

NE_JURISPRUDENCE_ADM DECI.2017.90 vom 17. Dezember 2018

Ne Jurisprudence Adm, 2018-12-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_jurisprudence_adm_DECI.2017.90

FR: NE_JURISPRUDENCE_ADM DECI.2017.90 du 17 décembre 2018

IT: NE_JURISPRUDENCE_ADM DECI.2017.90 del 17 dicembre 2018

Regeste

Retrait de sécurité d'une autorisation de pratique accordée à un médecin pratiquant sous sa propre responsabilité, le professionnel ne répondant plus aux conditions de l'autorisation. Le département a considéré que le professionnel n'était plus digne de confiance et que la sécurité des patients l'emportait sur l'intérêt privé ou professionnel, à conserver son autorisation. _____ Par arrêt du 15 février 2019 (Réf. : [CDP.2018.426-DIV]), le Tribunal cantonal a rejeté le recours déposé contre la présente décision.

Volltext

Arrêt du Tribunal cantonal

Arrêt du 15.02.2019 [CDP.2018.426-DIV]

A.

A.a.

Le Dr X., né le [], est médecin spécialiste FMH en chirurgie []. Il est titulaire d'une autorisation de pratiquer dans le canton de Neuchâtel en qualité de médecin délivrée par le département le 3 mai 1989 ([..]).

A.b.

Le 2 octobre 2015, le Médecin cantonal a reçu un courrier de Me Bise dénonçant l'attitude peu coopérante du Dr X. dans la procédure engagée contre lui par la famille de feu A.. Cette patiente du Dr X. est décédée suite à des complications survenues peu après une opération réalisée sous la responsabilité et la supervision de l'intéressé ([]).

A.c.

Après consultation du dossier médical de la patiente ainsi que des auditions préliminaires et vérifications ([]), le Médecin cantonal, en tant qu'Autorité de surveillance des professions médicales universitaires, a ouvert une procédure disciplinaire à l'endroit du Dr X. le 23 février 2016 ([]) dont l'intéressé a contesté l'introduction le 26 février 2016 ([]), au motif qu'il a suivi « de façon exemplaire la LPMéd ». Il conteste également le procès-verbal de l'audition qui s'est déroulée le 15 novembre 2015, considérant qu'il est incomplet car les questions posées se révélaient déjà accusatrices et donc orientées.

A.d.

Par courrier du 24 mai 2016, E. s'est plaint au Médecin cantonal des suites d'une intervention chirurgicale, réalisée le 13 novembre 2015, par le Dr X. ([]). Les faits portés à

la connaissance de l'Autorité de surveillance, concernant les devoirs professionnels et le droit des patients, ont conduit à étendre la procédure disciplinaire en cours à cette affaire ([]).

A.e.

Par courrier du 15 août 2016, la commission de déontologie de la Société Neuchâteloise de Médecine (ci-après : SNM) a dénoncé le Dr X. au Médecin cantonal ([]). Selon la SNM, le Dr X. aurait violé le secret professionnel en transmettant un courrier à huit destinataires différents contenant le nom de l'une de ses patientes sans bénéficier d'une levée du secret professionnel. Elle relève en outre que le Dr X. a proféré des « accusations attentatoires à l'honneur de certaines personnes et/ou de l'institution l'hôpital G. » ([]).

A.f.

Le Médecin cantonal a procédé à de nombreux actes d'instruction contestés régulièrement par l'intéressé. Son avocat ([]) a envoyé un nouveau courrier le 4 novembre 2016 ([]) au Médecin cantonal lui reprochant de violer son droit d'être entendu et lui demandant de préciser les griefs à son encontre ([]). Le Médecin cantonal a répondu, le 14 novembre 2016, rappelant que le Dr X. avait été informé de l'ouverture de la procédure disciplinaire en raison d'une potentielle violation des devoirs professionnels dans la phase post-opératoire suivant l'intervention de feu A. ([]).

A.g.

Le 22 décembre 2016, le Dr X., par l'intermédiaire de son mandataire, a répondu au Médecin cantonal que les explications fournies le 14 novembre 2016 ([]) ne répondaient pas aux questions posées le 4 novembre 2016 ([]). Il estimait que le Médecin cantonal instruisait la cause de manière inadmissible et arbitraire et que seul le Dr X. était ciblé dans cette affaire, alors que cela devrait être le cas également des autres professionnels intervenus dans les soins. Il requiert la suspension de la procédure jusqu'à droit connu sur l'expertise ([]).

B.

B.a.

Le 4 septembre 2017, le Dr X., par l'entremise de son avocat, s'est plaint auprès du chef du département des finances et de la santé du parti pris du Médecin cantonal et a demandé sa récusation. Ce courrier a été transmis au Médecin cantonal, comme objet de sa compétence. Celui-ci a rejeté la demande de récusation dans une décision du 2 octobre 2017.

B.b.

La décision du Médecin cantonal a fait l'objet d'un recours auprès du département des finances et de la santé qui l'a rejeté et qui a confirmé la décision attaquée le 20 novembre 2017, considérant que le Médecin cantonal n'avait pas démontré de partialité dans ce dossier qui justifierait sa récusation, mais avait procédé selon les compétences qui lui sont reconnues afin d'établir les faits. L'intéressé a recouru ensuite auprès du Tribunal cantonal qui a déclaré le recours irrecevable le 16 février 2018.

C.

C.a.

Par courrier du 26 septembre 2017 ([]), Me Bise a transmis au Médecin cantonal une expertise remise dans le cadre d'une procédure en responsabilité civile rédigée par le bureau d'expertises extrajudiciaires de la FMH ([]). Elle révèle en substance que la lésion de l'intestin de la patiente par un trocart intervenue lors de l'opération réalisée et supervisée par le Dr X. constitue un risque inhérent d'une laparoscopie. Même si le Dr X. n'est pas personnellement l'agent de cette lésion, sa responsabilité est néanmoins engagée en tant que médecin dirigeant l'opération. Il est constaté en outre que le protocole opératoire ne décrit pas l'événement faisant suspecter une perforation par le trocart. Au deuxième jour post-opératoire, la patiente a présenté des douleurs abdominales et un ballonnement. Une révision opératoire rapide aurait permis, selon les experts, de réduire l'importance des complications, comme un choc septique sévère avec collapsus circulatoire. Après avoir reçu le téléphone de l'infirmier informant de la péjoration clinique, la réaction adéquate n'était pas de prendre des mesures diagnostiques, mais d'ordonner de commencer le traitement du choc circulatoire consécutif à la septicémie. Les experts concluent que le Dr X. a mal interprété le déroulement de la phase post-opératoire et a réagi avec retard. Ils précisent encore que la prise en charge dans les hôpitaux de G. et de J. a été correcte et a empêché le décès de la patiente à ce moment-là. Ils notent que l'issue fatale n'est pas une suite directe de la lésion intestinale, mais une conséquence indirecte suite à l'opération du 2 octobre 2015 et du diagnostic retardé.

C.b.

Les experts ont relevé en outre que l'indication opératoire de feu A. n'a pas été correctement posée. Ils mentionnent à cet égard que les investigations requises pour expliquer les symptômes de la patiente n'ont pas eu lieu et que la symptomatologie atypique aurait nécessité des investigations complémentaires ([]).

C.c.

Dans un document de récusation de l'expertise daté du 10 septembre 2017 adressé à la FMH ([]), le Dr X. a conclu que l'expertise ne peut être acceptée, car étant « à la fois gravement lacunaire, inconsistante et partielle ». Le caractère lacunaire est motivé par le fait que, selon le Dr X., « les experts n'analysent qu'une très courte période du temps de traitement de la patiente (1.69 % sur la durée) », qui correspond à la phase opératoire et post-opératoire à G., et « qu'en dehors de ces périodes, de graves fautes ont été commises, notamment à l'hôpital J. ». L'inconsistance proviendrait du fait que « les experts se permettent à de nombreuses reprises des affirmations qui seraient le fruit de leurs cogitations théoriques, sans référence à la littérature » et « que leurs interprétations des discussions entre le signataire et la famille, leurs transcriptions de bavardages ne sont pas au niveau de ce que peut exiger la FMH ». La partialité serait due au fait que les experts montrent à de nombreuses reprises que leur démarche est uniquement à charge. Par exemple, « l'impression est clairement présente que les experts ménagent les opérateurs universitaires, en particulier le Pr H., par déférence ou manque de courage ».

D.

D.a.

Le 17 avril 2018, le Médecin cantonal a transmis au chef du département des finances et de la santé un préavis en lien avec la procédure disciplinaire menée à l'encontre du Dr X.. ([]). Il y exprime les doutes qu'il a concernant les capacités de l'intéressé à poursuivre son

activité en tant que chirurgien pratiquant sous sa propre responsabilité et demande au département d'examiner si le Dr X. remplit encore les conditions d'une telle autorisation. Il relève en résumé que l'instruction du dossier relatif au Dr X. fait ressortir la violation des devoirs professionnels et la mise en danger de ses patients accompagnant sa carrière depuis au moins 2007. Les deux dénonciations successives, le rejet de sa responsabilité, voire le report de la responsabilité sur ses auxiliaires et même sur l'un de ses patients, ainsi que l'absence totale de remise en cause de sa pratique inquiètent le Médecin cantonal au plus haut point en regard du risque de récurrence. Il propose donc que l'autorisation de pratiquer de l'intéressé soit limitée (art. 37 LPMéd ; art. 57 LS/NE), voire retirée (art. 38 LPMéd ; art. 57a LS/NE). Il informe en outre le département qu'il suspend la procédure disciplinaire ouverte à l'encontre de l'intéressé jusqu'à droit connu.

D.b.

Le département, représenté par le service juridique de l'État, a transmis à Me Curchod le préavis du Médecin cantonal pour observations dans un délai de 30 jours. Ce dernier a demandé une prolongation de délai qui lui a été accordée jusqu'au 20 août 2018.

Par courrier du 20 août 2018 ([]), le Dr X., par son avocat, a transmis ses observations au département. Il y réfute toute responsabilité ou violation des règles de l'art médical lors de la prise en charge des deux cas pour lesquels une dénonciation a été déposée. Il nie avoir violé le secret médical. Enfin, il considère que les difficultés qu'il rencontre dans la collaboration avec les autres professionnels de santé et les réactions inadaptées en cas de revendications des patients ne relèvent pas du catalogue exhaustif de l'article 40 LPMéd relatif aux devoirs professionnels et ne peuvent donc lui être imputées. Il s'oppose au retrait de l'autorisation préconisé qu'il juge disproportionné et ne se justifie pas d'un intérêt public. Il conclut au maintien de son autorisation de pratique et demande en outre la suspension de la procédure jusqu'à réception d'une expertise à décharge, qu'il fournirait par ses soins jusqu'à fin septembre 2018.

Par lettre du 22 octobre 2018 ([]), le Dr X. a sollicité le département pour qu'il se prononce sur la demande de suspension de la procédure. Cette dernière a été considérée comme sans objet étant donné que le délai de suspension requis par le mandataire était déjà passé.

Par mail du 30 octobre 2018 ([]), le Dr X. a transmis l'expertise précitée ainsi que ses observations. Le 2 novembre 2018, son nouveau mandataire, Me Richard, a transmis des observations complémentaires. En résumé, il est reproché au Médecin cantonal d'avoir mené son instruction à charge. L'intéressé conteste toute responsabilité dans le cas A.. Il fait valoir que l'expertise FMH sollicitée par Me Bise n'est pas objective et qu'elle s'avère de plus lacunaire. Enfin, il relève que l'expertise du Pr C. démontre clairement que le Dr X. n'a commis aucune faute et n'a pas violé les devoirs professionnels. Il conclut à ce que l'autorisation de pratiquer du Dr X. soit maintenue et que les charges qui pèsent à son encontre soient levées.

E.

Par courrier du 29 novembre 2018 et en réponse à la requête du Service juridique, le mandataire du Dr X. a transmis une copie de la convention conclue entre [la compagnie d'assurances] et les héritiers de feu A., en relevant que cette convention d'indemnisation intervient sans reconnaissance d'une quelconque responsabilité ([]).

F.

Pour le surplus, il sera fait référence aux pièces du dossier de la cause et aux arguments de l'intéressé dans le développement en droit dans la mesure où cela s'avère utile.

Considérant en droit :

1.

1.1.

Selon l'article 34 de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires (LPMéd) du 23 juin 2006, l'exercice d'une profession médicale universitaire à titre d'activité économique privée sous propre responsabilité professionnelle requiert une autorisation du canton sur le territoire duquel la profession médicale est exercée.

1.2.

Les conditions nécessaires à l'autorisation de pratiquer sous sa propre responsabilité professionnelle sont fixées à l'article 36, alinéas 1 et 2 LMed. Il s'agit, d'une part, de répondre à des conditions formelles, qui portent sur les titres nécessaires (art. 36, al. 1, let. a et al. 2 LPMéd), et, d'autre part, à de conditions personnelles (art. 36, al. 1, let. b LPMéd). Ces dernières supposent que le requérant soit « digne de confiance et présente, tant physiquement que psychiquement, les garanties nécessaires à un exercice irréprochable de la profession » (art. 36, al. 1, let. b LPMéd). Les conditions personnelles protègent certes principalement les patients, mais elles protègent également le système de santé car l'efficacité de celui-ci repose en partie sur la qualité des fournisseurs de soins (TF 2C_1011/2014, du 18 juin 2015, consid. 6 ; TF 2C_879/2013, du 17 juin 2014, consid. 7.2).

1.3.

Selon l'article 38 LPMéd, l'autorisation de pratiquer sous sa propre responsabilité professionnelle doit être retirée lorsque son titulaire ne remplit plus les conditions requises pour son octroi. Cette procédure se distingue de la procédure disciplinaire qui peut également aboutir au retrait de l'autorisation mais pour des raisons punitives. En effet, les mesures disciplinaires prévues à l'article 43 LPMéd, dont l'interdiction disciplinaire d'exercer, visent à sanctionner rétroactivement les fautes commises dans le cadre de l'activité professionnelle indépendante. L'interdiction disciplinaire d'exercer ne peut être prononcée que si les devoirs professionnels, les prescriptions de la LPMéd ou les règlements d'application correspondants ont été violés. En revanche, le retrait de l'autorisation d'exercer en tant qu'indépendant au sens de l'article 38 LPMéd est une mesure administrative prospective, c'est pourquoi il est également appelé "retrait de sécurité" ; (Jean-François Dumoulin, in : Medizinalberufegesetz[MedBG], Kommentar, 2009, n.4 zu Art. 38 MedBG) il peut intervenir indépendamment de toute faute et de toute violation des devoirs professionnels (ATF 143 I 352, consid. 3.2 ; arrêts du TF 2C_504/2014, du 13 janvier 2015, consid. 3.3 ; 2C_879/2013, du 17 juin 2014, consid. 4.3).

Le retrait de sécurité ne déploie ses effets que dans le canton qui a retiré l'autorisation. Le retrait ne peut être limité dans le temps. Une nouvelle autorisation pourra être accordée si les conditions sont à nouveau remplies et à condition qu'un retrait au sens de l'article 43 n'ait pas été prononcé (arrêt du TF 2C_879/2013, du 17 juin 2014, c. 4.3). La distinction entre mesures disciplinaires et mesures administratives se retrouve également, par exemple, dans le droit des avocats (ATF 137 II 425, consid. 7. 2, p. 429).

1.4.

L'autorisation de pratiquer peut donc être retirée lorsque le professionnel ne se montre plus digne de confiance. L'exigence ayant trait à la confiance s'entend dans un sens plus large que celui qui touche le bien-être du patient. Elle doit également s'examiner au regard de la confiance que peut placer la collectivité publique dans le médecin (arrêt du TF 2C_879/2013, du 17 juin 2014, consid. 4.4). Par conséquent, une mise en danger abstraite des patients suffit pour limiter, voire retirer, l'autorisation de pratiquer (Arrêt du TF 2C_1011/2014, du 18 juin 2015, consid. 6.1). La condition de la confiance implique un niveau d'exigence élevé (arrêts du TF 2C_504/2014, du 13 janvier 2015, consid. 3.5 ; 2C_879/2013, du 17 juin 2014, consid. 4.5). La confiance doit non seulement apparaître 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 2C_1011/2014, du 18 juin 2015, consid. 5.2 ; 2C_504/2014, du 13 janvier 2015, consid. 3.5 ; 2C_879/2013, du 17 juin 2014, consid. 4.5). En outre, le comportement de l'intéressé en dehors des activités professionnelles est aussi déterminant (arrêt du TF 2C_504/2014, du 13 janvier 2015, consid. 3.5), pour autant qu'il ait des effets sur l'aptitude à exercer la médecine (TF 2C_879/2013, du 17 juin 2014, consid. 4.4). L'examen relatif au lien de confiance est indépendant de toute reconnaissance de responsabilité civile. Dès lors, l'Autorité de surveillance appelée à contrôler si le praticien respecte les règles professionnelles n'a pas à vérifier que les conditions de la mise en œuvre de la responsabilité civile (permettant l'indemnisation du patient lésé) qui requièrent effectivement un lien de causalité naturelle et adéquate (art. 41 CO, respectivement art. 97 et 398 CO) soient remplies.

2.

2.1.

Le département des finances et de la santé est l'autorité compétente pour octroyer à un médecin une autorisation de pratiquer à titre d'activité économique privée, sous sa propre responsabilité professionnelle (art. 54 de la loi de santé neuchâteloise du 6 février 1995 (LS) ; art. 1a du règlement neuchâtelois concernant l'exercice des professions médicales universitaires et des autres professions de la santé du 2 mars 1998, ci-après : règlement). De ce fait, il détient aussi la compétence de retirer l'autorisation si l'une des conditions n'est plus remplie par le titulaire (art. 57a LS). Le Médecin cantonal est, pour sa part, chargé du contrôle et de la surveillance des professions médicales selon les articles 10, alinéa 2, lettre a et 72 LS. Il a, par conséquent, transmis le dossier avec un préavis au département des finances et de la santé comme objet de sa compétence au sens des articles 38 LPMéd et 57a LS et a suspendu la procédure disciplinaire jusqu'à droit connu de la présente cause.

2.2.

Dans le cadre de la procédure disciplinaire diligentée par l'Autorité de surveillance contre le Dr X., le Médecin cantonal a soupçonné que ce praticien ne présentait plus un degré de confiance suffisant pour pratiquer la médecine sous sa propre responsabilité et sans surveillance d'un tiers et que, dès lors, l'intéressé ne remplissait plus les conditions requises pour le maintien de l'autorisation de pratiquer.

2.3.

Le département des finances et de la santé est libre de se faire sa propre opinion et de décider de la mesure adéquate à prendre en se ralliant au préavis du Médecin cantonal ou au contraire en se distançant des conclusions de ce dernier. Contrairement à ce que soutient

l'intéressé dans ses observations du 20 août 2018 (pièce 7 du dossier du SJEN), les avis ou préavis n'ont pas de conséquence juridique et ne lient pas l'autorité qui les reçoit. Ils servent en général à apporter les aspects techniques qui ne sont pas forcément maîtrisés par l'autorité appelée à prendre une décision. Cependant, si le préavis est requis de par la loi, l'autorité qui s'en écarte devra "motiver sa décision, et montrer ainsi qu'elle a pour ce faire des motifs pertinents" (P. Moor, Droit administratif, vol. II, p. 247, Berne, 2002). Ainsi, le département est libre de s'écarter des conclusions du Médecin cantonal s'il juge cela approprié.

2.4.

Concernant le reproche fait au Médecin cantonal d'avoir mené une instruction uniquement à charge du Dr X., le département a déjà eu à se prononcer sur ce point en rejetant le recours contre la décision de refus de récusation. Il n'y a donc pas lieu d'y revenir, dans la mesure où aucun élément nouveau n'a été apporté et que la décision du département est entrée en force formellement suite à la décision d'irrecevabilité rendue le 16 février 2018 par le Tribunal cantonal.

3.

3.1.

Les conditions liées à la possession des titres nécessaires ne sont pas contestées. Nous rappellerons néanmoins que l'article 7 LPMéd dispose qu'il est attendu des filières d'études qu'elles concourent au développement de la personnalité et des compétences sociales des étudiants afin qu'ils puissent faire face aux exigences professionnelles futures. Elles doivent en particulier permettre aux étudiants : a. de reconnaître et de respecter les limites de l'activité médicale ainsi que leurs propres forces et faiblesses ; b. d'appréhender la dimension éthique de leur activité professionnelle et d'assumer leurs responsabilités envers l'individu, la société et l'environnement ; c. de respecter le droit à l'autodétermination des patients dans le cadre du traitement. Cela démontre l'importance donnée aux compétences sociales attendues du médecin. Il s'agit d'examiner maintenant la question de savoir si le Dr X. est toujours digne de confiance.

4.

4.1.

En l'occurrence, et de manière générale, il ressort du dossier établi par le Médecin cantonal que le Dr X. ne respecte pas scrupuleusement les devoirs professionnels et que sa manière d'interagir avec les patients et les autres professionnels de la santé n'est pas propre à assurer la sécurité des patients et le respect de leurs droits.

·Respect du devoir de diligence

Dans le dossier A., le Dr X. a suspecté une perforation de l'intestin ([]). Toutefois, il ne l'a pas documentée clairement ni dans le protocole opératoire, ni dans son dossier médical ([]). Cela est également relevé par l'expertise du Dr C. transmise par l'intéressé qui regrette le caractère non exhaustif du protocole opératoire, en particulier la non-mention de l'incident du trocart (p. 24 du rapport d'expertise du Dr C., []). Or, la responsabilité de la tenue du protocole opératoire relève en particulier de celle de l'opérateur, soit le médecin qui supervise l'opération. Il n'a d'ailleurs pas discuté de son doute avec le Dr D. pendant ou après l'opération et ce dernier n'en garde pas de souvenir notable ([]).

Le Dr X. n'a pas pris de mesures particulières de surveillance ou d'investigation ([]). Quand la perforation est devenue symptomatique, il se trouvait à son domicile à plus de 90 minutes de route de la clinique et dans ces circonstances, il n'a pas agi avec toute la diligence requise pour préserver la santé de sa patiente. Ceci d'autant plus qu'il a déclaré « Je suis d'accord avec le constat qu'il n'y avait pas de médecin répondant pour la clinique et que le suivi de la patiente était léger en division. De plus, l'équipe [des] infirmières n'était pas au top. A plusieurs reprises, j'ai attiré l'attention de la clinique sur ce problème mais il est difficile de mettre en route des changements » ([]). Le Dr X. nie avoir été difficilement joignable le soir du 4 octobre 2015 ([]), alors que tant l'infirmier de [l'hôpital] B. ([]) que le médecin du SMUR ([]) ont déclaré avoir eu de la peine à le joindre.

Le Dr X. a contesté toute responsabilité dans la prise en charge de sa patiente, comme le rappelle le courrier adressé au Médecin cantonal le 4 novembre 2016 ([]). L'expertise extrajudiciaire FMH admet pour sa part une responsabilité de ce praticien ([]), constatant notamment un retard dans l'ordre de commencer le traitement du choc septique. Le Dr C. relève, quant à lui, qu'aucun retard ne peut être imputé au Dr X., et que si un retard devait être admis, il relèverait de la responsabilité de la clinique qui accepte qu'un médecin en charge d'un patient à risque habite à 70 km de la clinique (p. 28 du rapport d'expertise du Dr C.). Or, a priori, il ne s'agit pas du temps que le médecin aurait mis à venir, mais plutôt du temps pris pour ordonner des mesures diagnostiques et prescrire le traitement requis pour une patiente en état de choc, même s'il est compréhensible que dans un premier temps il en ignorât l'origine exacte.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre que le Dr X. a manqué à la diligence requise tant dans l'indication opératoire que dans la phase post-opératoire de l'intervention pratiquée sur feue A. ([]).

Dans l'affaire E., l'indication opératoire a choqué le Dr K. ([]). Les observations du médecin traitant ([]) et la requête d'un bilan complémentaire du cardiologue ([]) appuient le doute que l'indication chirurgicale était légère en regard d'une prise en charge médicale. Le dossier médical ne documente pas si ces options ont été clairement présentées au patient. Face à une complication post-opératoire pouvant entraîner des séquelles neurologiques ou vasculaires, le Dr X. a proposé une fasciotomie, selon lui le 15 ou le 16 novembre 2015 et réalisée le 18 novembre 2015 en raison du prétendu refus de son patient à consentir à cette opération ([]). Aucune trace dans le dossier ne permet d'objectiver l'intention d'opérer le 15, respectivement le 16 novembre 2015 et le patient a déclaré que le Dr X. lui a proposé la seconde intervention le 18 novembre ([..]).

En outre, l'indication opératoire dans le cas de E. n'était pas franche et le suivi est aussi mis en doute ([]).

La compétence du Dr X. dans ce domaine avait également déjà été mise en cause par le rapport de la délégation du Conseil de santé vaudois. Celui-ci relevait que l'expert mandaté alors avait " fait état de six interventions [] pour lesquelles la technique opératoire s'est révélée en contradiction avec les pratiques établies" ([]). On constate donc que le problème est récurrent et que la procédure disciplinaire ouverte par les autorités vaudoises n'a pas suffi pour que le Dr X. revoie sa pratique et l'améliore.

Par ailleurs, les dossiers médicaux du Dr X. sont insuffisamment documentés lors de décisions importantes et l'on peut douter que les patients aient été pleinement informés

dans de telles circonstances ([]). Le Dr C. relève que "Les informations nécessaires ont été transmises, peut-être pas de façon formellement correcte selon les exigences helvétiques " ([] du rapport d'expertise du Dr C.), ce qui va également dans le sens de ce qui précède.

4.2.

Dans la prise en charge opératoire de A., le Dr X. intervenait en tant que chirurgien responsable, son rôle étant de superviser le Dr D.. Il portait de ce fait une responsabilité également sur les actes produits par ce professionnel de la santé. À tout moment, il renvoie à la responsabilité de son collègue et à l'incompétence des équipes.

Comme le mentionne son mandataire dans un courrier du 4 novembre 2016, il « conteste toute responsabilité dans les faits qui lui sont reprochés s'agissant de la prise en charge des patients A. et E. » ([]). Pourtant, l'expertise extrajudiciaire mise en œuvre dans l'affaire de feu A. impute une responsabilité au Dr X. ([..]). L'objet du reproche qui peut être fait au Dr X. ici ne tient pas tant au fait qu'il serait responsable du décès de sa patiente mais du comportement qu'il adopte qui consiste non seulement à nier sa responsabilité professionnelle, mais à rejeter systématiquement la responsabilité sur des tiers, qui intervenaient en qualité d'auxiliaires. Il a exposé à plusieurs reprises que la perforation de l'intestin était due à un geste du Dr D. ([]), qui assistait lors de l'intervention. Il a en outre chargé l'infirmier de l'hôpital B. ([]). Il a également argué à plusieurs reprises que l'hôpital G. et l'hôpital J. ont commis des erreurs dans la suite de la prise en charge de la patiente ([]). Jamais il n'a remis en cause la manière dont il avait procédé.

Cette situation est récurrente, le Conseil de santé du canton de Vaud avait déjà relevé cette attitude lors de la procédure qui avait été ouverte contre le docteur X.. Il écrivait dans son rapport « Au cours de son audition, le Dr X. a banalisé la situation []. 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 » ([]).

Peu importe que les actions du Dr X. présentent un lien de cause à effet avec les complications subies par la patiente et finalement son décès, puisqu'il ne s'agit pas ici d'établir la responsabilité civile du médecin. Ces agissements démontrent que l'intéressé ne semble pas prendre la mesure des responsabilités générales qui lui incombent du fait de sa profession et de son rôle de superviseur de son assistant ou de ses auxiliaires. Il présente de ce fait un danger pour son patient.

·Violations du secret professionnel

4.3.

Le Dr X. a dénoncé son patient, E., au Ministère public ([]) pour enrichissement illégitime, détournement de fonds et escroquerie à l'assurance sans être préalablement délié du secret professionnel. Dans sa dénonciation, il expose jointe sous pli fermé les coordonnées du patient et demande au Procureur général si ce dernier peut le délier. Le Procureur général n'est toutefois pas l'autorité compétente pour lever le secret professionnel des médecins.

D'autre part, l'intéressé a dénoncé un de ses collègues devant la commission de déontologie de la SNM en donnant le nom de sa cliente et sa date de naissance. Ce courrier a d'ailleurs été transmis à huit autres destinataires ([..]).

Le Dr X. évoque dans ses observations qu'il n'avait pas la conscience ni la volonté de violer le secret médical qui le lie à son patient, mais s'est simplement trompé d'autorité lorsqu'il a

sollicité la levée du secret professionnel.

Or, le département s'étonne que l'intéressé, pratiquant la médecine depuis de nombreuses années, ne soit pas plus au fait de ses obligations envers son patient en ce qui concerne en particulier le secret professionnel. Au vu du dossier, il a violé plus d'une fois ses obligations en la matière.

Certains propos du Dr X. corroborent le fait que ce praticien n'a pas compris la notion de « secret professionnel » et ses implications. Dans un courrier au Médecin cantonal du 24 août 2017 ([]), il évoque plusieurs violations du secret professionnel à son égard. Il suspecte notamment le corps médical neuchâtelois et d'autres praticiens d'avoir transmis au Médecin cantonal des informations fallacieuses à son sujet et se plaint, à tort, d'une violation du secret professionnel. Dans un courrier du 26 août 2017 au Médecin cantonal ([]), le Dr X. prétend qu'il lui appartient de délier le Médecin cantonal vaudois de son secret professionnel pour répondre à la demande d'informations de l'Autorité de surveillance neuchâteloise. Or, le Médecin cantonal vaudois n'est pas tenu au secret professionnel mais au secret de fonction ; ces deux obligations professionnelles diffèrent fondamentalement.

En l'absence de documentation précise dans les dossiers médicaux, le Dr X. ne peut établir qu'il a obtenu de ses patients le consentement requis pour des actes médicaux importants, ce qui aurait levé des doutes comme dans le cas de E.. Ceci constitue donc une violation des devoirs professionnels que le Médecin cantonal est à même de constater.

·Difficultés de collaboration avec les autres professionnels de la santé et avec les institutions de soins

4.4.

La sécurité des soins et la sécurité du patient ne sont pas garanties lorsque l'on considère que l'intéressé n'est pas en mesure de travailler en collaboration avec d'autres professionnels de la santé. Le dossier relate de nombreux conflits avec ses collègues qui démontrent la difficulté que le Dr X. rencontre dans ses relations avec autrui, que ce soit les institutions dans lesquelles il a travaillé ou les autorités.

Dans ses relations avec ses collègues, le Dr X. a dénoncé en 2015 un confrère à la commission de déontologie de la SMN ([]). Le président de cette commission a estimé que cette dénonciation comportait des accusations attentatoires à l'honneur et constituait de plus une violation du secret professionnel (art. 321 CP), laissant juge l'Autorité de surveillance de dénoncer cette éventuelle infraction aux autorités pénales ([]). Les membres de la commission de déontologie, par la voix de leur président, se posaient la question à propos du Dr X. de savoir si toutes les conditions et garanties nécessaires à l'exercice irréprochable de la profession étaient réunies ([]).

Lors de son activité en Belgique, le Dr X. a dénoncé, notamment à la presse, de prétendus dysfonctionnements dont il avait été témoin à l'hôpital K. ([..]).

Le Dr X. et [l'hôpital] F. ont conclu un contrat de collaboration à compter du 1er août 2014. Des conflits ont rapidement opposé les parties. Le Dr X. a été informé en février 2015 que l'institution était insatisfaite de leur collaboration ([]). La convention a été résiliée le 12 mars 2015 pour le 30 septembre 2015 ([..]). Après avoir donné une seconde chance au Dr X., a définitivement résilié le contrat de collaboration qui la liait à ce praticien le 22 octobre 2015 pour le 31 décembre 2015 ([]). Les motifs de résiliation concernaient des échanges peu respectueux avec un assureur, un avocat (Me Bise), l'absence d'information

de patients sur la facturation de « nuits de confort », des menaces à l'encontre du personnel, etc. La défense du Dr X. a contesté les conditions de résiliation contractuelles et évoqué une situation de harcèlement à son égard et une mise à l'écart qui justifiaient des dommages et intérêts à hauteur de 190'000 francs avec aussi la perte d'un plateau chirurgical. La conciliation a abouti à un montant de 28'500 francs en sa faveur. Il a conservé tous les frais de la procédure de conciliation à sa charge.

·Réactions inadaptées en cas de revendications des patients

4.5.

Dans ses relations avec ses patients ou leurs représentants, le Dr X. a établi à plusieurs reprises une relation anormale et émotionnelle lorsque les patients ou leurs proches ont émis des revendications.

Ainsi, le Dr X. a refusé d'entrer en discussion avec l'avocat des proches de feu A. après une interpellation de celui-ci ([]). Alors qu'il lui était demandé de produire le dossier de la patiente et d'indiquer les références de son assurance en responsabilité civile ([]), le médecin a répondu « 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 sribailleurs ne font pas partie de mon univers » ([]). Même si la personne visée n'est pas le patient lui-même, cela illustre les difficultés de ce médecin à gérer de manière professionnelle les plaintes qui l'impliquent.

Il a en outre déposé une plainte pénale ([]) contre son patient E. pour enrichissement illégitime, détournement de fonds et escroquerie à l'assurance sur laquelle le Ministère public n'est pas entré en matière. Ce patient refusait de le payer parce qu'il considérait que les soins que l'intéressé lui avait prodigués avaient eu de graves conséquences sur sa santé. Les propos tenus par le Dr X. dans certains de ses courriers sont au surplus inadéquats et indignes d'un médecin ([]).

·Absence de collaboration avec les autorités sanitaires

4.6.

L'établissement des faits a nécessité la vérification de plusieurs événements du parcours professionnel du Dr X.. Or, il est apparu que les déclarations du Dr X. ne correspondaient pas toujours à la réalité. Par exemple, celui-là a répondu lors de son audition initiale du 13 novembre 2015 qu'il n'avait pas fait l'objet de plaintes au cours de sa carrière à l'exception d'une affaire à la fin des années 1990 pour laquelle il n'avait pas dû assumer de dommages ([]). Cette affirmation est contredite par le rapport du Conseil de santé vaudois sur la procédure disciplinaire menée en 2009 suite à une dénonciation par un confrère. Ce dossier, obtenu du Médecin cantonal vaudois, a révélé que le Dr X. a fait l'objet d'une procédure par le Conseil de santé vaudois à propos de complications post-opératoires. Bien qu'elle ait fait l'objet d'un classement en 2009 ([]) par le conseiller d'État, celui-ci, prenant acte des regrets du Dr X., attirait son attention sur le fait qu'en raison de l'importance de ses responsabilités professionnelles, en particulier dans la mesure où il exerçait une activité chirurgicale, donc à hauts risques pour des patients, son droit de pratiquer pourrait être subordonné à un suivi médical régulier sous le contrôle du Médecin cantonal.

Finalement, dans ses relations avec l'Autorité de surveillance, le Dr X. a eu recours à des tentatives d'intimidation ([]), des contestations systématiques de la procédure ([]) et un

courriel qui pourrait être interprété comme une menace ([]).

5.

5.1.

En conclusion, l'ensemble des éléments établis par le dossier démontre clairement que le Dr X. ne présente ni les compétences requises ni les aptitudes personnelles pour assurer une pratique de la médecine qui garantisse la sécurité des patients. En outre, ses difficultés à collaborer avec les autres professionnels de la santé ont également contribué à aggraver la situation dans le cadre de la prise en charge de ses patients, quand bien même il relève dans ses observations qu'on ne peut lui reprocher, sous le couvert de prétendus manquements professionnels, sa forte personnalité. Ce n'est pas sa forte personnalité qui est mise en cause ici, mais bien les manquements aux devoirs professionnels, induits en partie, on ne peut le nier, par son caractère.

5.2.

Le fait que le Dr X. ait été directement concerné par au moins six procédures officielles ([] en dix ans, toutes liées à sa pratique en tant que chirurgien, nourrit encore davantage les doutes sur ses capacités à traiter des patients sans supervision. Le cumul des incidents relevés lié à l'absence systématique de remise en question de sa propre pratique et le rejet de la faute sur les autres permet d'affirmer que le Dr X. ne présente plus le degré de confiance nécessaire, qui pour rappel est élevé, pour pratiquer la chirurgie sous sa propre responsabilité professionnelle. On craint effectivement que ce professionnel de la santé ne soit plus capable d'assurer la bonne prise en charge de sa patientèle. Les problèmes médicaux qui jalonnent sa carrière sont trop nombreux pour que des questionnements sur son fonctionnement et sa manière d'appréhender les problèmes ne soient pas abordés.

Dans le cas d'espèce, il y a lieu d'admettre que l'État n'est pas en mesure d'accorder sa confiance à un professionnel tel que le Dr X. et les conditions de l'article 36 LPMéd ne sont donc plus remplies, de sorte qu'il y a lieu de lui retirer son autorisation de pratiquer.

6.

6.1.

Il reste à examiner si le retrait de sécurité respecte le principe de la proportionnalité, en lien avec la liberté économique du Dr X.. En effet, le retrait de sécurité prive un médecin de l'accès à sa profession et cause de fait une atteinte grave à la liberté économique protégée par l'article 27 Cst.. Conformément à l'article 36 Cst., une atteinte à un droit fondamental n'est tolérée que si la mesure envisagée est prévue dans une base légale, si elle vise la protection d'un intérêt public, si elle respecte le principe de la proportionnalité et si elle ne supprime pas le noyau dur du droit protégé.

6.2.

En l'occurrence, le retrait de l'autorisation de pratiquer sous sa propre responsabilité est expressément prévu dans une loi au sens formel, soit à l'article 38 LPMéd. La première condition de l'article 36 Cst. est donc remplie.

Le retrait de sécurité protège non seulement les patients, mais aussi la santé publique puisque l'efficacité du système de santé est étroitement liée à la qualité des fournisseurs de prestations (TF 2C_879/2013, du 17 juin 2014, consid. 7.2). Il poursuit donc un intérêt

public qui se loge dans la garantie de la santé publique. La deuxième condition de l'article 36 Cst. est donc respectée.

6.3.

Le principe de la proportionnalité impose que la mesure envisagée soit apte à atteindre le but visé. En l'occurrence, le retrait de sécurité protège effectivement la collectivité d'un médecin jugé indigne de confiance. De plus, la mesure doit être nécessaire, c'est-à-dire que seule la mesure la moins incisive n'est admissible. Par conséquent, le retrait intégral n'est justifié que si un retrait partiel (art. 57a LS), une restriction ou une charge (art. 37 LPMéd et art. 57 LS) sont insuffisants. En outre, il faut examiner la possibilité de limiter le retrait dans le temps (art. 57a LS). Toutefois, lorsque le médecin ne satisfait pas au degré de confiance exigé dans l'exercice de sa profession, seule la limitation, voire le retrait de l'autorisation ne s'envisage. En effet, l'une des conditions d'octroi n'est pas remplie. Aucune autre mesure moins restrictive ne peut ainsi être prononcée, et ce même si l'intéressé n'a jamais fait l'objet de mesure disciplinaire. En d'autres termes, lorsque le praticien n'est plus digne de confiance, aucune mesure plus douce qu'une restriction à l'autorisation de pratiquer ne s'envisage (arrêts du TF 2C_1011/2014, du 18 juin 2015, consid. 6.2 ; 2C_879/2013, du 17 juin 2014, consid. 7.2.2). 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, notamment lorsque le médecin a démontré par le passé que des procédures pénales et disciplinaires n'avaient pas d'effet sur son comportement (Arrêt du TF 2C_1011/2014, du 18 juin 2015, consid. 6.3.1 et 6.3.2). Le Tribunal fédéral estime au surplus que la proportionnalité est respectée si le médecin peut poursuivre une activité, qui ne requiert pas d'autorisation (arrêts du TF 2C_1011/2014, du 18 juin 2015, consid. 6.3.3 ; 2C_57/2010, du 4 décembre 2010, consid. 5.4).

6.4.

En l'occurrence, il ressort de l'état de fait que le Dr X. a commis des erreurs dans le suivi post-opératoire de feu A. et de E., en ne réagissant pas assez rapidement face aux complications que ses patients présentaient. Pour le cas A., ces manquements ont été relevés dans le cadre d'une expertise extrajudiciaire établie par la FMH ([]). Il n'y a pas lieu ici de remettre en cause cette appréciation qui émane d'un organisme indépendant et neutre et qui plus est le mieux à même d'évaluer le respect des règles liées à la pratique des médecins en Suisse. Des lacunes dans le suivi post-opératoire de patients avaient déjà été constatées dans la procédure disciplinaire qui a été menée entre septembre 2008 et mai 2009 dans le canton de Vaud ([]). De plus, le Dr X. a essayé de rejeter sa responsabilité sur des tiers tout au long de la procédure disciplinaire. Il n'a donc pas compris qu'un médecin qui travaille sous sa propre responsabilité professionnelle assume une responsabilité pour le fait de ses auxiliaires qui, eux, travaillent sous sa supervision. Le fait que le Dr X. n'ait pas admis avoir commis des erreurs, mais ait, au contraire, tenté de se décharger sur ses auxiliaires est particulièrement inquiétant ([]). Un médecin, qui œuvre sans supervision, doit être capable non seulement d'assumer les erreurs de ses subalternes, mais encore de prendre les mesures qui s'imposent à la suite de ces erreurs. Il doit en outre faire preuve d'un sens de l'autocritique étendu pour réduire au maximum le risque que le même type d'erreur se reproduise à l'avenir. Cette absence de remise en question ([]) est d'autant plus inquiétante que le Dr X. pratique la chirurgie, soit une activité à hauts risques pour les patients, qui requiert le plus souvent le concours de tiers (médecins assistants, infirmiers,

instrumentistes, etc.). De ce fait, les chirurgiens indépendants sont régulièrement amenés à superviser une équipe de soignants et à devoir surveiller les gestes de chacun d'entre eux. En s'obstinant à vouloir faire reconnaître la responsabilité de tiers et en excluant la sienne, le Dr X. a démontré qu'il ne répond pas au niveau d'exigences pour diriger lui-même une équipe de soignants qui intervient dans le traitement chirurgical administré à un patient. Une simple limitation de l'autorisation de pratiquer sous sa propre responsabilité semble donc insuffisante pour garantir la protection de la santé publique en raison de ces constatations. Ceci est d'autant plus vrai que le Dr X. a déjà fait l'objet d'une procédure disciplinaire dans le canton de Vaud, au terme de laquelle le chef du département de la santé et de l'action sociale lui a signifié un avertissement et lui a rappelé l'importance de ses responsabilités professionnelles, en particulier dans le domaine de la chirurgie.

6.5.

Un médecin spécialiste en chirurgie viscérale, vasculaire et thoracique, qui exerce sous sa propre responsabilité, doit collaborer avec des établissements de soins pour pouvoir opérer. La qualité de la prise en charge des patients dépend en partie de l'entente entre le médecin agréé et l'établissement de soins. En l'occurrence, le Dr X. a rencontré des difficultés avec plusieurs établissements au cours de la dernière décennie. L'instruction a démontré qu'il a été en conflit lorsqu'il exerçait au sein de [l'hôpital] L. dans le canton de Vaud ([]) et à [l'hôpital] B. ([]). Les circonstances entourant la fin de son activité à [l'hôpital] K. ne sont pas clairement établies, mais la procédure a démontré qu'un conflit a aussi existé en Belgique ([]). Lors de sa collaboration avec [l'hôpital] B., le Dr X. a « eu des mots » avec la secrétaire d'un confrère et avec la personne en charge du planning des salles d'opérations. Qui plus est, les deux secrétaires qui lui ont été attribuées successivement ont refusé de travailler avec lui. Les difficultés rencontrées étaient graves, puisqu'elles ont conduit [l'hôpital] B. à résilier le contrat de collaboration avec ce praticien, après lui avoir accordé une seconde chance ([]). Un climat de tensions générales n'est pas propice à une prise en charge optimale des patients. À cet égard, il n'est pas admissible qu'un chirurgien doive changer régulièrement d'établissement de soins en raison de conflits avec ses collègues, son employeur et plus généralement l'institution dans laquelle l'intéressé travaille. Ce refus caractérisé d'interagir avec son entourage professionnel rompt la confiance que la collectivité publique doit pouvoir placer en la personne au bénéfice de l'autorisation octroyée. Les patients pour lesquels une opération a été programmée se trouvent effectivement dans une situation délicate, voire dangereuse pour leur santé, lorsque leur intervention est non seulement repoussée, mais encore déplacée dans un autre établissement de soins. Force est de constater que le Dr X. ne parvient pas à composer avec les autres acteurs indispensables à la prise en charge chirurgicale des patients. Il ne peut donc pas garantir de nouer les rapports nécessaires pour disposer d'un équipement et de personnel pour opérer ses patients. Ainsi, il appert qu'une simple limitation de l'autorisation de pratiquer sous sa propre responsabilité ne suffirait pas à supprimer ce risque pour la santé publique.

6.6.

Le Dr X., né le [], a déjà atteint l'âge de la retraite. De ce fait, l'atteinte portée à sa carrière, notamment future, par un retrait de sécurité est limitée et tolérable au vu de la pesée des intérêts en présence. Comme il l'a lui-même envisagé suite à la procédure disciplinaire vaudoise achevée en 2009, il pourrait choisir de fonctionner comme médecin conseil auprès d'une assurance.

7.

7.1.

En conclusion, il ressort du dossier qu'une simple limitation de l'autorisation de pratiquer sous sa propre responsabilité ne suffirait pas à garantir la protection de la patientèle du Dr X. et la santé publique en général. L'autorisation de pratiquer doit par conséquent lui être purement et simplement retirée.

Considérant qu'il existe un risque indéniable que la pratique du Dr X. porte à nouveau atteinte à la sécurité et à la santé des patients au vu de son incapacité à se remettre en cause et à travailler en collaboration avec d'autres professionnels, et que l'intérêt public à garantir la sécurité des patients prévaut sur l'intérêt privé, il y a lieu également de retirer l'effet suspensif du recours.

7.2.

S'agissant d'un retrait de l'autorisation de pratiquer, il est statué sans frais et dès lors qu'il s'agit d'une décision de première instance, le Dr X. n'a pas droit à des indemnités de dépens.

Par ces motifs, le conseiller d'État, chef du Département des finances et de la santé, décide :

1.Retire au Dr X. l'autorisation de pratiquer la médecine sous sa propre responsabilité professionnelle, délivrée le 3 mai 1989 par la République et Canton de Neuchâtel.

2.Retire l'effet suspensif en cas de recours.

3.Statue sans frais.

4.N'alloue pas de dépens.

Neuchâtel, le 17 décembre 2018

Laurent Kurth,
conseiller d'État

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