

GE_GERICHTE A/2719/2016 vom 9. Januar 2018

GE Cour de justice, 2018-01-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2719_2016

FR: GE_GERICHTE A/2719/2016 du 9 janvier 2018

IT: GE_GERICHTE A/2719/2016 del 9 gennaio 2018

Regeste

SANTÉ ; MÉDECIN ; DROIT DU PATIENT ; PARTIE À LA PROCÉDURE ; CAPACITÉ D'ÊTRE PARTIE ; SOINS MÉDICAUX ; NÉCESSITÉ D'UN TRAITEMENT ; OBLIGATION DE RENSEIGNER ; DEVOIR PROFESSIONNEL ; ADMINISTRATION DES PREUVES ; FARDEAU DE LA PREUVE | Patient ayant développé une infection suite à des infiltrations de corticoïdes. Recours contre la décision de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients classant sa plainte. Pas de violation, par la commission, des règles sur le fardeau de la preuve : en l'absence de preuve de manquement relatif à l'hygiène, l'infection nosocomiale ne peut être considérée de facto comme un agissement professionnel incorrect du médecin. Portée du devoir d'information du médecin : le risque de développer une infection étant bien au-dessous du seuil de 1 % fixé par la jurisprudence, le médecin n'était pas tenu de le mentionner. Recours rejeté. | LComPS.22.al2; CO.398.al2; CC.8; LPMéd.40; LS.80.al1; LS.84.al2; LS.45.al1; LS.45.al3; CEDH.8

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre administrative 09.01.2018
A/2719/2016

SANTÉ ; MÉDECIN ; DROIT DU PATIENT ; PARTIE À LA PROCÉDURE ; CAPACITÉ D'ÊTRE PARTIE ; SOINS MÉDICAUX ; NÉCESSITÉ D'UN TRAITEMENT ; OBLIGATION DE RENSEIGNER ; DEVOIR PROFESSIONNEL ; ADMINISTRATION DES PREUVES ; FARDEAU DE LA PREUVE | Patient ayant développé une infection suite à des infiltrations de corticoïdes. Recours contre la décision de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients classant sa plainte. Pas de violation, par la commission, des règles sur le fardeau de la preuve : en l'absence de preuve de manquement relatif à l'hygiène, l'infection nosocomiale ne peut être considérée de facto comme un agissement professionnel incorrect du médecin. Portée du devoir d'information du médecin : le risque de développer une infection étant bien au-dessous du seuil de 1 % fixé par la jurisprudence, le médecin n'était pas tenu de le mentionner. Recours rejeté. | LComPS.22.al2; CO.398.al2; CC.8; LPMéd.40; LS.80.al1; LS.84.al2; LS.45.al1; LS.45.al3; CEDH.8

A/2719/2016 ATA/8/2018 du 09.01.2018 (PATIEN) , REJETE Descripteurs : SANTÉ ; MÉDECIN ; DROIT DU PATIENT ; PARTIE À LA PROCÉDURE ; CAPACITÉ D'ÊTRE PARTIE ; SOINS MÉDICAUX ; NÉCESSITÉ D'UN TRAITEMENT ; OBLIGATION DE RENSEIGNER ; DEVOIR PROFESSIONNEL ; ADMINISTRATION DES PREUVES ; FARDEAU DE LA PREUVE Normes : LComPS.22.al2; CO.398.al2; CC.8; LPMéd.40; LS.80.al1; LS.84.al2; LS.45.al1; LS.45.al3; CEDH.8 Résumé : Patient ayant développé une infection suite à des infiltrations de corticoïdes. Recours contre la décision de la

commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients classant sa plainte. Pas de violation, par la commission, des règles sur le fardeau de la preuve : en l'absence de preuve de manquement relatif à l'hygiène, l'infection nosocomiale ne peut être considérée de facto comme un agissement professionnel incorrect du médecin. Portée du devoir d'information du médecin : le risque de développer une infection étant bien au-dessous du seuil de 1 % fixé par la jurisprudence, le médecin n'était pas tenu de le mentionner. Recours rejeté. En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2719/2016 - PATIEN ATA/8/2018 COUR DE JUSTICE Chambre administrative Arrêt du 9 janvier 2018 dans la cause Monsieur A _____ représenté par Me Audrey Kaufholtz, avocate contre COMMISSION DE SURVEILLANCE DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES PATIENTS et Monsieur B _____ représenté par Me Serge Rouvinet, avocat EN FAIT 1) Monsieur A _____, né le _____ 1973, restaurateur de profession, souffre depuis 2009 de lombalgie basse invalidante. 2) En juin 2009, M. A _____ a été adressé par son médecin traitant, le Docteur C _____, au Docteur B _____, médecin spécialiste FMH en radiologie et alors administrateur du Centre d'Imagerie D _____ (ci-après : le Centre d'Imagerie). 3) Selon un rapport d'IRM lombaire effectué le 4 juin 2009 au Centre d'Imagerie, M. A _____ souffrait d'un antélisthésis de la vertèbre L3 sur la vertèbre L4, soit un glissement de la vertèbre L3 en avant de la vertèbre L4, ainsi que d'une protrusion discale globale avec pincement modéré des canaux radiculaires des deux côtés, mais de façon légèrement prédominante à gauche. 4) Sur proposition du Dr B _____, M. A _____ a été traité par infiltration de corticoïdes en juin 2009. 5) À la suite de ce traitement, les symptômes ont disparu pendant près de trois ans. 6) En raison d'une récurrence des douleurs, M. A _____ a subi de nouvelles infiltrations au niveau L3-L4 gauche articulaires les 14 mars, 30 avril et 14 mai 2013. 7) À teneur des rapports d'infiltrations présents au dossier, la technique utilisée par le Dr B _____ était la suivante : « Après désinfection soignée sous contrôle scopique et scanographie, cathétérisme L3-L4 gauche périradiculaire L3 gauche et de la lyse isthmique gauche. Opacification à chaque niveau avec test en stimulation positif au niveau de la lyse isthmique gauche. Injection de ces trois compartiments d'une demi-ampoule de Kenacort associée à 1 cc de Xylocaïne 1 %. Contrôle scanographique révélant l'absence de fuite vasculaire et la bonne distribution de produit de contraste. » 8) Lors de la consultation du 13 mars 2013, M. A _____ a déclaré au Dr B _____ souffrir de douleurs quantifiées à 8,5 sur 10 dans le bas du dos. 9) Lors de la consultation du 30 avril 2013, il a quantifié les douleurs à 7,5 sur 10 dans la même zone. 10) Lors de la troisième consultation du 14 mai 2013, l'intéressé a déclaré au Dr B _____ souffrir de douleurs quantifiées à 6 sur 10. 11) Avant chaque intervention, une fiche d'information intitulée « vous allez bénéficier d'une infiltration » a été remise à M. A _____, attirant son attention sur les complications possibles et sur la nécessité d'observer au moins deux jours de repos en post-procédure. Cette fiche indiquait ainsi : « les complications de ce type d'intervention sont anecdotiques, et sont les complications usuelles de ponction, notamment l'infection. Nous prenons toutes les précautions nécessaires pour qu'elles n'arrivent pas. » Elle indiquait également qu'une à trois séances étaient généralement nécessaires pour soulager la douleur et qu'au maximum cinq à six séances étaient réalisées par année. 12) À teneur d'un rapport établi le 14 mai 2013 par le Dr B _____ à l'attention du Dr C _____, M. A _____ avait indiqué prendre de la testostérone et continuer de pratiquer la musculation de manière intensive. Le Dr B _____ lui avait donc demandé de cesser cette activité durant au moins six mois et de débiter une physiothérapie personnelle de natation, tout en lui

expliquant les étapes supplémentaires du traitement – il s'agissait de la dernière séance d'infiltration – et en lui fixant un rendez-vous quinze jours plus tard. 13) Le lendemain, M. A_____ a ressenti de fortes douleurs en augmentation au niveau du site de la ponction. 14) Le 16 mai 2013, l'intéressé a consulté en urgence le Dr B_____. Selon le rapport d'entretien établi le jour-même, le Dr B_____ estimait qu'il s'agissait probablement, dans le cadre d'un patient hyperactif et compte tenu de douleurs focalisées et reproductibles à la pression sous-hypodermique, d'un hématome para-spineux. Il lui prescrivait un « traitement optimal antalgique décontractant musculaire et anti-inflammatoire ». Si les douleurs ne diminuaient pas, de plus amples investigations seraient nécessaires. Après lui avoir recommandé d'arrêter toute séance de musculation, de chiropractie et d'ostéopathie, de temporiser quant à son métier et de ne pas réaliser de transport comportant des vibrations, il avait demandé à son patient de le rappeler le lendemain pour l'informer de l'évolution de son état. 15) M. A_____ n'ayant pas rappelé le Dr B_____ comme convenu, ce dernier l'a appelé le 18 mai 2013. Les douleurs devenant insupportables et étant accompagnées de fièvre, le Dr B_____ lui a conseillé de se rendre aux urgences. 16) L'intéressé a été admis aux urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) le 19 mai 2013. 17) Un examen IRM lombaire effectué le même jour a mis en évidence un abcès musculaire paraspinal L2-L3 gauche avec arthrite septique inter-apophysaire postérieure gauche adjacente, un probable abcès épidural postéro-médian L2-L3, ainsi que des petites collections suspectes d'abcès à droite en arrière de l'apophyse transverse L3 et para-vertébrales L2-L3. La ponction et le drainage d'un des abcès ont révélé la présence de staphylocoques dorés comme pathogène de cette infection. 18) En raison d'une évolution défavorable, M. A_____ a été hospitalisé jusqu'à la fin du mois de juillet 2013 et soumis à plusieurs traitements antibiotiques. 19) À sa sortie d'hôpital, M. A_____ a dû porter un corset. Les neurochirurgiens des HUG ont en outre préconisé une intervention rapide afin de stabiliser la colonne vertébrale avec du matériel d'ostéosynthèse. 20) Le 14 août 2013, M. A_____ a déposé plainte pénale contre le Dr B_____ pour lésions corporelles graves par négligence. L'infection semblait maîtrisée, mais il était toujours sous traitement antibiotique et était dans l'obligation de porter un corset dorsolombaire. Les conséquences de l'infection étaient particulièrement graves puisqu'il risquait la paraplégie aux dires du neurochirurgien s'occupant de lui et qu'il devrait subir, à court ou moyen terme, une opération pour tenter de stabiliser les vertèbres touchées par l'infection. Il était en incapacité de travail depuis le 19 mai 2013, avec des risques d'une invalidité totale. M. A_____ souffrait beaucoup du dos lorsqu'il se déplaçait, raison pour laquelle il devait porter un corset, ne pouvait plus porter de charges ou faire de sport alors qu'il était un grand sportif, manquait de force dans sa jambe gauche et ressentait des fourmillements dans cette jambe. Son état psychologique avait nécessité et continuait de nécessiter un suivi psychologique. 21) Le 27 août 2013, M. A_____ a également saisi la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients (ci-après : la commission) d'une plainte contre le Dr B_____. Il déduisait de l'existence de l'infection que le Dr B_____ n'avait pas pris toutes les mesures d'hygiène exigibles. Ce dernier ne l'avait par ailleurs pas informé de manière complète des risques, notamment d'infection, liés à l'infiltration, ni des autres traitements, éventuellement moins invasifs, envisageables. Il s'interrogeait également sur la nécessité d'une troisième infiltration en 2013, étant donné l'échec des deux précédentes, et considérait que son dossier médical, qui ne contenait pas de notes de suite, était incomplet. 22) Le 12 septembre 2013, le bureau de la commission a décidé d'ouvrir une procédure administrative à l'encontre du Dr B_____. 23) Par ordonnance du 19 février 2014, le

Ministère public a décidé de ne pas entrer en matière sur les faits visés par la plainte pénale de M. A_____. Ce dernier avait systématiquement reçu et signé, à chaque infiltration, un document précisant que les complications liées à ce type d'intervention étaient anecdotiques et indiquant les complications usuelles de ponction, notamment l'infection. Les rapports d'intervention mentionnaient par ailleurs qu'elles avaient été précédées d'une désinfection soigneuse sous contrôle scopique et scanographique. Dans la mesure où les infections nosocomiales [i.e. contractée dans un établissement de santé] faisaient partie des aléas thérapeutiques, 7 % des patients hospitalisés étant touchés par le phénomène malgré les mesures prises, le Dr B_____ pouvait partir du principe que M. A_____ était conscient de ce risque. Il n'avait en outre pas à répondre de tous les dangers inhérents aux infiltrations pratiquées, aucun élément objectif du dossier ne permettant de révéler une quelconque violation des règles de l'art de sa part. 24) Le 21 février 2014, le Dr B_____ a transmis ses observations à la commission, concluant, préalablement, à la suspension de la procédure dans l'attente de l'issue de la procédure pénale et, principalement, à ce que M. A_____ soit débouté de toutes ses conclusions. Il détaillait les précautions d'hygiène habituelles suivies lors de chaque intervention. Les salles étaient désinfectées et le matériel de radiologie nettoyé entre chaque patient. Les produits utilisés à l'intérieur des salles d'examen étaient des détergents et désinfectants respectant les directives sur les produits biocides et les dispositifs médicaux. Les locaux étaient nettoyés chaque soir par une entreprise utilisant des produits reconnus par les hôpitaux et les centres médicaux. Le personnel suivait une procédure de nettoyage et désinfection précise. Le patient se dévêtait dans une cabine où lui étaient remises des pantoufles et un peignoir stérile. Enfin, des housses stériles à usage unique recouvraient toutes les machines et étaient changées entre chaque patient. Un protocole précis était suivi lors de chaque infiltration de corticoïdes et avait été respecté lors des infiltrations des 14 mars, 30 avril et 14 mai 2013, comme cela ressortait des rapports d'infiltration qu'il produisait. Il avait dûment informé son patient avant chaque infiltration, lui remettant une fiche d'information et discutant avec lui de la procédure et des risques, plus particulièrement des risques d'infection qui s'élevaient à un sur soixante mille. Le traitement par infiltrations était celui qui présentait le moins de risques possibles. Si celles-ci n'avaient eu aucun effet, d'autres traitements auraient été proposés, à savoir un traitement conservateur (physiothérapie, traitement anti-inflammatoire), une chirurgie de fixation ou un autre traitement par aiguille. Au maximum cinq à six séances étaient pratiquées par année et un délai de huit à vingt-et-un jours devait être respecté entre deux séances, ce qui avait été le cas en l'espèce. Le suivi médical avait été correctement effectué. En l'absence de fièvre et de sudation, il ne pouvait pas diagnostiquer une infection à staphylocoque doré deux jours après l'intervention, ce genre d'infection se développant en principe dans les dix jours après l'événement déclencheur. Par ailleurs, le patient n'avait pas arrêté la pratique intensive de la musculation en 2013 à la suite des différentes infiltrations subies. Or, la musculation et la prise de produits dopants étaient des facteurs augmentant les risques d'infection. Enfin, le dossier médical était complet. 25) Faisant suite au recours interjeté par M. A_____, la chambre pénale de recours de la Cour de justice (ci-après : la chambre pénale de recours) a confirmé l'ordonnance de non-entrée en matière du 19 février 2014 par arrêt du 18 août 2014. Sur la base des chiffres remis par le médecin et non remis en cause par M. A_____, le risque d'infection d'un sur soixante mille était faible, de sorte qu'il ne nécessitait pas d'information particulière de la part du médecin. Celle-ci avait néanmoins été donnée, le risque d'infection étant mentionné sur la fiche d'information remise lors de chaque

infiltration. L'adéquation du traitement proposé pouvait être considérée comme acquise, le médecin traitant de M. A_____, avec lequel il en avait discuté, ne l'ayant pas remis en cause. En outre, le fait que l'intéressé ait contracté une infection lors de l'injection ne permettait pas d'en déduire que le médecin n'avait pas pratiqué l'intervention dans les règles de l'art, seule une partie des infections nosocomiales pouvant être imputée à un manque d'hygiène constitutif d'une violation d'un devoir de prudence. Par ailleurs, M. A_____ ne critiquait pas le protocole suivi au Centre d'Imagerie et exposé de manière détaillée par le médecin. Certes, il existait une possibilité que ce protocole n'eût pas été scrupuleusement respecté dans son cas. L'on ne voyait toutefois pas quelles mesures d'instruction – hormis l'audition des parties, lesquelles avaient déjà eu l'occasion de se prononcer – seraient propres à déterminer, a posteriori, l'origine exacte de l'infection, une expertise ne pouvant être envisagée, compte tenu du temps écoulé et faute de conservation du matériel ayant servi à l'intervention. 26) Donnant suite à la demande de la commission de l'informer de l'avancement de la procédure pénale, le Dr B_____ a transmis à celle-ci, le 30 septembre 2014, l'ordonnance de non-entrée en matière rendue par le Ministère public et l'arrêt de la chambre pénale de recours du 18 août 2014, désormais définitif. 27) Par courrier du 25 février 2015, la commission a informé les parties que la sous-commission 1 en charge de la procédure avait décidé, lors de sa séance du mois de novembre, de clore l'instruction de la cause. Elle a joint la liste des membres qui seraient amenés à statuer sur cette affaire en séance plénière et imparti un délai au 25 mars 2015 pour faire valoir un éventuel motif de récusation. 28) Par décision du 30 juin 2016, la commission a procédé au classement de la plainte de M. A_____, considérant qu'aucun manquement professionnel ne pouvait être retenu à l'encontre du Dr B_____. Ce dernier avait respecté son devoir d'information : il avait remis, avant chaque séance d'infiltration, une fiche explicative au patient mentionnant expressément le risque d'infection, ce, même si ce risque de 0.00016 % était bien en deçà du seuil de 1 % fixé par la jurisprudence nécessitant une information y relative. La commission considérait toutefois que certaines informations contenues dans ladite fiche pourraient être reformulées. En particulier, l'emploi du terme « anecdotique » s'agissant du risque de complications minimisait de manière trop appuyée l'éventualité de leur survenance. Le Dr B_____ était ainsi encouragé à revoir cette formulation. Le traitement était un moyen adéquat pour soulager les douleurs dont souffrait le patient, et les infiltrations avaient été effectuées en respectant des intervalles raisonnables. Celui-ci avait subi des infiltrations trois ans auparavant, sans que son médecin traitant semble remettre en cause ce traitement. Il n'était pas possible, a posteriori, d'établir si les conditions d'hygiène dans lesquelles s'était déroulée l'intervention étaient suffisantes. Néanmoins, la procédure de désinfection détaillée par le Dr B_____ était appropriée sur le plan théorique. Il était par ailleurs connu que le risque de transmission du staphylocoque doré pouvait être favorisé lors de l'utilisation d'aiguilles. En l'absence de preuve de manquements relatifs à l'hygiène, l'existence d'une infection nosocomiale ne pouvait être considérée de facto comme l'indication d'un agissement professionnel incorrect. La prise en charge du patient dès l'intervention du 14 mai 2013 avait été adéquate. Le Dr B_____ ne pouvait suspecter une complication le 16 mai 2013, les symptômes n'étant alors pas suffisamment caractéristiques d'une infection, et avait fait preuve de diligence en s'enquérant de l'état de santé de son patient deux jours plus tard. Le dossier médical était enfin complet, l'histoire médicale de M. A_____ pouvant être facilement reconstituée grâce aux rapports circonstanciés établis par le Dr B_____ après chacune des consultations. 29) Par courrier du 4 août 2016 adressé à la commission, puis transmis par celle-ci à la chambre administrative de la Cour de justice

(ci-après : la chambre administrative), M. A_____ a formé recours à l'encontre de la décision précitée. Il se plaignait « d'erreurs d'information » contenues dans la détermination du Dr B_____, du manque d'hygiène de l'intervention et des douleurs et difficultés motrices qui étaient apparues depuis. Son avocat allait prochainement réclamer une expertise médicale. 30) Après avoir mandaté un nouveau conseil, le recourant a complété son recours le 20 octobre 2016, concluant à l'annulation de la décision querellée, au renvoi de la procédure à la commission afin que celle-ci constate une violation de la loi par le Dr B_____ à son préjudice, à ce qu'une sanction disciplinaire soit infligée, et au versement d'une indemnité de procédure. La commission avait violé les règles sur le fardeau de la preuve et abusé de son pouvoir d'appréciation. Il appartenait au Dr B_____ de prouver l'absence de faute de sa part et non au recourant d'apporter la preuve d'un manquement relatif à l'hygiène. Pour le surplus, il reprenait en substance le contenu de sa plainte adressée à la commission, se plaignant que l'intervention ne s'était pas déroulée dans toutes les conditions d'hygiène exigibles, que l'infiltration effectuée en mai 2013 était superflue et que le Dr B_____ avait violé son devoir d'information, à tout le moins en induisant le recourant en erreur sur les risques de complications. 31) Le 14 juillet 2017, le Dr B_____ a transmis ses observations sur le recours, concluant à son rejet, à la confirmation de la décision entreprise et à l'octroi d'une indemnité valant participation à ses honoraires d'avocat. Il reprenait pour l'essentiel les arguments développés par-devant la commission sur le consentement éclairé de son patient, les mesures d'hygiène suivies lors des infiltrations, l'adéquation du traitement proposé et le suivi médical effectué. 32) Par courrier du 21 juillet 2017, le juge délégué a accordé aux parties un délai au 23 août 2017 pour formuler toute requête complémentaire. 33) Aucune partie ne s'étant manifestée dans le délai imparti, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1) Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 132 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 - LOJ - E 2 05 ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10). 2) a. La décision entreprise classe la procédure ouverte suite à la plainte formée par le recourant le 27 août 2013. b. Conformément à la jurisprudence de la chambre de céans, le plaignant qui a saisi la commission en invoquant une violation de ses droits de patient peut recourir contre la décision classant sa plainte (ATA/238/2017 du 28 février 2017 consid. 1b ; ATA/558/2015 du 2 juin 2015 consid. 1b). Dans un arrêt de principe en matière de droit des patients et de surveillance des professions de la santé qui réinterprète l'art. 22 de la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients du 7 avril 2006 (LComPS - K 3 03), la chambre administrative a considéré qu'il convenait de s'inspirer des principes de la procédure pénale, dans laquelle la partie civile peut recourir contre la culpabilité de l'auteur sans se prononcer sur la peine. Ainsi, le patient peut recourir contre la décision prise à l'issue de la procédure disciplinaire en contestant les violations retenues, mais sans prendre de conclusions sur la sanction elle-même (ATA/17/2013 du 8 janvier 2013). c. Par conséquent, le chef de conclusions du recourant visant au prononcé d'une sanction administrative est irrecevable, celui-ci ne disposant pas de la qualité de partie dans la procédure disciplinaire (art. 22 al. 2 LComPS). Pour le surplus, le recours est recevable. 3) L'objet du litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'autorité intimée a procédé à un classement de la plainte de l'intéressé, au motif d'une absence de violation, par le Dr B_____, des règles professionnelles et des droits des patients. 4) Les deux premiers griefs formulés par le recourant se recourent : il soutient tout d'abord que la commission aurait violé les règles sur le fardeau de la preuve et abusé de son pouvoir d'appréciation en

concluant qu'il ne pouvait pas être reproché d'agissement professionnel incorrect au Dr B _____ en raison de l'absence de preuve de manquement relatif à l'hygiène. Il invoque ensuite une violation de l'art. 40 de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires du 23 juin 2006 (loi sur les professions médicales, LPMéd - RS 811.11), soutenant que l'opération ne se serait pas déroulée dans toutes les conditions d'hygiène exigibles. a. En matière administrative, les faits doivent en principe être établis d'office et, dans la mesure où l'on peut raisonnablement exiger de l'autorité qu'elle procède à cette recherche, les règles sur la répartition du fardeau de la preuve ne s'appliquent pas. Il n'en demeure pas moins que, lorsque les preuves font défaut, ou si l'on ne peut raisonnablement exiger de l'autorité qu'elle les recueille, la règle de l'art. 8 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210) est applicable par analogie. Pour les faits constitutifs d'un droit, le fardeau de la preuve incombe à celui qui entend se prévaloir de ce droit (ATF 112 Ib 65 consid. 3 ; ATA/1058/2017 du 4 juillet 2017 consid. 5 ; ATA/516/2014 du 1^{er} juillet 2014 consid. 5 ; Thierry TANQUEREL, Manuel de droit administratif, 2011, p. 518 n. 1563). b. L'art. 40 let. a LPMéd 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 de la loi sur la santé du 7 avril 2006 - LS - K 1 03), prévoit notamment 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). c. Compte tenu du fait que la commission est composée de spécialistes, mieux à même d'apprécier les questions d'ordre technique, la chambre de céans s'impose une certaine retenue (ATA/238/2017 du 28 février 2017 ; ATA/322/2014 du 6 mai 2014 ; ATA/5/2013 du 8 janvier 2013). d. Aux termes de l'art. 398 al. 2 de la loi fédérale du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse (CO, Code des obligations - RS 220), le mandataire est responsable, envers le mandant, de la bonne et fidèle exécution du mandat. L'échec de la mission assumée n'est certes pas suffisant à engager sa responsabilité ; il doit seulement réparer les conséquences d'actes ou d'omissions contraires à son devoir de diligence. Un médecin doit observer les règles de l'art médical, soit les principes établis par la science médicale, généralement reconnus et admis, communément suivis et appliqués dans sa profession. Savoir si le médecin a violé son devoir de diligence est une question de droit ; établir s'il existe une règle professionnelle communément admise, quel était l'état du patient et comment l'acte médical s'est déroulé relèvent du fait (ATF 133 III 121 consid. 3.1). Le Tribunal fédéral a jugé qu'en cas d'infection consécutive à une injection intra- ou périarticulaire, le patient qui recherche le médecin bénéficie en principe d'une présomption de fait au stade de l'appréciation des preuves, en ce sens que le juge doit constater la faute d'asepsie, faute qui est une violation des règles de l'art, si la partie défenderesse n'a pas prouvé les précautions concrètement appliquées lors de l'intervention et médicalement recommandées pour prévenir l'irruption de germes pathogènes. Le médecin peut ainsi échapper à cette présomption en indiquant par exemple les mesures qu'il a effectivement prises dans le cas particulier et en prouvant que dans l'état actuel de la science médicale un risque résiduel imparable subsistait quand bien même toute la diligence requise aurait été intégralement observée (ATF 133 III 121 consid. 3.1 in fine ; 120 II 248 consid. 2c ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_483/2016 du 6 février 2017 consid. 5.1). Il est généralement admis que les injections comportent un risque inhérent d'infection (ATF 120 II 248 consid. 2c in fine). e. En l'espèce, et contrairement à ce que soutient le recourant, le

fait que ce dernier ait présenté des symptômes de l'infection à staphylocoque doré peu de temps après l'infiltration pratiquée par le Dr B _____ en mai 2013 ne démontre pas que ladite infiltration ne s'est pas déroulée dans les règles de l'art, soit dans toutes les conditions d'hygiène exigibles. Le Dr B _____ a décrit avec précision les précautions d'hygiène suivies préalablement et lors de chaque infiltration au Centre d'Imagerie pour prévenir l'irruption de germes pathogènes et a produit les rapports d'infiltration indiquant qu'il a procédé à une désinfection soigneuse avant chaque intervention. Par ailleurs, il est communément admis que les injections comportent un risque d'infection. Ainsi, au vu de la jurisprudence susmentionnée, le Dr B _____ échappe à la présomption de fait selon laquelle il aurait violé son devoir de diligence du fait de l'infection survenue à la suite de la dernière infiltration pratiquée sur le recourant. De son côté, ce dernier ne critique aucunement le protocole d'asepsie suivi au Centre d'Imagerie, se contentant de déduire de l'infection contractée que les mesures d'hygiène n'auraient pas été respectées. La commission, composée de spécialistes, a quant à elle constaté que la procédure de désinfection détaillée par le Dr B _____ était appropriée sur le plan théorique. Ainsi, aucun élément du dossier ne permet de déduire que l'intervention n'aurait pas été pratiquée selon les règles de l'art, et, comme l'ont retenu tant la commission que la chambre pénale de recours, l'on ne voit pas quelles mesures d'instruction seraient propres à déterminer, a posteriori, l'origine exacte de l'infection. Au vu de ce qui précède, la commission n'a pas violé les règles sur le fardeau de la preuve ni abusé de son pouvoir d'appréciation en considérant qu'en l'absence de preuve de manquements relatifs à l'hygiène, l'infection nosocomiale ne pouvait être considérée de facto comme l'indication d'un agissement professionnel incorrect du Dr B _____. De même, il ne peut être retenu que ce dernier aurait violé l'art. 40 let. a LPMéd du fait de la survenance de cette infection. Les deux premiers griefs du recourant seront dès lors écartés. 5) Le recourant fait ensuite valoir que la troisième infiltration constituerait un acte superflu au sens de l'art. 84 al. 2 LS. a. Selon l'art. 84 al. 2 LS, le professionnel de la santé doit s'abstenir de tout acte superflu ou inapproprié. b. Le médecin doit accomplir tous les actes qui paraissent appropriés, selon les règles de l'art médical, pour atteindre le but du traitement (arrêt 4A_403/2007 du 24 juin 2008 consid. 5.2 publié in RtiD 2009 I p. 696). Dans l'exécution de sa mission, le médecin doit mettre à disposition ses connaissances et ses capacités ; il ne garantit cependant pas d'obtenir un résultat. L'étendue de son devoir doit être déterminée selon des critères objectifs ; les exigences dépendent des particularités de chaque cas, telles que la nature de l'intervention ou du traitement et les risques qu'ils comportent, la marge d'appréciation, le temps et les moyens disponibles, la formation et les capacités du médecin (ATF 133 III 121 consid. 3.1). Les règles de l'art médical, que le médecin doit suivre, constituent des principes établis par la science médicale, généralement reconnus et admis, communément suivis et appliqués par les praticiens (ATF 133 III 121 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_266/2011 du 19 août 2011 consid. 2.1.1). Le médecin n'engage sa responsabilité que lorsqu'un diagnostic, une thérapie ou un autre acte médical est indéfendable dans l'état de la science et sort donc du cadre de l'art médical considéré objectivement : il faut que l'erreur soit manifeste, le traitement évidemment inapproprié, la violation des règles de l'art ou l'ignorance des données généralement connues de la science médicale claire (ATF 134 IV 175 = RDAF 2009 I 562 ; ATF 113 II 429). c. En l'espèce, le recourant avait déjà subi avec succès une infiltration de corticoïdes en 2009. S'agissant des infiltrations subies en 2013, celles-ci ont permis de diminuer en partie ses douleurs, que le recourant, à teneur des questionnaires de douleurs présents au dossier, avait évaluées à 8,5 en mars 2013, à 7,5 en avril 2013, puis à 6

sur 10 au mois de mai 2013. Par ailleurs, il ressort des explications fournies par le Dr B _____ que le traitement par infiltration était celui qui présentait le moins de risques possibles et qu'il permettait d'orienter sur d'autres traitements en cas d'échec. Ce point de vue est partagé par la commission, composée de spécialistes, qui a retenu que l'indication des infiltrations était appropriée et qu'elles constituaient un moyen adéquat pour soulager les douleurs dont souffrait le recourant. Enfin, comme l'a relevé la commission, le médecin traitant du recourant, qui avait été tenu informé du traitement suivi, n'a à aucun moment remis en cause celui-ci. Le recourant ne produit pas non plus d'avis médical contestant l'adéquation de ce traitement. Partant, l'infiltration de corticoïdes ne saurait être considérée comme un acte superflu ou inapproprié au sens de l'art. 84 al. 2 LS. Ce grief sera écarté. 6) Dans un dernier grief, le recourant fait valoir une violation du devoir d'information par le Dr B _____, au motif qu'il n'aurait pas été parfaitement informé des risques qu'il encourait à subir une infiltration, en particulier du risque infectieux, et que la formulation de la fiche d'information remise lors des infiltrations l'aurait induit en erreur. a. À teneur de l'art. 45 al. 1 LS, le patient a le droit d'être informé de manière claire et appropriée sur son état de santé (let. a), les traitements et interventions possibles, leurs bienfaits et leurs risques éventuels (let. b) ainsi que les moyens de prévention des maladies et de conservation de la santé (let. c). b. Le devoir d'information conditionne l'exercice par le patient de son droit à l'autodétermination en matière médicale, garanti par l'art. 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101 ; ACEDH Pretty c. Royaume-Uni, du 29 avril 2002, Rec. 2002-III, req. n° 2346/02, § 61). Il vise aussi bien à assurer la libre formation de sa volonté qu'à protéger son intégrité corporelle (ATF 117 Ib 197 consid. 2c ; arrêt du Tribunal fédéral 4P.265/2002 du 28 avril 2003 consid. 4; ATA/129/2015 du 3 février 2015 consid. 6). Il permet au patient de donner, en connaissance de cause, son accord à une atteinte à son intégrité corporelle. Corrélativement, le respect du devoir d'information permet au médecin de justifier cette atteinte au droit absolu du patient en invoquant le consentement éclairé de ce dernier (art. 46 LS ; ATF 133 III 121 consid. 4.1.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 4C.66/2007 du 9 janvier 2008 consid. 5 ; 4P.265/2002 du 28 avril 2003 consid. 4.1). L'information doit porter sur des éléments d'information qu'un médecin diligent adresse à un patient raisonnable. Elle doit être « optimale » et non « maximale » de façon à être efficace, mais elle doit également être personnalisée en fonction des caractéristiques du patient (concret), y compris jusque dans le mode de formulation (Coralie DEVAUD, L'information en droit médical, 2009, p. 143-144 et la doctrine citée). Le médecin doit donner au patient, en termes clairs, intelligibles et aussi complets que possible, une information sur le diagnostic, la thérapie, le pronostic, les alternatives au traitement proposé, les risques de l'opération, les chances de guérison, éventuellement sur l'évolution spontanée de la maladie et les questions financières, notamment relatives à l'assurance (ATF 133 III 121 consid. 4.1.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 4C.66/2007 précité consid. 5.1 ; 4P.265/2002 précité consid. 4.2). La qualité de l'information doit être adaptée aux atteintes non voulues que l'acte médical peut engendrer. Elle doit porter en particulier sur les risques. Ainsi, la nature et la gravité de ceux reconnus par la science médicale doivent être révélées aux patients (ATF 117 Ib 197 ; arrêt du Tribunal fédéral du 5 mai 1995 in ZBl 1996 p. 278-282 ; Dominique MANAÏ, Le devoir d'information du médecin en procès in Semaine judiciaire 2000 p. 349) mais pas les risques atypiques (arrêt du Tribunal fédéral 4P.169/2003 du 30 octobre 2003 consid. 2.2.2 ; Coralie DEVAUD, op. cit., p. 158 et la doctrine citée). Les risques inhérents à toute intervention médicale, telles les embolies, les

infections, les hémorragies ou les thromboses, n'ont pas à être rappelés (arrêt du Tribunal fédéral 4P.169/2003 précité). En revanche, ceux inhérents à une intervention médicale délicate dans son exécution et ses conséquences nécessitent une information claire et complète au patient (ATF 133 III 121 consid. 4.1.2). L'information à communiquer dépend, d'une part, de la gravité des risques et de la fréquence de leur survenance et, d'autre part, de la nécessité et de l'urgence de l'intervention. Moins une intervention est nécessaire, plus l'information doit être étendue et le devoir d'information particulièrement strict (Coralie DEVAUD, op. cit., p. 160 ; Dominique MANAÏ, op. cit., p. 349-350). Des limitations voire des exceptions au devoir d'information du médecin ne sont admises qu'exceptionnellement (ATF 119 II 456 consid. 2a et les références citées). Tel est le cas lorsque les risques sont rares et inhabituels ; ils n'ont alors pas besoin d'être mentionnés (arrêt du Tribunal fédéral 4P.110/2003 du 26 août 2003 consid. 3.1.1). La jurisprudence nie ainsi le devoir d'information du médecin portant sur un risque qui ne se produit qu'exceptionnellement quand la probabilité de survenance s'élève à 1 % (ATF 66 II 36 = JT 1940 I 298 : risque de rupture du tendon de l'annulaire causant le maintien permanent du doigt en position fléchié ; 113 Ib 420 : risque d'hémorragie interne et de perforation d'un organe ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_604/2008 du 19 mai 2009 : risque de cicatrice douloureuse ; arrêt zurichois du 6 février 1995, Blatt für zürcherische Rechtsprechung, 95 (1996), n. 67 p. 205 : risque d'attaque cérébrale ; Dominique MANAÏ, op. cit., p. 90 et 91). c. L'information n'est pas soumise à une forme particulière. Selon l'art. 45 al. 3 LS, le patient peut demander au médecin privé un résumé de ces informations. En cas de litige, c'est au médecin qu'il appartient d'établir qu'il a suffisamment renseigné le patient et obtenu le consentement préalable de ce dernier (ATF 133 III 121 consid. 1.4.2 et la jurisprudence citée ; SJ 2012 I 276 ; ATF 117 Ib 197 consid. 2d ; 115 Ib 175 consid. 2b ; ATA/259/2010 du 20 avril 2010 consid. 4 ; ATA/182/2007 du 17 avril 2007 ; Christian CONTI, Die Malaise der ärztlichen Aufklärung, PJA 2000 615-629, p. 628). d. En l'espèce, le Dr B_____ a remis une fiche d'information au recourant avant chaque infiltration, ce qui n'est pas contesté. Cette fiche mentionnait expressément le risque d'infection, employant toutefois le terme « anecdotiques » pour qualifier les éventuelles complications de ce type d'intervention. Comme l'a à juste titre retenu la commission, ce terme est inapproprié en tant qu'il minimise de manière trop appuyée l'éventualité de la survenance de ces complications. Cependant, à teneur des déclarations du Dr B_____, reprises par la commission et non contestées par le recourant, le risque de développer une infection à la suite d'une infiltration est extrêmement faible, soit de 0.00016 %. Ce risque étant bien au-dessous du seuil de 1 % fixé par la jurisprudence, le Dr B_____ n'était pas tenu de le mentionner. Ainsi, l'on ne saurait retenir une violation par le Dr B_____ de son devoir d'information en raison des termes employés dans la fiche d'information susmentionnée. Mal fondé, ce grief sera écarté. 7) Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. 8) Un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge du recourant (art. 87 al. 1 LPA), qui devra par ailleurs verser une indemnité de CHF 1'000.- au Dr B_____, ce dernier ayant recouru aux services d'un avocat pour assurer sa défense (art. 87 al. 2 LPA). * * * * PAR CES MOTIFS LA CHAMBRE ADMINISTRATIVE à la forme : déclare recevable le recours interjeté le 4 août 2016 par Monsieur A_____ contre la décision de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients du 30 juin 2016 ; au fond : le rejette ; met à la charge de Monsieur A_____ un émolument de CHF 500.- ; alloue une indemnité de procédure de CHF 1'000.- à Monsieur B_____, à la charge de Monsieur A_____ ; 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 Audrey Kaufholtz, avocate du recourant, à Me Serge Rouvinet, avocat de l'intimé, ainsi qu'à la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients. Siégeant : Mme Junod, présidente, M. Thélin, Mme Krauskopf, M. Pagan, Mme Payot Zen-Ruffinen, juges. Au nom de la chambre administrative : la greffière-juriste : M. Rodriguez Ellwanger la présidente siégeant : Ch. Junod 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.