

NE_GERICHTE CDP.2018.426 vom 15. Februar 2019

NE Tribunal cantonal, 2019-02-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2018.426

FR: NE_GERICHTE CDP.2018.426 du 15 février 2019

IT: NE_GERICHTE CDP.2018.426 del 15 febbraio 2019

Erwägungen

E. 1

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

E. 2

a) L'exercice des professions médicales universitaires à titre indépendant est réglé par la loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales (RS 811.11; ci-après : LPMéd). Aux termes de l'article 34 LPMéd, les cantons sont compétents pour appliquer le droit fédéral et pour délivrer l'autorisation de pratiquer une profession médicale à titre d'activité économique privée, sous propre responsabilité professionnelle, sur leur territoire. En vertu du principe du parallélisme des formes, ils le sont également pour retirer celle-ci lorsque les conditions de l'article 36 LPMéd ne sont plus remplies (Sprumont /Guinchard/Schorno , in : Ayer/Kieser/Poledna/Sprumont, Commentaire de la loi sur les professions médicales [LPMéd], 2009 (cité ci-après: Commentaire), no 21, p. 61). Selon l'alinéa 1 de cette disposition, l'autorisation de pratiquer à titre d'activité économique privée, sous propre responsabilité professionnelle, est octroyée si le requérant est titulaire du diplôme fédéral correspondant (let. a), est digne de confiance et présente, tant physiquement que psychiquement, les garanties nécessaires à un exercice irréprochable de la profession (let. b) et dispose des connaissances nécessaires dans une langue officielle du canton pour lequel l'autorisation est demandée (let. c). L'article 38 LPMéd prévoit que l'autorisation est retirée si les conditions de l'octroi ne sont plus remplies ou si l'autorité compétente constate, sur la base d'événements survenus après l'octroi de l'autorisation que celle-ci n'aurait pas dû être délivrée. A la différence de ce qui prévaut pour les mesures disciplinaires, la sanction administrative consistant dans le retrait ou la limitation de l'autorisation de pratiquer prévue par cette disposition ne nécessite toutefois pas de faute du professionnel de santé (Message du 03.12.2004 concernant la loi fédérale sur les professions médicales universitaires, FF 2005 157) ni d'ailleurs de violation des devoirs professionnels (arrêts du TF des 13.01.2015 [2C_504/2014] cons. 3.3 et 17.06.2014 [2C_879/2013] cons. 4.3) . Il s'agit d'une mesure administrative, en quelque sorte d'un ■ retrait de sécurité ■ (Dumoulin , Commentaire, no 4 ad art. 38, p. 328). Elle est à distinguer de la sanction disciplinaire de l'article 43 LPMéd , qui peut être prononcée par l'autorité de surveillance en cas de violation des devoirs professionnels, des dispositions de ladite loi ou de ses dispositions d'exécution (cf. sur la distinction entre ces deux procédures pour les avocats, ATF 137 II 425 cons. 7.2, cf. également cons. 3.2 non publié). La LPMéd fixe des devoirs professionnels uniformes et exhaustifs pour toute la Suisse, réglementés à l'article 40 LPMéd (Message précité, FF 2005 157). Aux termes de cette disposition, les médecins sont notamment tenus d'exercer leur activité avec soin et conscience professionnelle et de respecter les limites des compétences acquises dans le cadre de leur formation universitaire, de leur formation postgrade et de leur formation continue (let. a); d'approfondir, développer et améliorer leurs

connaissances, aptitudes et capacités professionnelles par une formation continue (let. b); de garantir les droits du patient (let. c); de défendre, dans leur collaboration avec d'autres professions de la santé, exclusivement les intérêts des patients indépendamment des avantages financiers (let. e); d'observer le secret professionnel conformément aux dispositions applicables (let. f). En cas de non-respect de ces devoirs professionnels s'appliquent les mesures disciplinaires unifiées prévues à l'article 43 LPMéd, qui comprennent l'avertissement (al. 1 let. a), le blâme (let. b), l'amende de 20'000 francs au plus (let. c), l'interdiction temporaire de pratiquer à titre d'activité économique privée sous propre responsabilité professionnelle six ans au plus (let. d) et l'interdiction définitive de pratiquer à titre d'activité économique privée sous propre responsabilité professionnelle pour tout ou partie du champ d'activité (let. e). Ces mesures ne peuvent être ni restreintes, ni élargies par le droit cantonal (Poledna, Commentaire, no 2 ad art. 43). La doctrine estime que sanctions administratives et disciplinaires peuvent coexister et être combinées lorsque le comportement du professionnel de santé dénote une absence de sérieux (Vertrauenswürdigkeit) (Fellmann, Commentaire, no 33-39 ad art. 40). Il est ainsi possible de prononcer des mesures administratives dans le cadre d'une sanction disciplinaire fondée sur l'article 43 al. 1 LPMéd. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. arrêts du TF du 11.05.2015 [2C_1180/2014] cons. 3.3 et du 17.06.2014 [2C_853/2013] cons. 5.3), les interdictions temporaires et définitives de pratiquer à titre indépendant au sens de l'article 43 al. 1 let. d et e LPMéd s'appliquent sur tout le territoire suisse et rendent caduques toute autorisation de pratiquer à titre indépendant (cf. art. 45 LPMéd); en revanche, un retrait d'autorisation au sens de l'article 38 LPMéd se limite au canton dans lequel celle-ci a été octroyée (cf. également Braidi, L'individu en droit de la surveillance financière, Autorisation, obligations et interdictions d'exercer, 2016, no 903). Cela étant, si la personne à laquelle l'autorisation de pratiquer est retirée au titre de sanction administrative est également titulaire d'une autorisation dans un autre canton, l'autorité compétente en informe l'autorité de surveillance du canton concerné (art. 38 al. 2 LPMéd). b) Sur le plan cantonal, l'exercice des professions de la santé est régi par la loi cantonale de santé du 6 février 1995 (RSN 800.1; ci-après: LS). Selon l'article 54 LS, toute personne qui entend exercer une activité à titre indépendant ou dépendant relevant des professions médicales universitaires ou des autres professions de la santé doit être au bénéfice d'une autorisation délivrée par le département (cf. aussi art. 1a du règlement concernant l'exercice des professions médicales universitaires et des autres professions de la santé du 02.03.1998 [RSN 801.100]). Si l'article 56 LS prévoit les conditions formelles requises pour l'octroi de l'autorisation d'exercer une profession médicale à titre indépendant ou dépendant, l'article 56a LS en précise les conditions personnelles, en stipulant que, pour toutes les professions de la santé, l'autorisation ne peut être délivrée que si la personne est digne de confiance et présente, tant physiquement que psychiquement, les garanties nécessaires à un exercice irréprochable de la profession. Une fois accordée, l'autorisation est valable jusqu'à l'âge de 70 ans; elle est ensuite renouvelable pour une période de trois ans, puis d'année en année jusqu'à 80 ans; un certificat médical doit être joint à la demande de renouvellement (art. 57 al. 1 LS). L'autorisation est retirée si les conditions de l'octroi ne sont plus remplies ou si le département constate, sur la base d'événements survenus après l'octroi de l'autorisation, que celle-ci n'aurait pas dû être délivrée. Le retrait peut porter sur une partie ou sur la totalité de l'autorisation, définitivement ou pour un temps déterminé. Le retrait de l'autorisation est publié dans la Feuille officielle (art. 57a LS). Conformément à l'article 10 al. 2 let. a LS, le médecin cantonal est l'autorité de surveillance des professions médicales universitaires ainsi

que des autres professions de la santé, sous réserve des professions de pharmacien et de droguiste pour lesquelles le pharmacien cantonal est l'autorité de surveillance. L'autorité de surveillance prend les mesures nécessaires pour faire respecter les devoirs professionnels. Elle est habilitée en particulier à effectuer ou à faire effectuer tous les contrôles nécessaires, dont au besoin ceux relatifs à la qualité des prestations offertes ou fournies. Elle prend les mesures administratives et disciplinaires au sens des articles 123, 123a et 123b LS dans la limite de ses compétences (art. 72 al. 1 à 4 et 6 LS). Sur préavis de l'autorité de surveillance, le département est compétent pour prononcer, en cas de violation des dispositions de la LPMéd et de ses dispositions d'exécution, de même que de la LS et de ses dispositions d'exécution, les mesures disciplinaires suivantes : une interdiction de pratiquer à titre indépendant ou dépendant pendant six ans au plus (interdiction temporaire); une interdiction définitive de pratiquer à titre indépendant ou dépendant pour tout ou partie du champ d'activité. Lorsqu'une procédure disciplinaire est en cours, le département peut, à titre de mesure provisionnelle, limiter l'autorisation de pratiquer, l'assortir de charges ou la retirer. L'interdiction de pratiquer temporaire ou définitive est publiée dans la Feuille officielle (art. 123a al. 2, 5 et

E. 7

LS). Le département prend de plus toutes les mesures prévues par la LS qui ne sont pas de la compétence d'une autre autorité, en particulier prend toute mesure propre à faire cesser un état de fait contraire au droit (art. 123 LS).

c) L'autorisation de pratiquer à titre d'activité économique privée, sous propre responsabilité professionnelle, étant délivrée si le requérant est notamment digne de confiance, elle est retirée s'il ne l'est plus. Selon la jurisprudence, la confiance doit être de mise, non seulement dans la relation entre le médecin et son patient, mais également dans la relation entre le médecin et les autorités chargées de la santé publique (arrêts du TF des 18.06.2015 [2C_1011/2014] cons. 5.2 et 17.06.2014 [2C_853/2013] cons. 5.5 et les références citées). L'exigence relative à la confiance s'entend ainsi dans un sens plus large que celui qui a exclusivement trait à la relation patient-médecin; elle est à examiner également sous l'angle de la confiance que peut placer la collectivité publique dans le médecin (arrêt du TF du 17.06.2014 [2C_879/2013] cons. 4.4). La condition de la confiance suppose un niveau élevé d'exigence (arrêts du TF des 13.01.2015 [2C_504/2014] cons. 3.5 et 17.06.2014 [2C_879/2013] cons. 4.5 et les références citées) Le comportement de l'intéressé en-dehors des activités professionnelles peut être déterminant s'il a des effets sur l'aptitude à exercer la médecine et les compétences de la personne sont à examiner sous les aspects de santé publique et sur le plan entrepreneurial (arrêt du TF du 17.06.2014 [2C_879/2013] cons. 4.4 et 4.5). La jurisprudence rappelle encore que le retrait d'une autorisation de pratiquer vise finalement à prévenir une mise en danger abstraite des patients; cette mesure protège incontestablement la patientèle d'éventuelles erreurs futures d'un médecin, assurant ainsi la crédibilité du système de santé (arrêt du TF du 18.06.2015 [2C_1011/2014] cons. 6.1).

d) Les règles de la LPJA, en particulier le principe inquisitoire de l'article 14 LPJA, obligent les autorités, dont le juge, à rechercher d'office quelle est la réalité des faits décisifs, notamment sur les moyens de preuve offerts par les parties. En particulier, le juge ne peut pas écarter du dossier un moyen de preuve produit par une partie sans autre examen. Il doit au contraire déterminer si ce moyen est ou non propre à établir les faits (RJN 2014, p. 345 cons. 5b/cc non publié). De même, il ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans s'être penché sur toutes les preuves disponibles et sans

indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre. En droit public, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est ainsi en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne cas échéant en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 134 V 231cons. 5.1, 125 V 351cons. 3a). Une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve, le simple fait qu'un rapport médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant une procédure ne justifie pas, en soi, d'avoir des doutes quant à sa valeur probante (RJN 2014, p. 345cons. 5b/cc non publié). En d'autres termes, selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 351cons. 3a, 122 V 157cons. 1c). Si le Tribunal fédéral tient compte de la différence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, il n'a jamais établi, sur la base des critères énoncés ci-avant, une hiérarchie entre les divers types d'expertises médicales. Il n'est pas contraire au droit de s'éloigner des résultats d'une expertise en faveur d'une autre expertise si le juge se fonde sur des motifs pertinents qui tiennent compte des aspects concrets du cas d'espèce (arrêt du TF du 15.09.2008 [9C_885/2007]cons. 3.2).

3. En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant bénéficie des titres requis par l'article 36 al. 1 let. a LPMéd, ni qu'il dispose des connaissances nécessaires dans la langue officielle du canton (art. 36 al. 1 let. c). Le département considère en revanche que l'intéressé ne remplit plus les conditions personnelles concernant le caractère digne de confiance au sens de l'article 36 al. 1 let. b LPMéd. Plus précisément, l'intimé retient qu'il ressort du dossier établi par le médecin cantonal que le recourant ne respecte pas scrupuleusement les devoirs professionnels et que sa manière d'interagir avec la patientèle et les autres professionnels de la santé n'est pas propre à assurer la sécurité des patients et le respect de leurs droits. Il lui reproche le non-respect du devoir de diligence, des violations du secret professionnel, des difficultés de collaboration avec les autres professionnels de la santé et avec les institutions de soin, des réactions inadaptées face aux revendications de patients, ainsi qu'une absence de collaboration avec les autorités sanitaires. Est ainsi litigieuse la mesure administrative consistant dans le retrait de l'autorisation de pratiquer au sens de l'article 38 LPMéd, prononcée à l'encontre d'un médecin exerçant sa profession de chirurgien à titre indépendant.

a) Le recourant a en particulier exercé la chirurgie dans le canton de Vaud, où une procédure disciplinaire a été ouverte à son encontre le 15 septembre 2008, en raison de complications post-opératoires rencontrées durant son activité au sein du Centre hospitalier [aaaa] (ci-après : le centre hospitalier), plus spécifiquement auprès de l'hôpital L. _____ qui l'avait à l'époque licencié. Le rapport du 8 janvier 2009 de la délégation du Conseil de santé chargée de l'enquête disciplinaire a notamment mis en évidence que l'expertise du 10 mai 2008 du Dr P. _____, spécialiste en chirurgie digestive et

viscérale, mandaté par le centre hospitalier pour l'analyse de dossiers médicaux portant sur la période entre septembre et décembre 2007, faisait état de six interventions pour lesquelles la technique opératoire s'était révélée en contradiction avec les pratiques établies, quatre dossiers pour lesquels le suivi immédiat post-opératoire était critiquable, ainsi que trois dossiers où le suivi médical post-hospitalisation s'était avéré problématique. La délégation du Conseil de santé retenait que l'intéressé n'était pas en état pour des raisons familiales et de santé d'exercer sa profession sans exposer ses patients à certains risques, souffrances ou angoisses inutiles, de septembre à décembre 2007, et qu'à tout le moins durant cette période sa capacité de travail était entamée. Relevant que le recourant avait banalisé la situation et ne l'avait pas appréciée à sa juste valeur, de même qu'il avait mésestimé ses difficultés, la délégation du Conseil de santé considérait que la poursuite de l'activité professionnelle de l'intéressé ne pourrait se faire sans mesures de contrôle consistant en l'obligation de produire auprès du médecin cantonal vaudois un certificat médical attestant la pleine capacité de travail. En définitive, cet organe préconisait le prononcé d'une sanction disciplinaire, sous la forme d'une amende compte tenu de l'interruption de l'activité professionnelle du recourant, respectivement de mesures préventives en cas de maintien de l'autorisation de pratiquer. Sur la base de ces éléments, le chef du Département de la santé et de l'action sociale vaudois a, par courrier du 8 mai 2009, retenu qu'à mesure que l'intéressé avait indiqué, le 28 avril 2009, avoir la possibilité de retrouver un emploi auprès d'une compagnie privée d'assurance, qu'il avait reconnu les complications post-opératoires, qu'il avait émis des regrets, qu'il avait dûores et déjà subi des conséquences personnelles et professionnelles et qu'il s'était engagé à produire des certificats médicaux au médecin cantonal en cas de reprise d'une activité chirurgicale, il était renoncé à une sanction administrative, la procédure ouverte le 15 septembre 2008 étant classée. Un avertissement était en revanche adressé à l'intéressé, qui était rendu attentif que s'il venait à exercer à nouveau la chirurgie, son droit de pratiquer pourrait être subordonné à un suivi médical régulier, ceci afin d'éviter à l'avenir tout incident malencontreux pouvant mettre en danger la santé et la sécurité d'autrui. Le chef du Département de la santé et de l'action sociale vaudois invitait ainsi le recourant, notamment, à informer le médecin cantonal d'une éventuelle reprise de la pratique chirurgicale, et ce afin que l'aptitude à exercer cette fonction à responsabilité élevée pût être confirmée.

Le recourant a également pratiqué, entre 2011 et 2012, la chirurgie en Belgique, à savoir à la Klinik J. _____, laquelle a signalé avoir mis un terme à leur collaboration, ainsi qu'avoir obtenu gain de cause dans le procès judiciaire qui l'avait opposée à l'intéressé. Conformément aux indications fournies par l'Ordre des médecins belge par son conseil provincial de Liège, le recourant n'aurait pas fait l'objet d'une procédure disciplinaire en Belgique. Par la suite, l'intéressé a exercé en tant que chirurgien à la Clinique A. _____ et à l'Hôpital T. dans le canton de Neuchâtel, exploités tous deux par U. _____ SA. Après que ces dernières ont fait savoir au recourant, en février 2015, qu'elles n'étaient pas satisfaites de l'organisation et du climat qui entouraient sa pratique, lui avoir signifié le 12 mars suivant la résiliation de la convention conclue le 22 juillet 2014 et avoir accepté en avril 2015 de le réintégrer à des conditions précises, elles ont résilié, par courrier du 22 octobre 2015, avec effet du 31 décembre suivant, la convention de collaboration. Relevant que l'intéressé s'était engagé en avril 2015 à adopter un comportement irréprochable envers l'ensemble des collaborateurs de l'institution, ainsi que de respecter l'ensemble des processus de leurs établissements, il a été fait grief à l'intéressé d'avoir eu une

attitude agressive et un échange verbal inapproprié avec la secrétaire d'un confrère, respectivement des dysfonctionnements répétés concernant les nuits de confort, dont il avait fait bénéficier ses patients sans leur indiquer les frais induits par la prestation, ainsi qu'avoir jeter le discrédit sur l'institution en utilisant un vocabulaire inadéquat dans ses échanges avec le mandataire de la famille de feu Y._____. Le 18 mai 2016, les parties ont conclu, par devant la Chambre de conciliation du Tribunal régional du Littoral et du Val-de-Ruz, un accord pour solde de tout compte concernant ladite convention de collaboration.

Force est de constater, au regard déjà de ces éléments, que le recourant présente un parcours professionnel non exempt de reproches et instable, avec de réguliers changements d'établissements de soins dans des contextes pouvant être qualifiés de conflictuels. Or, à l'occasion notamment de son audition du 13 novembre 2015 par le médecin cantonal neuchâtelois, il a tu avoir en particulier fait l'objet d'une enquête administrative dans le canton de Vaud entre 2008 et 2009, se limitant à signaler la plainte formulée à son encontre par une patiente dans les années 1990 à la suite d'une opération pour anévrisme de l'aorte avec complication par syndrome des loges, pour laquelle il n'avait pas eu à assumer de dommages. Dans son mémoire de réplique du 6 février 2019, l'intéressé s'est d'ailleurs référé à ladite procédure vaudoise en parlant de prétendus antécédents, compte tenu de son classement, alors que comme exposé ci-avant la procédure ouverte le 15 septembre 2008 a été classée pour des motifs d'opportunité, le recourant ayant néanmoins été averti et la reprise éventuelle de sa pratique chirurgicale ayant été soumise au respect de certaines exigences. De même, alors qu'il ressort du rapport du 8 janvier 2009 de la délégation du Conseil de santé vaudois, que des doléances très vives avaient été exprimées à son encontre par l'épouse et le représentant thérapeutique de deux patients hospitalisés au sein du centre hospitalier, l'intéressé soutient encore dans sa réplique du 6 février 2019 n'avoir, durant tout sa carrière, fait l'objet que des deux dénonciations concernant la présente procédure. Cette situation, de même que cette attitude de banalisation, mise en lien avec le comportement adopté par le recourant dans le cadre de la procédure disciplinaire dont il a été informé de l'ouverture par le médecin cantonal neuchâtelois le 23 février 2016, à savoir en particulier l'envoi par le premier au second de correspondances contenant des tentatives d'intimidation et/ou des contestations systématique de l'enquête menée, ne sont déjà pas de nature à créer un climat de confiance entre le recourant et les autorités chargées de la santé publique.

b) S'agissant de la dénonciation adressée au médecin cantonal le 2 octobre 2015 par la famille de feu Y._____, en lien avec la laparoscopie exploratrice subie par cette dernière le 2 octobre 2014 et pratiquée par l'intéressé, il y a lieu de relever ce qui suit.

b/aa) Concernant la phase ayant abouti à la décision opératoire, il convient de relever que le bureau d'expertises extrajudiciaires de la FMH et l'expert privé, le Dr K._____, ne s'accordent pas. Si le premier a estimé que l'indication opératoire de Y._____ n'avait pas été correctement posée, les investigations requises pour expliquer les symptômes de la patiente n'ayant pas eu lieu, alors que la symptomatologie atypique aurait commandé de procéder à des investigations complémentaires, le second a soutenu que l'indication de la laparoscopie exploratrice n'était pas erronée, ce genre d'intervention n'ayant pas d'obligation de résultat. Quoi qu'il en soit, au regard de l'ensemble des circonstances ayant conduit au retrait de l'autorisation de pratiquer, exposées ci-avant et ci-après, cette divergence d'opinion n'apparaît pas décisive. D'ailleurs, les experts se

rejoignent, en particulier, pour partie quant aux informations aux patients. Le Dr K. _____ estime que les informations nécessaires ont été transmises, tout en indiquant qu'elles ne l'ont peut-être pas été de façon formellement correcte compte tenu des exigences helvétiques. Le bureau d'expertises extrajudiciaires de la FMH souligne pour sa part des informations aux patients insuffisamment documentées, pouvant faire douter que des éclaircissements complets aient été fournis pour les différents cas de figure entrant en ligne de compte.

b/bb) S'agissant de la phase en lien direct avec l'acte chirurgical à proprement parler, le recourant a mentionné, lors de l'audition susmentionnée du 13 novembre 2015, avoir eu un doute quant à la manière dont le trocart avait été inséré par le médecin qui l'assistait dans le cadre de cette intervention, le Dr E. _____, ce qui l'avait conduit à réviser l'intestin de la patiente, sans mettre en évidence de perforation, ainsi qu'à poser un drain qui n'avait pas rendu de liquide intestinal. Or, il y a lieu d'admettre que tant la révision de l'intestin que la pose d'un drain ne ressortent pas du rapport opératoire établi par l'intéressé, alors que ce genre de document engage la responsabilité de l'opérateur sous la supervision duquel l'intervention a été réalisée, ici le recourant. Le Dr K. _____, mandaté par l'intéressé lui-même, a d'ailleurs signalé que le protocole opératoire ne mentionnait en particulier pas l'incident du trocart, pas plus qu'il ne faisait état du réexamen de l'hypochondre gauche en fin d'intervention. Si l'expert privé a indiqué que ce type de situation n'était malheureusement pas exceptionnelle, il a dit regretter le caractère non exhaustif du compte rendu opératoire, tout en estimant sur la base de celui-ci l'opération comme effectuée dans les règles de l'art. Pour sa part, le bureau d'expertises extrajudiciaires de la FMH a estimé que le rapport opératoire n'avait pas été rédigé avec le soin requis. Ceci étant, on relèvera, qu'interrogé sur la déclaration de l'intéressé selon laquelle la technique prévoit l'insertion de trois à cinq trocarts, qu'il avait mis lui-même quatre trocarts et que son assistant en avait mis un sans contrôle à la caméra, soit à la hussarde le Dr E. _____ s'est dit étonné par ces propos, puisqu'il n'y a pas de geste non contrôlé, que la caméra était orienté vers l'opérateur, soit ici le Dr X. _____, et que ce dernier donnait des instructions, l'assistant agissant sous le contrôle et exécutant les ordres de l'opérateur. Le Dr E. _____ a encore mentionné que le recourant ne lui avait pas fait part, pendant l'opération, du doute qu'il aurait eu quant à la manière dont un des trocarts avait été inséré. Quoi qu'il en soit et comme signalé d'ailleurs par le Dr K. _____ lui-même, le déroulement de l'intervention chirurgicale relève de l'entière responsabilité de l'opérateur, donc ici de l'intéressé. Même si l'expert privé a considéré que les complications peropératoires subies par Y. _____ avaient été réparées sans séquelle, la péritonite ayant été lavée largement et à répétition, il sied de souligner qu'il a retenu que la responsabilité de l'opérateur était par principe engagée face à de telles complications. Or, il faut ici souligner que le bureau d'expertises extrajudiciaires de la FMH a fait état d'un manque de diligence lors de l'intervention chirurgicale du 2 octobre 2014, manquement qui résulte notamment des éléments énoncés ci-dessus relatifs à la responsabilité professionnelle s'agissant de la pose des trocarts, respectivement de l'établissement du compte rendu opératoire.

b/cc) Quant à la phase post-opératoire, l'infirmier de la Clinique A. _____ en charge de Y. _____ le 4 octobre 2014 a mentionné, lors de son audition par le médecin cantonal le 3 novembre 2015, ce qui suit :

"Vers 16h00, elle (Y. _____) a essayé de marcher mais au bout d'une trentaine de mètres, elle ne pouvait plus aller de l'avant et elle a présenté des douleurs. J'ai contacté le Dr X. _____ (il a été difficile de le joindre une première fois) qui m'a dit de faire un lavement (practo-clyss). Vers 20 heures, au lit sous O2, sa saturation était à 80 %. Elle était tachycarde et polypnéique. J'ai tenté de rappeler le Dr X. _____ en indiquant que l'état de cette patiente s'était aggravé et qu'elle présentait en particulier une désaturation en oxygène et un ventre gonflé. Le Dr X. _____ m'a demandé de lui refaire un lavement (practo-clyss), ce que j'ai fait. Il m'a laissé entendre que ce n'était pas grave. Plus tard, elle était tachycarde et sa tension était pincée avec une saturation basse sous O2. Comme son état s'aggravait, j'ai appelé à nouveau le Dr X. _____ qui m'a demandé de lui faire une gazométrie. Par la suite, j'ai observé que la tension de cette patiente chutait et qu'elle avait les doigts marbrés, avec toujours une désaturation en oxygène et une tension très basse. J'ai à nouveau contacté le Dr X. _____ Il m'a demandé de lui faire une gazométrie. En faisant cela, j'ai observé que le pouls radial était extrêmement filant. L'état de conscience de la patiente était fortement diminué et j'ai rappelé le Dr X. _____ qui m'a demandé d'appeler le 144. [] Vu l'état gravissime de la patiente, il a été fait appel au SMUR. Le médecin du SMUR a voulu prendre des renseignements auprès du Dr X. _____ qui restait toujours difficilement atteignable. Le Dr X. _____ lui a répondu que le protocole opératoire lui parviendrait ultérieurement par sa secrétaire. Ensuite, l'ambulance a transféré la patiente à l'hôpital. [] le Dr X. _____ a fini par venir sur place après le transfert, soit aux alentours de 22h15. A la question de savoir pourquoi il était difficilement atteignable, l'infirmier indique qu'il l'appelait sur le Natel du Dr X. _____, que cela sonnait longtemps et qu'il laissait parfois un message. Je m'étonne de n'avoir pas eu de réponse plus rapidement sachant qu'il devait faire face à une situation difficile et que certainement le No de la Clinique A. _____ devait s'afficher sur le Natel. Il aurait dû comprendre que c'était urgent dans ce contexte. J'ai dû faire 4 ou 5 appels au Dr X. _____ au cours de cette soirée. [] il n'y a pas d'anesthésiste le week-end ou d'autres médecins de garde. En tant qu'infirmier, nous répondons aux ordres donnés par le médecin responsable de la patiente, en l'occurrence le chirurgien qui l'a opérée. [] j'indiquerais que toute cette situation m'a semblée anormale. [] L'évolution clinique de la patiente me faisait peur et je ne croyais pas que les lavements puissent améliorer la situation au deuxième jour post-opératoire.■

Pour sa part, le Dr G. _____, qui a pris en charge, pour le SMUR, Y. _____ le 4 octobre 2014 a indiqué, dans son courrier au médecin cantonal du 1er décembre 2015, ce qui suit :

■ Après avoir essayé à plusieurs reprises de joindre par téléphone le chirurgien qui aurait opéré la patiente, j'ai pu l'avoir au téléphone (à noter que l'infirmier de garde ce jour à la Clinique aurait lui-même essayé de joindre le chirurgien), mais les informations reçues du médecin n'étaient pas claires, insuffisantes pour comprendre la situation de la patiente. Raison pour laquelle, étant donné la situation critique (état clinique de la patiente), après avoir effectué mon évaluation clinique et vu la courte distance entre l'hôpital et la Clinique, j'ai décidé de transporter rapidement la patiente [] vers l'hôpital de Z. _____, après avoir bien sûr contacté préalablement par téléphone ma hiérarchie, le médecin chef de garde du SMUR ce jour-là, et ayant reçu son accord []. Avec l'accord du médecin chef de garde, le code rouge [qui permet de mobiliser rapidement les ressources hospitalières nécessaires à la stabilisation du patient et le cas échéant d'aller rapidement au

bloc opératoire (cf. dossier spécial urgences de HNE, N° 4 / 2012)] à l'hôpital de Z. _____ a été déclenché par moi-même par téléphone. ■

Quant au recourant, il a mentionné qu'il se trouvait dans le canton de Vaud le 4 octobre 2014 et qu'il n'avait pas pu répondre au téléphone, car étant dans sa voiture sur l'autoroute, mais que bien que le téléphone ait sonné plusieurs fois, il était atteignable et avait organisé le transfert de sa patiente. Il a signalé qu'il n'y avait pas de médecin répondant pour la Clinique A. _____ et que le suivi de Y. _____ avait été léger en division, l'équipe infirmière n'étant selon ses termes pas au top. L'intéressé a soutenu avoir attiré l'attention de la clinique sur ce problème, en précisant qu'il était difficile de mettre en route des changements. Or, invitée à se déterminer suite à l'audition de l'infirmier précité et du recourant, la Clinique A. _____ a fait savoir au médecin cantonal qu'elle n'avait pas été alertée par l'intéressé quant à l'organisation des soins en division et au suivi postopératoire. Elle a relevé que son médecin chef estimait que l'infirmier en charge de Y. _____ le 4 octobre 2014 avait agi comme il se devait. Voyant l'état de la patiente se détériorer, il avait prévenu le médecin opérateur et lui avait demandé ce qu'il devait faire, le médecin opérateur étant, dans le fonctionnement usuel de la clinique, toujours responsable de ses patients après une intervention chirurgicale; il est le seul habilité à dire à l'équipe ce qu'elle doit faire. A cet égard, la Clinique A. _____ a encore précisé que tout patient opéré dans son établissement était sous la responsabilité directe de son chirurgien opérateur (pour le traitement, le suivi, l'entrée et la sortie), que cette règle s'appliquait à tous les chirurgiens, dans la mesure où l'institution n'employait pas de médecins, lesquels travaillaient sous le statut d'indépendants, et que c'était d'ailleurs les médecins eux-mêmes qui organisaient leur assistance, le suivi de leurs patients et leur remplacement. Signalant que ces règles étaient expliquées oralement à chaque nouvel opérateur arrivant dans son établissement, en le rendant attentif aux implications de ce mode de faire, la Clinique A. _____ a affirmé avoir informé l'intéressé sur cette manière de procéder.

Le bureau d'expertises extrajudiciaires de la FMH a admis une détection tardive de la détérioration clinique postopératoire de Y. _____, en ce sens qu'il était en particulier constaté un retard dans l'ordre de commencer le traitement du choc septique présenté par la prénommée, voire de possibles erreurs d'organisation. Certes, le Dr K. _____ a estimé qu'aucun retard ne pouvait être imputé à son mandant et que, si un retard devait être admis, il relèverait de la responsabilité de la Clinique A. _____ qui consentait qu'un médecin en charge d'un patient dit à risque habite à plus de 70 km de son établissement. Cela étant, force est de constater avec l'intimé, qu'au regard de la chronologie des événements ressortant de ce qui précède, ce n'est pas tant le temps que l'intéressé a mis pour se rendre à la Clinique A. _____ le 4 octobre 2014 qui est problématique, mais la manière dont il a géré la situation, en particulier le temps qu'il a pris pour ordonner des mesures diagnostiques, respectivement pour prescrire le traitement requis, et ce même si on admettait que le recourant avait pu, dans un premier temps, ignorer l'origine de l'évolution de l'état de santé de sa patiente.

b/dd) Par conséquent et au vu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que l'attitude du recourant n'est pas exempte de reproches tant dans la phase ayant abouti à la décision opératoire, que dans celle en lien direct avec l'acte chirurgical à proprement parler, que d'ailleurs dans la phase post-opératoire. Il peut, à tout le moins, être retenu un manque de diligence de la part de l'intéressé. De plus, il est à relever que loin de remettre en question

la manière dont il a géré le cas de Y. _____, le recourant a cherché tout au long de la procédure, ayant conduit au retrait de son autorisation de pratiquer, à se décharger de sa responsabilité en particulier sur le Dr E. _____ et l'infirmer en charge de la prénommée le 4 octobre 2014. Contrairement à ce que semble penser l'intéressé et comme relevé à juste titre par le département, les griefs qui lui sont faits ne tiennent pas au fait qu'il pourrait être responsable du décès le 31 mars 2015 de Y. _____; il importe d'ailleurs peu que son comportement présente ou non un lien de cause à effet avec les complications subies par la prénommée et le décès qui s'en est suivi, puisqu'il ne s'agit pas ici d'établir la responsabilité civile du recourant. De même, il est sans incidence que la convention conclue le 17 novembre 2018 entre son assureur responsabilité civile et la famille de feu Y. _____ soit intervenue sans reconnaissance d'une quelconque responsabilité. L'objet du reproche qui est fait à l'intéressé tient en effet, tout particulièrement, à son comportement consistant en la négation de sa responsabilité professionnelle et au rejet systématique de la faute sur des tiers, intervenus pourtant à titre d'auxiliaires, attitude qui, comme exposé ci-avant (cons. 3a), avait déjà été mise en exergue par les autorités vaudoises. La délégation du Conseil de santé avait en effet signalé, dans son rapport du 8 janvier 2009, ce qui suit : le Dr X. _____ a banalisé la situation, indiquant à tort qu'aucun patient ne s'était plaint de son travail à l'hôpital L. _____, alors que les deux lettres produites par le centre hospitalier font au contraire état de doléances très vives exprimées par l'épouse et le représentant thérapeutique de deux patients hospitalisés. Il n'a pas été clair sur le fait que son traitement auprès du Dr M. _____ [médecin adjoint au service de psychiatrie général de [bbbb], qui suivait l'intéressé depuis son hospitalisation du 1er au 5 mai 2008 pour trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive suite au licenciement de l'hôpital L. _____] n'était pas terminé. En outre, il a contesté le diagnostic d'état dépressif posé, considérant plutôt qu'il avait été victime d'un burn-out. Ces éléments laissent à penser que le Dr X. _____ n'a pas apprécié à sa juste valeur la situation et n'envisage pas qu'elle puisse se reproduire.

L'ensemble de ces circonstances tendent à démontrer que le recourant ne semble pas prendre la mesure de l'importance de ses responsabilités professionnelles en tant que médecin exerçant à titre indépendant la chirurgie, soit une activité à hauts risques pour les patients. Aussi y a-t-il lieu d'admettre, pour ces motifs déjà, que la poursuite de l'activité de chirurgien de l'intéressé représente une mise en danger abstraite des patients et, partant, de la santé publique.

c) En ce qui concerne la dénonciation adressée au médecin cantonal le 24 mai 2016 par B. _____, en lien avec les opérations subies les 13 (dilatation transluminale des deux artères fémorales superficielles, des artères tibiales antérieures, postérieures, péronières ddc) et 18 novembre 2015 (fasciotomie des trois loges de la jambe gauche pour tension du mollet) et réalisées par le recourant, le Dr N. _____, chirurgien vasculaire consulté par le prénommé postérieurement à ces deux interventions, s'est dit choqué d'imaginer qu'on ait pu proposer une revascularisation sur la base de la symptomatologie décrite par le patient et du scanner préopératoire. A cet égard, il sied de relever que le médecin généraliste traitant de B. _____, le Dr H. _____, avait adressé son patient au recourant pour qu'il procédât à un simple bilan vasculaire, compte tenu d'un souffle ausculté au niveau de l'aorte abdominale, de l'artère fémorale à droite et de l'artère carotidienne aussi à droite, étant précisé que le patient n'exprimait pas de plaintes particulières, notamment,

qu'il ne présentait pas de claudication intermittente ou d'autres symptômes (paresthésie, douleurs, pieds froids), apparus consécutivement aux opérations précitées. Le Dr O. _____, cardiologue à qui le Dr H. _____ avait également adressé B. _____, avait préconisé, après avoir réalisé un test d'effort le 2 novembre 2015, d'effectuer un examen plus agressif à la recherche d'une ischémie, voire une IRM de stress, dans l'hypothèse où une intervention vasculaire devrait être envisagée. Or, il n'apparaît pas au dossier que l'intervention du 13 novembre 2015 ait effectivement été précédée de telles investigations. D'ailleurs, alors que l'intéressé prétend avoir suggéré de réaliser une fasciotomie le 15 ou 16 novembre 2015, B. _____ soutient que cette proposition ne lui a été faite que le 18 novembre 2015 (procès-verbaux de B. _____ et X. _____ du 14.09.2016). Force est de constater qu'aucune pièce au dossier, notamment pas le dossier médical du prénommé transmis par le recourant lui-même, ne permet d'objectiver que la fasciotomie intervenue le 18 novembre 2015 eut déjà été préconisée en date du 15 ou 16 novembre 2015. A l'instar de l'intimé, il convient d'admettre que ces éléments tendent à éveiller des doutes quant à la légèreté de l'indication opératoire, voire quant au suivi de cas. Or, comme pour la prise en charge de Y. _____, l'intéressé conteste toute responsabilité dans les faits qui lui sont reprochés, ne remettant jamais en cause sa pratique.

Cette difficulté d'introspection, qui n'est pas sans représenter un risque de mise danger abstraite de la patientèle, trouve d'ailleurs une forme d'illustration dans certaines des réactions adoptées par le recourant face aux revendications de patients. Ainsi, en réponse à la demande du mandataire de la famille de feu Y. _____, portant sur la production du dossier médical de la prénommée et de l'indication de l'assureur responsabilité civile de l'intéressé, ce dernier a tenu les propos suivants : « Il existe, sans doute, de grands avocats mais je constate que vous ne faites pas partie de cette catégorie. En effet, les avocats et les scribaillons ne font pas partie de mon univers. [] Finalement, sachez, Monsieur l'avocat, que le dossier médical est un document médical et qu'un avocat n'a certainement pas à y fourrer son nez. » Face au refus de B. _____ de s'acquitter des frais en lien avec les soins que lui avait prodigués le recourant, motif pris que ces prestations avaient eu de graves conséquences sur sa santé, l'intéressé a déposé plainte pénale contre le prénommé pour enrichissement illégal et détournement de fonds.

d) Ceci étant dit, il faut encore signaler que, sans se faire dûment délier du secret professionnel et/ou pouvoir attester d'un consentement obtenu des patients concernés, le recourant a dénoncé, le 2 août 2016, B. _____ au Ministère public pour enrichissement illégal et détournement de fonds, ainsi que, le 14 septembre 2015, un confrère à la SNM, en particulier, pour ce qu'il a appelé « détournement caractérisé de patient » en indiquant le nom et la date de naissance de la patiente concernée, ainsi qu'en communiquant ladite missive à plusieurs acteurs du monde médical. Outre ces agissements, à tout le moins problématiques sous l'angle du secret professionnel auquel est soumis tout médecin, il convient de relever, avec le DFS, les difficultés de collaboration avec les autres professionnels de la santé et les institutions de soins. Ces difficultés sont illustrées notamment par la manière dont s'est terminée la collaboration, respectivement, avec l'hôpital L. _____ qui a licencié l'intéressé, avec la Klinik J. _____ contre laquelle ce dernier s'était exprimé dans la presse et avait été en procès, et avec la Clinique A. _____, qui, avant de résilier la convention l'unissant au recourant, l'avait rappelé à l'ordre tant s'agissant du respect de la procédure de programmation de l'établissement, de la politique des nuits de confort et de la gestion des cas ambulatoires, que concernant des

incidents survenus avec les équipes soignantes. Or, il faut admettre que l'existence de difficultés de collaboration avec les autres professionnels de la santé constitue une situation problématique sous l'angle de la prise en charge de la patientèle, voire peut s'avérer dangereuse pour leur santé, ce d'autant plus que l'exercice de la chirurgie constitue une activité à haut risque pour les patients faisant intervenir tout un effectif médical autour de l'opérateur.

e) Au vu des considérations qui précèdent, force est de constater que l'intéressé ne présente pas les garanties nécessaires à un exercice irréprochable de la profession, multipliant des incidents tant à l'égard des autorités, que du corps médical et des patients, si bien qu'il n'est à l'évidence pas digne de confiance au sens de la législation et jurisprudence susmentionnées. De plus, bien que des manquements aient jalonné sa carrière depuis, à tout le moins, 2007, le recourant n'a semble-t-il pas remis en question sa propre pratique, mais a continué à mésestimer l'importance de ses responsabilités professionnelles en tant que médecin exerçant à titre indépendant la chirurgie, en rejetant notamment systématiquement la faute sur des tiers.

La conjonction de l'ensemble de ces éléments suffit à retenir que la décision du département ne prête pas flanc à la critique, l'exigence de dignité de confiance apparaissant clairement comme n'étant plus remplie. D'ailleurs, dans la mesure où l'une des conditions d'octroi de l'autorisation de pratiquer au sens de l'article 36 LPMédne s'avère plus réalisée, seul un retrait de l'autorisation de pratiquer la médecine à titre d'activité économique privée, sous propre responsabilité professionnelle, pouvait être envisagé. Le législateur a en effet tranché la question de la mesure devant être prononcée lorsqu'un médecin ne remplit plus les conditions d'octroi de l'autorisation d'exercer, en ne prévoyant pas de sanction plus clémentine que le retrait définitif de l'autorisation d'exercer. La confiance ne connaît pas de gradation, elle est soit donnée, soit manquante ou perdue. Le Tribunal fédéral a ainsi jugé que, si la confiance n'était plus donnée, il ne restait plus de place pour ordonner une mesure plus légère que le retrait de l'autorisation de pratiquer (arrêts du TF du 18.06.2015 [2C_1011/2014] cons. 6.2 et du 17.06.2014 [2C_879/2013] cons. 7.2.2 et les références citées). Les intérêts privés d'un médecin, soit la privation de son moyen de subsistance économique, sa réputation et sa crédibilité, pèsent moins lourd que la protection de la santé publique, en particulier lorsque le médecin a démontré par le passé que des procédures pénales et/ou disciplinaires n'avaient pas d'incidence sur son comportement (arrêt du TF du 18.06.2015 [2C_1011/2014] cons. 6.3.1 et 6.3.2), comme c'est le cas ici. Le Tribunal fédéral a en outre encore considéré que la proportionnalité était respectée si le médecin pouvait poursuivre une activité ne requérant pas d'autorisation (arrêts du TF des 18.06.2015 [2C_1011/2014] cons. 6.3.3 et 04.12.2010 [2C_57/2010] cons. 5.4).

A ce propos, il faut également souligner que l'intéressé, né en 1950, a non seulement atteint l'âge de la retraite, mais qu'il aura de plus atteint l'âge de 70 ans dans environ une année, âge au-delà duquel l'autorisation de pratiquer délivrée par le canton n'est quoi qu'il en soit plus valable, mais est soumise à renouvellement pour une période de trois ans, puis d'année en année jusqu'à l'âge de 80 ans, un certificat médical devant d'ailleurs être joint à la demande de renouvellement (art. 57 al. 1 LS). Au demeurant, s'agissant ici d'un retrait d'autorisation au sens de l'article 38 LPMéd, cette mesure est limitée au canton. L'autorité compétente neuchâteloise doit uniquement en informer l'autorité de surveillance du canton dans lequel le recourant pourrait également être titulaire d'une autorisation,

canton à qui il appartiendrait, cas échéant, de décider de la pertinence de se prononcer sur la pratique de la médecine par l'intéressé sur son territoire. Le recourant peut de plus toujours envisager, comme il l'avait fait suite à la procédure disciplinaire vaudoise achevée en 2009, de fonctionner comme médecin-conseil auprès d'une assurance.

En définitive, il sied de constater que non seulement le retrait de l'autorisation d'exercer la médecine sous propre responsabilité professionnelle, autorisation octroyée ici le 3 mai 1989 par le Conseil d'Etat, est proportionnée, mais qu'il s'agit de plus de la seule sanction que pouvait prononcer le département, puisque la condition qui veut qu'un médecin soit digne de confiance pour pouvoir bénéficier d'une autorisation n'est plus remplie.

4. Mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté et les frais mis à la charge du recourant (art. 47 al. 1 LPJA), qui succombant n'a pas droit à des dépens (art. 48 al. 1 a contrario LPJA). La Cour de céans ayant statué au fond, il n'y a pas lieu de se prononcer sur l'effet suspensif au recours, dont la conclusion y relative devient sans objet.

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Rejette le recours.

2. Dit que la demande de restitution de l'effet suspensif est sans objet.

3. Met à la charge du recourant un émolument de décision de 1'200 francs, et les débours par 120 francs, montants partiellement compensés par son avance de frais.

4. N'alloue pas de dépens.

Neuchâtel, le 15 février 2019

1 L'autorisation de pratiquer à titre d'activité économique privée, sous propre responsabilité professionnelle, est octroyée si le requérant:

a. est titulaire du diplôme fédéral correspondant;

b. est digne de confiance et présente, tant physiquement que psychiquement, les garanties nécessaires à un exercice irréprochable de la profession;

c. dispose des connaissances nécessaires dans une langue officielle du canton pour lequel l'autorisation est demandée.

2 Toute personne qui veut exercer la profession de médecin, de chiropraticien ou de pharmacien à titre d'activité économique privée sous sa propre responsabilité professionnelle doit, en plus, être titulaire du titre postgrade fédéral correspondant.

3 Le Conseil fédéral, après avoir consulté la Commission des professions médicales, prévoit que les titulaires d'un diplôme ou d'un titre postgrade délivré par un Etat avec lequel la Suisse n'a pas conclu de traité de reconnaissance réciproque peuvent exercer leur profession à titre d'activité économique privée sous leur propre responsabilité professionnelle si leur diplôme ou leur titre postgrade est équivalent à un diplôme ou à un titre postgrade fédéral. Ces personnes doivent remplir l'une des conditions suivantes:

a. enseigner dans le cadre d'une filière d'études ou de formation postgrade accréditée et exercer leur profession à titre d'activité économique privée sous leur propre responsabilité professionnelle dans l'hôpital dans lequel elles enseignent;

b. exercer leur profession à titre d'activité économique privée sous leur propre responsabilité professionnelle dans une région où il est prouvé que l'offre de soins médicaux

est insuffisante.⁴

⁴Toute personne titulaire d'une autorisation de pratiquer délivrée conformément à la présente loi remplit en principe les conditions requises pour l'octroi d'une autorisation dans un autre canton.⁵

¹Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 2015, en vigueur depuis le 1er janv. 2018 (RO20155081,20172703;FF20135583).²Introduite par le ch. I de la LF du 20 mars 2015, en vigueur depuis le 1er janv. 2018 (RO20155081,20172703;FF20135583).³Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 2015, en vigueur depuis le 1er janv. 2018 (RO20155081,20172703;FF20135583).⁴Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 2015, en vigueur depuis le 1er janv. 2018 (RO20155081,20172703;FF20135583).⁵Introduit par le ch. I de la LF du 20 mars 2015, en vigueur depuis le 1er janv. 2018 (RO20155081,20172703;FF20135583).

¹L'autorisation est retirée si les conditions de l'octroi ne sont plus remplies ou si l'autorité compétente constate, sur la base d'événements survenus après l'octroi de l'autorisation, que celle-ci n'aurait pas dû être délivrée.

²Si la personne à laquelle l'autorisation de pratiquer est retirée est également titulaire d'une autorisation dans un autre canton, l'autorité compétente en informe l'autorité de surveillance du canton concerné.¹

¹Introduit par le ch. I de la LF du 20 mars 2015, en vigueur depuis le 1er janv. 2018 (RO20155081,20172703;FF20135583).

Les personnes exerçant une profession médicale universitaire à titre d'activité économique privée sous leur propre responsabilité professionnelle doivent observer les devoirs professionnels suivants:¹

- a. exercer leur activité avec soin et conscience professionnelle et respecter les limites des compétences qu'elles ont acquises dans le cadre de leur formation universitaire, de leur formation postgrade et de leur formation continue;
- b.²approfondir, développer et améliorer, à des fins d'assurance qualité, leurs connaissances, aptitudes et capacités professionnelles par une formation continue;
- c. garantir les droits du patient;
- d. s'abstenir de toute publicité qui n'est pas objective et qui ne répond pas à l'intérêt général; cette publicité ne doit en outre ni induire en erreur ni importuner;
- e. défendre, dans leur collaboration avec d'autres professions de la santé, exclusivement les intérêts des patients indépendamment des avantages financiers;
- f. observer le secret professionnel conformément aux dispositions applicables;
- g. prêter assistance en cas d'urgence et participer aux services d'urgence conformément aux dispositions cantonales;
- h.³conclure une assurance responsabilité civile professionnelle offrant une couverture adaptée à la nature et à l'étendue des risques liés à leur activité.

¹Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 2015, en vigueur depuis le 1er janv. 2018 (RO20155081,20172703;FF20135583).²Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 2015, en vigueur depuis le 1er janv. 2018

(RO20155081,20172703;FF20135583).³Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 2015, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2018 (RO20155081,20172703;FF20135583).

1En cas de violation des devoirs professionnels, des dispositions de la présente loi ou de ses dispositions d'exécution, l'autorité de surveillance peut prononcer les mesures disciplinaires suivantes:

- a. un avertissement;
- b. un blâme;
- c. une amende de 20 000 francs au plus;
- d. une interdiction de pratiquer à titre d'activité économique privée sous propre responsabilité professionnelle pendant six ans au plus (interdiction temporaire);
- e. une interdiction définitive de pratiquer à titre d'activité économique privée sous propre responsabilité professionnelle pour tout ou partie du champ d'activité.

2En cas de violation des devoirs professionnels énoncés à l'art. 40, let. b, seules peuvent être prononcées les mesures disciplinaires visées à l'al. 1, let. a à c.

3L'amende peut être prononcée en plus de l'interdiction de pratiquer à titre d'activité économique privée sous propre responsabilité professionnelle.

4Pendant la procédure disciplinaire, l'autorité de surveillance peut restreindre l'autorisation de pratiquer, l'assortir de charges ou la retirer.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.