

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3389/2012-PATIEN

ATA/778/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre administrative

Arrêt du 26 novembre 2013

dans la cause

Monsieur O_____

contre

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

et

Monsieur R_____

EN FAIT

- 1) Monsieur O_____ est né le _____ 1947.
- 2) En 2000, il a subi une prostatectomie, suivie d'une radiothérapie en 2001 afin de soigner un cancer de la prostate. Ces dernières ont laissé des séquelles dans sa région pelvienne.
- 3) Au début de l'année 2008, le Docteur S_____, chef de clinique en urologie au sein des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG), a constaté que malgré tous les moyens mis en œuvre, seule une implantation d'un sphincter urinaire artificiel AMS 800 permettrait à M. O_____ de contrôler son incontinence sévère. Le Professeur T_____, chef du service d'urologie des HUG, s'y est opposé.
- 4) Dès le printemps 2009, d'importantes douleurs tiraillaient le bas-ventre de M. O_____. Afin de déterminer leurs origines, des investigations ont été menées par les services d'urologie et de proctologie des HUG, respectivement sous la direction du Docteur R_____ et du Prof. T_____. Selon M. O_____, les professionnels de la santé des HUG ont été incapables de cerner l'origine et la nature des douleurs ressenties.
- 5) En août 2009, le Docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne-gastroentérologie, a adressé M. O_____ au Dr R_____ en raison d'une incontinence urinaire, associée à une incontinence anale. En effet, le Dr B_____ se demandait si, avant de recourir à l'implantation d'un sphincter vésical artificiel, une électrostimulation sacrée pouvait être envisagée.
- 6) Le 15 septembre 2009, le Dr R_____ a ausculté M. O_____. Il convenait de mettre en place une neuromodulation, soit l'implantation, autour de l'anus, d'électrodes pour stimuler le sphincter par décharges électriques.
- 7) Le 16 septembre 2009, M. O_____ a adressé un courriel au Dr R_____ en lui posant des questions complémentaires sur le suivi thérapeutique qu'il envisageait d'établir et en suggérant de plus amples investigations pour remédier à ses douleurs rectales. Le même jour, le Dr R_____ a répondu par courriel en indiquant qu'il avait pour principe de ne pas travailler de cette façon, qu'il prendrait contact avec le Prof. T_____ et qu'ils se reverraient en consultation en fonction des décisions prises.
- 8) N'ayant toujours pas de nouvelles du Dr R_____, M. O_____ lui a adressé un second courriel en date du 15 octobre 2009 pour lui faire part de l'aggravation de ses douleurs qui étaient devenues insupportables depuis quinze jours. Il s'agissait peut-être d'une proctite particulièrement active ou d'une

diverticulose, voire d'un cancer. Un professionnel de la santé devait poser son diagnostic et ordonner des mesures urgentes immédiatement. Le même jour, le Dr R_____ a répondu par courriel en rappelant qu'il ne travaillait pas par ce moyen de communication. Son secrétariat lui transmettrait une date de consultation pour qu'ils puissent discuter des possibilités thérapeutiques traditionnelles à lui proposer. A partir de ce jour, il ne serait plus à même de répondre à ses courriels.

- 9) Le 16 octobre 2009, M. O_____ s'est rendu aux urgences de l'Hôpital de La Tour. Les premières investigations ont relevé une pathologie au niveau du rectum. Un antibiotique lui a été prescrit, ce qui a estompé ses douleurs.
- 10) Les investigations se sont par la suite poursuivies à la Clinique de Carouge. Elles ont mené aux diagnostics de diverticulite aiguë, de collection, fistules, bulles d'air et hernie inguinale.
- 11) Le 21 octobre 2009, M. O_____ a écrit au Dr R_____ pour lui reprocher son « laisser-aller médical » et son absence d'écoute qui était pourtant à la base du climat de confiance indispensable aux relations entre les médecins et leurs patients. Il mettait fin à la relation thérapeutique. Le Dr R_____ avait failli au devoir de diligence qui lui incombait selon le code de déontologie. En six mois, les professionnels de la santé des HUG avaient été incapables de cerner l'origine et la nature de la douleur dont il souffrait, alors même qu'en tant que simple *quidam*, il avait lui-même émis l'hypothèse d'une diverticulite dans son courriel du 15 octobre 2009 au Dr R_____, ce qui aurait dû alarmer tout vrai professionnel de la santé.
- 12) En décembre 2009, un sphincter urinaire artificiel a été implanté chez M. O_____.
- 13) Le 3 mars 2010, M. O_____ a adressé à la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients (ci-après : la commission de surveillance) une plainte visant principalement le Dr R_____, subsidiairement le Prof. T_____, pour violation de l'art. 42 de la loi sur la santé du 7 avril 2006 (LS - K 1 03).

Le Dr R_____ ne lui avait consacré que dix minutes lors de sa consultation du 15 septembre 2009. Au cours de cette dernière, il ne l'avait ni écouté, ni entendu et son diagnostic était fait d'*a priori*.

Il n'avait jamais donné suite à leur échange de courriels, le laissant ainsi à ses souffrances. Quant au Prof. T_____, il l'avait abandonné aux mains du Dr R_____ tout en étant au courant des souffrances qu'il endurait. Il avait donc une responsabilité « passive ».

- 14) Par courrier du 1^{er} avril 2010, M. O_____ a indiqué à la commission de surveillance qu'il avait saisi le Procureur général d'une plainte pénale à l'encontre des HUG, du Dr R_____ et du Prof. T_____ pour délit de mise en danger de la vie d'autrui.
- 15) Le 4 mai 2010, la commission de surveillance a informé M. O_____ de son intention d'attendre la fin de l'instruction de la procédure pénale avant de décider ou non de l'ouverture d'une procédure administrative.
- 16) Le 14 mai 2010, le Ministère public a rendu une décision de classement de la procédure.

La pose d'un sphincter urinaire avait été retardée pour permettre l'introduction d'un endoscope par voie naturelle en cas d'intervention urgente et pour éviter l'ouverture de l'abdomen à chaque saignement de la vessie. Les douleurs diffuses éprouvées dans le bas ventre étaient une conséquence normale de la radiothérapie subie, et M. O_____ ne présentait, lors de son examen, aucun des symptômes d'une infection des intestins conduisant à une péritonite.

Le Dr R_____ avait expliqué avoir pratiqué sur M. O_____ un examen médical clinique complet, y compris un toucher rectal, et si l'intéressé avait souffert d'une infection des intestins au moment de la consultation, il s'en serait rendu compte. Un sphincter urinaire avait finalement été placé en décembre 2009 avec succès. Selon le Dr R_____, M. O_____ avait admis, au cours d'un entretien le 8 décembre 2009 en présence des médecins concernés, avoir manipulé un prélèvement urinaire effectué à l'Hôpital de La Tour pour y introduire des selles et obtenir la prescription d'un antibiotique.

Les investigations pénales excluaient clairement toute infraction pénale, de sorte que la plainte était classée pour défaut de prévention.

- 17) Par acte du 22 mai 2010, M. O_____ a formé recours auprès de la Chambre d'accusation contre la décision précitée.

Il n'avait pas introduit de selles dans le prélèvement urinaire effectué à l'Hôpital de La Tour. Le 16 octobre 2009, les médecins de cet établissement avaient diagnostiqué une probable proctite. Trouvant le diagnostic très incomplet, il avait estimé qu'il devait nécessairement y avoir une infection du côlon, de la vessie ou des deux. Il lui fallait absolument bénéficier d'une antibiothérapie d'urgence. Il s'était donc plaint de brûlures lors des mictions, ce qui était faux. Une analyse des urines avait alors été ordonnée. Contrairement aux règles établies, selon lesquelles le premier jet d'urine ne devait pas être recueilli, il avait directement uriné dans le flacon et y avait également frotté le gland. Il avait été soulagé de constater qu'à l'analyse, un germe s'était manifesté, grâce à quoi une antibiothérapie lui avait été prescrite. L'antibiotique qu'il avait pris, la Ciproxine,

était également particulièrement adapté pour le traitement des diverticulites. Ainsi, l'infection de son côlon, qui n'avait à ce stade pas encore été décelée médicalement, était sous traitement approprié. La coloscopie et le CT scan auxquels il avait ultérieurement été soumis avaient mis en évidence son infection. Sans ce traitement d'urgence, il n'aurait pas survécu jusqu'à la coloscopie, étant donné que l'infection se serait propagée dans tout son bas-ventre, et qu'il serait probablement décédé d'une péritonite. Les agissements du Dr R_____ et du Prof. T_____ avaient dès lors été incorrects.

- 18) Le 23 mai et le 22 juin 2010, M. O_____ s'est opposé à la décision de la commission de surveillance d'attendre la fin de l'instruction pénale et a exigé de cette dernière qu'elle ouvre une procédure administrative sans attendre.
- 19) Le 29 juin 2010, le Bureau de la commission de surveillance a décidé d'ouvrir une procédure administrative.
- 20) Le 1^{er} octobre 2010, la commission de surveillance a écrit au Procureur général afin de connaître l'état d'avancement de la procédure pénale.
- 21) Par ordonnance du 6 octobre 2010, la Chambre d'accusation a rejeté le recours de M. O_____, confirmé la décision attaquée et condamné ce dernier au paiement des frais du recours à hauteur de CHF 1'060.-.

Le Dr R_____ avait expliqué que si l'intéressé avait présenté lors de la consultation des signes cliniques d'une infection de l'intestin, la douleur au moment du toucher rectal aurait été insupportable. Par ailleurs, en cas de risque de péritonite, tout patient souffrait de fièvre, frissons et douleurs abdominales, ce qui n'était pas le cas de M. O_____. Enfin, s'il y avait eu des soupçons de diverticulite, la douleur ressentie lors du toucher rectal aurait été si violente qu'il aurait pratiqué un examen complémentaire.

Les éléments constitutifs des infractions pénales invoquées par M. O_____, le crime d'exposition, la mise en danger de la vie d'autrui et l'omission de prêter secours, n'étaient pas réalisés. Le Dr R_____ et le Prof. T_____ s'étaient souciés de l'état de leur patient étant donné qu'ils avaient discuté du traitement le plus adéquat à court terme, soit une neuromodulation, puis à long terme, par le biais d'une intervention pour la mise en place d'un sphincter urinaire, à laquelle il avait été procédé avec succès et sans complications.

- 22) Le 13 octobre 2010, le Procureur général a répondu à la commission de surveillance en l'informant du classement de la procédure du 14 mai 2010 ainsi que du rejet du recours du 6 octobre 2010.
- 23) Par courrier du 17 octobre 2010, M. O_____ a également informé la commission de surveillance du rejet de son recours par la chambre d'accusation. Il

a en outre affirmé que la « commission de protection des professions de la santé contre les droits des patients » manipulait le droit, le fabriquait et s'en moquait.

- 24) Le 10 novembre 2010, M. O_____ a recouru contre l'ordonnance de la chambre d'accusation auprès du Tribunal fédéral, qui l'a débouté (Arrêt du Tribunal fédéral 6B_953/2010 du 23 novembre 2010), estimant qu'il n'avait pas démontré le caractère arbitraire des constatations de faits retenues par les juges cantonaux, mais s'était borné à leur opposer sa propre appréciation dans une démarche appellatoire, partant irrecevable. En outre, il n'invoquait aucun argument en droit et ne démontrait pas en quoi la décision attaquée violerait celui-ci.
- 25) Par courrier du 30 janvier 2011, M. O_____ a adressé à la commission de surveillance une série de rapports et de documents médicaux, parmi lesquels figurait une copie du courrier du 11 novembre 2009 du Docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie générale et viscérale.

Ce dernier expliquait que l'anamnèse concernant l'affection qui avait amené M. O_____ à sa consultation avait débuté la première semaine d'octobre 2009 avec des douleurs en croissance rapide dans le bas-ventre. M. O_____ s'était présenté aux urgences de l'Hôpital de La Tour, où on lui avait diagnostiqué une infection urinaire pour laquelle une antibiothérapie de Ciproxine lui avait été prescrite. Après dix jours de traitement, les douleurs avaient progressivement diminué et le transit intestinal s'était rétabli. M. O_____ avait alors pris contact avec la Clinique de Carouge, de son propre chef, pour une coloscopie qui avait été effectuée en novembre 2009 par le Docteur L_____, médecin spécialiste FMH en gastroentérologie. Cet examen avait décrit une sténose relative d'aspect extrinsèque du sigmoïde horizontal, franchissable par le coloscope avec examen complet. Le scanner abdominal pratiqué le lendemain avait décrit une diverticulite aiguë modérée prédominante à la jonction colorectale associée à une petite collection bilatérale du méso sigmoïde prédominante du côté gauche, épaissement pariétal diffus relativement marqué du côlon sigmoïde et de l'ampoule rectale compatible avec des séquelles de radiothérapie, ainsi qu'une petite bulle d'air intravésicale ouvrant le diagnostic différentiel d'une fistule antéro-vésicale. L'examen évoquait également une hernie inguinale bilatérale prédominante à gauche à contenu sigmoïdien. La reconstruction rétrospective de l'anamnèse digestive du patient évoquait une diverticulite sigmoïdienne sévère, compliquée d'une perforation dans le méso sigmoïdien, traitée par antibiothérapie. Les examens précédents évoquaient un pan diverticulose, sévère au niveau sigmoïdien avec un rétrécissement. L'anamnèse poussée évoquait plusieurs douleurs abdominales dans le passé qui pouvaient être compatibles avec des poussées diverticulaires. Dans tous les cas, l'épisode récent était confirmé par un scanner abdominal comme un épisode compliqué. Le Dr I_____ avait posé une indication opératoire.

Dans les documents fournis figurait également un courriel du Dr L_____ qui rejoignait l'avis du Dr I_____, selon lequel les douleurs abdominales étaient probablement en rapport avec une diverticulite aiguë qui avait été confirmée par le scanner.

- 26) Le 8 avril 2011, le Dr R_____ a transmis ses observations à la commission de surveillance.

Lors de la consultation, il avait examiné le patient et apprécié la situation douloureuse avec urgences fécales et incontinence urinaire. Il avait présenté M. O_____ au médecin en charge de la neuromodulation dans son service, étant donné que dans ces situations post radiques, qui engendraient des urgences rectales, avec des douleurs ainsi que des incontinenes urinaires, la neuromodulation était un traitement peu invasif qui fonctionnait. Pour étayer son diagnostic, il avait fait pratiquer, le 13 octobre 2009, une manométrie. Cet examen avait montré de manière nette que les douleurs décrites par le patient étaient liées à une hypocompliance rectale. En effet, bien que son appareil sphinctérien fonctionnât tout à fait normalement, le seuil de tolérance aux volumes rectaux était largement en dessous de la norme. L'infirmière avait elle-même noté sur le rapport médical que M. O_____ avait ressenti, à l'introduction de la sonde habillée de préservatif d'une longueur de 20 cm, la même douleur et la même urgence qu'il ressentait chez lui le matin et qui lui faisait perdre les selles, s'il n'y avait pas de toilettes à proximité.

Le 21 octobre 2009, M. O_____ s'était présenté à son secrétariat, menaçant, en demandant instamment les résultats de la manométrie, qui lui avaient été remis par ses secrétaires apeurées. En ce qui concernait le fait que le Dr I_____ eût constaté une diverticulite et posé une indication opératoire, il s'étonnait que ce dernier n'eût pas mis en route un traitement antibiotique et n'eût pas réalisé lui-même le geste chirurgical qu'il avait proposé. Cela amenait à se poser la question du bien-fondé de ce diagnostic.

Il maintenait avoir mis en œuvre toutes les qualités et les compétences de son art médical au service de son patient. En outre, M. O_____ rapportait de manière répétitive des allégations mensongères à l'encontre de plusieurs médecins des HUG, qu'il avait déjà mis en cause, et attaqué l'Hôpital Intercommunal du Sud-Léman-Valserine de Saint-Julien-en-Genevois, qu'il avait actionné en justice en paiement de la somme de EUR 450'000.- en réparation de ses préjudices, soit des lésions et séquelles qu'il imputait à cet hôpital, qui avait notamment procédé, le 2 août 2000, à une intervention chirurgicale de prostatectomie radicale. M. O_____ tentait de mettre en compétition la médecine publique et la médecine privée.

Le Dr R_____ a également transmis une attestation du Docteur Y_____, médecin-consultant de l'unité de proctologie, qui certifiait avoir été présent lors de

la consultation de M. O_____ du 15 septembre 2009. Ce dernier lui avait été présenté par le Dr R_____ afin qu'il lui explique la neuromodulation. Cette technique aurait pu aider le patient qui se plaignait d'incontinence urinaire et d'urgences défécatoires. A aucun moment, le patient n'avait signalé de douleurs abdominales. Il avait donc été pris en charge avec considération et examiné par le Dr R_____ comme ce dernier le faisait pour chacun de ses patients.

Le Dr R_____ a en outre produit une copie de son courrier du 10 novembre à M. O_____ en réponse au courrier du 21 octobre 2009 de ce dernier, mettant fin à la relation thérapeutique. Il y avait rappelé une nouvelle fois qu'il estimait que la solution à ses problèmes, autrement dit son intolérance aux gros volumes au niveau du rectum, était un traitement par neuromodulation. Il lui avait expliqué une nouvelle fois les raisons pour lesquelles il préconisait ce traitement et prenait acte du fait que M. O_____ n'entendait pas en bénéficier. Il lui avait enfin rappelé qu'il ne traitait pas les patients par voie électronique, car si l'on voulait traiter correctement un patient, il fallait le voir, l'examiner, proposer les examens complémentaires que l'on supposait contributifs et enfin offrir une prise en charge thérapeutique.

27) Le 27 avril 2011, la commission de surveillance a informé M. O_____ qu'elle refuserait toute production de nouvelles écritures.

28) Par courrier du 30 octobre 2011, M. O_____ a transmis deux nouvelles pièces à la commission de surveillance, à savoir le compte rendu opératoire du 14 septembre 2011 du Professeur G_____ du Centre Hospitalier Universitaire de Lyon qui avait procédé à sa sigmoïdectomie, ainsi que le rapport du service d'anatomie pathologique des Hôpitaux de Lyon qui avait disséqué son sigmoïde prélevé et laissé à la science. Ces pièces attestaient d'une diverticulite sigmoïdienne avec abcès diverticulaire sur diverticulose.

Ces documents étaient accablants et étaient la preuve que le Dr R_____ l'avait laissé souffrir en faisant preuve de négligence coupable, de dilettantisme. Il avait été obligé de se tourner vers la France pour trouver des professionnels de la santé attentifs et compétents.

29) Le 9 février 2012, M. O_____ a invité la commission de surveillance à prendre connaissance de son site internet, sur lequel se trouvaient exposés les faits résumés ci-dessus ainsi que des accusations contre divers docteurs.

30) Dans sa réponse du 22 février 2012, la commission de surveillance a rappelé qu'elle procédait par écrit et que ses membres ne consulteraient pas les informations se trouvant sur ledit site internet.

31) Le 5 mai 2012, M. O_____ a demandé à la commission de surveillance de pouvoir déposer une réplique à la réponse du Dr R_____ du 8 avril 2011.

- 32) Par courrier du 8 juillet 2012, M. O_____ a « mis en demeure » la commission de surveillance de statuer.
- 33) Le 23 juillet 2012, la commission de surveillance a répondu à M. O_____ en lui indiquant qu'aucune décision ne pourrait être rendue avant le mois d'octobre 2012, lors de la prochaine séance plénière de la commission de surveillance.
- 34) Le 16 octobre 2012, la commission de surveillance a rendu sa décision et a procédé au classement de la plainte de M. O_____ à l'encontre du Dr R_____.

Celui-ci avait été adressé par le Dr B_____ au Dr R_____ pour une question proctologique précise, à savoir si une électrostimulation sacrée pouvait être envisagée avant l'implantation d'un sphincter vésical artificiel. Partant, l'intéressé n'avait pas consulté le Dr R_____ pour des douleurs au ventre, ni pour une diverticulite. Le Dr R_____ avait donc effectué les examens adéquats dans le cadre de son mandat.

Une diverticulite était une infection qui se développait en quelques jours. Aussi, il était tout à fait possible qu'elle soit apparue après la consultation du 15 septembre 2009 dispensée par le Dr R_____. Ceci était d'autant plus vrai que si une diverticulite avait été présente à ce moment précis, l'examen effectué par le mis en cause sur la personne de l'intéressé l'aurait aussitôt révélée. Partant, tout portait à croire qu'au moment de cette consultation, l'intéressé ne présentait pas de diverticulite et que cette affection s'était déclarée subséquemment.

Les éléments exposés dans le courriel du 15 octobre 2009 n'avaient pas été suffisamment précis et détaillés pour alerter le praticien ou pour lui permettre d'apprécier l'éventuelle urgence de la situation. De plus, un courriel explicatif n'était pas à même de remplacer un examen en consultation par le professionnel de la santé. Les délais pour une consultation chez le Dr R_____ étant de l'ordre de plusieurs semaines ou mois, l'intéressé avait pris la bonne initiative en se rendant aux urgences hospitalières. Une faute professionnelle ne pouvait être retenue contre le Dr R_____.

- 35) Par acte du 12 novembre 2012, M. O_____ a recouru contre la décision précitée auprès de la chambre administrative de la Cour de justice (ci-après : la chambre administrative) en concluant principalement à son annulation et à la condamnation du Dr R_____, sous suite de frais et dépens, subsidiairement à la nomination d'un expert neutre pour statuer médicalement sur ses griefs contre le Dr R_____. Dans son recours, il reprenait son argumentation développée dans la plainte du 3 mars 2010.

Le diagnostic du Dr R_____ était erroné. Ses douleurs étaient exclusivement attribuables à la situation inflammatoire, infectieuse, à la jonction colorectale (abcès).

Pour le surplus, il produisait le rapport CT scan du 6 novembre 2009 du Docteur N_____, médecin spécialiste FMH en radiologie, ainsi que le diagnostic du Docteur D_____, médecin spécialiste FMH en radiologie, établi à la suite du scanner du 23 novembre 2009. Ces deux rapports faisaient état d'une diverticulite.

De plus, la commission de surveillance avait occulté les pièces transmises le 30 octobre 2011, à savoir le compte rendu opératoire du 14 septembre 2011 du Prof. G_____ et le rapport du service d'anatomie pathologique des Hôpitaux de Lyon. En outre, il n'était pas normal que l'on demande au patient lui-même de fournir préalablement un diagnostic précis de son mal-être, au risque de ne pas être examiné ou de ne pas être pris suffisamment au sérieux.

- 36) Dans ses observations du 20 décembre 2012, la commission de surveillance a conclu au rejet du recours.

Le recourant se bornait à reprocher au Dr R_____ de ne pas avoir diagnostiqué sa diverticulite, mais n'apportait nullement la preuve ni même des éléments probants permettant de supposer qu'elle était déjà déclarée au moment de sa consultation, ce qui était peu vraisemblable.

Les diagnostics des Drs N_____ et D_____ étant postérieurs à la consultation du Dr R_____, ces pièces n'étaient de ce fait pas pertinentes.

La commission de surveillance n'avait pas occulté les pièces transmises le 30 octobre 2011, mais les avait jugées non pertinentes. En effet, la sigmoïdectomie par coelioscopie dont avait bénéficié le recourant aux Hôpitaux de Lyon avait été pratiquée près de deux ans après la consultation du 15 septembre 2009 auprès du Dr R_____. Quant au rapport du service d'anatomie pathologique des Hôpitaux de Lyon, ce que le recourant entendait faire valoir en s'y référant n'était pas clair.

- 37) Le 28 décembre 2012, la commission de surveillance a transmis à la chambre administrative les observations du Dr R_____ datées du 19 décembre 2012. Ce dernier persistait dans son diagnostic et concluait au rejet du recours. Il demandait en outre une indemnité au titre des nombreuses heures perdues sur ses heures de travail et sur celles de ses collaborateurs en raison de cette affaire.

- 38) Dans ses répliques du 24 et 26 février 2013, le recourant a persisté dans son recours. Il continuait à accuser le Dr R_____ de mauvais diagnostics et de manquements à ses devoirs de diligence et invitait la chambre administrative à consulter son site internet.

Il a également produit une lettre du Dr B_____ du 20 novembre 2012, dans laquelle ce dernier rappelait que le seul but de la proposition de consultation chez le Dr R_____ était de répondre à la question de savoir si, dans sa situation du 14

août 2009, il y avait ou non une indication à recourir à une électrostimulation sacrée.

39) Le 15 mars 2013, le Dr R_____ a produit un entretien d'informations et un formulaire de consentement à la neuromodulation en phase test dûment signés par le recourant. Ces documents attestaient d'une consultation complète, éclairée, sans doute ni contestation de sa part à cette époque. La lettre du Dr B_____ du 20 novembre 2012 était également la preuve qu'il avait rempli ses devoirs lors de la consultation du 15 septembre 2009.

40) Le 21 avril 2013, le recourant a transmis ses observations finales.

La phrase « dans le seul but d'évaluer la possibilité d'une neuromodulation » figurant dans la lettre du Dr B_____ du 20 novembre 2012 était mal interprétée par le Dr R_____. Ce dernier aurait dû effectuer des examens pour déterminer les causes, la nature, l'origine, les tenants des désagréments d'alors.

Quant à l'entretien d'informations et le formulaire de consentement produits par le Dr R_____, ils n'attestaient en aucun cas d'une consultation complète, éclairée, sans doute ni consultation de sa part. Au contraire, il avait, à trois reprises, formulé des contestations sur la prise en charge querellée. En effet, dans ses courriels du 16 septembre et 15 octobre 2009, ainsi que dans sa lettre du 19 octobre 2009, il avait formulé des réserves sur la consultation et sur la neuromodulation.

41) Le 3 mai 2013, le juge délégué a informé les parties que la cause était gardée à juger.

42) Par acte du 22 juin 2013, M. O_____ a recouru auprès de la chambre administrative pour déni de justice commis à son détriment par la commission de surveillance dans une autre procédure opposant l'intéressé au Prof. T_____. La commission de surveillance ayant rendu la décision sollicitée le 22 juillet 2013, le recours a été déclaré irrecevable (ATA/526/2013 du 27 août 2013). Toutefois, la chambre administrative a mis un émolument de CHF 500.- à charge de la commission de surveillance qui n'avait statué qu'une fois la chambre administrative saisie, alors qu'elle avait indiqué à deux reprises, en octobre 2012 et mars 2013, sur interpellation de l'intéressé, que la décision serait rendue prochainement. Une cause semblable opposant les mêmes parties avait d'ailleurs connu une issue identique l'année précédente (ATA/449/2012 du 30 juillet 2012).

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) La qualité pour recourir de M. O_____ doit être reconnue en tant que ce dernier allègue une violation de ses droits de patient, tels que prévus par la LS, conformément à l'art. 9 de la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients du 7 avril 2006 (LComPS ; RS K 3 03) (ATA/573/2010 du 31 août 2010 ; ATA/259/2010 du 20 avril 2010).
- 3) L'objet du litige, tel qu'il a été traité dans la plainte déposée contre le Dr R_____ en date du 3 mars 2010 devant la commission de surveillance, porte sur la violation des devoirs du médecin et sur la violation des droits de patient du plaignant. Ces deux problématiques seront examinées ci-dessous.
- 4) L'art. 40 let. a de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires du 23 juin 2006 (LPMéd - RS 811.11) dispose que les personnes qui exercent une profession médicale universitaire à titre indépendant doivent exercer leur activité avec soin et conscience professionnelle et respecter les limites des compétences qu'elles ont acquises dans le cadre de leur formation. Elles doivent également garantir les droits du patient (art. 40 let. c LPMéd).

Selon la doctrine, les devoirs professionnels ou obligations professionnelles sont des normes de comportement devant être suivies par toutes les personnes exerçant une même profession. En précisant les devoirs professionnels dans la LPMéd, le législateur poursuit un but d'intérêt public. Il ne s'agit pas seulement de fixer les règles régissant la relation individuelle entre patients et soignants, mais aussi les règles de comportement que le professionnel doit respecter en relation avec la communauté (par exemple la participation aux services d'urgence). Suivant cette conception d'intérêt public, le respect des devoirs professionnels fait l'objet d'une surveillance de la part des autorités cantonales compétentes et une violation des devoirs professionnels peut entraîner des mesures disciplinaires (D. SPRUMONT / J.-M. GUINCHARD / D. SCHORNO, *in* Loi sur les professions médicales [LPMéd], Commentaire, 2009, n. 10 *ad* art. 40).

Dans l'exécution de son mandat, le médecin devra agir avec discrétion, informer son mandant et lui rendre des comptes (...), respecter les devoirs professionnels (...) dans un certain état d'esprit traduisant sa conscience professionnelle, en ayant à cœur d'agir de façon diligente (D. SPRUMONT / J.-M. GUINCHARD / D. SCHORNO, *op. cit.*, n. 33 *ad* art. 40).

Le droit cantonal, s'appliquant en sus du droit fédéral (art. 71A et 80 LS) prévoit que le professionnel de la santé doit veiller au respect de la dignité et des

droits de la personnalité de ses patients (art. 80 al. 1 LS). Il est libre d'accepter ou de refuser un patient dans les limites déontologiques de sa profession. Il a toutefois l'obligation de soigner en cas de danger grave et imminent pour la santé du patient (art. 81 al. 1 LS). Le professionnel de la santé ne peut être tenu de fournir, directement ou indirectement, des soins incompatibles avec ses convictions éthiques ou religieuses (art. 82 al. 1 LS). En cas de danger grave et imminent pour la santé du patient, il doit prendre toutes les mesures nécessaires pour écarter le danger, même si elles sont contraires à ses convictions éthiques ou religieuses (art. 82 al. 3 LS). Enfin, il ne peut fournir que les soins pour lesquels il a la formation et l'expérience nécessaires (art. 84 al. 1 LS). Il doit également s'abstenir de tout acte superflu ou inapproprié, même sur requête du patient ou d'un autre professionnel de la santé (art. 84 al. 2 LS).

- 5) L'art. 40 let. c LPMéd impose aux médecins de garantir les droits des patients. Le droit cantonal concrétise ceci en prévoyant que toute personne a droit aux soins qu'exige son état de santé à toutes les étapes de la vie, dans le respect de sa dignité et, dans la mesure du possible, dans son cadre de vie habituel (art. 42 LS). Selon l'art. 43 LS, toute personne a le droit de s'adresser au professionnel de la santé de son choix (al. 1). Le libre choix du professionnel de la santé peut être limité dans les institutions de santé publique ou subventionnée ainsi qu'en cas d'urgence et de nécessité (al. 2). L'art. 44 LS instaure le libre choix de l'institution de santé lequel peut être limité en cas d'urgence ou de nécessité. Enfin, l'art. 45 LS confère au patient le droit d'être informé de manière claire et appropriée sur son état de santé (al. 1 let. a), les traitements et interventions possibles, leurs bienfaits et leurs risques éventuels (al. 1 let. b), ainsi que sur les moyens de prévention des maladies et de conservation de la santé (al. 1 let. c).

S'agissant de l'art. 40 let. c LPMéd, entrent notamment en ligne de compte le droit à l'autodétermination du patient, son droit d'être informé, d'accéder à son dossier et de choisir librement son médecin (D. SPRUMONT / J.-M. GUINCHARD / D. SCHORNO, *op. cit.*, n. 51 ad art. 40).

Le droit aux soins, tel qu'il est prévu à l'art. 42 LS ne saurait être compris comme conférant un droit absolument illimité à recevoir des soins. Il faut le comprendre comme le droit pour une personne, indépendamment de sa condition économique et sociale, d'accéder équitablement aux soins qu'elle demande et de recevoir les soins qui lui sont objectivement nécessaires, pour autant que ces soins soient effectivement disponibles (MGC 2003-2004/XI A 5845).

- 6) Même s'il ressort des travaux préparatoires que l'art. 42 LS confère un droit d'accès aux soins de base, la chambre de céans a récemment affirmé que le droit de se faire soigner conformément aux règles de l'art médical est aujourd'hui un droit du patient. L'allégation d'une violation des règles de l'art équivaut à celle de la violation des droits du patient (ATA/5/2013 du 8 janvier 2013).

7) 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/5/2013 précité ; ATA/642/2012 du 25 septembre 2012 ; ATA/205/2009 du 28 avril 2009).

8) En l'espèce, il ressort des pièces du dossier que le but de la consultation du 15 septembre 2009 chez le Dr R_____ était d'évaluer la possibilité d'une électrostimulation sacrée avant de recourir à l'implantation d'un sphincter artificiel. Le recourant n'est pas venu trouver le Dr R_____ pour des douleurs dans le bas-ventre, pour une diverticulite ou pour tout autre mal.

Partant, dans le cadre de la tâche qui lui était demandée, le Dr R_____ a effectué les examens adéquats.

9) Le recourant reproche en outre au Dr R_____ de ne pas avoir été capable de déceler sa diverticulite, dont l'existence serait attestée par le scanner du Dr N_____ du 6 novembre 2009 ainsi que par le diagnostic du Dr U_____ du 23 novembre 2009.

Comme le relève la commission de surveillance, composée de professionnels de la santé, une diverticulite est une infection qui peut se développer en quelques jours. Or, les documents produits par le recourant ont été établis plusieurs semaines après la consultation du Dr R_____. Aucun élément ne permet ici d'affirmer que le recourant souffrait déjà d'une diverticulite au moment de ladite consultation.

De plus, si le patient avait effectivement souffert d'une diverticulite, la douleur au toucher rectal aurait été insupportable et le Dr R_____ aurait pratiqué un examen complémentaire.

10) Il en va de même concernant les examens effectués aux Hôpitaux de Lyon. La sigmoïdectomie par coelioscopie a été pratiquée près de deux ans après la consultation du 15 septembre 2009. De plus, il ressort du compte-rendu opératoire du 14 septembre 2011 des Hôpitaux de Lyon que le recourant présentait une symptomatologie évocatrice de sigmoïdite chronique avec une nouvelle poussée quinze jours auparavant ayant nécessité la mise en place d'un traitement par antibiothérapie. C'était donc à la suite d'une nouvelle inflammation que l'indication de sigmoïdectomie par coelioscopie avait été posée.

11) Le recourant met également en doute le diagnostic du Dr R_____ selon lequel les douleurs étaient dues à une hypocompliance rectale. Toutefois, il ne produit aucun justificatif scientifique ni aucun avis médical à l'appui de son opinion.

12) L'argument du supposé « laisser-aller médical » du Dr R_____ et de son absence d'écoute, du fait que ce dernier ne voulait pas communiquer par courriel,

tombe lui aussi à faux. Aucune démarche entre le professionnel de la santé et son patient ne peut remplacer une consultation en bonne et due forme. Le Dr R_____ était dans l'impossibilité de recevoir le recourant à court terme, et c'est avec raison que ce dernier s'est présenté aux urgences hospitalières pour soigner ses douleurs.

- 13) Le Dr R_____ n'a donc ni violé les droits du patient, ni manqué de diligence dans le cadre de sa relation thérapeutique avec le recourant.
- 14) Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- 15) Un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge du recourant (art. 87 al. 1 LPA). Vu l'issue du litige et vu le temps consacré par le Dr R_____ dans cette affaire, une indemnité de procédure de CHF 1'000.-, mise à la charge du recourant, sera allouée au Dr R_____ (art. 87 al. 2 LPA).

* * * * *

PAR CES MOTIFS
LA CHAMBRE ADMINISTRATIVE

à la forme :

déclare recevable le recours interjeté le 12 novembre 2012 par Monsieur O_____ contre le jugement de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients du 16 octobre 2012 ;

au fond :

le rejette ;

met un émolument de CHF 500.- à la charge de Monsieur O_____ ;

alloue une indemnité de procédure de CHF 1'000.- au Docteur R_____, à la charge de Monsieur O_____ ;

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 ;

communiqué le présent arrêt à Monsieur O_____, à la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, ainsi qu'au Docteur R_____.

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

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 :