

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3038/2019-PATIEN

ATA/446/2020

COUR DE JUSTICE

Chambre administrative

Arrêt du 7 mai 2020

dans la cause

Monsieur A_____

représenté par Me Philippe Eigenheer, avocat

contre

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

et

Monsieur B_____, appelé en cause

EN FAIT

- 1) Monsieur A_____, né en 1962, exerce en qualité de chirurgien orthopédiste à Genève. Il est également médecin-conseil de la compagnie d'assurances C_____ (ci-après : l'assurance).
- 2) Monsieur B_____, né le _____ 1977, était en 2015 caporal au sein de la police de sécurité internationale.
- 3) Le 20 juillet 2015, M. B_____ a envoyé à l'office du personnel de l'État (ci-après : OPE) une déclaration d'accident professionnel. L'accident avait eu lieu le 15 juillet 2015 à 9h00, au poste de police D_____. Lors d'une intervention de police, une personne l'avait frappé à la tête ; il avait été blessé à la main, au tibia et au dos en maîtrisant ladite personne. Les parties du corps atteintes étaient la tête (au niveau du nez), la main droite, le tibia gauche et le bas du dos.

Sous la rubrique « nature de la blessure », M. B_____ a indiqué « contusions (en attente d'examen supplémentaires) ». Il résultait en outre de ce document qu'un rapport de police avait été établi.
- 4) Le 24 juillet 2015, le médecin-chef du service de radiologie de l'ensemble hospitalier de La Côte a établi un certificat médical concernant M. B_____. Il concluait à l'absence de lésion cérébrale traumatique.
- 5) Le 31 juillet 2015, l'OPE a fait parvenir à l'assurance une déclaration de sinistre LAA en lien avec l'incident précité. La description de l'accident reprenait celle contenue dans la déclaration du 20 juillet 2015.
- 6) Le 25 septembre 2015, le Docteur E_____, médecin radiologue, a envoyé un rapport au sujet de M. B_____ à un confrère chirurgien de la main. Il concluait à la présence d'une minime lésion partielle du versant proximal du ligament collatéral radial de la troisième articulation métacarpo-phalangienne, le faisceau principal du ligament étant néanmoins complètement visualisé en continuité lorsqu'il était mis sous tension en flexion de l'articulation métacarpo-phalangienne.
- 7) Le 5 octobre 2015, le service de chirurgie maxillo-facial des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) a rédigé un rapport à l'intention de l'assurance, qui concluait à une contusion de la face et du nez, sans fracture du massif facial.
- 8) Le 14 octobre 2015, le Dr E_____ a à nouveau écrit à son confrère chirurgien de la main. Son compte rendu concluait à l'absence d'argument en faveur d'un ostéome ostéoïde au troisième métacarpien.

- 9) Le 30 novembre 2015, le Docteur F_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a écrit à un confrère à Lausanne, le Docteur G_____, pour obtenir un avis au sujet de M. B_____. Ce dernier décompensait progressivement des douleurs de l'épaule droite, avec une sensation de manque de force notamment lors des mouvements en élévation intérieure. Le diagnostic posé était une tendinopathie du biceps proximal bilatéral, une déchirure du tendon sous-scapulaire gauche et une fissuration du tendon sus-épineux gauche.
- 10) Le 30 décembre 2015, le Docteur H_____, radiologue, a écrit au Dr G_____ et posé le diagnostic suivant après une arthrographie et une arthro-IRM pratiquées sur M. B_____ : déchirure de la face superficielle, distale et postérieure du tendon supra-épineux prenant environ 60 % de l'épaisseur du tendon et associée à une petite déchirure de sa face profonde prenant environ 10 % de l'épaisseur du tendon ; déchirure du labrum antéro-supérieur se prolongeant postérieurement en rapport avec une lésion Superior Labrum Anterior Posterior (ci-après : SLAP) VII ; chondropathie gléno-humérale avec une petite ulcération du cartilage glénoïdien postérieur et une petite microgêode sous-chondrale adjacente à la déchirure labrale.
- 11) Le 5 janvier 2016, le Dr G_____ a répondu au Dr F_____. Selon son appréciation du cas, M. B_____ présentait des douleurs de ses deux épaules, plus intenses du côté gauche, dans le cadre d'une lésion de plus de 50 % de l'épaisseur du tendon sus-épineux associée à une lésion type SLAP VII pour lesquelles il faudra procéder à une réparation arthroscopique.
- 12) Le 13 janvier 2016, le Dr F_____ a établi un certificat médical pour M. B_____, qui souffrait de trois chocs directs consécutifs sur la tête du troisième métacarpien de la main droite. En conclusion, le tableau clinique pouvait évoquer une algoneurodystrophie. Une scintigraphie osseuse devait être effectuée.
- 13) Le 15 avril 2016, le Dr G_____ a encore écrit au Dr F_____ à propos de M. B_____. Les deux épaules lui faisaient mal. Il avait un test de Jobe positif ddc et un test d'O'Brien également positif ddc. Sur l'arthro-IRM de l'épaule gauche, il y avait une lésion de plus de 50 % de l'épaisseur du tendon associée à une lésion type SLAP VII, raison pour laquelle il avait été décidé de commencer de ce côté. Le patient ne pouvait cependant pour des raisons professionnelles pas se faire opérer avant le mois de septembre, si bien que des examens de contrôle devaient être pratiqués en juin 2016.
- 14) Le 20 avril 2016, le Dr G_____ a informé l'assurance, en s'adressant à son médecin-conseil, que M. B_____ serait opéré le 20 septembre 2016.
- 15) Le 11 mai 2016, le cas de M. B_____ a été soumis à M. A_____. Il lui était demandé si la prise en charge de l'intervention du 20 septembre 2016 était

« en ordre », dès lors que l'on parlait de lésion à l'épaule seulement à fin novembre 2015, soit cinq mois après l'accident.

- 16) Le 14 juin 2016, le Dr H_____ a rapporté au Dr G_____ le résultat de l'arthro-IRM de contrôle. La déchirure labrale de type SLAP VII était stable.
- 17) Le 17 août 2016, le Dr A_____ s'est prononcé, à la fin d'un rapport sur le cas rédigé par le gestionnaire, de la manière suivante : « Refuser la prise en charge de l'intervention. L'assuré ne parle des lésions à l'épaule que plusieurs mois après son accident. Même si l'assuré dit s'être concentré sur les lésions les plus douloureuses (main droite et dos), l'assuré, en toute logique, aurait dû néanmoins parler des douleurs aux épaules lors des consultations. La relation de causalité est tout au plus possible. Les lésions sont compatibles avec un conflit sous-acromial ».
- 18) Le 9 novembre 2016, le Dr G_____ a écrit à l'assurance en s'adressant au médecin-conseil. M. B_____ devait bénéficier d'une réparation arthroscopique. L'évolution n'allait pas être bonne avec le temps. Si l'on ne réparait pas son tendon, le patient allait avoir une impotence fonctionnelle et devrait arrêter son travail de policier.
- 19) Le 10 novembre 2016, le Dr G_____ a écrit à l'avocat de M. B_____. En ce qui concernait l'expertise du Dr A_____, il ne constatait aucune argumentation médicale concernant la décision de ne pas prendre en charge l'intervention au niveau de l'épaule. Le seul argument qu'il mettait en avant était le fait que le patient ne s'était pas plaint tout de suite de son épaule. Il fallait savoir que dans les traumatismes de l'épaule, lorsqu'il y avait d'autres traumatismes, les personnes se plaignaient rarement de leur épaule en premier dès lors qu'il s'agissait d'une articulation du membre supérieur et que le patient avait d'autres soucis qui étaient certainement plus importants à ce moment-là. Il était d'ailleurs très courant dans la pratique des chirurgiens de l'épaule de recevoir des patients en été qui avaient fait une chute à ski l'hiver précédent, ou en hiver avec des lésions d'été. Ce qui le choquait, c'était qu'il n'y avait pas matière à discussion s'agissant de M. B_____, car une lésion SLAP VII ne pouvait être que d'origine traumatique. Les lésions SLAP dégénératives étaient des lésions de type I, les autres lésions SLAP étaient d'origine traumatique.
- 20) Le 29 novembre 2016, M. B_____ a saisi la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients (ci-après : la commission). Suite à un accident professionnel dû à une intervention de police en juillet 2015, il avait subi plusieurs blessures, notamment au visage et à la main, mais aussi aux deux épaules. Les douleurs aux épaules n'avaient pas été perçues tout de suite. Le Dr G_____ avait communiqué les informations pertinentes à l'assurance. Lui-même avait été reçu par un gestionnaire de cas au siège de l'assurance. Celle-ci avait néanmoins refusé de prendre en charge l'opération, sur la base du

rapport de leur médecin-conseil, le Dr A_____, lequel ne l'avait jamais contacté et encore moins rencontré, et qui n'avait pas respecté le diagnostic de l'un de ses confrères. Le Dr G_____ avait du reste demandé au Dr A_____ de prendre contact avec lui, ce qu'il n'avait pas fait.

- 21) Le 12 décembre 2016, le Docteur I_____, médecin associé au service de radiodiagnostic et de radiologie interventionnelle du centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), a rendu à la demande de l'assurance un document intitulé « rapport d'expertise », sur la base du dossier radiologique du patient. Il en résultait que M. B_____ présentait, selon les différents examens figurant au dossier, une lésion/déchirure du labrum glénoïdien supérieur dont l'extension était postérieure, correspondant donc à une lésion de type SLAP VIII, et non VII comme faussement indiqué dans les rapports radiologiques en sa possession. Il n'y avait d'ailleurs pas d'atteinte du ligament glénohuméral moyen, qui était par définition lésé dans les lésions de type SLAP VII. Il convenait de relever également la présence de géodes sous-chondrales glénoïdiennes avec amincissement des surfaces cartilagineuses, parlant en faveur d'une atteinte au moins subaiguë et non hyperaiguë, bien que les lésions de type SLAP VIII soient traumatiques dans la grande majorité des cas.
- 22) Le 17 janvier 2017, la commission a informé M. B_____ qu'elle avait décidé d'ouvrir une procédure contre le Dr A_____, dans laquelle il n'aurait cependant que qualité de dénonciateur.
- 23) Le 1^{er} février 2017, l'assurance a indiqué à la clinique dans laquelle M. B_____ devait être opéré qu'elle prendrait en charge le séjour hospitalier de l'intéressé.
- 24) M. B_____ a été opéré par le Dr G_____ le 28 février 2017.
- 25) Le 29 mars 2017, le Dr A_____ a présenté ses observations à la commission. Il était du devoir d'un médecin-conseil d'assurance d'évaluer la relation de causalité naturelle entre le dommage et l'accident (recte : entre l'accident et le dommage), la justification de celui-ci devant être apportée selon le degré de la vraisemblance prépondérante. Dans le dossier de M. B_____, il s'était contenté de fixer, sur la base du dossier médical et de la chronologie des événements, un degré de vraisemblance inférieur à 50 %, ce qui entraînait de fait un refus de prise en charge. M. B_____ se permettait de plus des affirmations diffamatoires voire calomnieuses.
- 26) Le 18 décembre 2017, la commission a informé M. A_____ que la sous-commission désignée avait clos l'instruction de la plainte lors de sa séance du 15 novembre 2017 ; elle devait remettre ses conclusions sous forme d'un projet de décision. La rédaction de celles-ci avait néanmoins pris du retard.

- 27) Par décision du 24 juin 2019, la commission a infligé à M. A_____ un avertissement. Il s'agissait manifestement, comme le concerné l'avait lui-même reconnu, d'un cas complexe. M. A_____ s'était éloigné des conclusions du Dr G_____, sans que ce refus repose sur aucun argument médical. En présence de doutes sur le lien de causalité, M. A_____ aurait dû procéder à des investigations complémentaires. Il aurait ainsi dû recevoir le patient en personne, et aurait pu contacter le Dr G_____ et le questionner sur le diagnostic retenu. Une expertise avait finalement été demandée par l'assurance. Le rapport d'expertise avait conclu à une lésion de type SLAP VIII, et l'assurance avait pris en charge l'opération, les conclusions de M. A_____ n'étant finalement pas suivies par l'assurance. À la lumière de ces éléments, M. A_____ avait violé son devoir de diligence en ne procédant pas aux investigations nécessaires.
- 28) Par acte déposé le 23 août 2019, M. A_____ a interjeté recours auprès de la chambre administrative de la Cour de justice (ci-après : la chambre administrative) contre la décision précitée, concluant préalablement à son audition et à celle de Monsieur J_____ et, principalement, à l'annulation de la décision attaquée ainsi qu'à l'octroi d'une indemnité de procédure.

M. J_____ avait été le gestionnaire ayant traité le cas de M. B_____, à qui il avait du reste demandé des informations complémentaires sur le cas de ce dernier. Sur la base de ces renseignements et du dossier en sa possession, il avait conclu que le lien de causalité entre l'accident et le dommage était tout au plus possible, mais en tout cas pas établi.

Le rapport du 12 décembre 2016 n'était pas une expertise médicale au sens de l'art. 44 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA - RS 830.1). Il concluait par ailleurs à une lésion SLAP VIII résultant probablement de microtraumatismes répétés (atteinte subaiguë) et non à un accident (atteinte hyperaiguë).

La commission avait constaté les faits de manière inexacte sur plusieurs points. Ainsi, on ne pouvait tenir pour établi que la lésion de M. B_____ à l'épaule était d'origine traumatique. Le second médecin-conseil de l'assurance, le Docteur K_____, avait du reste eu les mêmes doutes à ce sujet, ce que la commission n'avait pas pris en compte.

Au surplus, en tant que médecin-conseil d'une assurance, il n'avait pas de rapport direct ni de relation thérapeutique avec le patient, si bien qu'il n'était dans ce cadre pas soumis aux devoirs professionnels consacrés par l'art. 40 de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires du 23 juin 2006 (LPMéd - RS 811.11), puisqu'il échappait au champ d'application du chapitre en cause de la loi précitée. Même s'il y avait été soumis, il n'aurait pas eu l'obligation de voir l'assuré en personne. Enfin, il convenait de noter qu'en l'espèce, sa suggestion en défaveur de la prise en charge n'avait pas eu la moindre incidence puisque

l'assurance n'avait finalement pas suivi son avis. Il n'y avait donc eu aucune violation de la loi sur la santé du 7 avril 2006 (LS - K 1 03).

- 29) Le 4 octobre 2019, la commission a conclu au rejet du recours. La jurisprudence de la chambre administrative retenait que la fourniture de soins au sens de l'art. 2 LS n'était pas nécessairement conditionnée et liée à une relation thérapeutique et existait également lorsqu'un médecin expert évaluait la santé d'un expertisé. En l'occurrence, M. A_____ avait un rôle qui s'apparentait à celui d'un expert, et il était soumis à la LS. Pour le surplus, la commission persistait intégralement dans sa décision.
- 30) Le 28 octobre 2019, le juge délégué a fixé aux parties un délai au 29 novembre 2019 pour formuler toutes requêtes ou observations complémentaires, après quoi la cause serait gardée à juger.
- 31) Le 29 novembre 2019, M. A_____ a persisté dans ses conclusions. Il convenait d'entendre M. J_____ sur les allégués 32 et 49 du recours, qui avaient trait respectivement au fait que M. J_____ lui avait remis une notice préalablement préparée par ses soins, et au fait que ses propres conclusions ne figuraient qu'à la fin de la notice préalablement préparée par M. J_____. Pour le surplus, le rôle d'un médecin-conseil était différent de celui d'un expert, n'étant mandaté par l'assurance que pour évaluer en l'espèce le degré de vraisemblance du lien de causalité naturelle.
- 32) La commission ne s'est quant à elle pas manifestée.

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 ; art. 22 al. 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).
- 2) La décision entreprise sanctionne le médecin-conseil d'une assurance à la suite d'une plainte d'un assuré.
- 3) Le recourant sollicite sa propre audition, ainsi que l'audition d'un tiers.
- a. Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, d'avoir accès au dossier, 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 145 I 73 consid. 7.2.2.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

b. L'autorité peut cependant renoncer à procéder à des mesures d'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de forger sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier son opinion (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

En tout état, le droit d'être entendu ne peut être exercé que sur les éléments qui sont déterminants pour décider de l'issue du litige (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

c. Selon l'art. 18 LPA, la procédure administrative est en principe écrite, toutefois si le règlement et la nature de l'affaire le requièrent, l'autorité peut procéder oralement. Par ailleurs, les garanties minimales en matière de droit d'être entendu découlant de l'art. 29 al. 2 Cst. ne comprennent en principe pas celui d'être entendu oralement (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 1C_15/2020 du 30 janvier 2020 consid. 2).

- 4) En l'espèce, le recourant a eu l'occasion de s'exprimer de manière complète et à plusieurs reprises. Il n'indique pas en quoi son audition serait indispensable et à même d'appréhender certains points de fait au-delà de ce que permet la procédure écrite. Son audition n'est donc pas nécessaire.

Quant à l'audition de la personne qui était le gestionnaire du cas de M. B_____ au sein de l'assurance, les deux allégués de fait que cet acte serait supposé étayer ne sont nullement contestés, et peuvent être considérés comme établis, si bien que l'audition en cause est superflue.

Il ne sera dès lors pas donné suite aux actes d'instruction sollicités.

- 5) La commission, instituée par l'art. 10 LS, est chargée de veiller au respect des prescriptions légales régissant les professions de la santé et les institutions de santé visées par la LS et au respect du droit des patients (art. 1 al. 2 LComPS).

En cas de violation des droits des patients, la commission de surveillance peut émettre une injonction impérative au praticien concerné sous menace des peines prévues à l'art. 292 du Code pénal suisse du 21 décembre 1937 (CP - RS 311.0) ou une décision constatatoire (art. 20 al. 1 LComPS). En cas de violation des dispositions de la LS, la commission est également compétente pour prononcer un avertissement, un blâme et/ou une amende jusqu'à CHF 20'000.-

(art. 20 al. 2 LComPS). Si aucune violation n'est constatée, elle procède au classement de la procédure (art. 20 al. 3 LComPS).

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/8/2018 du 9 janvier 2018 consid. 4c ; ATA/238/2017 du 28 février 2017 ; ATA/322/2014 du 6 mai 2014).

- 6) La chambre de céans a déjà jugé que la relation entre un médecin expert et l'expertisé n'est pas de nature thérapeutique ; cependant, conformément à l'art. 2 al. 2 LS, les soins comprenaient tout service fourni à une personne, à un groupe de personnes ou à la population dans le but notamment d'évaluer la santé humaine, ce qui était le cas de l'établissement d'expertises médicales. Partant, la fourniture de soins au sens de la LS, de par l'acceptation large de cette notion, n'était pas nécessairement conditionnée et liée à une relation thérapeutique et existait également lorsqu'un médecin expert évaluait la santé d'un expertisé en établissant une expertise à son sujet, en vue de permettre à un assureur social ou privé de déterminer si l'assuré concerné a ou non droit à des prestations de sa part, par exemple en cas d'incapacité de travail. Au demeurant, si, dans son intervention médicale, le médecin expert n'avait a priori pas d'objectif thérapeutique dans la relation qu'il établissait avec l'expertisé, son intervention pouvait aussi revêtir une dimension thérapeutique, dans la mesure, par exemple, où l'expertise pouvait aboutir à proposer ou initier une prise en charge médicale subséquente (ATA/967/2016 du 15 novembre 2016 consid. 10d).
- 7) a. Le droit de plainte reconnu au patient, ainsi que sa qualité de partie à la procédure par-devant la commission trouvent leur fondement dans le fait que la législation sur la santé confère des droits au patient. La procédure devant la commission a en effet pour objet de permettre aux patients de s'assurer que leurs droits ont été respectés conformément à l'art. 1 al. 2 LComPS (ATA/1075/2019 du 25 juin 2019 consid. 4d).
- b. Les principaux droits du patient sont énumérés aux art. 42ss LS. Il s'agit notamment du droit aux soins (art. 42 LS), du libre choix du professionnel de la santé (art. 43 LS), du libre choix de l'institution de santé (art. 44 LS), du droit d'être informé et du choix libre et éclairé (art. 45 LS).

Selon la jurisprudence de la chambre de céans, le droit aux soins consacré par l'art. 42 LS comprend le droit de se faire soigner conformément aux règles de l'art médical (ATA/1075/2019 précité consid. 4d ; ATA/474/2016 du 7 juin 2016 consid. 2g ; ATA/22/2014 du 14 janvier 2014 consid. 3 ; ATA/527/2013 du 27 août 2013 consid. 6d ; ATA/5/2013 du 8 janvier 2013 consid. 12). Les droits du patient sont en outre garantis par l'art. 40 LPMéd ; Dominique SPRUMONT/Jean-Marc GUINCHARD/Deborah SCHORNO, in : Ariane AYER/Ueli KIESER/Thomas POLEDNA/Dominique SPRUMONT, Loi sur les

professions médicales [LPMéd], Commentaire, 2009, p. 385, n. 10 ad art. 40), applicable par renvoi de l'art. 80 LS (voir aussi PL 10'228, p. 11), qui consacre de manière uniforme et exhaustive les devoirs professionnels des personnes exerçant une profession médicale universitaire à titre indépendant (Boris ETTER, Medizinalberufegesetz, 2006, p. 123, n. 1 ad art. 40).

- 8) a. L'art. 40 LPMéd prévoit que les personnes exerçant une profession médicale universitaire à titre d'activité économique privée sous leur propre responsabilité professionnelle doivent observer les devoirs professionnels suivants : a. exercer leur activité avec soin et conscience professionnelle et respecter les limites des compétences qu'elles ont acquises dans le cadre de leur formation universitaire, de leur formation postgrade et de leur formation continue ; (...) c. garantir les droits du patient : (...) e. défendre, dans leur collaboration avec d'autres professions de la santé, exclusivement les intérêts des patients indépendamment des avantages financiers ; (...).

L'art. 40 let. a LPMéd exige des personnes concernées qu'elles exercent leur activité avec soin et conscience professionnelle. Il s'agit d'une clause générale (FF 2005 p. 211).

b. La LPMéd a pour but d'unifier le droit disciplinaire notamment quant aux mesures prévues en cas de violation des obligations professionnelles (FF 2005 ad art. 43 p. 212). De même que les devoirs professionnels des personnes exerçant une profession médicale universitaire à titre indépendant (qui deviendra « des personnes exerçant une profession médicale universitaire sous leur propre responsabilité professionnelle », selon la loi fédérale sur les professions de la santé du 30 septembre 2016 (LPSan - RS 811.21), dont le délai référendaire a échoué le 19 janvier 2017 [FF 2016 7383]) sont énumérés exhaustivement à l'art. 40 LPMéd, l'art. 43 LPMéd contient une liste exhaustive des mesures disciplinaires pouvant être prononcées que les cantons ne peuvent pas modifier (arrêt du Tribunal fédéral 2C_1062/2016 du 11 juillet 2017 consid. 3.3).

Les sanctions prévues à l'art. 43 al. 1 LPMéd sont l'avertissement (let. a), le blâme (let.b), l'amende jusqu'à CHF 20'000.- (let.c), l'interdiction temporaire de pratiquer (let. d) et l'interdiction définitive de pratiquer (let. e).

- 9) a. En l'espèce, le recourant conteste être soumis à la LS, arguant que son activité de médecin-conseil diffère de celle d'un expert médical. Ce point de vue ne saurait être suivi. En effet, en tant que médecin-conseil, il lui appartient aussi d'évaluer la santé humaine – que ce soit sous l'angle de la vraisemblance d'un lien de causalité naturelle n'y change rien –, en vue de permettre à un assureur privé de déterminer si l'assuré concerné a ou non droit à des prestations de sa part, en l'occurrence la prise en charge d'une opération. Admettre le contraire reviendrait en outre à permettre aux médecins-conseil d'assurance d'exercer leur profession en

dehors de tout cadre disciplinaire, alors même que leur intervention peut avoir des conséquences importantes sur la prise en charge et donc la santé des patients.

b. S'agissant de la violation des devoirs professionnels, l'autorité intimée a retenu une violation de l'art. 40 let. a LPMéd, considérant que le recourant s'était éloigné des conclusions du Dr G_____, sans que ce refus repose sur aucun argument médical ; en présence de doutes sur le lien de causalité, le recourant aurait dû procéder à des investigations complémentaires, notamment recevoir le patient en personne, et éventuellement contacter le Dr G_____ et le questionner sur le diagnostic retenu.

Dans cette mesure, le grief relatif à l'établissement inexact des faits tombe à faux, et doit être écarté. En effet, ce qui est reproché au recourant est d'avoir procédé à une évaluation rapide et sans vérification sur une base factuelle sommaire, en se fondant sur le seul élément du laps de temps entre l'accident et la première mention de la douleur à l'épaule, alors qu'il s'agissait d'un cas complexe qui méritait en cas de doute des investigations complémentaires. Dans cette mesure, que la blessure de l'intimé soit finalement due à l'accident du 15 juillet 2015 importe peu, de même que la qualification du rapport du Dr I_____ du 12 décembre 2016.

Pour le surplus, l'argumentation de l'autorité intimée ne prête pas le flanc à la critique. Dans la mesure où le cas était complexe – et où l'enjeu pour l'assuré était très important, puisque selon le Dr G_____, un report sine die de l'opération aurait pu conduire à ce que M. B_____ ne puisse plus exercer sa profession –, le recourant ne pouvait se contenter de refuser la prise en charge sur le simple fait que l'assuré ne s'était plaint de douleurs à l'épaule qu'après plusieurs mois. À cet égard, quand bien même l'autorité intimée indique que M. A_____ aurait dû recevoir M. B_____ en personne, on doit comprendre qu'il s'agissait d'une possibilité, ce qui lui est reproché – et qui est avéré – étant l'absence d'investigations complémentaires. Les doutes du recourant sur l'origine traumatique de la lésion ne se fondaient par ailleurs pas sur d'autres éléments qui auraient pu être susceptibles à ce stade de faire prévaloir l'hypothèse d'une origine non traumatique de la lésion ; le fait que ces doutes aient été partagés par un autre médecin-conseil n'est pas pertinent, dès lors que la faute professionnelle reprochée ne consiste pas à avoir eu de tels doutes, mais à n'avoir rien fait pour pouvoir le cas échéant les confirmer.

L'autorité intimée était donc fondée à retenir un manque de conscience professionnelle, si bien que la sanction disciplinaire est justifiée dans son principe.

S'agissant de la proportionnalité de la sanction, celle-ci n'est à juste titre pas contestée par le recourant, dans la mesure où l'avertissement est la plus légère du catalogue de l'art. 43 al. 1 LPMéd.

Il découle de ce qui précède que le recours sera rejeté.

- 10) Vu l'issue du litige, un émolument de CHF 1'000.- sera mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 87 al. 1 LPA), et il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure, M. B_____ n'y ayant pas conclu et n'ayant pas exposé de frais pour la défense de ses intérêts (art. 87 al. 2 LPA).

* * * * *

PAR CES MOTIFS
LA CHAMBRE ADMINISTRATIVE

à la forme :

déclare recevable le recours interjeté le 23 août 2019 par Monsieur A_____ contre la décision de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients du 24 juin 2019 ;

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 Philippe Eigenheer, avocat du recourant, à la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients ainsi qu'à Monsieur B_____, appelé en cause.

Siégeant : Mme Payot Zen-Ruffinen, présidente, Mme Krauskopf, M. Verniory,
Mme Cuendet, M. Mascotto, juges.

Au nom de la chambre administrative :

La greffière :

Ch. Ravier

la présidente siégeant :

F. Payot Zen-Ruffinen

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties.

Genève, le

la greffière :