

## **GE\_GERICHTE A/2047/2012 vom 5. März 2013**

GE Cour de justice, 2013-03-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2047\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2047_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/2047/2012 du 5 mars 2013

IT: GE\_GERICHTE A/2047/2012 del 5 marzo 2013

### **Regeste**

; COMPÉTENCE ; POUVOIR D'EXAMEN ; CONCLUSIONS ; RÉVISION(DÉCISION)  
; PATIENT ; MÉDECIN ; FAUTE PROFESSIONNELLE ; CHIRURGIE ; DROIT DU  
PATIENT ; DEVOIR PROFESSIONNEL | La juridiction administrative n'est pas  
compétente pour juger de la responsabilité civile d'un médecin. Conclusions en  
dommages-intérêts irrecevables. Irrecevabilité des conclusions tendant à la révision d'un  
arrêt du Tribunal fédéral, seule cette dernière instance étant compétente pour connaître  
d'une demande en révision contre un de ses arrêts. Devant l'instance supérieure, le recourant  
ne peut prendre que des conclusions qui ont déjà été formulées devant l'instance précédente.  
Les droits du patient ne confèrent pas un droit absolument illimité à recevoir des soins, mais  
celui de recevoir des soins objectivement nécessaires. Rejet du recours dans la mesure où il  
est recevable. | LComPS.7al.1; LComPS.7.al2; LComPS.7.al3; LPA.61.al1.leta;  
LPA.69.al1; LTF.2.al2; LTF.124.al1; LPA.68; LPMed.40.leta; LPMed.40.letc; LS.80.al1;  
LS.81.al1; LS.42

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre administrative 05.03.2013  
A/2047/2012

; COMPÉTENCE ; POUVOIR D'EXAMEN ; CONCLUSIONS ; RÉVISION(DÉCISION)  
; PATIENT ; MÉDECIN ; FAUTE PROFESSIONNELLE ; CHIRURGIE ; DROIT DU  
PATIENT ; DEVOIR PROFESSIONNEL | La juridiction administrative n'est pas  
compétente pour juger de la responsabilité civile d'un médecin. Conclusions en  
dommages-intérêts irrecevables. Irrecevabilité des conclusions tendant à la révision d'un  
arrêt du Tribunal fédéral, seule cette dernière instance étant compétente pour connaître  
d'une demande en révision contre un de ses arrêts. Devant l'instance supérieure, le recourant  
ne peut prendre que des conclusions qui ont déjà été formulées devant l'instance précédente.  
Les droits du patient ne confèrent pas un droit absolument illimité à recevoir des soins, mais  
celui de recevoir des soins objectivement nécessaires. Rejet du recours dans la mesure où il  
est recevable. | LComPS.7al.1; LComPS.7.al2; LComPS.7.al3; LPA.61.al1.leta;  
LPA.69.al1; LTF.2.al2; LTF.124.al1; LPA.68; LPMed.40.leta; LPMed.40.letc; LS.80.al1;  
LS.81.al1; LS.42

A/2047/2012 ATA/145/2013 du 05.03.2013 ( PATIEN ) , REJETE Descripteurs : ;  
COMPÉTENCE ; POUVOIR D'EXAMEN ; CONCLUSIONS ; RÉVISION(DÉCISION) ;  
PATIENT ; MÉDECIN ; FAUTE PROFESSIONNELLE ; CHIRURGIE ; DROIT DU  
PATIENT ; DEVOIR PROFESSIONNEL Normes : LComPS.7al.1; LComPS.7.al2;  
LComPS.7.al3; LPA.61.al1.leta; LPA.69.al1; LTF.2.al2; LTF.124.al1; LPA.68;  
LPMed.40.leta; LPMed.40.letc; LS.80.al1; LS.81.al1; LS.42 Résumé : La juridiction  
administrative n'est pas compétente pour juger de la responsabilité civile d'un médecin.

Conclusions en dommages-intérêts irrecevables. Irrecevabilité des conclusions tendant à la révision d'un arrêt du Tribunal fédéral, seule cette dernière instance étant compétente pour connaître d'une demande en révision contre un de ses arrêts. Devant l'instance supérieure, le recourant ne peut prendre que des conclusions qui ont déjà été formulées devant l'instance précédente. Les droits du patient ne confèrent pas un droit absolument illimité à recevoir des soins, mais celui de recevoir des soins objectivement nécessaires. Rejet du recours dans la mesure où il est recevable. En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2047/2012 - PATIEN ATA/145/2013 COUR DE JUSTICE Chambre administrative Arrêt du 5 mars 2013 dans la cause Monsieur R\_\_\_\_\_ contre COMMISSION DE SURVEILLANCE DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES PATIENTS et Dr X\_\_\_\_\_ représenté par Me Philippe Ducor, avocat \_\_\_\_\_ EN FAIT 1) Monsieur R\_\_\_\_\_, né le en 1947, est domicilié à Chêne-Bougeries. 2) Après avoir examiné M. R\_\_\_\_\_ et effectué une colonoscopie, le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gastro-entérologie, avait décidé de l'envoyer effectuer un examen de type scanner abdomino-pelvien (ci-après : CT-scan) chez le Dr X\_\_\_\_\_. Le patient avait des antécédents d'adénocarcinome prostatique et avait été traité par prostatectomie radicale, suivie de radiothérapie complémentaire. Il présentait des douleurs à la fosse iliaque gauche et une diverticulite aiguë sigmoïdienne. 3) Le 6 novembre 2009, M. R\_\_\_\_\_ s'est soumis à un CT-scan réalisé par le Dr X\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine nucléaire et en radiologie auprès du centre de diagnostic radiologique de Carouge. 4) Le 9 novembre 2009, le Dr X\_\_\_\_\_ a établi un rapport suite à l'examen tomodensitométrique pratiqué chez M. R\_\_\_\_\_ le 6 novembre 2009. Le patient avait plusieurs diverticules sur l'ensemble du colon, en particulier au niveau du colon sigmoïde. Ceci était associé notamment à une petite collection bilatérale du mésosigmoïde prédominant du côté gauche, ainsi qu'à la présence d'un épaississement pariétal diffus du colon sigmoïde et de l'ampoule rectale compatible avec des séquelles post-radiothérapie, ainsi qu'une hernie inguinale bilatérale à prédominance gauche, contenant une portion du colon sigmoïde. 5) Après avoir reçu en consultation M. R\_\_\_\_\_, le 23 novembre 2009, le Dr B\_\_\_\_\_, médecin adjoint au service de chirurgie viscérale des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a adressé sa prise de position au Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie viscérale aux HUG. Une coloscopie avait été effectuée par le Dr A\_\_\_\_\_, car M. R\_\_\_\_\_ avait des douleurs abdominales basses peu claires. Un CT-scan de mauvaise qualité avait été effectué à la Clinique de Carouge, sans produit de contraste, et montrait également un épaississement du sigmoïde. Cependant, ni abcès, ni collection suspecte n'avaient pu être observés, même s'il existait une bulle d'air intra-vésicale. Le patient souhaitait une sigmoïdectomie. Le Dr B\_\_\_\_\_, au vu du dossier, ne pensait pas qu'une telle intervention aurait été bénéfique pour M. R\_\_\_\_\_. Face à la présence d'un épisode unique de diverticulite simple, il n'y avait aucune indication absolue. Le patient présentait en outre une incontinence anale avec des besoins impérieux non maîtrisables et des pertes de selles. Dans cette situation, il était évident qu'une sigmoïdectomie ne ferait que précipiter l'incontinence anale du patient. Le médecin a refusé de procéder à une intervention à ce stade. 6) Le Dr B\_\_\_\_\_ avait proposé à M. R\_\_\_\_\_ de se soumettre à un nouvel examen tomodensitométrique avec triple injection de contraste à la Clinique de la Colline, en espérant qu'il servirait de base pour juger de l'évolution de la sigmoïdite et permettrait de procéder à la mise en place d'un sphincter urinaire artificiel, en cours de discussion à ce moment-là. Le Dr B\_\_\_\_\_ estimait que, pour être fiable, un scanner destiné à mettre en évidence une sigmoïdectomie devait être réalisé à l'aide de produit de contraste

par voie orale, intraveineuse et anale, ne considérant pas l'eau comme étant un contraste adéquat. 7) Le 23 novembre 2009, M. R\_\_\_\_\_ a subi un nouvel examen CT-scan à la Clinique de la Colline sous la conduite du Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie. Au cours de cet examen, il n'y avait pas eu d'injection de liquide par l'anus mais uniquement de l'air. Le Dr D\_\_\_\_\_ avait également injecté un produit de contraste par voie intraveineuse et de l'eau par voie orale. Ses conclusions étaient semblables à celles du Dr X\_\_\_\_\_ et avaient été adressées au Dr B\_\_\_\_\_. 8) Le 7 mars 2010, M. R\_\_\_\_\_ a déposé une plainte contre le Dr B\_\_\_\_\_ auprès de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients (ci-après : la commission). Ce dernier avait gravement failli à son devoir de diligence en lui refusant une intervention chirurgicale, à savoir une sigmoïdectomie. 9) Un échange de courriels entre les Drs X\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_ a eu lieu le 10 mars 2010. Le premier demandait au second de bien vouloir lui donner des explications concernant la qualification de « mauvaise qualité » s'agissant du CT-scan du 6 novembre 2009 et d'indiquer pourquoi il avait demandé la répétition de cet examen auprès de la Clinique de la Colline le 23 novembre 2009, alors que les conclusions, suite aux deux examens, étaient semblables. M. R\_\_\_\_\_ désirait obtenir ces informations. Selon le Dr B\_\_\_\_\_, l'absence d'injection de liquide de contraste par l'anus rendait cet examen peu fiable. La recherche de diverticulite devait être effectuée par une triple injection de contraste, soit orale, intraveineuse et anale. Or, les résultats avaient été les mêmes, tant au centre de radiologie de Carouge qu'à la Clinique de la Colline, puisque M. R\_\_\_\_\_ avait refusé l'injection anale de contraste. 10) La commission a procédé à un classement immédiat de la plainte contre le Dr B\_\_\_\_\_ le 4 mai 2010, contre laquelle M. R\_\_\_\_\_ a recouru le 11 mai 2010 auprès Tribunal administratif, devenu la chambre administrative de la Cour de justice (ci-après : la chambre administrative) depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011. Il a conclu à l'annulation de la décision de la commission. La chambre de céans, par arrêt du 12 octobre 2010 ( ATA/701/2010 ), a rejeté le recours de M. R\_\_\_\_\_ et jugé que le Dr B\_\_\_\_\_ n'avait pas enfreint la loi sur la santé du 7 avril 2006 (LS - K 1 03), ni violé les droits de patient du recourant. Ceci a été confirmé par le Tribunal fédéral dans son arrêt 2C\_861/2010 du 15 novembre 2010. 11) Par acte daté du 28 novembre 2010, M. R\_\_\_\_\_ a déposé plainte contre le Dr X\_\_\_\_\_ auprès de la commission. Il concluait à la recevabilité de sa plainte et à la violation de ses droits de patient. Le Dr X\_\_\_\_\_ s'était montré coupable d'agissements incorrects vis-à-vis de lui en pratiquant un CT-scan sans en avoir les compétences. Il réclamait également des dommages-intérêts à hauteur de CHF 20'000.- en raison du tort moral et des frais engendrés par son diagnostic extravagant. Suite au CT-scan effectué le 6 novembre 2009 par le Dr X\_\_\_\_\_, le Dr B\_\_\_\_\_, n'avait vu ni abcès, ni collection, ni fistule, ni hernie inguinale. En revanche, dans son rapport suite au CT-scan en question, le Dr X\_\_\_\_\_ avait conclu à la présence d'une diverticulite aiguë, d'une fistule, d'une bulle d'air, d'une collection et d'une hernie inguinale. Les observations des médecins étaient contradictoires. Si le Dr B\_\_\_\_\_, comme l'avait confirmé le Tribunal fédéral dans son arrêt du 15 novembre 2010, n'avait commis aucune faute, cela impliquait que les agissements du Dr X\_\_\_\_\_ étaient contraires aux règles de l'art médical généralement reconnues et admises et qui valaient pour le diagnostic, le choix de la méthode de traitement et le traitement proprement dit. Par ailleurs, le Dr B\_\_\_\_\_ avait affirmé que le CT-scan du 6 novembre 2009 était de « mauvaise qualité et sans produit de contraste ». Par conséquent, le Dr X\_\_\_\_\_ n'avait pas agi de manière professionnelle, responsable et crédible et devait répondre de ses manquements au devoir de diligence. 12) Le 5 janvier 2011, la commission a accusé réception de la plainte et a informé les parties de

la prochaine ouverture d'une procédure administrative et de l'envoi de l'affaire à une sous-commission pour instruction. Le Dr X\_\_\_\_\_ était invité à communiquer ses observations jusqu'au 23 février 2011 en réponse aux griefs formulés par M. R\_\_\_\_\_ dans sa plainte. 13) Dans un courrier daté du 28 janvier 2011, la commission a demandé à M. R\_\_\_\_\_ des pièces complémentaires en lien avec sa plainte. Elle relevait également ne pas être compétente pour statuer sur les actions en responsabilité civile ni pour allouer des dommages-intérêts et ne pouvait donc entrer en matière sur ses prétentions financières. 14) Le 6 février 2011, M. R\_\_\_\_\_ a complété ses conclusions. Tous les frais et dépens, lesquels comprendraient une équitable indemnité de procédure, devaient être mis à la charge du Dr C\_\_\_\_\_ [ recte : Dr X\_\_\_\_\_ ]. 15) Le 11 février 2011, la commission a répondu à M. R\_\_\_\_\_. Elle n'était pas compétente pour condamner une partie au versement d'indemnité de procédure. Le même jour, elle a imparti au Dr X\_\_\_\_\_ un délai au 28 février 2011 pour faire valoir ses observations au sujet des griefs formulés par M. R\_\_\_\_\_ à son encontre. 16) Par acte daté du 28 février 2011, le Dr X\_\_\_\_\_ a conclu au classement de la procédure ouverte contre lui, suite à la plainte de M. R\_\_\_\_\_ et à un émolument à la charge de ce dernier pour téméraire plaideur. Concernant les prétentions civiles articulées par le recourant, la commission n'était pas compétente pour statuer. Il avait effectué sur M. R\_\_\_\_\_ un CT-scan le 6 novembre 2009. Plusieurs techniques différentes existaient pour pratiquer un examen tomodensitométrique en cas de suspicion de diverticulite aiguë sigmoïdienne. Le Dr X\_\_\_\_\_ avait procédé à un examen en injectant un produit de contraste par voie intraveineuse et en utilisant de l'eau par voie orale et rectale en guise de produit de contraste. M. R\_\_\_\_\_ avait catégoriquement refusé tout autre produit de contraste à part de l'eau par voie anale. Cette méthode était tout à fait indiquée et permettait de mettre plus distinctement en évidence la structure de la paroi intestinale que d'autres produits de contraste. Dans son rapport du 23 novembre 2009, le Dr B\_\_\_\_\_ qualifiait le CT-scan effectué au centre de radiologie de Carouge de « mauvaise qualité, sans produit de contraste ». Cependant, ce qualificatif ne remettait pas en question les compétences professionnelles du Dr X\_\_\_\_\_. Le nouvel examen pratiqué par le Dr D\_\_\_\_\_ à la Clinique de la Colline, le 23 novembre 2009, présentait des résultats superposables à ceux obtenus lors de l'examen effectué par le Dr X\_\_\_\_\_ le 6 novembre 2009. Le Dr X\_\_\_\_\_ n'avait donc pas commis d'erreur de diagnostic et avait satisfait à son devoir professionnel. Quant au respect du droit des patients garanti par l'art. 42 LS, le Dr X\_\_\_\_\_ avait pratiqué l'examen avec tout le soin qu'on pouvait exiger de lui, sa technique était d'ailleurs presque identique à celle utilisée par le Dr D\_\_\_\_\_ le 23 novembre 2009. Les résultats de l'examen tomodensitométrique du Dr X\_\_\_\_\_ étaient irréprochables. Contrairement à ce que pensait M. R\_\_\_\_\_, le choix du Dr B\_\_\_\_\_ de ne pas l'opérer n'était pas un désaveu des conclusions du Dr X\_\_\_\_\_. La décision d'opérer revenait au chirurgien viscéral exclusivement, qui devait prendre sa décision après avoir évalué la situation du patient. Ici, le choix du Dr B\_\_\_\_\_ de ne pas intervenir était fondé sur les importantes comorbidités et non sur la déféctuosité de l'imagerie. Les griefs avancés par le plaignant étaient infondés. M. R\_\_\_\_\_ faisait un usage abusif de voies de droit prévues par 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). Le plaignant, depuis plusieurs mois avait attaqué tous les médecins qui s'étaient occupés de lui. Comme le Tribunal fédéral avait pu le constater, ces démarches étaient dépourvues de tout fondement. Dans ces circonstances, la commission ne pouvait que prononcer une amende pour téméraire plaideur. 17) Le 4 mars 2011, la commission a informé les parties que la sous-commission n°3 était chargée de

l'instruction et qu'elle n'acceptait plus d'écritures supplémentaires. 18) Le 15 mars 2011, M. R.\_\_\_\_\_ a adressé un courrier à la commission. Il maintenait ses conclusions développées dans sa plainte. Il faisait usage de son droit spontané à la réplique, car la réponse du Dr X\_\_\_\_\_ comportait des affirmations mensongères de nature à tromper l'autorité de décision. Le Tribunal fédéral avait confirmé que le diagnostic du Dr B\_\_\_\_\_ n'avait pas enfreint les règles de l'art médical. De ce fait, c'était le Dr X\_\_\_\_\_ qui était dans l'erreur. Le plaignant réfutait totalement s'être opposé à l'injection de produit de contraste ou de tout autre liquide par voie anale. On ne lui avait pas demandé de choisir les produits de contraste. En revanche, il avait le droit de réclamer de bons et justes diagnostics, déterminants pour le choix du traitement. Tout au long de la procédure concernant le Dr B\_\_\_\_\_, le diagnostic de ce dernier n'avait jamais été remis en cause et donc cela appuyait le bien-fondé de la critique des capacités d'investigation du Dr X\_\_\_\_\_, puisque le diagnostic du Dr B\_\_\_\_\_ écartait les conclusions du Dr X\_\_\_\_\_. En effet, en l'absence de fistule, collection, hernie inguinale, le Dr B\_\_\_\_\_ avait arrêté son choix sur une méthode de traitement qui était tout à fait adaptée et pertinente, confirmée par le Tribunal fédéral. Dès lors, peu importait le moyen de contraste choisi, le Dr X\_\_\_\_\_ avait fait un mauvais diagnostic. Le choix du Dr B\_\_\_\_\_ de ne rien entreprendre confirmant que les conclusions du Dr X\_\_\_\_\_ étaient parfaitement erronées. Il réfutait avoir abusé des voies de droit prévues par la LComPS. Sa plainte n'était pas abusive, puisque le bureau de la commission de surveillance (ci-après : le bureau) l'avait trouvée suffisamment motivée pour ouvrir une instruction. Enfin, il réfutait également l'argumentation du Dr X\_\_\_\_\_ démontrant qu'il avait respecté les règles de l'art médical. En effet, sa défense se basait uniquement sur le prétendu refus d'injection de produit de contraste. Ceci était faux. 19) Le 15 septembre 2011, la commission a informé les parties de la clôture de l'instruction du dossier. Elle a joint à son courrier la liste des membres composant l'autorité chargée de statuer sur la plainte. Un délai au 30 septembre 2011 était imparti aux parties pour faire valoir un éventuel motif de récusation. 20) Le 3 janvier 2012, M. R.\_\_\_\_\_ a fourni des informations complémentaires à la commission. Après avoir subi les mêmes examens qu'aux cliniques de la Colline et de Carouge, et dont les résultats révélaient également la présence d'un abcès, d'une fistule, d'une maladie diverticulaire et d'une bulle d'air, il avait subi une sigmoïdectomie au centre hospitalier de Lyon-Sud le 14 septembre 2011. 21) Par décision du 19 juin 2012, la commission a classé la plainte de M. R\_\_\_\_\_. Elle ne s'était pas prononcée sur les prétentions civiles du plaignant, puisqu'elle n'en avait pas la compétence. Le Dr X\_\_\_\_\_ n'avait commis aucune violation de la LS. Il n'avait pas non plus violé les droits de M. R\_\_\_\_\_ en tant que patient. M. R\_\_\_\_\_ fondait sa plainte contre le Dr X\_\_\_\_\_ sur la base de l'appréciation du Dr B\_\_\_\_\_ concernant le CT-scan réalisé le 6 novembre 2009. Le Dr B\_\_\_\_\_ avait qualifié cet examen de « mauvaise qualité, sans produit de contraste ». Il existait toutefois plusieurs techniques pour procéder à ce type d'examen, visant à détecter une diverticulite aiguë sigmoïdienne. Le Dr X\_\_\_\_\_ avait pratiqué l'examen en question en injectant un produit de contraste par voie intraveineuse et de l'eau par voie orale et anale, jouant également le rôle de produit de contraste. Dans son rapport consécutif au CT-scan du 9 novembre 2009, le Dr X\_\_\_\_\_ faisait notamment état d'une diverticulite aiguë modérée associée à une petite collection bilatérale du méso-sigmoïde prédominant du côté gauche. Après un nouveau CT-scan réalisé par le Dr D\_\_\_\_\_ à la Clinique de la Colline, les conclusions de ce dernier étaient les mêmes que celles du Dr X\_\_\_\_\_, malgré deux techniques d'examen différentes. En effet, le Dr D\_\_\_\_\_ avait injecté à M. R\_\_\_\_\_ un produit de contraste par voie

intraveineuse, de l'eau par voie orale et de l'air par voie rectale, le patient ayant, selon le médecin, refusé toute injection de liquide par voie anale. Sur la base de ces constatations, la commission considérait que la technique utilisée par le Dr X\_\_\_\_\_ pour le CT-scan du 6 novembre 2009 avait été adéquate. En outre, tant l'utilisation d'un contraste colique que l'injection d'air étaient acceptables. Enfin, en utilisant de l'eau en guise de contraste colique, le Dr X\_\_\_\_\_ n'avait manqué aucun diagnostic. De plus, le 16 août 2010, une simple cure d'hernie inguinale bilatérale avec mise en place d'un filet avait été préconisée au plaignant, ce qui tendait à démontrer également que le 6 novembre 2009, M. R\_\_\_\_\_ ne présentait aucun risque de perforation de l'intestin. 22) Par acte déposé le 4 juillet 2012, M. R\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision de la commission du 19 juin 2012 auprès de la chambre administrative, en concluant à son annulation, à la réparation du tort moral et de l'ensemble des préjudices, ainsi qu'à l'octroi d'une équitable indemnité de procédure. Son recours tendait à permettre la révision d'un arrêt du Tribunal fédéral du 15 novembre 2010, dans lequel les actes du Dr B\_\_\_\_\_ avaient été reconnus conformes à la pratique. La décision de la commission ne contenait aucune motivation sur le « dilemme » portant sur la responsabilité du Dr X\_\_\_\_\_ et du Dr B\_\_\_\_\_. En effet, la commission avait admis que le diagnostic du Dr X\_\_\_\_\_ était tout à fait conforme aux règles de l'art. Le Dr X\_\_\_\_\_ avait bien détecté la collection, les fistules et bulles d'air lors du CT-scan qu'il avait pratiqué. Le CHU de Lyon-Sud était également parvenu aux mêmes conclusions en pratiquant un examen similaire. Cependant, le Dr B\_\_\_\_\_ avait qualifié de « mauvaise qualité » le CT-scan du Dr X\_\_\_\_\_ et n'avait observé aucune collection, aucune fistule, ni hernie inguinale par exemple pouvant justifier une intervention chirurgicale. Il revenait à la justice de déterminer qui avait tort. 23) Par acte daté du 10 août 2012, le Dr X\_\_\_\_\_ a répondu en concluant principalement à l'irrecevabilité du recours, subsidiairement au rejet de celui-ci, ainsi qu'à l'octroi d'une indemnité de procédure et au prononcé d'une amende à l'encontre du recourant pour téméraire plaideur. M. R\_\_\_\_\_ ne contestait pas le classement de la plainte à son encontre. Au contraire, il souhaitait rouvrir un débat concernant le diagnostic du Dr B\_\_\_\_\_ en 2009. Or, cette question avait déjà fait l'objet d'une décision de la commission le 4 mai 2010, confirmée par la chambre administrative le 12 octobre 2010 et par le Tribunal fédéral le 15 novembre 2010. Le recours ne contenait aucun grief à son encontre, mais visait à procéder à la révision d'un arrêt du Tribunal fédéral définitivement entré en force. Le moyen de droit poursuivait un but contraire à l'esprit de la loi, entraînant ainsi l'irrecevabilité du recours. En effet, la décision querellée concernait exclusivement le respect des devoirs professionnels incombant au Dr X\_\_\_\_\_ et le respect des droits de patient du recourant. De plus, ce dernier prenait des conclusions de nature civile sur lesquelles ni la commission, ni la chambre administrative n'avaient la compétence de statuer. Lui-même avait entièrement respecté les droits de son patient. Son comportement à son égard s'avérait exempt de tout reproche. Le CT-scan du 6 novembre 2009 était médicalement indiqué, puisqu'il était nécessaire pour exclure des complications graves possibles (diverticulite aiguë, collection intra-abdominale) et pour obtenir un diagnostic précis. Cet examen avait été pratiqué avec tout le soin et la diligence que l'on pouvait attendre du Dr X\_\_\_\_\_ en injectant un produit de contraste par voie intraveineuse et en utilisant de l'eau par voie orale et rectale en guise de produit de contraste. Cette technique était par ailleurs quasiment identique à celle mise en œuvre par le Dr D\_\_\_\_\_ le 24 novembre 2009. Le résultat de l'imagerie ne pouvait être critiqué compte tenu de l'attitude du recourant. En effet, celui-ci avait refusé l'injection de produit de contraste par voie anale, et avait insisté pour qu'il n'utilise que de l'eau. Le Dr D\_\_\_\_\_ s'était vu

opposer le même refus. On ne pouvait dès lors lui reprocher la technique employée dans le cas d'espèce. Quant à l'interprétation des résultats de l'examen, elle était irréprochable. Il était d'ailleurs parvenu aux mêmes conclusions que le Dr D\_\_\_\_\_. Contrairement à ce que soutenait le recourant, le choix du Dr B\_\_\_\_\_ de ne pas l'opérer ne constituait pas un désaveu du bilan qu'il avait effectué. La décision d'opérer revenait en effet au chirurgien viscéral exclusivement, qui devait prendre sa décision après avoir évalué la situation du patient de façon globale. Dans le cas présent, le refus d'intervenir chirurgicalement s'expliquait par d'importantes comorbidités chez le patient, et non par une quelconque défectuosité de l'imagerie. Il avait donc respecté les droits de patient du recourant, ce que la commission avait confirmé dans sa décision. Le recourant ne formulait, en outre, aucun grief quant à la violation de ses droits de patient. Le recours était donc infondé et devait être rejeté. 24) Le 10 septembre 2012, la commission a fait part de ses observations. Elle a conclu à l'irrecevabilité des conclusions du recourant concernant le Dr B\_\_\_\_\_, et les prétentions civiles. Pour le surplus, le recours devait être rejeté. Le mémoire de M. R\_\_\_\_\_ avait pour seul but de mettre en cause le Dr B\_\_\_\_\_. Or, le bureau avait classé sa plainte à l'encontre de celui-ci, estimant qu'il n'avait violé aucune disposition de la LS dans le cadre de la prise en charge du patient. Ladite décision avait été confirmée par le Tribunal fédéral le 15 novembre 2010, mettant ainsi un terme à l'instance contre le Dr B\_\_\_\_\_. Dans la mesure où toutes les voies de droit utiles avaient été épuisées, M. R\_\_\_\_\_ ne pouvait se servir de la procédure de recours contre le Dr X\_\_\_\_\_ pour tenter de remettre en question la décision de classement de sa plainte contre le Dr B\_\_\_\_\_ datant du 4 mai 2010. Par ailleurs, le recourant formulait des prétentions pécuniaires. Or, la commission n'avait pas la compétence pour statuer sur des actions en responsabilité civile. Dès lors, la chambre administrative, en vertu du pouvoir décisionnel que lui conférait l'art. 69 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10) ne pouvait pas entrer en matière sur les prétentions financières du recourant. La commission maintenait que la technique suivie par le Dr X\_\_\_\_\_ pour effectuer l'examen tomodensitométrique du 6 novembre 2009 avait été adéquate. Le Dr X\_\_\_\_\_ n'avait commis aucune violation de la LS et aucun droit de M. R\_\_\_\_\_, en tant que patient, n'avait été violé. 25) Par acte déposé le 26 septembre 2012, M. R\_\_\_\_\_ a répliqué. En effet, la finalité de la procédure consistait à rétablir la vérité et à mettre en cause l'attitude du Dr B\_\_\_\_\_. Celui-ci avait refusé d'admettre une hernie inguinale bilatérale à contenu sigmoïdien, ce qui était déjà une obligation d'opération et une collection (abcès) et d'autres fistules et bulles d'air (lésions de péritonite) qui imposaient une intervention chirurgicale. Le Dr B\_\_\_\_\_ refusant de l'opérer, pour recevoir des soins adéquats, il avait dû se rendre au centre hospitalier du Valais romand à Sion pour une cure de son hernie inguinale et au centre hospitalier de Lyon-Sud pour une sigmoïdectomie. L'intervention chirurgicale en France lui avait coûté plus de EUR 40'000.-, à sa charge, puisque son assurance maladie ne couvrait que les frais liés aux soins pratiqués à Genève, soit dans le canton de domicile. Il faisait valoir que ses droits de patient et ses droits fondamentaux avaient été bafoués. La reconnaissance de la bonne exécution du travail du Dr X\_\_\_\_\_ était essentielle pour reprendre les accusations contre le Dr B\_\_\_\_\_ et remettre en cause les décisions de justice de 2010. Les imageries, respectivement du Dr X\_\_\_\_\_ et du Dr D\_\_\_\_\_, étaient irréprochables, tant en matière de procéder, mêmes si elles différaient, que dans les résultats obtenus. Les examens tomodensitométriques pratiqués correspondaient bien à la réalité. Ce qui avait été contesté par le Dr B\_\_\_\_\_ uniquement. Le recourant réfutait les risques de l'opération liés à des critères de comorbidité potentielle. Ils étaient acceptables. En revanche, il était inadmissible

de laisser un patient livré à lui-même avec un abcès et des lésions de péritonite dans le sigmoïde. 26) Le 27 septembre 2012, le juge délégué a informé les parties que la cause était gardée à juger. EN DROIT 1) Interjeté le 4 juillet 2012 contre la décision de la commission prononcée le 19 juin 2012 et expédiée par courrier recommandé le 26 juin 2012, le recours est recevable de ce point de vue (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) Dans le cadre de son mandat, la commission de surveillance instruit en vue d'un préavis ou d'une décision les cas de violation des dispositions de la LS ou de la loi sur la privation de liberté à des fins d'assistance, du 7 avril 2006, concernant les professionnels de la santé et les institutions de santé, ainsi que les cas de violation des droits des patients (art. 7 al. 1 let. a LComPS). En revanche, elle n'est pas compétente pour statuer sur les actions en responsabilité civile ni pour allouer des dommages-intérêts (art. 7 al. 3, 2<sup>ème</sup> phrase LComPS). 3) La chambre administrative est compétente pour connaître des recours contre les décisions prises en vertu de l'art. 7, al. 1, let a et b et 2 LComPS, ceci dans un délai de 30 jours (art. 22 al. 1 LComPS). Le recours peut être formé pour violation du droit y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (art. 61 al. 1 let. a LPA). La juridiction administrative chargée de statuer est liée par les conclusions des parties. Elle n'est en revanche pas liée par les motifs que les parties invoquent (art. 69 al. 1 LPA). Une instance dont la fonction est le contrôle ne peut contrôler que ce qui a été préalablement décidé (P. MOOR / E. POLTIER, Droit administratif, volume II, Les actes administratifs et leur contrôle, Berne, 2011, p. 824). De plus, la chambre de céans a déjà rappelé, dans d'autres affaires, qu'elle n'était pas compétente à raison de la matière pour juger de la responsabilité civile du médecin basée sur les art. 394 ss CO ( ATA/701/2010 du 12 octobre 2010 ; ATA/438/2006 du 31 août 2006). 4) En l'espèce, la commission a été saisie par M. R\_\_\_\_\_ d'une plainte contre le Dr X\_\_\_\_\_. Les agissements de ce dernier ne respectaient pas les règles de l'art médical et violaient les droits de patient de M. R\_\_\_\_\_. Ce dernier réclamait en outre des dommages-intérêts pour une somme de CHF 20'000. La commission était compétente pour statuer sur les questions de respect des droits des patients et des règles professionnelles de l'art médical. Cependant, elle n'avait aucun pouvoir de décision s'agissant d'allouer des dommages-intérêts. Les prétentions civiles du plaignant excèdent la compétence de la commission, de même que celle de la chambre de céans, dont la fonction est limitée au contrôle des actes des autorités inférieures. En outre, la chambre administrative ne peut se prononcer sur des conclusions relevant de la justice civile, comme c'est le cas ici en matière de responsabilité civile du médecin. Dès lors, les conclusions en dommages-intérêts de M. R\_\_\_\_\_ seront déclarées irrecevables. 5) Selon l'art. 61 de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), les arrêts du Tribunal fédéral acquièrent force de chose jugée le jour où ils sont prononcés. Ses arrêts ne peuvent être annulés ou modifiés que par lui et conformément à la loi (art. 2 al. 2 LTF), ceci concerne également les demandes de révisions qui doivent être déposées directement devant la Haute Cour (art. 124 al. 1 LTF). 6) L'art. 68 LPA dispose que le recourant peut invoquer des motifs, des faits et des moyens de preuves nouveaux qui ne l'ont pas été dans les précédentes procédures, sauf exception prévue par la loi. A contrario, cette disposition interdit au recourant de prendre des conclusions qui n'auraient pas été formées devant la juridiction de première instance. Si un recourant est libre de contester tout ou partie de la décision attaquée, il ne peut pas prendre, dans son mémoire de recours, des conclusions qui sortent du cadre des questions qui ont été l'objet de la procédure antérieure. Quant à l'autorité de recours de seconde

instance, elle n'examine pas les prétentions et les griefs qui n'ont pas fait l'objet du prononcé de l'instance inférieure, sous peine de détourner sa mission de contrôle, de violer la compétence fonctionnelle de cette autorité-ci, d'enfreindre le principe de l'épuisement des voies de droit préalables et, en définitive, de priver les parties d'un degré de juridiction. Par conséquent, le recourant qui demande la réforme de la décision attaquée devant l'autorité de recours ne peut en principe pas présenter de conclusions nouvelles ou plus amples devant l'instance de recours, c'est-à-dire des conclusions qu'il n'a pas formulées dans les phases antérieures de la procédure ( ATA/771/2012 du 13 novembre 2012 ; ATA/168/2008 du 8 avril 2008 ; B. BOVAY, Procédure administrative, Berne 2000, p. 390/391). 7) En l'espèce, le recourant cherche à remettre en question l'arrêt du Tribunal fédéral du 15 novembre 2010, déclarant les actes professionnels du Dr B\_\_\_\_\_ conformes à la pratique, par le biais d'une plainte contre le Dr X\_\_\_\_\_. Ces conclusions apparaissent dans les écritures produites devant la chambre administrative. Elles excèdent donc les conclusions que M. R\_\_\_\_\_ avait prises dans sa plainte. Par conséquent la chambre, dont le pouvoir d'examen est limité au contrôle des décisions rendues par les autorités inférieures, ne peut pas tenir compte des conclusions plus amples du recourant qui n'ont pas été formulées déjà devant la commission lors du dépôt de la plainte. Par ailleurs, le recourant perd de vue que les arrêts du Tribunal fédéral sont des décisions définitives qui entrent directement en force de chose jugée dès qu'elles sont prononcées. Elles ne peuvent être revues qu'à des conditions et pour des motifs stricts énumérés aux art. 121 à 128 LTF. De plus, si comme le prévoit la LTF, une telle révision devait être possible, elle ne pourrait être ouverte que devant le Tribunal fédéral lui-même. Il n'appartient pas à une autorité judiciaire inférieure, en l'occurrence la chambre administrative, de réviser les décisions de l'autorité supérieure. Partant, les conclusions de M. R\_\_\_\_\_, en tant qu'elles concernent le Dr B\_\_\_\_\_, seront déclarées irrecevables. 8) L'objet du litige, tel qu'il a été traité dans la plainte déposée contre le Dr X\_\_\_\_\_ en date du 28 novembre 2010 devant la commission, 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. 9) 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). 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). 10) En l'espèce, le CT-scan pratiqué par le Dr X\_\_\_\_\_ le 6 novembre 2009 avait été réalisé au moyen d'une injection d'un produit de contraste par voie intraveineuse, ainsi que d'une injection d'eau par voie

orale et rectale, jouant le rôle de produit de contraste. Cet examen avait été demandé par le Dr A \_\_\_\_\_ qui suspectait la présence d'une diverticulite chez M. R. \_\_\_\_\_. Le CT-scan avait été pratiqué selon les règles de l'art médical communément admises par la profession. En effet, bien que le Dr B \_\_\_\_\_ ait estimé qu'un tel examen ne soit fiable que lors de l'utilisation d'une triple injection d'un produit de contraste, deux autres médecins, les Dr X \_\_\_\_\_ et D \_\_\_\_\_, étaient d'un avis différent. Le Dr D \_\_\_\_\_ avait employé une technique relativement similaire, en injectant un produit de contraste par voie intraveineuse, de l'eau par voie orale et de l'air par voie rectale. La technique utilisée était donc adéquate. Par ailleurs, la commission, majoritairement composée de médecins, admettait que plusieurs techniques étaient possibles pour pratiquer un CT-scan. Quant à l'interprétation des observations et au diagnostic, les conclusions du Dr X \_\_\_\_\_ étaient identiques à celles du Dr D \_\_\_\_\_, ainsi qu'à celles du médecin du CHU de Lyon-Sud. Tous trois avaient diagnostiqué une diverticulite aiguë modérée prédominante à la jonction colorectale et associée à une collection bilatérale du méso-sigmoïde prédominant du côté gauche, ainsi qu'un épaississement pariétal diffus du colon sigmoïde et de l'ampoule rectale. Le Dr X \_\_\_\_\_ n'avait donc rien manqué dans son diagnostic. Rien ne démontrait que la « mauvaise qualité » de l'imagerie était due à la technique employée lors de l'examen. Et surtout, l'imagerie en question n'avait pas empêché de poser un diagnostic correct. Partant, tant la réalisation de l'examen que les conclusions basées sur les observations correspondaient à celles de ses confrères. Le Dr X \_\_\_\_\_ n'avait donc pas enfreint son devoir de diligence dans l'exercice soigneux et consciencieux de son activité. 11) Le fait de savoir si, sur la base de ce diagnostic, il convenait d'opérer ou non M. R. \_\_\_\_\_ n'était pas du ressort du Dr X \_\_\_\_\_, radiologue, mais relevait de la compétence des spécialistes de la chirurgie viscérale. Dès lors, cette question qui est sans rapport avec les compétences du Dr X \_\_\_\_\_ peut rester ouverte. 12) 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 conférait 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). 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 (MCG 2003-2004/XI A 5845). 13) En l'espèce, l'état de santé de M. R. \_\_\_\_\_ nécessitait un examen tomodensitométrique, raison pour laquelle le Dr A \_\_\_\_\_, gastro-entérologue, l'avait envoyé chez le Dr X \_\_\_\_\_. L'examen a été réalisé et le diagnostic a été posé conformément aux règles de l'art, comme le recourant l'admet dans sa réplique du 26 septembre 2012. Par conséquent, le recourant ne se plaint d'aucune violation de ses droits de patient, telle sa dignité par exemple. En outre, il ne fait pas valoir une constatation inexacte des faits par la commission ni une quelconque

violation de la LS et/ou de la LPMéd. Partant, force est de constater que le Dr X\_\_\_\_\_ n'a pas violé les droits de patient de M. R\_\_\_\_\_. 14) Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté, dans la mesure où il est recevable. 15) Un émoluments de CHF 500.- sera mis à la charge du recourant (art. 87 al. 1 LPA). Il est en outre averti que s'il recourt une nouvelle fois contre des éléments qu'il a déjà soumis à l'appréciation de la juridiction administrative et qui sont entrés en force, il s'expose à une amende pour téméraire plaideur (art. 88 LPA). Vu l'issue du litige, une indemnité de procédure de CHF 1'000.-, mise à la charge du recourant, sera allouée au Dr X\_\_\_\_\_ (art. 87 al. 2 LPA). \* \* \* \* \* PAR CES MOTIFS LA CHAMBRE ADMINISTRATIVE rejette, dans la mesure où il est recevable, le recours interjeté le 4 juillet 2012 par Monsieur R\_\_\_\_\_ contre la décision de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients du 19 juin 2012 ; met à la charge de Monsieur R\_\_\_\_\_ un émoluments de CHF 500.- ; alloue au Dr X\_\_\_\_\_ une indemnité de CHF 1'000.- à la charge de Monsieur R\_\_\_\_\_. 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 Monsieur R\_\_\_\_\_, à Me Philippe Ducor, avocat du Dr X\_\_\_\_\_, ainsi qu'à la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients. Siégeants : M. Thélin, président, Mmes Hurni et Junod, MM. Dumartheray et Verniory, juges. Au nom de la chambre administrative : la greffière-juriste : S. Hüsler Enz le président siégeant : Ph. Thélin Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties. Genève, le la greffière :

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