du patient en chambre, bloqué bouche fermée, ayant présenté un épisode d'apnée au changement de position et manifestant des troubles digestifs itératifs
- une troisième faute résultant d'un défaut de tenue du dossier médical du patient ayant ainsi directement contribué à un défaut d'organisation et à une dilution des responsabilités dans le suivi du patient.

Le médecin peut engager sa responsabilité tant à l'occasion du diagnostic, que dans la phase du traitement du malade, et encore dans le suivi du patient une fois le traitement réalisé[32].

La preuve requise est celle d'une faute dans le chef du Dr PERSONNE1.) commise en juin 1996. Le tribunal considère dans ce contexte de la charge de la preuve qu'il est commandé d'analyser le comportement du Dr PERSONNE1.) dans la prise en charge successive du patient et donc dans le cadre de chaque étape du traitement.

Le transfert du patient à l'étage :

Selon la société SOCIETE1.) les experts ont relevé que le Dr PERSONNE1.) a participé à la prise de décision collégiale du transfert du patient des soins intensifs à l'étage. Elle critique que le Dr PERSONNE1.) affirme des années après, avoir été absente au moment de cette prise de décision et ne pas avoir été habilitée à prendre cette décision. La société SOCIETE1.) estime que le suivi-postopératoire aurait incombé au Dr PERSONNE1.) et que celle-ci aurait accepté que son patient soit admis dans son service ORL.

[32] Georges RAVARANI, op. cit. n° 658, p .675

Le Dr PERSONNE1.) conclut qu'il ne ressort d'aucun document versé aux débats dans quelle condition exacte a eu lieu le transfert du patient du service de réanimation vers le service en chambre. Le rapport d'expertise des Professeurs STRICKER et GRIBOMONT reposerait sur des supputations à ce sujet. Il ne serait pas prouvé que c'est elle qui a pris cette décision.

Il est vrai que le rapport d'expertise des Professeur STRICKER et GRIBOMONT n'est pas concluant à ce sujet en ce qu'ils retiennent :

« *Cette décision aurait été prise de façon collégiale par le Dr. PERSONNE17.), anesthésiste, le Dr. PERSONNE16.), neurologue avec l'assentiment du Dr. PERSONNE18.), chirurgien O.R.L., ayant traité la fracture et du Dr. PERSONNE11.).* » (souligné par le tribunal).

Il en ressort qu'ils ne sont pas sûr quant aux médecins ayant pris part à cette décision non documentée.

Le médecin ne répond des suites fâcheuses de ses interventions que si, eu égard à l'état de la science et des règles consacrées de la pratique médicale, la victime est en mesure d'établir qu'il a commis une imprudence, une inattention ou une négligence relevant d'une méconnaissance certaine de ses devoirs[33].

S'il est évident que le personnel soignant de l'hôpital n'est pas susceptible d'avoir transféré de sa propre initiative le patient et s'il est vrai que le Dr PERSONNE1.) a nécessairement accepté le transfert à l'étage en ce qu'elle a assuré le suivi post-opératoire, il n'est pas établi qu'elle ait méconnu de manière certaine à un devoir relevant de sa propre compétence. Ce d'autant plus que les experts ne relèvent pas pour combien de temps ou pour quelles raisons la victime aurait dû rester à la station des soins intensifs et dans quelle mesure le syndrome constaté par eux aurait pu être évité à la station des soins intensifs.

La mésestimation du risque présenté par l'évolution du patient en chambre :

Le médecin doit assurer une surveillance du patient conforme aux données acquises de la science, surtout dans la phase postopératoire[34]. Encore que son obligation soit de moyens, il doit tout faire pour prévenir les complications, y compris celles qui sont rares[35]. S'il ne surveille pas personnellement l'état de l'opéré, il doit confier cette surveillance à une personne qualifiée[36].

Le Dr PERSONNE1.) précise avoir prescrit au patient le médicament « *Prepulsid* » qui agit contre le reflux gastrique le matin du 29 juin 1996, afin d'éviter au patient de devoir subir des épisodes de vomissements. Le Dr PERSONNE1.) soutient qu'il est important de placer la sonde d'alimentation au niveau de l'œsophage et non directement dans l'estomac afin d'éviter au maximum les reflux gastriques. C'est ce geste médical qu'elle aurait effectué le matin du 29 juin 1996 et il ne serait nullement indiqué sur la fiche infirmière que le patient aurait déjà présenté des reflux gastriques à ce moment-là.

[33] Georges RAVARANI, op. cit. n° 656, p. 674
[34] Georges RAVARANI, op. cit. n° 661, p. 677
[35] Georges RAVARANI, op. cit. n° 656, p. 674
[36] Georges RAVARANI, op. cit. n° 661, p. 677

La société SOCIETE1.) estime que cette prise en charge (déplacement de la sonde alimentaire et prescription du médicament « *Prepulsid* ») constitue un élément nouveau. En raison de ces gestes tout porterait donc à croire que le patient présentait déjà des épisodes de reflux gastriques dans la matinée.

Quant à la demande en institution d'une expertise, le Dr PERSONNE1.) conclut qu'il n'appartient pas au tribunal de pallier la carence d'une partie dans l'administration de la preuve des faits, qu'elle allègue, en ordonnant une expertise.

La société SOCIETE1.) conclut que la gestion de la sonde gastrique n'avait jamais été abordée auparavant dans cette affaire et est susceptible de soulever plusieurs interrogations. La dégradation de l'état du patient, qui ne présentait selon les dires du Dr PERSONNE1.) aucune inquiétude jusque-là, s'est produite après la réalisation de ce geste médical de sécurité selon la société SOCIETE1.).

Le tribunal se réfère au compte rendu journalier de l'hospitalisation[37]. Pour le 29 juin, des mentions manuscrites existent concernant le prédit médicament et la sonde alimentaire :

« […] *Dr. PERSONNE1.)* → *Prepulsid* [illisible] *%* » et « *Magensonde bis Markierung 4* [flèche] *liegt Oesophague* […] ».

Contrairement à la position de la société SOCIETE1.) la défense du Dr PERSONNE1.) quant au traitement procuré ne contient donc pas des éléments nouveaux.

Ainsi, la demande de la société SOCIETE1.) quant à l'institution d'une nouvelle expertise est donc d'ores et déjà à rejeter.

Dans une prise de position du 22 septembre 2023[38], le Professeur PERSONNE23.) retient notamment ce qui suit :

« *[…] 1. Le placement d'une sonde naso-oesophagienne dans l'estomac et non dans l'œsophage est reconnu comme un facteur favorisant de reflux. En effet, une sonde placée dans l'estomac impacte négativement la tonicité du sphincter oesophagien inférieur, lequel doit être contracté (tonus) en postprandial.*

2. En cas de reflux gastro-oesophagien et laryngopharyngé secondaires à une position gastrique d'une sonde naso-oesophagienne, il convient de replacer la sonde dans l'œsophage et de prescrire un gastroprokinétique afin d'éviter les remontées du contenu gastrique au niveau de la sphère ORL. En effet, le gastroprokinétique est physiologiquement supérieur aux antiacides qui n'ont que comme effet, de basifier les remontées du contenu de l'estomac, lesquelles contiennent des enzymes capables de léser les tissus des muqueuses respiratoires dans un environnement faiblement ou non acide. […] ».

Eu égard à cette prise de position, force est de constater que le Dr PERSONNE1.) – le matin même suivant la soirée du transfert du patient à l'étage (vers 23.30 selon le compte rendu journalier de l'hospitalisation) – a pris des mesures de précaution adaptées pour éviter un reflux gastrique.

[37] Pièce n° 20.7 de la société SOCIETE1.)
[38] Pièce n° 2 du Dr PERSONNE1.)

Eu égard au deuxième point de cette prise de position, un déplacement de la sonde est indiqué en cas de reflux gastro-oesophagien et laryngopharyngé secondaires à une position gastrique d'une sonde naso-oesophagienne.

Ainsi, il n'est effectivement pas exclu qu'un reflux existait déjà au moment du geste médical du Dr PERSONNE1.). Cependant, ceci n'est pas relevé par les Professeurs STRICKER et GRIBOMONT ; ces derniers font état d'une aspiration fréquente de glaires. En raison du traitement antérieur pour favoriser l'évacuation bronchique et en l'absence d'autre explication, le tribunal doit mettre la prédite aspiration en relation avec l'état bronchique antérieur du patient. Si un reflux existait et si donc le Dr PERSONNE1.) n'agissait pas de manière purement préventive, il n'en reste pas moins qu'elle a agi conformément à ce qui était requis.

La société SOCIETE1.) estime plus particulièrement que l'issue tragique aurait pu être évitée si le Dr PERSONNE1.) avait pris les mesures adéquates de déblocage intermaxillaire permettant au patient d'évacuer les fluides et matières gastriques.

Le Dr PERSONNE1.) conclut qu'à tout moment dans la journée du 29 juin 1996 une infirmière aurait pu débloquer les maxillaires du patient pour aspirer les fluides et reflux gastriques si besoin en était, sinon d'appeler un médecin pour le faire devant le constat de l'aggravation de l'état de santé du patient. Il ressortirait d'ailleurs des documents versés aux débats qu'elle n'était pas de service, contrairement au Dr PERSONNE24.).

La société SOCIETE1.) estime que l'acte de débloquer les maxillaires ne relevait pas de la compétence ou de la responsabilité d'une infirmière ; seulement lorsqu'il existe une urgence vitale un membre du personnel infirmier pourrait exceptionnellement poser un acte médical.

Le tribunal constate que si les Professeurs STRICKER et GRIBOMONT critiquent le protocole de traitement de la fracture mandibulaire en ce sens que la mise en place complémentaire d'un blocage intermaxillaire sur arcs n'était pas requise, ils concluent aussi que ceci n'a pas de relation directe avec l'évolution ultérieure.

Quant à une relation indirecte avec l'évolution ultérieure, le tribunal constate que l'expert PERSONNE15.) retient qu'une aspiration de liquide gastrique connue sous l'expression de syndrome de Mendelsohn peut arriver aussi par une impossibilité d'évacuer les matières vomies.

Cependant, le matin de la visite du Dr PERSONNE1.), PERSONNE2.) n'avait pas encore présenté des épisodes de vomissements ; les Professeurs STRICKER et GRIBOMONT retenant des premiers épisodes de vomissements en début d'après-midi.

Le Dr PERSONNE1.) conclut qu'il existe une seule phrase attribuée à une infirmière de service (SOCIETE2.)), retranscrite dans le premier rapport d'expertise, reprise en boucle par les autres experts sans qu'aucune vérification n'ait été faite sur ces dires ; cette phrase n'étant confirmée par aucune pièce du dossier médical du patient le jour en question (29 juin 1996). Le Dr PERSONNE1.) conteste sa présence à l'hôpital l'après-midi du jour précédant celui au cours duquel PERSONNE2.) a fait un arrêt cardiaque. Après avoir quitté l'hôpital peu avant 12h00 le 29 juin 1996, elle aurait laissé des instructions à l'infirmière de jour en ce qui concerne le médicament à administrer au patient contre les reflux gastriques.

La société SOCIETE1.) conclut que le Dr PERSONNE1.) n'a jamais contesté les déclarations et les constatations faites au rapport des Professeurs STRICKER et GRIBOMONT, de sorte qu'elle ne pourrait plus contester qu'une analyse précise et documentée de sa prise en charge a été faite et qu'elle a vu son patient à deux reprises le 29 juin 1996. Le fait que la fiche infirmière renseigne une visite du Dr PERSONNE25.) à 13h30 n'exclurait pas que le Dr PERSONNE1.) ait visité aussi son patient au cours du même après-midi. L'absence de contestation quant au fait établi lors des opérations d'expertise contradictoires équivaudrait à l'aveu du fait consigné au rapport, à savoir le fait que le Dr PERSONNE1.) a vu son patient dans l'après-midi du 29 juin 1996.

Le Dr PERSONNE1.) estime, quant à un prétendu aveu de sa part, qu'il ne ressort d'aucun élément du dossier qu'elle a été confrontée aux dires de l'infirmière PERSONNE19.) avant que ses allégations n'ont été retranscrites par les experts dans leur rapport définitif. Elle ajoute ne pas avoir été confrontée aux rapports des autres experts. Elle estime qu'il ne lui incombe pas de prouver qu'elle n'a pas visité le patient l'après-midi du jour en question.

La société SOCIETE1.) estime que si le Dr PERSONNE1.) n'était plus à la clinique l'après-midi du 29 juin 1996, elle aurait dû demander à un confrère médecin de surveiller le patient concernant la réaction de ce dernier au déplacement de la sonde gastrique et à l'administration du médicament contre les reflux gastriques.

La présence du Dr PERSONNE1.) l'après-midi du 29 juin 1996 retenue par les Professeurs STRICKER et GRIBOMONT repose sur les déclarations d'une infirmière et donc sur les déclarations de celle-ci devant les experts.

L'aveu ne peut avoir pour objet qu'un fait. La deuxième visite du patient le 29 juin 1996 constitue un fait dont la preuve peut être rapporté par aveu. Or, pour valoir aveu, la déclaration impliquant un aveu doit émaner de la personne à laquelle on oppose un aveu. En l'espèce, une telle déclaration n'est pas établie. L'absence de contestation de la déclaration SOCIETE2.) contenue au rapport d'expertise définitif ne saurait être reprochée au Dr PERSONNE1.), alors qu'il n'est pas avéré qu'elle a été confrontée à cette déclaration au cours des opérations d'expertise et que jusqu'à présent elle n'avait pas l'occasion de se défendre contre le rapport des Professeurs STRICKER et GRIBOMONT alors que ledit rapport ne lui a jamais été opposée entre 1998 et 2022. Une intention ou une volonté de la part du Dr PERSONNE1.) de reconnaître pour vrai et comme avéré à son égard d'avoir rendu une deuxième fois visite à son patient le 29 juin 1996 n'est pas établie.

Eu égard à la contestation du Dr PERSONNE1.), au témoignage indirect résultant du rapport d'expertise, à l'absence de témoignage direct dûment établi et à l'absence de mention de la présence du Dr PERSONNE1.) sur le compte rendu journalier de l'hospitalisation après sa visite du matin du 29 juin 1996, le tribunal considère qu'une deuxième visite l'après-midi du samedi 29 juin 1996 n'est pas établie.

L'état de santé du patient s'est donc dégradé après la visite matinale du Dr PERSONNE1.) sans qu'il ne soit établi qu'elle lui a rendu visite une deuxième fois le 29 juin 1996. Le patient se trouvait donc sous la garde du personnel soignant.

Aucun élément du dossier ne permet de conclure que d'office le personnel soignant de l'hôpital ne disposait pas des compétences et qualifications pour assurer cette garde et que le Dr PERSONNE1.) devait le savoir.

Dès l'admission d'un patient dans un hôpital, il se forme entre l'hôpital et le patient un contrat d'hospitalisation en vertu duquel l'établissement hospitalier doit non seulement assurer le logement et l'alimentation de son patient, mais doit lui prodiguer des soins accessoires au traitement médical proprement dit, tels que l'administration des médicaments prescrits, piqûres, relevés de température et la garde du malade. Les soins hospitaliers comprennent les précautions classiques qui, un certain temps avant une intervention (période pré-opératoire), préparent celle-ci, et les tâches ultérieures et classiques consécutives à cette intervention (période post-opératoire)[39].

Le personnel soignant, assurant la garde du patient, devait prendre les mesures appropriées, le cas échéant en faisant appel au médecin traitant ou au médecin de service, pour faire procéder à l'ouverture de la bouche en cas d'épisodes de vomissements alors qu'à côté du syndrome retenu par les Professeurs STRICKER et GRIBOMONT, il existait en cas de bouche fermée remplie par des matières vomies – de manière évidente – un risque d'étouffement.

Aucun élément au dossier ne permet de conclure que le Dr PERSONNE1.) a été avertie de la situation et/ou appelée pour se rendre à l'hôpital au cours de l'après-midi ou le soir. Le tribunal constate à ce sujet que c'est le nom du Dr PERSONNE25.) qui apparaît trois fois à partir de 13h30 sur le compte rendu journalier de l'hospitalisation pour la journée du 29 juin 1996.

Si au cours de la journée, PERSONNE2.) était agité et a présenté des épisodes de vomissements en début d'après-midi, et si son état s'est dégradé dans la soirée avec des épisodes de vomissements, de débâcle diarrhéique à répétition et un épisode d'apnée en décubitus latéral, le Dr PERSONNE1.) ignorait ces événements, de sorte qu'une mésestimation dans son chef du risque présenté par l'évolution du blessé en chambre après son passage le matin du 29 juin 1996 ne saurait être retenue par le tribunal.

Le défaut de tenue du dossier médical du patient :

Le Dr PERSONNE1.) estime ne pas avoir disposé du pouvoir pour intervenir à ce sujet.

La société SOCIETE1.) se réfère à l'article 39 du Code de déontologie médicale du 21 mai 1991 suivant lequel le médecin établit en règle générale un dossier médical pour ses patients.

Le tribunal constate que le Dr PERSONNE1.) a établi un compte rendu opératoire quant à l'intervention chirurgicale, mais datant du 3 juillet 1996. Concernant la période cruciale, le tribunal constate que le compte rendu journalier de l'hospitalisation à disposition du tribunal contient quant à l'intervention du Dr PERSONNE1.) le 29 juin 1996 des indications quant aux actes posés. Si la documentation hospitalière versée se limite à trois pages[40], il existe au moins encore la feuille de réanimation mentionnée par les Professeurs STRICKER et GRIBOMONT[41].

S'il est indéniable que dans le cadre de son obligation de soins, le Dr PERSONNE1.) doit utiliser et faire remplir le fichier du patient au sein de l'hôpital pour assurer son suivi convenable par le personnel soignant, le tribunal constate, d'une part, que pour le jour crucial du 29 juin 1996, l'intervention du Dr PERSONNE1.) est retraçable, et, d'autre part, que les

[39] T.A.L. 8ème chambre, 19.2.2008, n° 36/2008, n° 78857 du rôle
[40] Pièce n° 20.7 de la société SOCIETE1.)
[41] p. 5, al. 2 du rapport d'expertise

Professeurs STRICKER et GRIBOMONT omettent de préciser quelles informations de la part du Dr PERSONNE1.) manquaient suite à son passage le matin du 29 juin 1996. Finalement, le Dr PERSONNE1.) n'était pas amenée à annoter davantage le fichier du patient plus tard dans la journée alors qu'à l'instar de ce qui a été retenu ci-avant, elle n'a été ni avertie ni appelée.

La conclusion :

Le tribunal n'a pas retenu de faute dans le chef du Dr PERSONNE1.), de sorte que sa responsabilité contractuelle, sinon sa responsabilité délictuelle n'est pas engagée.

Les demandes de la société SOCIETE1.) sont donc à déclarer non fondées.

Les demandes accessoires

Au vu de l'issue du litige la société SOCIETE1.) est à débouter de sa demande en allocation d'une indemnité de procédure et elle doit supporter les frais et dépens de l'instance avec distraction au profit de Maître Denis WEINQUIN sur ses affirmations de droit.

Le Dr PERSONNE1.) conclut que cette procédure a été entamée contre elle de totale mauvaise foi et nuit gravement à sa réputation.

La société SOCIETE1.) estime qu'aucune mauvaise foi, aucun abus de droit et aucune intention vexatoire ne peuvent lui être reprochés.

L'exercice d'une action en justice ne dégénère en faute que si elle constitue un acte de malice ou de mauvaise foi ou au moins une erreur grossière équipollente au dol ou si le demandeur a agi avec une légèreté blâmable. Suite aux indemnisations intervenues, la société SOCIETE1.), subrogée dans les droits des personnes et organismes indemnisés, a agi contre le Dr PERSONNE1.) pour récupérer une partie des sommes décaissées par elle. Dans le cadre de cette action la preuve d'une mauvaise foi ou d'une intention de nuire n'est pas rapportée. Le tribunal déboute donc le Dr PERSONNE1.) de sa demande sur base de l'article 6-1 du Code civil.

La demande du Dr PERSONNE1.) en remboursement de frais et honoraires d'avocat est à qualifier de demande sur base des articles 1382 et 1383 du Code civil.

La société SOCIETE1.) conteste cette demande.

Comme le Dr PERSONNE1.) ne démontre aucun préjudice, le tribunal la déboute d'ores et déjà de cette demande.

La condition d'iniquité requise par l'article 240 du nouveau Code de procédure civile n'étant pas remplie dans le chef du Dr PERSONNE1.), le tribunal la déboute de sa demande en allocation d'une indemnité de procédure.

PAR CES MOTIFS

le Tribunal d'arrondissement de Diekirch, siégeant en matière civile et en première instance, statuant contradictoirement,
reçoit l'assignation en la pure forme ;

dit non fondées les demandes de la société SOCIETE1.) S.A. ;

partant, **déboute** la société SOCIETE1.) S.A. ;

déboute Dr PERSONNE1.) de sa demande sur base de l'article 6-1 du Code civil, de sa demande en remboursement de frais et honoraires d'avocat et de sa demande en allocation d'une indemnité de procédure ;

met les frais et dépens de l'instance à charge de la société SOCIETE1.) S.A. avec distraction au profit de Maître Denis WEINQUIN.

Ainsi prononcé en audience publique au Palais de Justice à Diekirch par Nous, Lexie BREUSKIN, 1ier Vice-Président du Tribunal d'Arrondissement, assistée greffier Pit SCHROEDER.

Le Greffier
Pit SCHROEDER

Le 1ier Vice- Président
Lexie BREUSKIN