

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3030/2011-PATIEN

ATA/610/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre administrative

Arrêt du 29 juillet 2014

dans la cause

Monsieur A_____

représenté par Me Birgit Sambeth Glasner, avocate

contre

**COMMISSION DE SURVEILLANCE DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ ET
DES DROITS DES PATIENTS**

et

Madame B_____

EN FAIT

1) Monsieur A_____ (ci-après : le médecin), médecin à Genève, est un spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique.

2) Le 4 décembre 2008, il a reçu à sa consultation Madame B_____ (ci-après : la patiente). Selon la fiche de première consultation, la patiente n'était pas satisfaite des résultats d'une liposuccion pratiquée dans la zone subpubienne. Elle souhaitait bénéficier d'une abdominoplastie, à l'instar d'une amie qui avait été traitée par le même médecin.

La fiche de première consultation établie par le médecin rapportait les différents examens préparatoires pratiqués et les différentes données collectées concernant l'état de santé de la patiente. Parmi ces derniers, le « tabagisme ++ » de la patiente était relevé.

Aucun formulaire relatant le contenu des informations données à la patiente en rapport avec l'opération envisagée ne se trouvait au dossier. La fiche de première consultation ne disait rien non plus à ce sujet.

L'intéressé n'ayant pas vu de contrindication à l'opération proposée, celle-ci a été fixée, en accord avec la patiente, au mois de février 2009.

3) La patiente a été revue par l'intéressé le 16 janvier 2009. Elle est entrée à la clinique Vert-Pré le 19 février 2009, la veille du jour où l'opération devait se dérouler.

Le questionnaire de santé relatif à la patiente complété par la clinique mentionnait que celle-ci fumait à raison d'un paquet de cigarettes par jour.

La fiche relative aux ordres médicaux postopératoires donnés au personnel soignant mentionnait le tabagisme de la patiente comme « antécédents significatifs ».

4) La patiente a été opérée le 20 février 2009 et elle est sortie de la clinique le 22 février 2009 au soir. Tant les notes du médecin que celles du personnel soignant de la clinique retenaient que, le 22 février 2009, la patiente avait recommencé à fumer.

5) Le médecin a revu la patiente le mercredi 25 février 2009. Selon ses notes, il a donné à la patiente des « explications » concernant la consommation de tabac.

6) Il a revu régulièrement la patiente jusqu'au 20 juillet 2009.

- 7) Le 15 avril 2009, la patiente est allée consulter la Doctoresse C_____, spécialiste en ORL et chirurgie cervico-faciale. Selon le certificat médical du 24 août 2009 rédigé par celle-ci, la patiente avait, avant qu'elle ne la voie le 15 avril 2009, téléphoné à plusieurs reprises pour lui faire part de son inquiétude vu le « lâchage, l'induration et la suppuration » de sa cicatrice subpubienne. Lors de ces entretiens téléphoniques, elle l'avait renvoyée à son chirurgien plasticien, sauf le 15 avril 2009, date à laquelle elle l'avait examinée car celui-ci était en vacances.

À cette occasion, elle avait relevé une altération centrale de la cicatrice subpubienne, mesurant 5 x 7 cm, profonde de 1 cm, avec abondante fibrine. Il y avait une induration et une rougeur des téguments sur environ 3-4 cm autour de l'ulcération. Elle avait effectué un traitement de la plaie avec prescription d'une antibiothérapie et effectué des prélèvements pour examen bactériologique par un laboratoire. Selon le rapport d'analyse que celui-ci lui avait adressé, avec une copie à l'intéressé, la plaie était infectée, à tout le moins par des staphylocoques dorés.

- 8) À la suite de cela, un autre médecin-traitant de la patiente avait adressé celle-ci à Madame D_____, experte en soins de plaies et cicatrisation. Selon le rapport de cette dernière, versé à la procédure, elle avait traité l'infection dont souffrait la patiente entre le 20 juillet et le 17 août 2009 par nettoyage de la plaie. Elle avait constaté une plaie de 2,5 cm de diamètre, fibrineuse au fond, avec un sous-minage de 2 cm sur la droite et de 3 cm sur la gauche. Le pourtour était fortement inflammatoire et la plaie, indolore, était infectée de staphylocoques dorés. À l'issue du traitement, le sous-minage était totalement fermé à droite et il ne restait qu'un petit sous-minage à gauche. La plaie était pratiquement fermée. Le but de juguler l'infection avait été pratiquement atteint mais il restait un problème esthétique à traiter.

- 9) Le 2 octobre 2009, la patiente a déposé plainte contre le médecin auprès de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients (ci-après : la commission), instaurée par l'art. 1 de la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients du 7 avril 2006 (LComPS - K 3 03). Celui-ci l'avait opérée pour effectuer une abdominoplastie sans lui indiquer aucunement les conséquences liées à une telle intervention et c'était sans hésitation qu'elle avait accepté. Depuis l'intervention, une nécrose était aussitôt apparue au centre de la cicatrice. L'intéressé l'avait rassurée, en lui indiquant que de telles conséquences arrivaient fréquemment. Elle avait cependant consulté la Dresse C_____, qui avait mis en évidence une infection. L'intéressé s'était fâché. Il avait traité la Dresse C_____ de charlatan pour faire comprendre à la patiente que ses maux étaient psychologiques. Elle transmettait une photocopie du rapport de consultation de la Dresse D_____, qui permettait d'apprécier ce dernier aspect de ses souffrances. Il était inadmissible que

l'intéressé n'ait même pas essayé de la contacter, alors qu'elle avait la nette impression qu'il était le seul responsable de ce qui lui arrivait. Selon elle, à l'occasion de l'opération, l'intéressé avait trop tiré la peau, ce qui avait occasionné la lésion. Ce dernier avait commis une grave faute en ne l'avertissant pas des risques de nécrose et en refusant ensuite d'assumer les complications postopératoires survenues. Elle saisissait la commission en raison des souffrances qu'elle avait endurées et des nombreux frais qu'elle devait prendre en charge depuis lors.

- 10) Le 30 novembre 2009, l'intéressé a transmis à la commission sa détermination au sujet de cette plainte. Celle-là relatait le déroulement des événements en fonction du propre vécu de la patiente, qui n'était pas le sien. La patiente était venue le 4 décembre 2008 à sa consultation. Elle était accompagnée d'une amie, avocate, qui était une ancienne patiente, et qui avait elle-même bénéficié d'une abdominoplastie. Il avait fait remarquer à la patiente qu'il ne trouvait pas son ventre trop dégradé et qu'il n'était pas convaincu de l'existence d'indications médicales en faveur d'une telle opération. Devant sa détermination, son ventre étant opérable, il avait accepté de pratiquer l'intervention sur la base d'une indication purement esthétique. Il l'avait informée qu'une hospitalisation d'au moins quatre jours serait nécessaire, qu'il faudrait impérativement respecter une position postopératoire spécifique avec les hanches fléchies, que la reprise du travail ne pourrait se faire qu'après trois ou quatre semaines et que son tabagisme devrait être interrompu complètement durant au minimum les cinq jours suivant l'intervention. Il l'avait également informée sur les risques et complications potentiels liés au non-respect de ces consignes. Il lui avait expliqué que cette opération était devenue relativement bénigne depuis le développement d'une nouvelle technique par les docteurs E_____ et F_____, qu'il pratiquait depuis dix ans, pour autant qu'elle se soumette aux prescriptions médicales sur lesquelles il venait d'attirer son attention concernant la durée du repos, la position postopératoire adoptée et l'arrêt du tabagisme.

Il avait répété les détails de l'opération de la patiente lors de consultations préopératoires et anesthésiques.

L'opération s'était bien passée et la patiente avait été agréablement surprise de son excellent état général et du peu de douleurs ressenties après celle-ci. Devant son euphorie, l'intéressé l'avait mise en garde expressément sur la nécessité de suivre les consignes concernant les trois points précités. Le deuxième jour après l'opération, la patiente était cependant allée se promener en abandonnant la position postopératoire et s'était mise à fumer.

Dès le lendemain, lors du pansement, il avait noté une zone de phlyctène dans la partie inférieure médiane la plus fragile. Il avait immédiatement informé la patiente de ce constat et de la signification d'une telle lésion, qui était l'expression d'une souffrance tissulaire. Il lui avait répété qu'il était indispensable de pratiquer

une abstention tabagique totale pour minimiser les dégâts. Par la suite, cette zone s'était progressivement délimitée et avait évolué vers une nécrose cutanée totale sur une surface d'environ 10 x 6 cm. Il avait expliqué à la patiente qu'il y avait une relation causale entre cette lésion et son non-respect des consignes médicales, soit sa mobilisation intempestive ainsi que sa reprise trop précoce de la fumée. Elle s'en était irritée et avait adopté une attitude oppositionnelle et de déni. Il avait essayé d'infléchir son comportement mais n'y était pas parvenu. Il avait vu la patiente plus d'une quinzaine de fois suite à l'intervention et, selon lui, la situation évoluait objectivement plutôt favorablement, même si le rythme de la guérison était trop lent.

Une doctoresse ORL était alors intervenue. Il n'avait pas traité celle-ci de charlatan mais simplement indiqué qu'elle n'avait pas d'expérience dans la gestion de ce type de problèmes. Une plaie ouverte était obligatoirement colonisée par une flore bactérienne mixte. Un prélèvement dans celle-ci ne permettait pas de poser un diagnostic d'infection dans ce contexte. L'inflammation était modérée et uniquement liée à la présence d'une plaie ouverte. Il avait essayé d'expliquer tout cela à la patiente mais elle avait refusé de comprendre. Si cette dernière avait suivi les prescriptions postopératoires de manière fidèle, l'abdominoplastie pratiquée aurait donné un excellent résultat, libre de toutes complications. Il avait effectué cette opération dans les règles de l'art. Le seul reproche qu'il pouvait s'imputer était celui de ne pas avoir pu déceler que, tout en ayant manifesté son consentement éclairé et assuré qu'elle respectait les directives qui lui avaient été clairement et à plusieurs reprises données, cette patiente n'entendait pas y adhérer avec la discipline nécessaire.

- 11) Le 1^{er} mars 2010, sur requête de la commission du 18 février 2010, le médecin a transmis le dossier médical de la patiente. Les parties ont été entendues par la commission le 22 avril 2010. Elles ont persisté dans leurs positions.

Selon le médecin, il avait donné toutes les informations utiles à la patiente sur le déroulement des événements lors des consultations préopératoires, en insistant sur la nécessité d'un alitement de trois ou quatre jours en position semi-assise, d'une mobilisation progressive et d'une absence tabagique d'au moins cinq jours. En l'espèce, la patiente avait voulu se mobiliser et fumer dès le surlendemain de l'opération.

Selon la patiente, l'information préalable avait été succincte. Le médecin lui avait simplement dit qu'il ne fallait pas trop bouger et que c'était assez douloureux. Il ne lui avait pas dit expressément d'arrêter de fumer. Il lui avait présenté l'opération comme étant assez facile à faire. Il n'avait pas voulu lui donner de certificat d'arrêt de travail de plus de quinze jours. Elle contestait avoir été se promener sur la terrasse et n'avait pas quitté le lit, au point que l'anesthésiste lui avait dit qu'elle était très compliant. Elle contestait avoir fumé à la clinique. Au deuxième jour postopératoire, lorsque le médecin avait constaté un

début de nécrose, il ne lui avait pas interdit de fumer. Elle avait consulté la Dresse C_____ en avril parce que c'était une connaissance.

Dans la foulée de cette audition, la commission a procédé à celle de Madame G_____. Celle-ci avait accompagné la patiente lors du premier entretien portant sur le déroulement pratique de l'intervention, de la durée de l'immobilisation et de la nécessité de s'interrompre de fumer. Elle ne se rappelait pas d'une discussion portant sur les risques de l'intervention.

- 12) Le 24 juin 2011, la patiente a adressé des observations à la commission, en persistant dans sa plainte. Les lésions qu'elle avait subies n'étaient pas principalement dues au fait qu'elle s'était levée le lendemain de l'intervention pour aller fumer.
- 13) Le 25 juillet 2011, l'intéressé a conclu au rejet de la plainte.
- 14) Le 24 août 2011, la commission a infligé un avertissement à l'intéressé. Il n'y avait pas d'élément permettant de penser qu'il avait commis une faute dans la technique opératoire. La nécrose était une complication connue de l'abdominoplastie. Les troubles de la guérison et les nécroses de la peau étaient plus fréquents lors de tabagisme, de diabète, d'hypertension artérielle et d'important excès pondéral. La patiente était tabagique, comme cela avait été mentionné dans le dossier médical. La nécrose pouvait donc être liée partiellement à cette addiction.

En revanche, le médecin avait contrevenu à son devoir d'informer la patiente. L'abdominoplastie était une intervention certes fréquente et relativement facile techniquement mais était source de complications potentiellement graves, pouvant altérer le résultat esthétique et donc le taux de satisfaction des patients. Une étude menée en France avait démontré que, sur cent abdominoplasties, il y avait un taux de 31 % de reprises chirurgicales nécessaires suite à des complications ou à des insuffisances de résultats. Les hématomes, séromes ou nécroses constituaient les différentes complications répertoriées. Le tabagisme actif était une contreindication classique de la plastie abdominale. Selon l'étude précitée, 7.4 % de non-tabagiques présentaient des nécroses, alors que plus de 20 % des tabagiques avaient ce type de complications. Dans ce contexte, l'information donnée par l'intéressé était insuffisante. Plus précisément, dès lors qu'il n'y avait aucune annotation dans le dossier du médecin au sujet du contenu de l'information donnée, seul le témoignage de Mme G_____ permettait de retenir que celui-là avait expliqué à la patiente le déroulement de l'opération querellée, la durée de l'immobilisation et la nécessité de s'interrompre de fumer. Toutefois, cela ne permettait pas d'établir qu'il avait décrit suffisamment précisément les risques d'une telle intervention. De tels risques auraient dû être indiqués plus clairement. Dès lors, l'information donnée était insuffisante au regard de l'art. 45 al. 1 de la loi sur la santé du 7 avril 2006 (LS - K 1 03). Une

telle information s'imposait d'autant plus que l'opération était de confort, et que le chirurgien lui-même n'était pas convaincu de sa nécessité. Le suivi postopératoire pratiqué par l'intéressé était exempt de critiques.

- 15) Le 9 septembre 2011, la commission a envoyé à la chambre administrative de la Cour de justice (ci-après : la chambre administrative) une copie d'un courrier que l'intéressé lui avait adressé pour critiquer sa décision du 24 août 2011. Il avait pris la décision de faire recours contre celle-ci. S'agissant des risques que comportait une abdominoplastie pratiquée avec la méthode qu'il utilisait, il contestait que ceux-ci s'accompagnent des mêmes risques de complications que ceux mentionnés dans la littérature, qui traitaient d'abdominoplasties pratiquées avec les techniques anciennes. Avec celle qu'il utilisait, la nécrose ne constituait pas un risque de complication, sauf en cas de tabagisme. C'était seulement pour des patients souffrant de cette addiction qu'il mentionnait ce risque. Même s'il n'y avait pas de preuves écrites dans le dossier médical qu'il pouvait présenter à la commission, il estimait avoir prouvé qu'il avait rempli son devoir d'information, via le témoignage de l'amie de la patiente.
- 16) Par acte posté le 3 octobre 2011, le médecin a déposé un recours auprès de la chambre administrative, concluant à l'annulation de la décision du 24 août 2011 précitée et au classement de la plainte de la patiente.

La sanction prononcée par la commission se fondait sur une constatation inexacte des faits. Il n'avait commis aucune faute dans la technique opératoire et avait informé dûment la patiente du déroulement de l'intervention, et de la nécessité de respecter certaines consignes postopératoires, parmi lesquelles l'abstinence tabagique et la durée d'immobilisation, ainsi que des risques de l'intervention. La nécrose de la plaie était consécutive, au moins partiellement, à la reprise de sa consommation de tabac. Concernant le droit d'information du patient, il n'était nullement requis par la loi que le médecin recueille le consentement de son patient de manière écrite. En l'espèce, vu la présence d'une tierce personne, au demeurant avocate, durant la consultation avec la patiente, il n'avait pas jugé nécessaire de lui faire signer un document récapitulant les informations qu'il avait données. Il avait effectivement informé la patiente du déroulement pratique de l'intervention, de la durée d'immobilisation et de la nécessité d'arrêter de fumer. Cela avait été corroboré par les déclarations de Mme G_____ devant la commission. La sanction prononcée par celle-ci était totalement injustifiée et devait être annulée.

- 17) Par décision du 20 octobre 2011, le juge délégué a prononcé la disjonction des causes A/3030/2011 et A/3342/2011. La première de celles-ci opposait le recourant à la commission et à la patiente en rapport avec les griefs tirés de la violation du droit des patients. La deuxième n'opposait que le recourant à la commission et traitait de la sanction infligée, dans l'hypothèse où la violation du

droit des patients a été reconnue et/ou une autre violation des règles professionnelles du médecin devait être mise en évidence.

- 18) De même, par décision du 20 octobre 2011, la cause A/3342/2011 a été suspendue.
- 19) Le 22 novembre 2011, la patiente a répondu au recours, concluant à la confirmation de la décision de la commission du 24 août 2011. Le recourant ne l'avait pas informée correctement, eu égard aux exigences légales, sur les risques de l'intervention. Elle n'avait reçu aucun document en relation avec cela. En outre, l'information dispensée n'avait pas été complète, claire et intelligible, notamment au sujet des risques encourus. Partant, elle n'avait pu donner un consentement éclairé à l'opération.
- 20) Par observations du 6 janvier 2012, la commission a conclu au rejet du recours, persistant dans les termes de sa décision.

Il n'existait aucun indice permettant d'établir que le recourant avait commis une faute dans la technique opératoire. La seule question à résoudre concernait le respect du devoir d'information et, partant, l'obtention d'un consentement éclairé du patient au regard des exigences de l'art. 45 LS et de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'information du patient.

L'abdominoplastie ne constituait pas une opération relativement bénigne, comme en témoignait le protocole d'opération à suivre. Elle était susceptible d'engendrer des complications potentiellement graves, notamment des nécroses, évoquées dans de nombreuses publications médicales récentes, y compris chez les Drs E_____ et F_____, cités par le recourant. En particulier, les risques étaient plus importants chez les patients fumeurs.

Le recourant était tenu de délivrer à sa patiente une information détaillée, étendue, claire et complète sur l'intervention envisagée. Il n'avait pas réussi à établir - le fardeau de la preuve lui incombant sur ce point - qu'il avait renseigné complètement la patiente sur les risques de l'abdominoplastie en général et sur ceux liés à son tabagisme en particulier, les versions des parties étant contradictoires et aucun document ne venant étayer son point de vue. Le témoin entendu avait certes rapporté que le praticien avait rappelé à la patiente la nécessité d'interrompre sa consommation tabagique mais elle ne se remémorait pas qu'il y ait eu une discussion sur les risques de l'intervention. En fonction des thèses contradictoires développées devant elle, sans qu'un témoin puisse donner des informations sur le déroulement des faits, la commission admettait qu'il y avait eu une mauvaise information sur les risques. Pour éviter à l'avenir ce genre de situation, il incombait au praticien de faire signer par ses patients un formulaire de consentement écrit, avec une description des principales complications et de

leur fréquence. De même, une bonne pratique serait de s'assurer d'un sevrage tabagique du patient avant l'intervention.

- 21) Le 9 janvier 2012, le juge délégué a informé les parties que la cause serait gardée à juger, sauf requête d'acte d'instruction supplémentaire à formuler d'ici au 20 janvier 2012. Les parties n'ont pas fait usage de cette faculté.

EN DROIT

- 1) Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 132 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 - LOJ - E 2 05 ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).
- 2) Les faits étant intervenus dès décembre 2008, ils doivent être examinés au regard des dispositions de la LS, de la LComPS, voire du règlement concernant la constitution et le fonctionnement de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients du 22 août 2006 (RComPS - K3 03.01).
- 3) a. Selon l'art. 9 LComPS, le patient dispose de la qualité de partie dans la procédure non contentieuse (soit dès l'ouverture de la procédure faisant suite à sa plainte et jusqu'à la prise de la décision de l'autorité de première instance). À l'issue de cette procédure, la commission classe la plainte (art. 22 al. 3 LComPS), constate la violation ou l'absence de violation de l'un des droits des patients énoncés aux art. 42 ss LS (art. 22 al. 1 in fine LComPS), émet une injonction au praticien (art. 22 al. 1 ab initio LComPS), prononce un avertissement, un blâme ou une amende (art. 22 al. 2 LComPS) ou émet un préavis à l'intention du département lorsqu'elle constate qu'un professionnel de la santé ou qu'une institution de santé a commis une violation de ses obligations susceptible de justifier une interdiction temporaire ou définitive de pratique (art. 19 LComPS).

Le patient-plaignant a le droit de se faire notifier la décision prise au terme de cette procédure (art. 21 al. 1 LComPS).

- b. Le 20 octobre 2011, la présente cause a fait l'objet d'une décision de disjonction en deux causes distinctes (A/3030/2011 et A/3342/2011). Cette décision était fondée sur la pratique de la chambre administrative en vigueur selon laquelle les aspects disciplinaires de la décision de la commission devaient être traités indépendamment des aspects relatifs au droit des patients (ATA/523/2011 du 30 août 2011 et la jurisprudence citée). Suite à cela, la cause A/3342/2011 a été suspendue jusqu'à droit jugé dans la cause A/3030/2011 concernant ce dernier aspect.

Dans l'ATA/17/2013 du 8 janvier 2013, confirmé par l'arrêt du Tribunal fédéral 2C_66/2013 du 7 mai 2013, la chambre administrative a modifié sa pratique sur ce point. Depuis lors, les deux aspects sont traités dans une même procédure, la seule restriction consistant à interdire au patient de prendre des conclusions sur l'aspect disciplinaire. Celui-ci dispose cependant de la qualité de partie pour le reste de la procédure ayant pour objet la constatation de ses droits de patient énoncés aux art. 42 ss LS, conformément aux art. 22 al. 1 et 7 al. 1 let. a LComPS, 132 al. 2 LOJ, ainsi que 7 et 71 LPA.

Compte tenu de ce changement de jurisprudence, il y a lieu préalablement d'ordonner la jonction des causes A/3030/2011 et A/3342/2011 sous le n° de cause A/3030/2011, et de reprendre l'instruction de la cause A/3342/2011.

Cette dernière cause portant sur le volet disciplinaire, compte tenu de la nature de la sanction prononcée par la commission, la cause est en état d'être jugée sans besoin d'autres actes d'instruction.

- 4) À teneur de l'art. 45 al. 1 LS, le patient a le droit d'être informé de manière claire et appropriée sur :
- a) son état de santé ;
 - b) les traitements et interventions possibles, leurs bienfaits et leurs risques éventuels ;

« ... ».

Dans les limites de ses compétences, tout professionnel de la santé s'assure que le patient qui s'adresse à lui a reçu les informations nécessaires afin de décider en toute connaissance de cause (art. 45 al. 4 LS). En effet, selon l'art. 46 al. 1 LS, aucun soin ne peut être fourni sans le consentement libre et éclairé du patient capable de discernement, qu'il soit majeur ou mineur.

- 5) Les dispositions précitées s'appliquent à Genève à la relation de droit privé existant entre un médecin et son patient (art. 34 LS). Elles consacrent le devoir d'information du médecin et le droit d'être informé du patient (Coralie DEVAUD, *L'information en droit médical*, 2009, p. 85-86). Le devoir d'information du médecin se déduit du droit à la liberté personnelle garanti par l'art. 10 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), qui protège l'intégrité du corps humain (ATF 133 III p. 121 consid 4.1.1 ; SJ 2012 I 276 ; Jean-Michel DUC, *Responsabilité du médecin, Le consentement thérapeutique et le consentement économique éclairés du patient* in AJP 2/2011, p. 253 ; Coralie DEVAUD, *op. cit.*, p. 6).
- 6) Une opération chirurgicale ne constitue une atteinte à cette intégrité justifiée que si elle est consentie par le patient. Pour cela, il faut que toute l'information lui

ait été donnée par son médecin, ceci en termes clairs, intelligibles et aussi complets que possible. Elle doit porter sur le diagnostic, la thérapie, le pronostic, les alternatives au traitement proposé, les risques de l'opération, les chances de guérison, voire sur l'évolution spontanée de la maladie et les incidences financières (ATF 133 III 121 consid. 4.1.2 ; SJ 2012 I 276 ; ATF 113 Ib 420 consid. 4.6 ; Jean-Michel DUC, op. cit., p. 254).

- 7) L'information n'est pas soumise à une forme particulière. Selon l'art. 45 al.3 LS, le patient peut demander au médecin privé un résumé de ces informations.
- 8) En cas de litige, c'est au médecin qu'il incombe de prouver qu'il a suffisamment renseigné le patient et obtenu son consentement éclairé (ATF 133 III consid. 1.4.2 et la jurisprudence citée ; SJ 2012 I 276).
- 9) L'information a pour but de permettre au patient d'exercer son droit à l'autodétermination. Elle doit porter sur des éléments d'information qu'un médecin diligent adresse à un patient raisonnable. Elle doit être « optimale » et non « maximale » de façon à être efficace, mais elle doit également être personnalisée en fonction des caractéristiques du patient (concret), y compris jusque dans le mode de formulation (Coralie DEVAUD, op. cit., p. 143-144 et la doctrine citée).
- 10) La qualité de l'information doit être adaptée aux attentes non voulues que l'acte médical peut engendrer. Elle doit porter en particulier sur les risques. Ainsi, la nature et la gravité de ceux reconnus par la science médicale doivent être révélées aux patients (ATF 117 Ib 197 p. 203 ; arrêt du Tribunal fédéral du 5 mai 1995 *in* ZBL 1996 p. 278-282 ; Dominique MANAI, Le devoir d'information du médecin en procès *in* Semaine judiciaire 2000 p. 349) mais pas les risques atypiques (arrêt du Tribunal fédéral 4P.169/2003 du 30 octobre 2003 consid. 2.2.2 ; Coralie DEVAUD, op. cit., p. 158 et la doctrine citée). Les risques inhérents à toute intervention médicale, telles les embolies, les infections, les hémorragies ou les thromboses, n'ont pas à être rappelés (arrêt du Tribunal fédéral 4P.169/2003 précité). En revanche, ceux inhérents à une intervention médicale délicate dans son exécution et ses conséquences nécessitent une information claire et complète au patient (ATF 133 III consid. 4.1.2). L'information à communiquer dépend, d'une part, de la gravité des risques et de la fréquence de leur survenance et, d'autre part, de la nécessité et de l'urgence de l'intervention. Moins une intervention est nécessaire, plus l'information doit être étendue et le devoir d'information particulièrement strict. Tel est le cas en matière de chirurgie esthétique (Coralie DEVAUD, op. cit., p. 160 ; Dominique MANAI, op. cit., p. 349-350). La probabilité de survenance du risque est à prendre en considération comme critère de mesure du degré d'information nécessaire à donner au patient (Coralie DEVAUD, op. cit., et la jurisprudence citée).

- 11) Pour déterminer si le recourant avait respecté son droit d'information au regard de l'opération chirurgicale envisagée et des caractéristiques de la patiente, la commission a retenu que les études effectuées convergeaient pour admettre que la nécrose était un risque de complication important. Elle s'était référée pour cela à une étude menée en France portant sur cent plasties abdominales effectuées sur une période de quatre ans, qui avait révélé un taux élevé (31 %) de complications ou d'insuffisance de résultats, dont 7,4 % de nécroses. Dans les écritures qu'elle a adressées à la chambre de céans, elle a cité d'autres études médicales dont les résultats étaient convergents. En outre, selon l'étude médicale française citée par la commission dans sa décision, le tabagisme des patients augmentait de manière significative les problèmes de cicatrisation puisque 20 % des personnes tabagiques rencontraient ce type de complications, ce que les autres études, citées dans ces mêmes écritures, rapportaient également. La commission étant composée de spécialistes, elle est mieux à même d'apprécier les questions d'ordre technique et, conformément à sa jurisprudence, la chambre administrative, sur de telles questions, s'impose une certaine retenue dans l'examen de ces points (ATA/171/2012 du 27 mars 2012 ; ATA/205/2009 du 28 avril 2009). Elle fera donc siens les constats de l'instance décisionnaire au sujet de ces risques.

Si l'étendue du devoir d'information du médecin vis-à-vis de ses patients découlant de l'art. 45 LS doit être déterminée en fonction des probabilités de survenance d'une complication, telle la nécrose en cas d'abdominoplastie, il y a lieu de prendre également en considération qu'une telle opération n'est pas anodine. Même si elle n'est pas techniquement compliquée à réaliser, elle touche à la paroi abdominale. En outre, dans le cas d'espèce, il s'agissait d'une opération non nécessaire sur un plan curatif, entreprise dans un but exclusivement esthétique.

Dans un tel contexte, conformément aux principes rappelés par la jurisprudence et la doctrine, le médecin entreprenant l'opération avait un devoir d'informer sa patiente de manière complète, d'une part, au sujet des conditions de l'intervention mais également, d'autre part, au sujet des risques qu'elle pouvait engendrer. Un devoir d'information particulier existait dès lors qu'il avait constaté son addiction au tabac, qui nécessitait une information spécifique sur les risques que pouvait entraîner une reprise trop hâtive de sa consommation. Cette information devait être donnée de manière claire avant l'opération, de sorte qu'elle permette à la patiente de juger si elle était capable de maîtriser son addiction durant les jours qui suivaient l'intervention et ainsi de donner son consentement éclairé à cette opération au sens de l'art. 46 al. 1 LS.

En l'espèce, le recourant n'a fait signer ou remis aucun document écrit permettant de reconstituer le contenu de l'information qu'il lui a donnée avant qu'elle accepte l'opération. Les enquêtes auxquelles la commission a procédé ont établi qu'il avait évoqué, lors des consultations préopératoires, la contreindication

que représentait le risque d'une reprise trop rapide de la consommation de tabac, mais elles n'ont pas permis d'apporter la preuve qu'il avait concrètement et spécifiquement averti la patiente des risques de nécrose ou d'infection si elle ne s'abstenait pas strictement d'une consommation de tabac dans les jours qui suivaient l'opération, alors qu'il avait identifié qu'elle souffrait d'une addiction à ce produit.

Dans ces circonstances, la commission était en droit de retenir que le recourant avait contrevenu à l'art. 45 al. 1 LS, même si la nécrose était a priori consécutive au tabagisme de la patiente et qu'il n'était pas retenu qu'il ait commis de faute professionnelle dans l'exécution de l'opération ou dans la prise en charge consécutive à celle-ci après la découverte de la complication.

- 12) Compte tenu de cette violation d'un droit du patient, la commission pouvait légitimement considérer que le recourant pouvait être sanctionné à ce titre.
- 13) Selon l'art. 125A LS, celui qui contrevient aux dispositions de la LS et de ses dispositions d'exécution encourt des mesures au sens de l'art. 126 LS ou des sanctions administratives au sens de l'art. 127 LS. À teneur de cette dernière disposition, les sanctions administratives pouvant être prises contre des professionnels de la santé peuvent consister en un avertissement, un blâme ou une amende jusqu'à CHF 20'000.-, mais également en l'interdiction de pratique à titre temporaire ou définitif. La commission est compétente pour prononcer des avertissements, des blâmes ou des amendes (art. 127 al. 1 LS).

Dans le cas d'espèce, la commission a choisi de prononcer la sanction administrative la plus faible, soit l'avertissement, à l'encontre du recourant. Dans la mesure où la violation du droit à l'information de la patiente est reconnue, la chambre administrative ne peut que confirmer la sanction prononcée.

- 14) Le recours sera rejeté et la décision de la commission du 24 août 2011 confirmée sur ce point.
- 15) Un émolument de CHF 1'000.- sera mis à la charge du recourant (art. 87 al. 1 LPA). Aucune indemnité de procédure ne lui sera allouée, ni à la patiente qui n'y a pas conclu (art. 87 al. 2 LPA).

PAR CES MOTIFS
LA CHAMBRE ADMINISTRATIVE

préalablement :

ordonne la jonction des causes A/3030/2011 et A/3342/2011 ;

ordonne la reprise de l'instruction de la cause A/3342/2011 ;

à la forme :

déclare recevable le recours interjeté le 3 octobre 2011 par Monsieur A_____ contre la décision de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients du 24 août 2011 ;

au fond :

le rejette ;

met à la charge de Monsieur A_____ un émolument de CHF 1'000.- ;

dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure ;

dit que conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification par-devant le Tribunal fédéral, par la voie du recours en matière de droit public ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral, 1000 Lausanne 14, par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi ;

communique le présent arrêt à Me Birgit Sambeth Glasner, avocate du recourant, à la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, ainsi qu'à Madame B_____.

Siégeants : M. Verniory, président, M. Thélin, Mme Junod, M. Dumartheray, juges,
M. Hornung, juge suppléant.

Au nom de la chambre administrative :

la greffière-juriste :

S. Hüsler Enz

le président siégeant :

J.-M. Verniory

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties.

Genève, le

la greffière :