

## **GE\_GERICHTE A/2419/2012 vom 16. April 2013**

GE Cour de justice, 2013-04-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2419\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2419_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/2419/2012 du 16 avril 2013

IT: GE\_GERICHTE A/2419/2012 del 16 aprile 2013

### **Regeste**

; PROFESSION SANITAIRE ; PATIENT ; MÉDECIN ; FAUTE PROFESSIONNELLE ; DROIT DU PATIENT ; DEVOIR PROFESSIONNEL ; FAUTE ; DROIT D'ÊTRE ENTENDU ; PARTIE À LA PROCÉDURE ; SURVEILLANCE(EN GÉNÉRAL) ; MESURE DISCIPLINAIRE ; PLACEMENT PSYCHIATRIQUE | Examen à titre préjudiciel de la légalité d'un internement psychiatrique non volontaire à la clinique de Belle-Idée (HUG) prononcé sous l'ancien droit (LRPAAM) pour déterminer si cet internement viole un droit de patient au sens de la LRMP. L'internement non volontaire portant une atteinte grave à la liberté personnelle, ses conditions doivent s'interpréter restrictivement. Conditions non réalisées en l'espèce. Violation des droits de patient admise s'agissant de la décision d'admission et du maintien de l'internement pendant les 20 jours qui l'ont suivie. Violation concomitante de l'obligation faite aux HUG, notamment, d'informer par écrit les malades internés de leurs droits de demander leur sortie en tout temps et de leur en faciliter l'usage, d'être assistés d'un conseiller-accompagnant, ou d'être informés de l'existence d'une procédure les concernant. Le fait de recevoir des soins inappropriés ne constitue pas une violation des droits de patients garantis par la LRMP. La situation a changé sous l'empire de la LS, qui érige désormais en droit du patient celui de se voir dispenser des soins qui ne constituent pas un agissement professionnel incorrect au sens des règles qui régissent la profession sanitaire concernée. | Cst.29.al2 ; LComPS.8 ; LComPS.22 ; CCS.397a ; LPAMSE.1B ; LPAMSE.10 ; LPAMSE.18 ; LPAMSE.19 ; LPAMSE.24 ; LPAMSE.27 ; RaPAMSE.9 ; RaPAMSE.30

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre administrative 16.04.2013  
A/2419/2012

; PROFESSION SANITAIRE ; PATIENT ; MÉDECIN ; FAUTE PROFESSIONNELLE ; DROIT DU PATIENT ; DEVOIR PROFESSIONNEL ; FAUTE ; DROIT D'ÊTRE ENTENDU ; PARTIE À LA PROCÉDURE ; SURVEILLANCE(EN GÉNÉRAL) ; MESURE DISCIPLINAIRE ; PLACEMENT PSYCHIATRIQUE | Examen à titre préjudiciel de la légalité d'un internement psychiatrique non volontaire à la clinique de Belle-Idée (HUG) prononcé sous l'ancien droit (LRPAAM) pour déterminer si cet internement viole un droit de patient au sens de la LRMP. L'internement non volontaire portant une atteinte grave à la liberté personnelle, ses conditions doivent s'interpréter restrictivement. Conditions non réalisées en l'espèce. Violation des droits de patient admise s'agissant de la décision d'admission et du maintien de l'internement pendant les 20 jours qui l'ont suivie. Violation concomitante de l'obligation faite aux HUG, notamment, d'informer par écrit les malades internés de leurs droits de demander leur sortie en tout temps et de leur en faciliter l'usage, d'être assistés d'un conseiller-accompagnant, ou d'être

informés de l'existence d'une procédure les concernant. Le fait de recevoir des soins inappropriés ne constitue pas une violation des droits de patients garantis par la LRMP. La situation a changé sous l'empire de la LS, qui érige désormais en droit du patient celui de se voir dispenser des soins qui ne constituent pas un agissement professionnel incorrect au sens des règles qui régissent la profession sanitaire concernée. | Cst.29.al2 ; LComPS.8 ; LComPS.22 ; CCS.397a ; LPAMSE.1B ; LPAMSE.10 ; LPAMSE.18 ; LPAMSE.19 ; LPAMSE.24 ; LPAMSE.27 ; RaPAMSE.9 ; RaPAMSE.30

A/2419/2012 ATA/233/2013 du 16.04.2013 ( PATIEN ) , PARTIELMNT ADMIS

Descripteurs : ; PROFESSION SANITAIRE ; PATIENT ; MÉDECIN ; FAUTE PROFESSIONNELLE ; DROIT DU PATIENT ; DEVOIR PROFESSIONNEL ; FAUTE ; DROIT D'ÊTRE ENTENDU ; PARTIE À LA PROCÉDURE ; SURVEILLANCE(EN GÉNÉRAL) ; MESURE DISCIPLINAIRE ; PLACEMENT PSYCHIATRIQUE Normes : Cst.29.al2 ; LComPS.8 ; LComPS.22 ; CCS.397a ; LPAMSE.1B ; LPAMSE.10 ; LPAMSE.18 ; LPAMSE.19 ; LPAMSE.24 ; LPAMSE.27 ; RaPAMSE.9 ; RaPAMSE.30

Résumé : Examen à titre préjudiciel de la légalité d'un internement psychiatrique non volontaire à la clinique de Belle-Idée (HUG) prononcé sous l'ancien droit (LRPAAM) pour déterminer si cet internement viole un droit de patient au sens de la LRMP. L'internement non volontaire portant une atteinte grave à la liberté personnelle, ses conditions doivent s'interpréter restrictivement. Conditions non réalisées en l'espèce. Violation des droits de patient admise s'agissant de la décision d'admission et du maintien de l'internement pendant les 20 jours qui l'ont suivie. Violation concomitante de l'obligation faite aux HUG, notamment, d'informer par écrit les malades internés de leurs droits de demander leur sortie en tout temps et de leur en faciliter l'usage, d'être assistés d'un conseiller-accompagnant, ou d'être informés de l'existence d'une procédure les concernant. Le fait de recevoir des soins inappropriés ne constitue pas une violation des droits de patients garantis par la LRMP. La situation a changé sous l'empire de la LS, qui érige désormais en droit du patient celui de se voir dispenser des soins qui ne constituent pas un agissement professionnel incorrect au sens des règles qui régissent la profession sanitaire concernée. En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2419/2012 - PATIEN ATA/233/2013 COUR DE JUSTICE Chambre administrative Arrêt du 16 avril 2013 dans la cause Madame X\_\_\_\_\_ représentée par Me Daniel Meyer, avocat contre HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE et COMMISSION DE SURVEILLANCE DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES PATIENTS EN FAIT Le 24 août 2009, Madame X\_\_\_\_\_, née le \_\_\_\_\_ 1940, a déposé trois plaintes distinctes auprès de la commission de surveillance des professions de la santé (ci-après : la commission). Dans l'une de ces plaintes, dirigée contre la clinique de Belle-Idée, elle relève avoir été internée abusivement et contre son gré dans l'unité de psychiatrie gériatrique et de ne s'être pas vu prodiguer les soins nécessaires à son état de santé (plainte 60/09/A/3). Le soir du 5 juillet 2006, se sentant fiévreuse, elle avait décidé d'aller prendre un bain, après avoir annulé une soirée entre amis. Pour des raisons inconnues, elle avait perdu conscience dans sa baignoire, avant que l'eau n'ait coulé. Alertée par des proches, la police l'avait retrouvée le soir du 6 juillet 2006, nue et inconsciente, baignant dans ses excréments, avec sa jambe gauche repliée sous elle-même. Elle se trouvait dans cette position depuis une trentaine d'heures. A son admission au service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), elle avait été classée comme alcoolique, sur la base des dires d'un voisin médisant, et internée contre son gré à la clinique de Belle-Idée dans l'unité des alcooliques chroniques, pendant plus de vingt jours. Cet internement non volontaire avait violé son droit

à la liberté personnelle et ses droits de patient les plus élémentaires. A son admission, elle souffrait d'un état confusionnel aigu. Une fièvre à 40°, une déshydratation, une broncho-pneumonie, un traumatisme crânien, des tests hépatiques perturbés et une rhabdomyolyse liée à sa jambe écrasée (situation dans laquelle les cellules des muscles squelettiques, se dégradant rapidement, libèrent leur contenu dans la circulation sanguine pouvant créer des troubles métaboliques), avaient été mis en évidence. Sa jambe et sa hanche gauche étaient œdématisées. Son état confusionnel était lié à son accident et non à un delirium alcoolique, car elle n'avait pas bu le soir de l'événement. Son médecin traitant, le Docteur T\_\_\_\_\_, qui était par ailleurs son voisin direct, avait confirmé qu'elle n'était pas alcoolique. Sa plainte se fondait essentiellement sur les art. 35, 42, 49, 50 et 51 de la loi sur la santé du 7 avril 2006 (LS - K 1 03). Trois jours après son hospitalisation, elle avait recouvré toutes ses capacités cognitives. Ne pouvant se servir de sa jambe endolorie et marcher, elle avait demandé que des soins lui soient apportés. Des séances de physiothérapie lui avaient été prescrites, mais elle n'avait vu aucun médecin. Elle avait demandé plusieurs fois au personnel soignant de pouvoir continuer ses soins dans un milieu hospitalier somatique, mais avait dû attendre près de trois semaines, soit le 28 juillet 2006, pour qu'un transfert dans le service orthopédique des HUG soit finalement ordonné. Sur la base d'un examen clinique, les médecins avaient diagnostiqué une rupture du tendon du quadriceps de sa jambe gauche. Ils l'avaient opérée le 2 août 2006, pour finalement s'apercevoir d'une erreur de diagnostic. Une lésion du nerf fémoral par compression s'était avérée être à l'origine de ses problèmes de mobilisation. Le 7 août 2006, elle avait été transférée à l'hôpital de Beau-Séjour, où elle avait été correctement prise en charge. Elle admettait boire régulièrement deux fois deux verres de vin par jour, « comme beaucoup de retraités de son âge », lorsqu'elle rencontrait des amis. Cela ne faisait pas d'elle une alcoolique chronique dont l'état nécessitait un internement non volontaire à la clinique de Belle-Idée, où certains médecins appliquaient la « charia », condamnant toute forme de consommation d'alcool, même dans des proportions socialement admises. Le Dr S\_\_\_\_\_, neurologue FMH, a dressé un rapport d'expertise destiné à l'assurance de Mme X\_\_\_\_\_, le 8 juin 2009. a. Il résultait du rapport d'hospitalisation du service de gériatrie du 16 août 2006 que Mme X\_\_\_\_\_ avait été hospitalisée pour « delirium » sans précision et que des « troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé » avaient été diagnostiqués à son admission. A l'entrée dans le service de psychiatrie gériatrique, la patiente était décrite comme calme et d'humeur normale. Sa pensée était désorganisée mais non délirante. Le contact était qualifié de bon. Il n'y avait pas de problème de vigilance, mais une désorientation temporo-spatiale et une altération de la mémoire récente. La consommation d'alcool avait été admise sur la base de tests hépatiques perturbés et d'une anamnèse auprès de la famille évoquant « une consommation chronique d'alcool ». Mme X\_\_\_\_\_ avait demandé très rapidement son transfert en milieu hospitalier normal. Elle s'était montrée collaborative, parfaitement orientée et adéquate dans l'unité. b. Il avait contacté le Dr T\_\_\_\_\_, médecin traitant de Mme X\_\_\_\_\_, qui lui avait indiqué vivre dans le même immeuble que celle-ci. Il ne lui connaissait pas d'alcoolisme chronique, ni ne pensait qu'elle souffrait d'alcoolisme aigu le jour de son accident. c. Lors de l'examen, Mme X\_\_\_\_\_ avait été ponctuelle, authentique, précise. Sa démarche explicative était cohérente. Elle avait été émotionnellement adéquate et aucun élément ne laissait suspecter une altération de ses fonctions cognitives. d. Cette patiente présentait les séquelles d'une atteinte du nerf fémoral gauche, survenue par compression lors de la longue période passée dans sa baignoire. Toutes les manœuvres médicales n'auraient rien changé à

cette évolution. Le dossier témoignait cependant que Mme X\_\_\_\_\_ n'avait jamais été entendue ni correctement examinée jusqu'à quatre semaines après son accident (soit après son opération du 2 août 2006) ce qui n'était pas admissible. Le diagnostic de delirium posé lors de l'hospitalisation était curieux. Le scanner cérébral effectué le jour de son arrivée aux HUG témoignait d'un hématome fronto-temporal gauche. Son état confusionnel aigu pouvait s'expliquer, au moins en partie, par ce traumatisme crânien, par un état fébrile lié à une broncho-pneumonie, une déshydratation d'une trentaine d'heures et les troubles métaboliques liés à la rhabdomyolyse. Sa jambe gauche présentait un œdème important. Il n'était pas difficile d'examiner une hanche ou un membre inférieur paralysé. Encore eût-il fallu qu'un médecin généraliste, orthopédiste ou un neurologue ait été appelé à son chevet. Enfin, l'opération avait été effectuée avant que le diagnostic ait été confirmé par une imagerie, ce qui était peu explicable. Elle s'était finalement avérée totalement inutile. Fin septembre 2009, la commission a ouvert une enquête et s'est procurée le dossier médical de Mme X\_\_\_\_\_. Le 1<sup>er</sup> octobre 2009, elle a interpellé le Dr Z\_\_\_\_\_, médecin chef du département de psychiatrie de la clinique de Belle-Idée, en le priant d'inviter les médecins concernés à se déterminer sur la plainte de Mme X\_\_\_\_\_. La Doctoresse B\_\_\_\_\_ s'est déterminée devant la commission le 29 octobre 2009. Aux urgences, Mme X\_\_\_\_\_ avait été décrite comme désorientée, amnésique et délirante. Les internistes avaient mis en évidence une perturbation des tests hépatiques, une rhabdomyolyse et une contusion de la hanche gauche. Ce tableau clinique avait été jugé par le psychiatre des urgences comme étant « compatible avec un sevrage d'alcool », raison pour laquelle la patiente avait été adressée en entrée non volontaire à la clinique de Belle-Idée, sous le diagnostic principal « delirium » lié à « l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé » (classifications F 05.9 et 10.1 selon la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement). Le lendemain, dans l'unité d'admission du service de psychiatrie gériatrique, Mme X\_\_\_\_\_ avait été décrite comme désorientée et sa pensée désorganisée. Un traitement pour le sevrage d'alcool avait été administré. Le lendemain, la patiente avait présenté un état fébrile attribué à une broncho-pneumonie, qui avait été traité par antibiothérapie pendant une dizaine de jours. Elle était restée alitée pendant ce traitement et s'était levée pour la première fois le 10 juillet 2006. Des séances de physiothérapie lui avaient été prescrites pour améliorer sa mobilité, lors desquels un lâchage du genou de sa jambe gauche avait été constaté. Mme X\_\_\_\_\_ avait demandé si la suite de ses soins pouvait lui être apportée en milieu somatique. Il avait été décidé de clarifier le diagnostic avant ce transfert et des examens de la jambe avaient été demandés au service orthopédique des HUG le 24 juillet 2006, où elle avait été transférée le 28 du même mois pour être opérée. Elle avait été décrite par l'équipe soignante comme une patiente souriante et collaborante. La Doctoresse C\_\_\_\_\_, cheffe de clinique au département de psychiatrie gériatrique, s'est déterminée le 26 octobre 2009. Mme X\_\_\_\_\_ avait été admise dans son service suite à une évaluation faite par le Docteur A\_\_\_\_\_, de l'équipe de liaison des HUG. Lors de son arrivée aux urgences, Mme X\_\_\_\_\_ avait été prise en charge par des internistes en raison d'un état confusionnel lié à une alcoolisation aiguë. Cette prise en soin somatique avait mis en évidence une rhabdomyolyse, une déshydratation et une contusion de la hanche gauche, qui n'avaient pas nécessité plus d'investigations à ce moment-là. Le Dr A\_\_\_\_\_ avait alors été appelé pour une évaluation psychiatrique. Il avait conclu à un syndrome de sevrage avec delirium sans convulsions, et à la nécessité d'un transfert en milieu spécialisé à la clinique de Belle-Idée. Un voisin de Mme X\_\_\_\_\_ les avait informés que celle-ci avait augmenté sa consommation d'alcool les jours précédents l'accident.

Inquiet de ne pas l'avoir revue, il avait appelé la police, ce qui avait conduit à son admission. Le lendemain, Mme X\_\_\_\_\_ avait présenté un état fébrile et un manque de collaboration aux soins, qui s'étaient manifestés par le fait d'arracher sa perfusion, alors qu'elle avait besoin d'une bonne hydratation. Les prises de sang avaient permis de conclure à une pneumonie, qui avait donné lieu à une antibiothérapie. La constatation d'une certaine impotence fonctionnelle avait motivé des soins de physiothérapie. Un lâchage de la jambe ayant été constaté, une consultation au service d'orthopédie des HUG avait été demandée. A aucun moment, Mme X\_\_\_\_\_ ne s'était plainte de douleurs au niveau de ses membres inférieurs. Le 13 novembre 2009, la Doctoresse D\_\_\_\_\_, responsable de l'antenne de liaison du service de psychiatrie gériatrique aux HUG, a écrit à la commission. Les médecins qui avaient accueilli Mme X\_\_\_\_\_ à l'époque des faits n'étant plus en fonction, elle répondait à la demande de la commission sur la seule base du dossier. Mme X\_\_\_\_\_ avait été décrite par le service des urgences comme confuse et quasi-déliquante. Les voisins avaient mentionné une probable dépendance à l'alcool. Mme X\_\_\_\_\_ en aurait d'ailleurs parlé le lendemain au Dr A\_\_\_\_\_ lors d'une consultation psychiatrique, en disant qu'elle avait arrêté de boire de l'alcool quelques temps auparavant. La patiente était collaborante, vigilante, mais désorientée dans le temps. Très anxieuse et agitée, elle avait présenté des troubles de l'attention et de la concentration. Son discours était fluide mais incohérent et peu adapté aux circonstances. Elle tremblait. Le diagnostic retenu était celui de delirium sans convulsions. L'entrée non volontaire avait été décidée en raison des symptômes psychiatriques (discours incohérent, anxiété, agitations, hallucinations visuelles), de sa mise en danger pour elle-même, de l'urgence liée à un état clinique instable et du fait que la patiente « refus[ait] toute prise en charge ». Elle avait été validée par le conseil de surveillance psychiatrique (ci-après : CSP) le 10 juillet 2006. Le 16 février 2010, Mme X\_\_\_\_\_ a déposé deux plaintes pénales auprès du Ministère Public (ci-après : MP) en relation avec les faits précités. Le Dr T\_\_\_\_\_ a transmis à la commission les informations suivantes, le 17 décembre 2010. Il avait examiné Mme X\_\_\_\_\_ pour des vertiges et des maux de tête en décembre 2005. Sa consommation de vin était alors environ de deux fois deux verres de vin par jour. En janvier 2006, ses gamma-GT étaient à 102. Il ne lui connaissait pas de problèmes d'éthylisme à la période concernée. En juin 2006, soit peu avant son accident, il avait vu Mme X\_\_\_\_\_ pour une douleur de l'interligne interne du genou droit. La radiographie n'avait pas montré d'explications. L'état de santé global de la patiente était bon. Le 15 février 2011, la commission a informé Mme X\_\_\_\_\_ que son dossier médical lui avait été communiqué. Le 7 mai 2012, le Dr A\_\_\_\_\_, qui avait effectué la consultation de psychiatrie du 7 juillet 2006 et signé la demande d'admission non volontaire de Mme X\_\_\_\_\_ à la clinique de Belle-Idée, a été entendu par la police judiciaire dans le cadre de la procédure pénale. Il était médecin généraliste à l'époque des faits. Il ne se souvenait plus du cas, mais en tant que médecin de garde en psychiatrie, il intervenait après qu'un médecin urgentiste ait procédé à un premier diagnostic. Il avait dû établir que Mme X\_\_\_\_\_ présentait des troubles du comportement qui justifiaient son admission en psychiatrie. Si des problèmes physiques avaient été décelés, ils auraient été prioritaires sur ces troubles. Il admettait qu'un état confusionnel pouvait être sans lien avec un problème d'alcoolisme. La décision de classer un patient dans un secteur plutôt qu'un autre pouvait être liée à son passé médical. Début mai 2012, Mme X\_\_\_\_\_ a déposé par devant la chambre administrative de la Cour de justice (ci-après : la chambre administrative) un recours pour déni de justice, contestant la lenteur avec laquelle la commission instruisait ses plaintes. Elle était âgée et souhaitait qu'il soit statué sur celles-ci

avant son décès. Par décision du 19 juin 2012, la commission a classé la procédure dirigée contre les HUG et plus particulièrement la clinique de Belle Idée. L'admission non volontaire de Mme X\_\_\_\_\_ avait été décidée par le Dr A\_\_\_\_\_ le 7 juillet 2006. La demande d'admission avait été rédigée de la manière suivante : « cette patiente présente, dans un contexte d'alcoolisation chronique, un état d'agitation et une anxiété importante. Un langage incohérent, dit vouloir aller à l'hôpital, puis à la maison voir ses voisins. Hallucinations visuelles (elle voit ses voisins). Refuse toute prise en charge, dit vouloir rentrer chez elle et n'a rien à faire ici. Le bilan somatique est sans particularité (CT scan). Il y a danger et risque important d'auto-agressivité et une hospitalisation en milieu spécialisé serait nécessaire ». Cette demande ne portait pas le flanc à la critique. Preuve en était que le CSP l'avait validée, par une décision du 10 juillet 2006. De même, Mme X\_\_\_\_\_ n'avait pas recouru contre cette décision de validation, ni déposé de demande formelle de sortie pendant son séjour. Quoi qu'en dise la plaignante, son séjour dans l'unité des alcooliques chroniques était justifié « dans la mesure où plusieurs indices tend[aient] à confirmer qu'elle rencontrait bien, au moment des faits, un problème lié à l'alcool. En effet, elle avait été victime d'un accident de la circulation le 15 novembre 1992, alors qu'elle était en état d'ivresse ». Les déclarations de son entourage quant à cette addiction et à son hygiène défectueuse étaient concordantes et confirmaient le diagnostic d'éthylisme. Il en allait de même des autres éléments médicaux, tels que la pneumonie d'aspiration dont elle avait souffert, qui avait pu causer un malaise ou une crise convulsive compatible avec un problème alcoolique, ou encore ses tests hépatiques perturbés. Mme X\_\_\_\_\_ avait enfin toléré des doses importantes de Seresta, ce qui renforçait la possibilité d'un problème d'éthylisme. Certes, elle avait fait preuve de déni de son problème pendant son séjour ; il demeurait qu'elle avait quitté le service complètement sevrée. Dès lors, son internement avait été nécessaire et effectué dans son intérêt. La prise en charge de son membre inférieur gauche avait été également adéquate. Aucun agissement professionnel incorrect ni violation d'un droit de patients découlant de la loi concernant les rapports entre membres des professions de la santé et patients du 6 décembre 1987 (LRMPS - K 1 80) ne pouvait être reprochés aux médecins des HUG, qui s'étaient conduits conformément aux règles de l'art médical. Par acte du 7 août 2012, Mme X\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la chambre administrative contre cette décision. Elle conclut à son annulation et à ce que des violations de ses droits fondamentaux et des droits des patients découlant des art. 42, 50 et 51 LS soient constatées. Enfin, une indemnité de procédure devait lui être allouée. La commission avait violé son droit d'être entendue en ne lui indiquant pas que son dossier hospitalier avait été transmis et en ne lui communiquant pas le courrier du Dr T\_\_\_\_\_ du 17 décembre 2010, le rapport de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 26 octobre 2009, celui de la Dresse B\_\_\_\_\_ du 29 octobre 2009. La dernière pièce qu'elle avait reçue dans la procédure était le courrier de la commission au Dr Z\_\_\_\_\_ du 16 novembre 2010. Sur le fond, son internement d'une durée de vingt jours était totalement arbitraire. Il avait gravement attenté à sa liberté personnelle. Elle n'était pas alcoolisée au moment de son hospitalisation, ce que les médecins avaient admis. Ses résultats sanguins étaient perturbés en raison de son état inflammatoire aigu et de sa rhabdomyolyse. Un état confusionnel n'était pas nécessairement lié à de l'éthylisme. Dans son cas, une fièvre à 40° et la rhabdomyolyse, constituaient des facteurs pouvant créer notoirement de la confusion. Son médecin traitant avait confirmé son absence de problèmes d'éthylisme. Ses dires étaient confirmés par l'analyse des Gamma-GT qu'il avait effectuée en janvier 2006, qui titrait ces enzymes à 102. Elle ne pouvait expliquer certaines déclarations de ses proches qui, probablement par culpabilité,

avaient abondé dans le sens de ce que les médecins avaient voulu leur faire dire. Il en allait de même de son voisin, qui était un personnage sombre et médisant, répudié de tout le quartier. La prise en compte d'un incident de la circulation survenu quatorze ans auparavant pour justifier son internement non volontaire était inacceptable. A cette époque, elle s'était fait happer par une voiture en allant chercher des cigarettes à pied ; son test éthylique avait été positif, car elle sortait d'une soirée arrosée. A son domicile, elle avait été retrouvée dans ses excréments, ce qui expliquait son défaut d'hygiène à son entrée à l'hôpital. Elle avait formulé de manière répétitive des demandes de sortie pendant son hospitalisation, ainsi qu'en témoignait notamment le rapport de la Dresse B\_\_\_\_\_. Personne ne l'avait informée que le CSP avait été saisi à son sujet. Elle n'avait jamais reçu de copie de la décision du CSP avec indication des voies de recours ni été informée d'aucune manière sur les voies qui s'offraient à elle pour contester formellement son internement. Le CSP ne l'avait ni vue ni entendue, avant de confirmer son internement, alors même qu'elle était totalement revenue à elle le 10 juillet 2006. Les HUG ont répondu le 10 octobre 2012 en concluant au rejet du recours. Celui-ci n'était recevable qu'en tant qu'il visait la violation d'un droit de patient. Les conditions d'internement non volontaire, prescrites par la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques du 7 décembre 1979 (LRPAAM - K 1 25) étaient réalisées lors de l'admission de Mme X\_\_\_\_\_, qui présentait des troubles confusionnels importants et un risque d'auto-agressivité, dans le contexte d'une alcoolisation chronique. Elle avait en outre été libérée aussitôt que son état le lui permettait (art. 397aCCS). Enfin, elle n'avait jamais déposé de demande formelle de sortie ni fait recours contre la décision du CSP confirmant son internement. La commission a conclu au rejet du recours le 12 octobre 2012. Elle avait transmis à Mme X\_\_\_\_\_ une copie des courriers de la Dresse B\_\_\_\_\_, de la Dresse C\_\_\_\_\_ et du Dr T\_\_\_\_\_. Ces pièces avaient en outre été versées à la procédure de recours pour déni de justice, ouverte par Mme X\_\_\_\_\_. Celle-ci avait enfin été informée que la commission avait reçu son dossier médical. Elle aurait pu venir le consulter, ce qu'elle n'avait pas fait. Mme X\_\_\_\_\_ a répliqué par deux écritures séparées des 1<sup>er</sup> et 3 novembre 2012 en persistant dans ses conclusions. Le Dr A\_\_\_\_\_ qui avait prescrit son internement était médecin généraliste et non psychiatre à l'époque de son admission, ainsi qu'il résultait de son audition par le MP. Elle n'avait présenté à son admission aucun risque objectivé d'auto-agressivité. Elle sollicitait que la décision du CSP, dont elle n'avait jamais pu prendre connaissance, soit versée à la procédure par les HUG. Elle avait demandé quotidiennement des soins pour sa jambe, qui était très oedémaciée et douloureuse après son accident. Elle ne voyait pas en quoi le fait d'avoir toléré des doses élevées de Seresta pouvait confirmer un diagnostic d'éthylisme. Le 26 janvier 2012, le MP a classé la procédure pénale pour cause de tardiveté de la plainte pénale. Le 7 décembre 2012, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger. EN DROIT D'une manière générale, s'appliquent aux faits dont les conséquences juridiques sont en cause les normes en vigueur au moment où ces faits se produisent (P. MOOR, Droit administratif, 2<sup>ème</sup> éd., Berne 1994, Vol. 1, p. 170, n. 2.5.2.3 ; ATA/17/2013 du 8 janvier 2013 et arrêts cités). a. Les faits s'étant déroulés entre le 6 et le 28 juillet 2006, la présente espèce doit être jugée, quant au fond et sous réserve d'une *lex mitior*, selon les dispositions de l'ancien droit, soit au regard, notamment, de l'art. 397a du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CCS - RS 210) dans sa teneur à cette époque, de l'ancienne loi et de son règlement d'exécution du 20 avril 1988. De ces lois, la commission ne fait pas mention. Sont également applicables la LRMPS et la loi sur l'exercice des professions de la santé, les établissements médicaux et

diverses entreprises du domaine médical du 11 mai 2001 (LPS - K 3 05). b. La procédure est régie 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), la plainte ayant été déposée par-devant la commission après le 1er septembre 2006, date de l'entrée en vigueur de cette loi (art. 34 LComPS). La loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10) est également applicable à titre supplétif (art. 3 LPA). La décision classe la procédure à l'encontre des médecins concernés. A teneur des art. 8 et 22 al. 2 LComPS, le patient plaignant ne peut pas recourir contre les sanctions administratives prononcées par la commission de surveillance. Par extension, il ne peut recourir contre l'absence de sanctions prises à leur égard. En revanche, le patient-plaignant peut recourir contre la décision de classement qui, implicitement, constate une absence de violation d'un droit de patient ou d'un droit fondamental, comme c'est le cas en l'espèce, l'internement non volontaire portant une atteinte grave et directe à la liberté personnelle (ATF 134 III 289 , JT 2009 I 159 ; art. 132 al. 1 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) ; art. 56A de l'ancienne loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 - aLOJ). Dans cette mesure, le recours est recevable. Mme X\_\_\_\_\_ se plaint d'une violation de son droit d'être entendu. La commission ne l'aurait pas informée que son dossier hospitalier lui avait été transmis, ni ne lui aurait communiqué le courrier du Dr T\_\_\_\_\_ du 17 décembre 2010, le rapport de Dresse C\_\_\_\_\_ du 26 octobre 2009, celui de la Dresse B\_\_\_\_\_ du 29 octobre 2009. La dernière pièce qu'elle aurait reçue dans la procédure aurait été le courrier de la commission au Dr Z\_\_\_\_\_ du 16 novembre 2010. Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle dont la violation entraîne, lorsque sa réparation par l'autorité de recours n'est pas possible, l'annulation de la décision attaquée sans égard aux chances de succès du recours sur le fond (ATF 137 I 195 consid. 2.2 p. 197 ; 133 III 235 consid. 5.3 p. 250 ; Arrêts du Tribunal fédéral 2D\_5/2012 du 19 avril 2012 ; 2C\_552/2011 du 15 mars 2012 consid. 3.1 ; 8C\_104/2010 du 29 septembre 2010 consid. 3.2 ; ATA/276/2012 du 8 mai 2012 consid. 2 et arrêts cités). Sa portée est déterminée en premier lieu par le droit cantonal (art. 41 ss LPA) et le droit administratif spécial (ATF 124 I 49 consid. 3a p. 51 et les arrêts cités ; Arrêts du Tribunal fédéral 5A\_11/2009 du 31 mars 2009 ; 2P.39/2006 du 3 juillet 2006 consid. 3.2). Si la protection prévue par ces lois est insuffisante, ce sont les règles minimales déduites de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) qui s'appliquent (art. 29 al. 2 Cst. ; Arrêt du Tribunal fédéral 4A\_15/2010 du 15 mars 2010 consid. 3.1 ; T. TANQUEREL, Manuel de droit administratif, Genève-Zurich-Bâle 211, p. 509 n. 1526 ; A. AUER/ G. MALINVERNI/ M. HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, Berne 2006, Vol. 2, 2ème éd., p. 603 n. 1315 ss). Tel qu'il est garanti par cette dernière disposition, le droit d'être entendu comprend le droit pour les parties de faire valoir leur point de vue avant qu'une décision ne soit prise, de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur la décision, d'avoir accès au dossier, de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 II 286 consid. 5.1. p. 293 ; Arrêts du Tribunal fédéral 8C\_866/2010 du 12 mars 2012 c. 4.1.1 ; 8C\_643/2011 du 9 mars 2012 c. 4.3 et réf. citées ; 1C\_161/2010 du 21 octobre 2010 consid. 2.1 ; 5A\_150/2010 du 20 mai 2010 consid. 4.3 ; ATA/276/2012 du 8 mai 2012 consid. 2 et les arrêts cités). En l'espèce, il résulte de trois courriers des 25 mars 2011, 3 et 6 novembre 2012 adressés à Mme X\_\_\_\_\_ que la commission a transmis à celle-ci une copie des lettres que lui avaient envoyées le Dr T\_\_\_\_\_ et les Dresses B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_. Le 15 février 2011, la commission a par ailleurs informé Mme X\_\_\_\_\_ qu'elle avait reçu son dossier médical, après avoir obtenu son consentement pour

cette transmission. L'authenticité de ces pièces n'est par ailleurs pas mise en cause. Le grief de violation du droit d'être entendu sera ainsi écarté. Mme X\_\_\_\_\_ soutient que son internement non volontaire a violé ses droits de patiente au sens de la LRMP. La réponse à cette question est étroitement liée à la légalité de la décision d'internement, qui sera examinée dans ce cadre à titre préjudiciel, étant précisé que ladite décision a été, selon les HUG, validée par le CSP sans toutefois que Mme X\_\_\_\_\_ n'ait participé à la procédure y relative et que, n'ayant pas fait à l'époque l'objet d'un recours auprès de la Cour de Justice (juridiction alors compétente selon l'art 20 al. 1 LRPAAM), elle n'a jamais acquis force de chose jugée. La chambre administrative n'est ainsi pas liée par l'examen de légalité opéré par le CSP (art. 14 al. 2 LPA a contrario). L'internement non volontaire de Mme X\_\_\_\_\_ attente directement et gravement à son droit à la liberté personnelle (ATF 134 III 289, JT 2009 I 159). L'usage de cette liberté est néanmoins circonscrit par la loi, qui peut prévoir des restrictions à celle-ci. Ainsi, selon l'art. 397a aCCS, une personne majeure peut être placée ou retenue dans un établissement approprié lorsque, en raison de maladie mentale, de faiblesse d'esprit, d'alcoolisme, de toxicomanie ou de grave état d'abandon, l'assistance personnelle nécessaire ne peut lui être fournie d'une autre manière (al. 1). La personne en cause doit être libérée dès que son état le permet (al. 3). De son côté, l'art. 24 al. 1 er LRPAAM dispose qu'un médecin des établissements publics médicaux peut demander l'admission non volontaire d'un malade dont il n'est ni parent ni allié, lorsque trois conditions sont cumulativement réunies. Il faut que le malade présente des troubles mentaux (let. a), que son état constitue un danger « grave » pour lui-même ou pour autrui (let. b) et qu'un traitement et des soins dans un établissement psychiatrique s'avèrent nécessaires (let. c). En l'espèce, il n'est pas contesté que Mme X\_\_\_\_\_ présentait des troubles mentaux lors de son admission au service des urgences des HUG, le 6 juillet 2006. Elle souffrait d'un état confusionnel aigu. Sa pensée était désorganisée. Elle avait des difficultés à se situer dans le temps et l'espace, était anxieuse et agitée et souffrait même, selon la demande d'admission du Dr A\_\_\_\_\_, d'hallucinations. La première condition de l'art. 24 LRPAAM est ainsi réalisée. L'existence d'un danger grave pour elle-même est en revanche beaucoup plus discutable, tout danger pour autrui étant par ailleurs inexistant, ainsi que l'admettent les parties. En effet, cette condition doit s'interpréter restrictivement, au vu de la gravité de l'atteinte à la liberté personnelle que constitue un internement non volontaire en psychiatrie (ATF 134 III 289, JT 2009 I 159). Elle doit également s'interpréter en relation avec l'art. 397a al. 2 CCS, qui indique que l'internement involontaire ne peut être prononcé que si l'assistance personnelle nécessaire ne peut être fournie d'une autre manière. Or, il ressort du seul rapport du Dr A\_\_\_\_\_ que Mme X\_\_\_\_\_ « refusait toute prise en charge ». Ce refus doit être remis dans le contexte de la consultation psychiatrique effectuée par ce médecin le lendemain de l'hospitalisation de la patiente, lors de laquelle son internement en psychiatrie pour cause d'alcoolisme a été évoqué. Si elle refusait ce type de prise en charge, il ne résulte aucunement des autres pièces du dossier que Mme X\_\_\_\_\_ s'opposait à une hospitalisation en milieu hospitalier normal et refusait que des soins lui soient apportés. Au contraire, elle n'a cessé de demander une telle prise en charge, mais dans un autre secteur que celui des alcooliques chroniques, dont elle estimait ne pas relever. La patiente est par ailleurs décrite comme souriante et collaborante, dès le début de sa prise en charge et malgré son état confusionnel. Aucun événement ni élément objectif dans le dossier ne vient corroborer une grave mise en danger pour elle-même. Un seul incident est relevé (la patiente arrache à un moment sa perfusion dans le service de psychiatrie gériatrique), mais ce geste, survenu juste après son admission non volontaire

dans cette unité, peut également et aisément se comprendre comme une marque de désapprobation de cet internement, décidé contre son gré. La nécessité de soins psychiatriques dans l'unité des alcooliques chroniques n'est pas établie non plus à satisfaction de droit. En effet, au moment de son admission, la patiente n'était pas alcoolisée. Elle présentait un état fébrile lié à une broncho-pneumonie, une déshydratation, des troubles métaboliques en relation avec une rhabdomyolyse. On la savait être restée nue et inconsciente dans sa baignoire pendant une trentaine d'heures, dans une malposition, sa jambe étant demeurée écrasée sous elle-même. Ses tests hépatiques étaient perturbés. Un scanner montrait un hématome fronto-temporal gauche. Un autre hématome important de la hanche gauche était constaté. Le fait que ce tableau clinique ait pu être « compatible avec un sevrage alcoolique » (Dresse B\_\_\_\_\_) ou déterminé au terme d'une consultation au service des urgences - contre les dires de la patiente elle-même - comme étant « lié à un contexte d'alcoolisme chronique » (Dr A\_\_\_\_\_) n'établit pas la « nécessité » de soins dans un établissement psychiatrique exigée par l'art. 24 al. 1<sup>er</sup> let. c LRPAAM, pouvant justifier un internement non volontaire. Il en va de même « lorsque plusieurs indices tendent à confirmer [que Mme X\_\_\_\_\_] rencontrait » au moment des faits, « un problème lié à l'alcool » (décision de la commission du 19 juin 2012). Cette absence de nécessité est d'autant plus vraie lorsque la patiente est physiquement incapable de se lever, disposée à recevoir des soins en milieu hospitalier normal, collaborante et compliant aux soins qui lui sont apportés. La prise en compte, au stade du diagnostic et de la décision d'internement non volontaire, d'un accident de la circulation ayant révélé un état d'ivresse, datant de quatorze années auparavant, est par ailleurs choquante. Enfin, même un alcoolisme chronique avéré, s'il n'est pas accompagné d'un delirium tremens ou d'un pronostic vital, ne saurait justifier un internement non volontaire et un traitement forcé, imposé au patient contre sa volonté. Les conditions d'admission non volontaire en établissement psychiatrique de Mme X\_\_\_\_\_ n'étaient ainsi pas réunies lors de son hospitalisation. Il en va de même, a fortiori et pour les mêmes raisons, du maintien en établissement de cette patiente contre son gré pendant les vingt jours qui ont suivi. En effet, selon l'art. 397a al. 3 aCCS, la personne en cause doit être libérée « dès que son état le permet ». La commission voit la confirmation du bien fondé de l'internement non volontaire litigieux dans le fait que Mme X\_\_\_\_\_ a toléré des doses importantes de Seresta pendant son hospitalisation et qu'elle en est sortie sevrée. Elle conclut de ces constats que son internement non volontaire était nécessaire et « effectué dans son intérêt ». La commission, comme les HUG, se méprennent sur le sens qu'il convient de donner à l'art. 397a al. 3 aCCS et sur la condition de nécessité découlant du principe de la proportionnalité garanti par l'art. 36 al. 2 Cst. Une appréciation selon laquelle une mesure d'internement serait « dans l'intérêt de la personne concernée » ne suffit pas pour justifier le maintien d'un internement non volontaire. Lorsque le patient demande sa sortie, même informellement, comme ce fut le cas de Mme X\_\_\_\_\_, son internement ne peut se justifier que si les conditions de l'art. 24 al. 1<sup>er</sup> LRPAAM sont toujours remplies. A défaut, l'internement est illégal et le principe de la proportionnalité violé. En l'espèce, le maintien de la mesure d'internement de Mme X\_\_\_\_\_ en dépit de ses demandes répétées d'être admise en milieu hospitalier ordinaire n'était pas justifié. Aucune des conditions de l'art. 24 al. 1<sup>er</sup> LRPAAM n'était remplie. Après trois jours d'hospitalisation, la patiente avait recouvré tous ses esprits et a sollicité à plusieurs reprises son hospitalisation en milieu somatique ordinaire, sans que ses demandes ne soient suivies d'effet. Le maintien de son internement était ainsi contraire à la loi. La commission fait grief à Mme X\_\_\_\_\_ de n'avoir pas recouru contre la décision de validation du CSP, ce qui pose, outre la question

de savoir ce qui peut être exigé d'une personne de 66 ans hospitalisée dans cet état, celle des effets de l'entrée en force de cette décision. Selon l'art. 10 LRPAAM, dès leur admission, l'établissement informe par une notice écrite les malades qui y séjournent et, en règle générale, leur famille ou leurs proches, de leurs droits, soit, notamment, de demander leur sortie en tout temps (art. 30 al. 2 LRPAAM) et d'être assisté d'un conseiller-accompagnant pendant toute la durée de leur séjour et/ou d'une procédure (art. 1B LRPAAM). Les patients doivent être prévenus de l'existence de la procédure de validation de leur admission non volontaire par le CSP, se voir notifier la décision y relative et être dûment informés de leur droits de recourir contre elle (art. 19 et 27 LRPAAM). En l'espèce, aucune pièce du dossier n'atteste que Mme X\_\_\_\_\_ ait reçu la moindre information quant à l'un ou l'autre de ces droits. Elle n'a été informée ni de l'existence de la procédure de validation ouverte devant le CSP, ni de la possibilité de demander à y être entendue (art. 18 LRPAAM), ni de la décision rendue à son issue et de son droit de recourir contre elle (art. 19, 27 LRPAAM et 9 RaLRPAAM), ni de ses droits d'être assistée. Alors même qu'il est admis qu'elle demandait régulièrement son hospitalisation en milieu somatique et qu'elle était maintenue dans l'ignorance des demandes formelles qu'elle pouvait faire pour demander sa sortie et privée de tout moyen matériel pour ce faire, ses demandes informelles n'ont pas été traitées comme des demandes de sortie. La LRPAAM n'exige pas que les demandes de sortie soient formulées de manière formelle. L'art. 10 al. 3 dispose que les patients peuvent demander leur sortie en tout temps et que l'établissement facilite l'usage de ce droit (art. 10 al. 3). Certes, l'art. 30 du RALRPAAM précise que la décision de sortie est prise par le médecin responsable de l'établissement et que le malade peut la lui demander en tout temps. L'obligation pour l'établissement de faciliter l'usage de ce droit doit s'entendre comme un devoir de prendre en considération les demandes de sortie formulées verbalement auprès du personnel soignant par une personne alitée et incapable de se mobiliser, comme c'est le cas en l'espèce. Les HUG sont malvenus, dans ce contexte, de tirer profit d'une absence de saisine formelle par Mme X\_\_\_\_\_ des instances compétentes. L'entrée en force de la décision du CSP du 10 juillet 2006 ne saurait lui être opposée dans un tel cas. Il résulte de qui précède que la décision d'internement et le maintien forcé de Mme X\_\_\_\_\_ à la clinique de Belle-Idée du 7 au 28 juillet 2006 n'étaient pas justifiés et que les HUG ont violé à son égard leur devoir d'information prescrit par l'art. 10 LRPAAM, en relation avec les art. 1B, 18, 19, 27 et 30 al. 2 LRPAAM et 9 RaLRPAAM). Dans un deuxième grief, Mme X\_\_\_\_\_ se plaint de n'avoir pas été correctement soignée. Elle estime que sa jambe aurait dû être examinée par un médecin avant le 27 juillet 2006 et que d'autres soins que de la physiothérapie auraient dû lui être apportés. Dans la LRMPS, applicable à l'époque des faits, seul un catalogue limité de droits des patients était garanti. Le droit à des soins appropriés n'était pas justiciable devant les autorités et les juridictions administratives. Seule la procédure civile ouvrait au patient la possibilité d'actionner directement en justice le médecin pour faire reconnaître une violation par ce dernier des règles de l'art médical et obtenir des dommages-intérêts liés à une mauvaise exécution du contrat de mandat. Dans la procédure administrative, le patient ne pouvait pas recourir contre l'appréciation de la commission, qui décidait souverainement de l'existence d'une violation des règles de l'art médical par le médecin mis en cause. Cette situation a récemment changé sous l'empire de la loi sur la santé du 7 avril 2006 (LS - K 1 03). En effet, constatant une évolution des mœurs en cette matière et interprétant l'art. 42 LS, la jurisprudence a érigé en droit du patient celui de se voir dispenser des soins appropriés, soit des soins qui ne constituent pas un agissement professionnel incorrect au sens des règles qui régissent la profession (

ATA/17/2013 et ATA/5/2013 du 8 janvier 2013). Depuis ce changement de jurisprudence, le patient peut défendre sa position dans la procédure administrative jusqu'au terme de la procédure contentieuse et recourir, cas échéant, contre l'appréciation de la commission. L'examen des fautes médicales et de leurs conséquences disciplinaires relevant de la seule commission et n'entrant pas dans le catalogue des droits de patients sous l'empire de la LRMPS, ce grief doit être rejeté. Seules les juridictions civiles sont compétentes pour statuer sur l'éventuelle responsabilité des HUG à cet égard. Le recours sera en conséquence partiellement admis en ce sens qu'une violation des règles sur l'internement involontaire doit être constatée. La chambre de céans n'étant pas compétente pour statuer sur les conséquences pécuniaires de cette violation, la recourante est renvoyée à faire valoir ses éventuels droits en dommages-intérêts devant les juridictions civiles (art. 7 de la loi sur la responsabilité de l'Etat et des communes du 24 février 1989 -LREC - A 2 40). Un émolument de CHF 1'000.- sera mis à la charge des HUG qui succombent partiellement. Une indemnité du même montant sera allouée à Mme X\_\_\_\_\_, qui obtient gain de cause pour l'essentiel de son recours, à la charge des HUG (art. 87 LPA). \* \* \* \* \* PAR CES MOTIFS LA CHAMBRE ADMINISTRATIVE à la forme : déclare recevable le recours interjeté le 7 août 2012 par Madame X\_\_\_\_\_ contre la décision de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients du 19 juin 2012 ; au fond : l'admet partiellement ; annule la décision de la commission du 19 juin 2012 ; constate que l'internement non volontaire de Madame X\_\_\_\_\_ du 7 au 28 juillet 2006 dans le secteur de psychiatrie gériatrique était contraire à la loi ; confirme la décision pour le surplus ; met un émolument de CHF 1'000.- à la charge des Hôpitaux Universitaires de Genève ; alloue une indemnité de CHF 1'000.- à Madame X\_\_\_\_\_, à la charge des Hôpitaux Universitaires de Genève ; 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 Daniel Meyer, avocat de la recourante, aux Hôpitaux Universitaires de Genève, 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, M. Dumartheray, juges, M. Jordan, juge suppléant. Au nom de la chambre administrative : le greffier-juriste : F. Scheffre 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.