

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/901/2015-PATIEN

ATA/114/2016

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre administrative**

**Arrêt du 9 février 2016**

dans la cause

**Monsieur A\_\_\_\_\_**

représenté par Me Olivier Wasmer, avocat

contre

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

---

### EN FAIT

- 1) Monsieur A\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1946, s'est vu diagnostiquer un cancer du rectum en décembre 2009.
- 2) Du 18 janvier 2010 au 25 février 2010, il a subi un traitement par radio-chimiothérapie néo-adjuvante avant opération.
- 3) Le 6 avril 2010, le Docteur B\_\_\_\_\_ et la Doctoresse C\_\_\_\_\_ ont procédé à une résection antérieure basse avec exérèse totale du méso-rectum, ainsi qu'à la confection d'une iléostomie latérale de décharge.  
  
D'après le compte rendu opératoire, la fermeture de l'iléostomie de décharge devait intervenir à trois mois.
- 4) Le 15 avril 2010, M. A\_\_\_\_\_ a pu rentrer chez lui.
- 5) Il s'est présenté le 24 mai 2010 aux urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) en se plaignant de douleurs abdominales et d'une diminution importante de son transit. N'étant pas rapidement pris en charge, M. A\_\_\_\_\_ était rentré chez lui.
- 6) Il s'est rendu une nouvelle fois aux urgences des HUG le 30 mai 2010. Ses douleurs abdominales persistaient et son transit s'était arrêté depuis la veille.
- 7) Il a alors été hospitalisé dans le service de chirurgie viscérale des HUG pour la prise en charge d'un iléus (occlusion intestinale).
- 8) Au sein du service, le cas de M. A\_\_\_\_\_ a fait l'objet de discussions en colloque, à de nombreuses reprises.
- 9) Compte tenu de l'évolution défavorable de son état, un scanner abdominal a été réalisé le 7 juin 2010 et a démontré un aspect d'épaississement sténosant de l'iléostomie avec dilatation des anses grêles en amont.
- 10) Lors d'un colloque du 10 juin 2010, les médecins ont décidé collectivement de proposer à M. A\_\_\_\_\_ de fermer l'iléostomie plus tôt que prévu, soit le lendemain, afin de lever l'occlusion intestinale dont il souffrait.  
  
Le Docteur D\_\_\_\_\_, médecin adjoint agrégé, a participé à cette décision.
- 11) Le 11 juin 2010, le médecin désigné pour opérer M. A\_\_\_\_\_ a pris du retard sur son programme d'opération. Afin d'éviter de devoir la repousser, le Dr D\_\_\_\_\_ a été désigné pour le remplacer.

- 12) M. A\_\_\_\_\_ a été informé du changement de médecin par le Dr D\_\_\_\_\_ à son arrivée en salle d'opération. Il était alors prémédicamenté.
- 13) Les douleurs abdominales de M. A\_\_\_\_\_ ont persisté après l'opération. Il avait développé un état fébrile, avec un possible péritonisme.
- 14) Le 15 juin 2010, un scanner a révélé une fuite anastomotique.
- 15) M. A\_\_\_\_\_ a alors subi une nouvelle opération, pratiquée par la Dresse C\_\_\_\_\_.

En fin d'intervention, deux épisodes de tachycardie ventriculaire ont nécessité une réanimation médicamenteuse et un massage externe.

Quatre heures après sa sortie du bloc opératoire, M. A\_\_\_\_\_ y a été repris en raison d'un syndrome de compartiment abdominal.

Après un lavage et la pose d'un pansement VAC (vacuum assisted closure), M. A\_\_\_\_\_ a été transféré aux soins intensifs où il a fait un événement cardiaque nécessitant la pose d'un stent.

- 16) Le 17 juin 2010, la Dresse C\_\_\_\_\_ a procédé à un lavage abdominal, au retrait du pansement VAC et à la fermeture de la paroi abdominale.
- 17) M. A\_\_\_\_\_ a quitté les soins intensifs le 22 juin 2010 et a été transféré à la Clinique de Joli-Mont le 12 juillet 2010, pour une convalescence.
- 18) Le 22 décembre 2011, M. A\_\_\_\_\_ a déposé une plainte auprès de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients (ci-après : la commission).

Le 11 juin 2010, le Dr D\_\_\_\_\_ ne l'avait pas opéré dans les règles de l'art, de sorte qu'il avait dû subir trois autres interventions chirurgicales afin de réparer ses erreurs, et qu'il avait également fait deux événements cardiaques. De plus, il n'avait pas été informé des risques et de la portée de l'intervention.

- 19) Le 25 janvier 2012, la commission a informé M. A\_\_\_\_\_ qu'elle avait décidé d'ouvrir une procédure administrative à l'encontre du Dr D\_\_\_\_\_ et de renvoyer le dossier à une sous-commission pour instruction.
- 20) Par courrier du 27 février 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ a transmis ses observations, de même que le protocole d'intervention.

L'iléostomie de protection était une technique utilisée dans l'immense majorité des centres de chirurgie colorectale, tout particulièrement lorsque l'anastomose était basse. Dans le cas d'une anastomose colo-anale, comme dans le cas de M. A\_\_\_\_\_, l'indication était quasiment impérative.

Cette pratique n'était pas dépourvue de risques, liés notamment à des complications possibles de fermeture.

Selon des publications de 2012, une équipe américaine réputée avait suivi cent vingt-trois patients porteurs d'iléostomie de protection après chirurgie colorectale. Les auteurs avaient démontré que 64,2 % de ces patients avaient présenté au moins une complication et notamment 23,4 % lors de la fermeture de l'iléostomie. Une équipe hollandaise s'était concentrée sur les complications spécifiques de la fermeture de l'iléostomie chez cent trente-huit patients. Un total de quarante-six complications avait été relevé chez vingt-huit patients (20,3 % de la série), dont dix-sept chez onze patients (8 %), nécessitant une ou plusieurs réinterventions, dont six (4,3 %) fuites de l'anastomose. La fermeture d'une iléostomie de protection n'était donc pas un geste anodin, et il pouvait se compliquer de manière sérieuse.

La fermeture de l'iléostomie à l'aide de la technique de l'anastomose pouvait se pratiquer par suture au fil ou agrafage, Les deux se valaient à peu près. Il paraissait donc licite de choisir l'une ou l'autre.

- 21) Par courrier du 2 avril 2012, M. A\_\_\_\_\_ a sollicité l'audition du médecin assistant opérateur, ainsi que celle du médecin anesthésiste, ainsi que la production des directives institutionnelles des HUG et de son dossier médical complet.
- 22) Estimant qu'elle devait s'adjoindre un spécialiste des questions de chirurgie viscérale, la sous-commission a invité le Docteur E\_\_\_\_\_ à participer à ses travaux.
- 23) La sous-commission a renoncé à entendre les médecins présents lors de l'opération, considérant que cette audition n'apporterait rien à la cause.
- 24) Le 21 janvier 2013 s'est tenue une audience de comparution personnelle.

Le Dr D\_\_\_\_\_ a confirmé avoir accepté de procéder à la fermeture de l'iléostomie pour rendre service. M. A\_\_\_\_\_ avait dû recevoir les informations concernant l'intervention la veille, par l'opérateur initialement prévu. M. A\_\_\_\_\_ était prémédicamenté lorsqu'il l'avait rencontré. Il était nécessaire de procéder à la fermeture de l'iléostomie plus tôt que prévu, en raison des occlusions récidivantes. Désigné comme personne à avertir en cas de problèmes, le gendre de M. A\_\_\_\_\_ avait fait savoir à la Dresse C\_\_\_\_\_ que le Dr D\_\_\_\_\_ ne devait plus ni contacter ni approcher M. A\_\_\_\_\_ et les membres de sa famille. Il s'était alors senti repoussé et aurait aimé rencontrer M. A\_\_\_\_\_ pour lui expliquer ce qui s'était passé.

M. A\_\_\_\_\_ a affirmé qu'il n'avait pas reçu de la part des HUG une information complète au sujet de l'intervention. Ce n'était qu'après celle-ci qu'il

avait appris qu'il avait été opéré par le Dr D\_\_\_\_\_. Il n'avait pas dit à son gendre d'interdire au Dr D\_\_\_\_\_ de l'approcher.

25) Par décision du 12 février 2015, la commission a classé la plainte, pour des motifs qui seront exposés dans la mesure utile ci-après.

26) Par acte du 16 mars 2015, M. A\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la chambre administrative de la Cour de justice (ci-après : la chambre administrative), contre la décision précitée, en concluant à son annulation, à ce qu'une violation des devoirs professionnels des HUG, notamment du Dr D\_\_\_\_\_, soit constatée et qu'une sanction administrative soit prononcée à l'encontre des médecins concernés, notamment le Dr D\_\_\_\_\_. Il n'avait pas été informé des risques de l'opération, ni du changement d'opérateur. La commission avait violé son droit d'être entendu en refusant d'entendre les médecins dont l'audition avait été sollicitée.

27) Le 13 mai 2015, la commission a conclu au rejet du recours et a déposé son dossier.

Le droit d'être entendu de M. A\_\_\_\_\_ avait été respecté et les éléments du dossier démontraient l'absence de faute professionnelle de la part du Dr D\_\_\_\_\_.

La commission avait procédé à un réel examen de la situation avant de retenir que le recourant ne pouvait pas ne pas avoir été informé au sujet de l'intervention qu'il allait subir et avait subsidiairement retenu l'existence d'un consentement hypothétique.

28) Le 3 juillet 2015, M. A\_\_\_\_\_ a répliqué et souligné qu'il ne parlait pas français. Son beau-fils, Monsieur F\_\_\_\_\_, lui avait toujours fait office d'interprète.

Son consentement n'aurait pas dû être outrepassé, dès lors qu'il ne se trouvait pas dans une situation d'urgence.

29) Sur ce, la cause a été gardée à juger.

Le détail de l'argumentation des parties et des pièces figurant au dossier sera repris, en tant que de besoin, dans la partie en droit du présent arrêt.

## **EN DROIT**

1) a. Le recours a été interjeté en temps utile devant la juridiction compétente (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).

Il est ainsi recevable de ces points de vue.

- b. La décision entreprise classe la procédure ouverte contre le Dr D\_\_\_\_\_ et les HUG.

Conformément à la jurisprudence de la chambre de céans, le plaignant qui a saisi la commission en invoquant une violation de ses droits de patient, comme c'est le cas en l'espèce, peut recourir contre la décision classant sa plainte (ATA/558/2015 du 2 juin 2015 consid. 1b).

Le recours est également recevable de ce point de vue.

- c. Le recourant ne peut conclure qu'à la constatation d'une violation de ses droits de patient. Il ne peut prendre de conclusions sur la sanction, car il ne dispose pas de la qualité de partie dans la procédure disciplinaire (art. 22 al. 2 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).

Par conséquent, la conclusion du recourant quant au prononcé d'une sanction administrative est irrecevable.

À cette exception, il sera dès lors entré en matière sur le recours.

- 2) Le recourant avait sollicité auprès de la commission l'audition du médecin assistant et de l'anesthésiste qui avaient assisté à l'opération du 11 juin 2010 en tant que témoins directs de cette intervention, mais également celle de la Dresse C\_\_\_\_\_, dès lors qu'elle avait dû intervenir par la suite et avait ainsi pu constater le travail effectué par son confrère.

- a. Tel que garanti par les art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) et 6 § 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101), le droit d'être entendu comprend, notamment, le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 138 I 154 consid. 2.3.2 p. 157 ; 137 I 195 consid. 2.3.1 p. 197 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_472/2014 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 ; ATA/134/2015 du 3 février 2015 ; ATA/66/2015 du 13 janvier 2015). Le droit d'être entendu ne comprend pas le droit d'être entendu oralement ni celui d'obtenir l'audition de témoins (ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 428 ; ATA/311/2015 du 31 mars 2015).

Le droit de faire administrer des preuves n'empêche cependant pas le juge de renoncer à l'administration de certaines preuves offertes et de procéder à une appréciation anticipée de ces dernières, en particulier s'il acquiert la certitude que

celles-ci ne l'amèneront pas à modifier son opinion (arrêts du Tribunal fédéral 2C\_109/2015 et 2C\_110/2015 du 1<sup>er</sup> septembre 2015 consid. 4.1 ; 2C\_840/2014 du 4 mars 2015 consid. 3.2) ou si le fait à établir résulte déjà des constatations ressortant du dossier (ATF 136 I 229 consid. 5.2 p. 236 ; 134 I 140 consid. 5.3 p. 148 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_799/2011 du 20 juin 2012 consid. 6.1 ; ATA/5/2015 du 6 janvier 2015 ; ATA/118/2014 du 25 février 2014).

b. La Dresse C\_\_\_\_\_, qui a opéré le recourant peu de jours après le Dr D\_\_\_\_\_, était à même d'apporter un regard critique sur le travail effectué par ce dernier et a pu s'exprimer par courrier du 23 janvier 2014. De plus, la commission a fait appel à un spécialiste des questions de chirurgie viscérale. Dans ces circonstances, elle pouvait renoncer aux auditions de l'anesthésiste et du médecin assistant, celles-ci n'apparaissant pas pertinentes pour juger de la qualité de l'intervention effectuée par le Dr D\_\_\_\_\_. Par conséquent, le droit d'être entendu du recourant a été respecté par la commission sous ces aspects.

S'agissant de l'audition du médecin opérateur initialement désigné pour effectuer l'intervention, elle était sollicitée afin de déterminer si le recourant avait été suffisamment informé des risques liés à l'opération. Par conséquent, cette question sera traitée en parallèle à la problématique du droit du patient à être informé des risques d'une opération (infra consid. 5).

- 3) a. L'art. 80 de la loi sur la santé du 7 avril 2006 (LS - K 1 03), intitulé « devoirs professionnels », prévoit que, sauf dispositions contraires de la LS, les devoirs professionnels prévus à l'art. 40 de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires du 23 juin 2006 (LPMéd - RS 811.11) s'appliquent à tous les professionnels de la santé.

Ces derniers doivent notamment 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 ainsi que garantir les droits du patient (art. 40 let. a et let. c LPMéd).

b. Compte tenu du fait que la commission est composée de spécialistes, mieux à même d'apprécier les questions d'ordre technique, la chambre de céans s'impose une certaine retenue (ATA/322/2014 du 6 mai 2014 ; ATA/5/2013 du 8 janvier 2013 ; ATA/642/2012 du 25 septembre 2012).

c. La commission a considéré qu'aucune faute professionnelle ne pouvait être retenue à l'encontre du Dr D\_\_\_\_\_. La technique utilisée était adaptée à la situation et ce dernier avait démontré pratiquer la chirurgie viscérale conformément à l'état des recherches médicales dans ce domaine spécifique à l'époque de l'opération.

Le Dr D\_\_\_\_\_ a lui-même admis que l'intervention n'était pas sans risques et qu'il avait fait le choix de pratiquer la suture par agrafage, en raison du fait que les deux techniques se valaient.

La commission a notamment tenu compte de l'avis de la Dresse C\_\_\_\_\_. Ce chirurgien a procédé à une intervention peu après le Dr D\_\_\_\_\_, si bien que si son confrère avait commis une faute professionnelle, elle était à même de la déceler. La commission s'est également fait assister d'un spécialiste de la chirurgie viscérale.

Enfin, elle a considéré qu'il ne pouvait pas être reproché au Dr D\_\_\_\_\_ de ne pas avoir pris contact avec le recourant après l'opération, puisqu'il avait obéi à une demande formulée par sa famille.

La commission a démontré avoir tenu compte de tous les éléments pertinents pour rendre sa décision.

Ainsi, aucun motif ne permet à la chambre de céans de remettre en cause l'avis de la commission, selon lequel le Dr D\_\_\_\_\_ a respecté ses devoirs professionnels. L'absence de faute sera par conséquent confirmée.

- 4) a. À teneur de l'art. 45 al. 1 LS, le patient a le droit d'être informé de manière claire et appropriée sur son état de santé (let. a), les traitements et interventions possibles, leurs bienfaits et leurs risques éventuels (let. b) ainsi que les moyens de prévention des maladies et de conservation de la santé (let. c).

Le devoir d'information conditionne l'exercice par le patient de son droit à l'autodétermination en matière médicale, garanti par l'art. 8 CEDH (ACEDH Pretty c. Royaume-Uni, du 29 avril 2002, Rec. 2002-III, req. n° 2346/02, § 61). Il vise aussi bien à assurer la libre formation de sa volonté qu'à protéger son intégrité corporelle (ATF 117 Ib 197 consid. 2c ; arrêt du Tribunal fédéral 4P.265/2002 du 28 avril 2003 consid. 4 et les références citées ; ATA/129/2015 du 3 février 2015 consid. 6). Il permet au patient de donner, cas échéant de refuser, en connaissance de cause, son accord à une atteinte à son intégrité corporelle. Corrélativement, le respect du devoir d'information permet au médecin de justifier cette atteinte au droit absolu du patient en invoquant le consentement éclairé de ce dernier (art. 46 LS ; ATF 133 III 121 consid. 4.1.1 et les références citées ; arrêts du Tribunal fédéral 4C.66/2007 du 9 janvier 2008 consid. 5 ; 4P.265/2002 consid. 4.1 et les références citées).

b. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le médecin doit donner au patient, en termes clairs, intelligibles et aussi complets que possible, une information sur le diagnostic, la thérapie, le pronostic, les alternatives au traitement proposé, les risques de l'opération, les chances de guérison, éventuellement sur l'évolution spontanée de la maladie et les questions

financières, notamment relatives à l'assurance (ATF 133 III 121 consid. 4.1.2 et les références citées ; arrêts du Tribunal fédéral 4C.66/2007 précité consid. 5.1 ; 4P.265/2002 précité consid. 4.2). Le patient doit en principe également être informé sur l'identité du médecin opérateur intervenant en milieu hospitalier (Olivier GUILLOD, *Le consentement éclairé du patient - Autodétermination ou paternalisme ?*, 1986, p. 141 s).

Des limitations voire des exceptions au devoir d'information du médecin ne sont admises que dans des cas très précis, par exemple lorsqu'il s'agit d'actes courants sans danger particulier et n'entraînant pas d'atteinte définitive ou durable à l'intégrité corporelle (ATF 119 II 456 consid. 2a et les références citées), s'il y a une urgence confinant à l'état de nécessité ou si, dans le cadre d'une opération en cours, il y a une nécessité évidente d'en effectuer une autre (arrêt du Tribunal fédéral 4P.265/2002 précité consid. 4.2 et les références citées ; ATF 108 II 59 consid. 2).

c. Lorsqu'un même patient est concrètement pris en charge par plusieurs médecins successifs dans la division commune d'un établissement public, l'identification du médecin débiteur du devoir d'information est difficile, faute de désignation d'un médecin traitant. Ni le Tribunal fédéral, ni la doctrine ne traitent de cette problématique, que toutefois certains auteurs signalent par un renvoi à la législation publique cantonale (Pascal PAYLLIER, *Rechtsprobleme der ärztlichen Aufklärung unter besonderer Berücksichtigung der spitalärztlichen Aufklärung*, 1999, p. 101 sous note de bas de page 294).

Dans un établissement universitaire tel que les HUG, les praticiens garantissent un égal niveau d'excellence. Le changement de médecin en cours de traitement ou d'opérateur pour les besoins du service est implicite à une telle structure, sans préjudice pour le patient. Cependant, il serait souhaitable que les HUG se dotent d'un moyen d'en informer le patient lors de sa prise en charge au sein de l'établissement.

d. Au vu des considérations juridiques qui précèdent, chaque médecin est personnellement tenu de respecter ses obligations professionnelles à l'égard du patient. En effet, ni les relations internes (notamment hiérarchiques) existant entre les médecins, ni celles régissant le rapport entre l'établissement public et les médecins n'ont pour effet d'effacer les obligations juridiques susmentionnées du médecin vis-à-vis du patient. Celles-ci découlent non seulement de l'art. 10 al. 2 Cst., mais également de normes de droit international (ATA/129/2015 précité consid. 8).

e. C'est au médecin qu'il appartient d'établir qu'il a suffisamment renseigné le patient et obtenu le consentement préalable de ce dernier (ATF 117 Ib 197 consid. 2d ; 115 Ib 175 consid. 2b ; ATA/259/2010 du 20 avril 2010 consid. 4 ;

---

ATA/182/2007 du 17 avril 2007 ; Christian CONTI, Die Malaise der ärztlichen Aufklärung, PJA 2000 615-629, p. 628).

f. Dans le cas d'interventions chirurgicales effectuées en l'absence de consentement éclairé, la jurisprudence reconnaît au médecin le moyen de défense tiré du consentement dit hypothétique du patient, soit la faculté (pour lui) de démontrer que le patient aurait accepté l'opération même s'il avait été dûment informé (ATF 119 II 456 ; 117 Ib 197 consid. 5 p. 206 ss).

- 5) a. Il convient d'examiner l'étendue du devoir d'information auquel était tenu le Dr D\_\_\_\_\_.

Le médecin opérateur initialement désigné pour pratiquer l'intervention étant retenu en salle d'opération, le médecin chef a demandé au Dr D\_\_\_\_\_ de bien vouloir la prendre en charge et ainsi éviter qu'elle soit annulée. Conformément à la pratique qui devrait être rigoureusement respectée en milieu hospitalier, le Dr D\_\_\_\_\_ devait pouvoir considérer que le patient, qui était sur le point de se faire opérer, avait préalablement reçu les informations nécessaires de la part de son confrère et qu'il avait donné son consentement à cette intervention. Le devoir d'information n'était ainsi pas à sa charge, mais à celle du médecin référent du recourant, si bien que son attitude ne constitue pas une violation de celui-ci.

Le recourant reproche également au Dr D\_\_\_\_\_ de ne pas l'avoir informé en temps opportun qu'il prendrait finalement la place du médecin prévu initialement. Cependant, pour ce faire, il aurait dû le réveiller et l'opération aurait été annulée. Comme l'a souligné la commission, ce procédé était disproportionné. Le changement d'opérateur ne préteritait pas les chances de succès de cette intervention, le Dr D\_\_\_\_\_ étant un médecin adjoint agrégé et expérimenté, capable de pratiquer l'intervention en offrant les mêmes garanties que son confrère. Par conséquent, le Dr D\_\_\_\_\_ n'a pas violé son devoir d'information.

La décision de la commission sera confirmée sur ce point.

- b. Le recourant formule les mêmes reproches à l'égard des HUG.

Le dossier médical du patient ne contient pas de feuille de consentement signée. Cependant, tel que le mentionne le compte rendu opératoire de l'intervention du 6 avril 2010, l'iléostomie de décharge devait être fermée à trois mois, si bien qu'elle avait été dès le départ conçue comme un palliatif de nature transitoire. Le recourant ne pouvait dès lors ignorer que la première opération nécessitait nécessairement une seconde intervention. Seule la date de celle-ci a été avancée en raison de la péjoration de son état de santé. Par conséquent, les HUG n'ont pas failli à leur devoir d'information.

Il doit également être admis que le recourant avait donné son consentement hypothétique à cette intervention, dès lors que, selon la commission, la seule solution pour mettre un terme aux occlusions dont il souffrait était de procéder à la fermeture de l'iléostomie.

Pour les mêmes raisons que celles mentionnées supra (consid. 5a), les HUG n'ont pas violé leur devoir d'information, en confiant finalement l'intervention au Dr D\_\_\_\_\_.

La décision de la commission sera également confirmée sur ce point.

Dans ces conditions il n'est pas nécessaire d'entendre l'opérateur désigné.

- 6) Pour ces motifs, le recours sera rejeté.
- 7) Vu l'issue du litige, un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 87 al. 1 LPA), et aucune indemnité de procédure ne lui sera allouée (art. 87 al. 2 LPA).

\* \* \* \* \*

**PAR CES MOTIFS**  
**LA CHAMBRE ADMINISTRATIVE**

**à la forme :**

déclare recevable le recours interjeté le 16 mars 2015 par Monsieur A\_\_\_\_\_ contre la décision de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients du 12 février 2015 ;

**au fond :**

le rejette ;

met à la charge de Monsieur A\_\_\_\_\_ un émolument de CHF 500.- ;

dit qu'il ne lui 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 Olivier Wasmer, avocat du recourant, à la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, ainsi qu'au Docteur D\_\_\_\_\_.

Siégeants : M. Verniory, président, Mme Junod, M. Dumartheray,  
Mme Payot Zen-Ruffinen, M. Pagan, juges.

Au nom de la chambre administrative :

le greffier-juriste :

F. Scheffre

le président siégeant :

J.-M. Verniory

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties.

Genève, le

la greffière :