RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3696/2020-PROF **ATA/940/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre administrative

Arrêt du 14 septembre 2021

dans la cause

Madame A_____
représentée par Me Nicolas Rouiller, avocat

contre

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

EN FAIT

1) Madame A_____ exerce la médecine dans son cabinet genevois en qualité d'endocrinologue-diabétologue.

2) Depuis 2014, elle est l'une des médecins traitants de Madame B_____, qui souffre de pathologies diverses.

3) Le 18 décembre 2015, celle-ci a été admise aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) en raison d'un ulcère de la malléole et y est restée jusqu'au 1er juin 2016.

- Le 11 janvier 2016, elle a subi une intervention chirurgicale aux fins du retrait du cathéter veineux central de type implantable (ci-après : DAVI) qu'elle portait en arrivant aux HUG.

- Le 15 janvier 2016, elle a été transférée à l'unité psychiatrique hospitalière (ci-après : UPHA) des HUG dans le cadre d'un placement à des fins d'assistance.

La lettre du transfert datée du 18 janvier 2016 indiquait qu'en l'absence d'indication, la pompe à insuline dont elle bénéficiait avait été arrêtée. Ses glycémies étaient en ordre et l'insulinothérapie qu'elle suivait n'était par conséquent pas nécessaire. Elle présentait probablement un syndrome de Cushing sur administration de corticoïdes intraveineux. Il était fait mention, à titre de comorbidité inactive, d'une suspicion d'asthme sévère traité par corticostéroïdes systématiques avec nombreuses hospitalisations entre 2010 et 2015 pour des crises d'asthme sévère.

4) Le 17 février 2016, le Professeur C_____, directeur médical des HUG, a adressé au nom de ceux-ci une dénonciation à la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients (ci-après : la commission) à l'encontre de trois médecins, dont Mme A_____, concernant la prise en charge de Mme B_____ avant son hospitalisation aux HUG.

La patiente, qui souffrait d'antécédents psychiatriques lourds et avait une capacité de discernement variable quant aux soins, avait été hospitalisée en raison d'une plaie infectée, probablement auto-infligée. Elle était porteuse d'un DAVI, sans indication médicale évidente, lequel était infecté. À son arrivée aux HUG, elle recevait un traitement de corticothérapie à haute dose pour un asthme dont les médecins n'avaient pu « trouver de documentation convaincante », un traitement d'insulinothérapie pour un diabète jugé inexistant et d'un traitement morphinique à très haute dose, totalement inapproprié pour un syndrome douloureux chronique.

Au vu de ces éléments, ils étaient préoccupés quant à la prise en charge qui avait été faite par les différents médecins référents de la patiente.

5) Le 23 mars 2016, la commission a communiqué à Mme A_____ la dénonciation formée par les HUG à son encontre et l'a informée que le bureau avait ouvert une procédure disciplinaire à son encontre. Un délai au 6 mai 2016 lui était imparti pour faire valoir d'éventuelles observations. Si elle estimait devoir être déliée de son secret professionnel pour apporter une telle réponse, elle était invitée à s'adresser soit directement à la patiente concernée ou à son représentant légal, soit à la commission du secret professionnel.

Était jointe la liste des membres de la commission qui seraient appelés à statuer sur cette dénonciation en séance plénière.

6) Par courrier du 24 mai 2016 adressé à Mme A_____, la commission a relevé n'avoir reçu aucune réponse à son courrier du 23 mars 2016. Un délai au 6 juin 2016 lui était imparti pour transmettre sa réponse afin que la commission puisse se déterminer sur la suite de ses travaux.

7) Le 26 mai 2016, Mme A_____ a indiqué ne pas avoir reçu le courrier du 23 mars 2016, ne pas avoir connaissance de la plainte formée par les HUG à son encontre et ne pouvoir dès lors former d'observations.

8) Par courrier du 30 mai 2016, la commission a transmis à l'intéressée une copie de son courrier du 23 mars 2016, de la dénonciation des HUG et de la liste des membres de la commission qui seraient appelés à statuer.

Un délai lui était imparti au 22 juin 2016 pour faire valoir ses observations. Il lui était rappelé que si elle estimait devoir être déliée de son secret professionnel, elle devait s'adresser soit directement à la patiente concernée ou à son représentant légal, soit à la commission du secret professionnel.

9) Par courrier du 7 juin [recte : juillet] 2016, Mme A_____ a exposé à la commission suivre la patiente depuis 2014 et lui avoir prescrit des traitements parfaitement conformes à l'éthique professionnelle. Sa patiente n'avait jamais émis aucune doléance relative à sa prise en charge thérapeutique.

Sa patiente, parfaitement lucide, refusait de la délier du secret professionnel, selon son droit le plus strict. Elle n'avait par ailleurs aucune autre déclaration à ajouter sur ce cas.

Elle sollicitait en revanche la récusation de trois membres de la commission, dont le médecin cantonal, pour différents motifs.

10) Le 24 octobre 2016, la commission a sollicité auprès des HUG une copie du dossier médical de la patiente en leur possession, en attirant leur attention sur le fait qu'une levée du secret professionnel devait être requise au préalable.

11) Par décision incidente du 22 décembre 2016, la commission a rejeté la demande de récusation du médecin cantonal.

12) Par courrier du même jour, la commission a informé Mme A_____ que les deux autres membres visés par sa demande de récusation avaient accepté de se récuser.

13) Le 14 février 2017, les HUG ont répondu à la commission que le dossier de la patiente pour les années 2014, 2015 et 2016 lui serait communiqué, à l'exception de ce qui concernait les services de gynécologie, de dermatologie et de cardiologie. Les documents seraient transmis une fois les levées de secret médical obtenues.

14) Le 24 mars 2017, les HUG ont indiqué à la commission que, compte tenu de l'absence de réponse et du refus de la patiente de les délier du secret médical, ils avaient dû saisir la commission du secret professionnel.

15) Le 6 juillet 2017, les HUG ont transmis à la commission une copie du dossier médical de la patiente, avec la précision que certains passages avaient dû être caviardés pour respecter les décisions de levée du secret de fonction.

16) Le 13 juillet 2018, la commission a imparti un délai au 14 septembre 2018 à Mme A_____ pour produire le dossier médical de la patiente en sa possession, en lui précisant que dès lors que cette dernière ne souhaitait manifestement pas la délier du secret professionnel, il lui revenait de demander sans tarder la levée dudit secret auprès de la commission du secret professionnel.

17) Sur demandes de l'intéressée, ce délai a été prolongé par la commission au 19 octobre puis au 2 novembre 2018.

18) Par courrier du 2 novembre 2018, Mme A_____ a indiqué, sous la plume de son avocat, qu'elle n'avait pas été autorisée à remettre le dossier de sa patiente, de sorte qu'elle ne pouvait se défendre que par ses explications s'agissant des démarches médicales effectuées au bénéfice de sa patiente.

Elle contestait le fait que le DAVI avait été posé sans indication médicale évidente. En effet, ce dispositif avait notamment été mis en place en vue de contourner les difficultés rencontrées à effectuer des prises de sang sur la patiente. De plus, toute pose de cathéter comportait un risque majeur de surinfection.

Il s'avérait incorrect de qualifier le diabète de Mme B_____ d'inexistant, dans la mesure où l'un des effets de la corticothérapie qui lui avait été prescrite –

en connaissance de cause – pour traiter son asthme était le diabète cortico-induit. Dès lors, un traitement de ce diabète par l'insulinothérapie se justifiait. Dans ce cadre, elle avait jugé nécessaire de faire bénéficier sa patiente d'une insulinothérapie administrée par pompe, en continu. Ce type de traitement pouvait s'avérer justifié afin d'optimiser le contrôle glycémique, ce qui était le cas en l'espèce. En outre, il ne pouvait être déduit de la normalisation des glycémies de la patiente – due à la réduction des corticoïdes et au régime alimentaire imposé à l'hôpital – que cette dernière ne souffrait pas de diabète.

Mme B_____ avait consulté à plusieurs reprises les HUG pour son asthme. Ces consultations étaient documentées et le diagnostic avait également été posé par d'autres médecins, de sorte qu'il n'était pas sérieusement contestable. La prescription de corticoïdes à Mme B_____ était ainsi justifiée, et elle ne lui avait prescrit que ce qui était proportionné.

Après avoir ainsi répondu aux différents reproches formulés dans la dénonciation du 17 février 2016, elle a relevé qu'elle n'avait violé ni les règles médicales ni son devoir de diligence dans les traitements dispensés à la patiente.

19) Par courrier du 17 juillet 2019, la commission a prié instamment Mme A_____ de s'adresser à la commission du secret professionnel afin de lui demander la levée de son secret, le dossier de la patiente étant nécessaire à la bonne compréhension et à l'analyse de la prise en charge de cette dernière. Un délai au 30 août 2019 lui était imparti pour effectuer cette démarche auprès de la commission du secret professionnel et transmettre le dossier médical de la patiente, ou, le cas échéant, la décision de refus de levée du secret.

20) Par courrier du 30 août 2019, Mme A_____ a sollicité, à titre de « mesure d'instruction prioritaire », la production complète et non caviardée du dossier des HUG et une prolongation du délai accordé pour s'adresser à la commission du secret professionnel jusqu'à ce qu'il soit statué sur la mesure d'instruction sollicitée. Subsidiairement, elle sollicitait la prolongation de deux mois du délai pour se déterminer et agir en rapport avec la levée de son secret professionnel.

21) Par courrier du 16 septembre 2019, la commission a informé Mme A_____ que la sous-commission 1, chargée d'instruire l'affaire, considérait que la production du dossier des HUG non caviardé n'était pas une mesure d'instruction pertinente, compte tenu du fait que son instruction portait précisément sur la prise en charge de la patiente pour la période antérieure à son hospitalisation aux HUG.

La sous-commission 1 avait également constaté que l'intéressée n'avait entrepris aucune démarche pour être déliée de son secret professionnel, alors qu'elle avait été régulièrement invitée à le faire depuis le mois de mai 2016. Une copie du dossier médical de la patiente lui était réclamé depuis le

13 juillet 2018, alors même qu'elle avait bénéficié de plusieurs prolongations de délai.

Compte tenu de cette situation, la sous-commission 1 avait décidé de clore l'instruction et de remettre prochainement ses conclusions à la commission plénière.

Était également jointe la nouvelle liste des membres de la commission, laquelle avait été renouvelée au 1er décembre 2018.

22) Par acte du 27 septembre 2019, Mme A_____ a recouru auprès de la chambre administrative de la Cour de justice (ci-après : la chambre administrative) contre le courrier précité, en concluant à ce qu'il soit réformé dans ce sens que la production du dossier non caviardé des HUG dans la procédure ouverte devant la commission devait être ordonnée. Un délai raisonnable devait lui être donné pour se déterminer sur ledit dossier et pour agir en rapport avec la levée du secret professionnel. Il devait également être réformé en ce sens que l'instruction de la cause devant la commission n'était pas close et qu'un délai raisonnable devait lui être imparti pour se déterminer sur le refus d'ordonner la production du dossier non caviardé des HUG et pour agir en rapport avec la levée du secret professionnel.

Le refus de la commission d'accéder à sa requête de mesure d'instruction, tendant à la production non caviardée du dossier complet des HUG concernant sa patiente, violait son droit à la preuve, le devoir d'instruction de celle-ci ainsi que le droit à une procédure équitable garantie par l'art. 6 § 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101).

23) Par arrêt du 26 mai 2020, la chambre administrative a déclaré irrecevable le recours formé par Mme A_____ (ATA/521/2020).

24) Par courrier du 1er juillet 2020, Mme A_____ a réitéré sa demande de pouvoir accéder au dossier en possession de la commission, sans que celui-ci soit caviardé, ainsi que sa demande portant sur la tenue d'une audience.

25) Par courrier du 7 juillet 2020, la commission a informé Mme A_____ que l'instruction de la cause était close depuis le 16 septembre 2019 dans la mesure où son recours interjeté le 27 septembre 2019 devant la chambre administrative avait été déclaré irrecevable.

26) Par décision du 12 octobre 2020, la commission a prononcé un blâme à l'encontre de Mme A_____ et a condamné cette dernière au paiement d'un émolument de CHF 1'000.-.

Le traitement par pompe à insuline choisi par Mme A_____ pour soigner sa patiente n'était manifestement pas le plus adapté. Elle avait ainsi failli à son devoir d'agir avec soin et diligence en soumettant cette dernière à un tel traitement.

S'agissant de la corticothérapie, la feuille de transfert du 18 janvier 2016 faisait état d'une simple suspicion d'asthme sévère, signalé au titre de comorbidité inactive. Sur les six mois d'hospitalisation de Mme B_____, celle-ci n'avait présenté qu'un seul épisode de gêne respiratoire. Malgré une nouvelle « crise d'asthme », le personnel soignant avait retenu qu'il n'existait pas d'argument pour établir un diagnostic d'asthme et avait préconisé une attitude de « réassurance ». Pour ces raisons, la présence d'un asthme nécessitant un traitement par corticoïdes n'était pas établie. Ainsi, en administrant à sa patiente un tel traitement, Mme A_____ avait une nouvelle fois failli à son devoir d'agir avec soin et diligence.

Mme A_____, dont les explications – non documentées – sur la pose d'un DAVI n'avaient pas convaincu la commission, aurait pu se contenter de faire bénéficier sa patiente du DAVI juste avant son intervention chirurgicale. La pose du cathéter en amont n'était ainsi pas indiquée. Dès lors, elle avait à nouveau agi d'une façon contraire aux règles de l'art.

Pendant près de trois ans, elle avait adopté une attitude d'obstruction en alléguant que la production de l'intégralité du dossier détenu par les HUG lui était nécessaire pour se déterminer sur les griefs qui étaient formulés à son encontre pour une période antérieure à l'hospitalisation de sa patiente aux HUG. Elle n'avait eu de cesse de solliciter des prolongations de délais, qui s'étaient avérées dilatoires dans la mesure où elle n'avait entrepris aucune démarche lui ayant permis d'être déliée de son secret médical par la commission du secret professionnel. Elle avait ainsi failli à son obligation de collaborer à l'établissement des faits de la cause et avait rendu impossible l'instruction complète de l'affaire. Cette attitude était inacceptable et justifiait un émolument de CHF 1'000.-.

27) Par acte posté le 12 novembre 2020, Mme A_____ a interjeté recours auprès de la chambre administrative contre la décision précitée, en concluant principalement à sa réforme et, subsidiairement, à son annulation ainsi qu'au renvoi de la cause à la commission pour nouvelle décision.

La procédure était pour le moins insolite dès lors que la dénonciation émanait des HUG, et non de la patiente.

La commission avait à plusieurs reprises violé son droit d'être entendue. En effet, d'une part, la décision que cette dernière avait rendue, dont la motivation était défaillante, ne prenait pas en compte les explications qu'elle avait fournies. La commission avait rendu sa décision uniquement sur la base d'un dossier

produit par les HUG, eux-mêmes dénonciateurs, et caviardé aux 4/5èmes. La dénonciation ne revêtait dès lors aucune crédibilité, et la décision qui la confirmait se révélait insoutenable. D'autre part, la sous-commission ne lui avait pas communiqué ses conclusions avant de rendre sa décision. Enfin, malgré la demande qu'elle avait adressée à la commission le 1er juillet 2020, cette dernière lui avait refusé à tort l'accès au dossier.

La décision de la commission faisait état du fait que la patiente, lors de son admission aux HUG, était sous corticothérapie à haute dose au moyen d'un DAVI et que des corticoïdes veineux lui étaient administrés. Il s'agissait de deux affirmations erronées, apparues nouvellement dans la décision.

Les membres de la commission avaient employé des termes violents dans leur décision et avaient donc agi avec un sentiment d'animosité à son égard. Ils auraient ainsi dû se récuser, ce qu'ils n'avaient pas fait. Ce vice constituait un motif d'annulation de la décision.

En présumant que la dénonciation des HUG était fondée, la commission avait procédé à un renversement du fardeau de la preuve inacceptable, ce d'autant plus que la dénonciation émanait des HUG et non de la patiente, qui était satisfaite de la façon dont l'intéressée la prenait en charge. Elle avait en outre expliqué à la commission son raisonnement médical. Dès lors, il appartenait au dénonciateur – voire à l'autorité – de prouver une violation des règles de l'art.

La dénonciation des HUG, qui faisait suite à l'audience du Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (ci-après : TPAE) du 16 février 2016, au cours de laquelle la patiente s'était plainte des traitements infligés par les HUG et au cours de laquelle un médecin avait mis en cause ces derniers, constituait uniquement une « contre-attaque ». D'autres médecins avaient également été dénoncés alors que ceux-ci ne s'étaient jamais occupés de la patiente en question.

Celle-ci avait sans cesse contesté son placement à l'UPHA. Or, le traitement qu'elle recevait depuis le 1er juin 2016 – date de sa sortie de l'hôpital – et administré par Mme A_____ la satisfaisait pleinement. La levée définitive du placement ordonnée par le TPAE en janvier 2017 démontrait l'excellent traitement que la précitée administrait à sa patiente, contrairement à celui qu'elle avait reçu lors de son hospitalisation. Ce traitement de grande qualité avait eu pour conséquence d'instaurer entre l'intéressée et sa patiente une relation de confiance qui l'avait obligée à respecter son souhait de ne pas transmettre son dossier.

Dans le cas où un patient estimait qu'un traitement le satisfaisait, il convenait de se montrer très prudent dans l'admission d'une violation des règles de l'art. Dans le cas présent, l'ensemble des reproches des HUG reposait sur la seule idée qu'aucun asthme n'avait jamais existé chez la patiente, et la commission avait retenu l'absence d'asthme sur la base des seules déclarations des HUG. Or, dans

leur rapport de consultation daté du 15 décembre 2016, ces derniers avaient eux-mêmes retenu chez la patiente, à titre d'antécédent et de comorbidité, « une notion d'asthme sévère avec status post-insuffisance respiratoire aiguë en 2014, ayant nécessité de nombreuses hospitalisations et consultations en urgence ». Dès lors, les propos des HUG se contredisaient.

Au surplus, aucun acte d'instruction n'avait été notifié ni à l'intéressée ni à son conseil pendant une période de deux ans.

À titre d'actes d'instruction, elle sollicitait la production du dossier de l'autorité intimée, en particulier les conclusions de la sous-commission, la production du dossier non caviardé des HUG, l'audition de la personne responsable de la patiente au sein de son assurance-maladie ainsi que la production du dossier du TPAE relatif au placement à des fins d'assistance de la patiente. Elle demandait également que la commission indique le nombre de procédures dans lesquelles les HUG avaient fait l'objet d'une plainte de patients et la proportion des cas dans lesquelles la plainte avait été admise.

28) Dans sa réponse du 3 février 2021, la commission a conclu au rejet du recours ainsi qu'au rejet de l'ensemble des mesures d'instruction requises par Mme A_____.

Contrairement à ce qu'affirmait la précitée, la procédure en cause n'avait rien d'extraordinaire dans la mesure où la commission pouvait être saisie par une dénonciation émanant notamment des HUG. Elle était dès lors l'autorité compétente pour se saisir de l'affaire.

L'affirmation selon laquelle la patiente était sous corticothérapie à haute dose au moyen d'un DAVI ressortait de la dénonciation des HUG. Il en allait de même de l'affirmation relative à l'administration de corticoïdes veineux. Ces faits n'avaient d'ailleurs pas été contestés par l'intéressée.

Elle n'avait commis aucune violation du droit d'être entendue de Mme A_____. En effet, elle avait pris en compte ses arguments mais ne les avait pas retenus, car elle ne pouvait se contenter ni de l'avis de celle-ci ni de celui de sa patiente pour apprécier la qualité de la prise en charge de cette dernière. La décision était dès lors suffisamment motivée. En outre, la commission avait informé Mme A_____ de la raison pour laquelle l'entier du dossier médical en possession des HUG ne lui avait pas été transmis. Elle avait en effet demandé également des documents médicaux dans le cadre de causes qui concernaient la prise en charge de la patiente par d'autres professionnels de la santé. Dès lors, elle avait reçu des dossiers provenant de divers services des HUG qui contenaient des données médicales sensibles. C'est pourquoi elle lui avait uniquement donné accès à des problématiques liées au traitement du diabète et au prétendu asthme. Les documents dont cette dernière demandait l'accès était sans pertinence avec l'objet

de la procédure. Au surplus, les conclusions de la sous-commission étaient matérialisées dans un procès-verbal et un projet de décision. En raison de leur caractère interne, ces documents n'étaient pas transmis aux parties.

L'accès au dossier sollicité par Mme A_____ le 1er juillet 2020 lui avait été refusé car cette requête était intervenue après la clôture de l'instruction.

Contrairement à ce qu'affirmait l'intéressée, la commission avait procédé à un acte d'instruction le 24 octobre 2016. Ce dernier lui avait été directement adressé.

Elle n'avait effectué aucun renversement du fardeau de la preuve. Elle avait cherché à réunir les renseignements et documents nécessaires pour déterminer si la prise en charge de la patiente par l'intéressée avait été conforme aux règles de l'art. Or, Mme A_____, expliquant que sa patiente ne voulait pas la délier de son secret professionnel, n'avait pas produit ledit dossier et s'était contentée d'affirmer que les traitements qu'elle avait administrés étaient conformes à l'éthique de sa profession. Contrairement à ce qui était attendu de sa part à la suite du refus de sa patiente de la délier de son secret professionnel, elle avait refusé de saisir la commission du secret professionnel, alors même que la commission l'avait rendue attentive sur les conséquences d'un manque de collaboration de sa part. Après de multiples relances et prolongations de délais accordées, la commission avait dû apprécier librement le refus de Mme A_____ de donner suite à la requête de renseignements et avait appliqué la loi.

Les médecins n'avaient pas posé un diagnostic d'asthme mais avaient uniquement retenu une « notion » d'asthme. Le document produit ne faisait état que d'un status post-insuffisance respiratoire aiguë en 2014, et il ne pouvait être déduit des pièces en la possession de la commission que l'asthme avait perduré.

29) Le 11 février 2021, le juge délégué a fixé aux parties un délai au 12 mars 2021, prolongé par la suite au 1er avril 2021 puis au 14 avril 2021, pour formuler toutes requêtes ou observations complémentaires, après quoi la cause serait gardée à juger.

30) Dans sa réplique du 14 avril 2021, Mme A_____ a relevé que la commission ne lui avait accordé qu'un accès limité au dossier, caviardé par ailleurs aux 4/5èmes. La commission n'avait ainsi produit qu'un extrait du dossier qui lui avait servi à rendre sa décision, ce qui constituait une violation de son droit d'être entendue. De plus, les HUG avaient spécifiquement caviardé le long historique portant sur l'asthme de la patiente, qui avait fait l'objet de nombreuses hospitalisations en raison de cette pathologie. La commission avait ainsi occulté le fait que les HUG connaissaient l'existence de ces hospitalisations, alors même qu'elle lui avait reproché le fait que l'asthme avait été jugé fictif par ceux-ci. D'autres médecins, y compris des médecins employés par les HUG, avaient posé

un diagnostic d'asthme. Dès lors, en reprochant à l'intéressée d'avoir posé un même diagnostic, la commission avait retenu un état de fait insoutenable et avait rendu une décision arbitraire.

L'argument tiré par la commission de l'adjectif « inactif » dans l'expression « comorbidités inactives » était dépourvu de fondement. En effet, au moment de la rédaction de la lettre de transfert des HUG, la patiente était hospitalisée depuis un mois et sa situation avait donc été influencée par les traitements dont elle avait bénéficié.

La patiente avait elle-même déclaré que l'intéressée faisait preuve d'une grande attention dans sa prise en charge médicale. La décision était ainsi insoutenable dès lors que son opinion ainsi que sa position sur le traitement de 2015 avaient été ignorées.

Les procès-verbaux de la sous-commission n'étaient certes pas publics, mais tout administré concerné devait y avoir accès afin d'exercer son droit d'être entendu.

Au surplus, Mme A_____ a requis son audition et celle de sa patiente ainsi que la production de la preuve de l'envoi et/ou de la réception du prétendu courrier daté du 26 octobre 2016.

31) La commission ne s'est quant à elle pas manifestée.

32) Sur ce, 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 ; art. 22 al. 1 de la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients du 7 avril 2006 - LComPS - K 3 03).

2) Dans un premier grief d'ordre formel, la recourante fait valoir une violation de son droit d'être entendue pour défaut de motivation de la décision attaquée, accès limité au dossier ainsi qu'absence de communication des sous-conclusions de l'autorité intimée avant sa prise de décision.

À l'appui de ce grief, elle sollicite plusieurs mesures d'instruction, à savoir la production du dossier de l'autorité intimée, y compris la production des procès-verbaux de la commission et de la sous-commission, la production du dossier non caviardé du dénonciateur, l'audition de la personne responsable de la

patiente au sein de son assurance-maladie ainsi que la production du dossier du TPAE relatif au placement à des fins d'assistance de la patiente. Elle demande également son audition et celle de sa patiente, la production de la preuve de l'envoi et/ou de la réception du courrier du 24 octobre 2016 ainsi que la production d'un document indiquant le nombre de procédures dans lesquelles le dénonciateur a fait l'objet d'une plainte de patients et la proportion des cas dans lesquelles la plainte a été admise.

a. Tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), 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 influer 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 142 II 218 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 2C_656/2016 du 9 février 2017 consid. 3.2 et les références citées ; ATA/917/2016 du 1er novembre 2016 consid. 4a et les arrêts cités).

b. L'autorité peut cependant renoncer à procéder à des mesures d'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de forger sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier son opinion (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). En tout état de cause, le droit d'être entendu ne peut être exercé que sur les éléments qui sont déterminants pour décider de l'issue du litige (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; ATA/1685/2019 du 19 novembre 2019 consid. 2b).

c. La procédure administrative est en principe écrite ; toutefois, si le règlement et la nature de l'affaire le requièrent, l'autorité peut procéder oralement (art. 18 LPA). Le droit d'être entendu quant à lui ne comprend pas le droit à une audition orale (art. 41 LPA ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 2D_51/2018 du 17 janvier 2019 consid. 4.1 ; ATA/1173/2020 du 24 novembre 2020 consid. 3a).

L'art. 6 § 1 CEDH donne à toute personne le droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable, par un tribunal indépendant et impartial établi par la loi, qui décidera soit des contestations sur ses droits et obligations de caractère civil, soit du bien-fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle.

3) En l'espèce, la recourante a pu s'exprimer à plusieurs reprises devant la chambre de céans dans ses différentes écritures en faisant référence aux pièces déposées. Alors qu'il n'existe pas de droit à une audition orale, elle n'explique pas en quoi celle-ci serait indispensable à la résolution du présent litige. Il convient

également de mentionner que, selon la jurisprudence, un blâme ne met pas en jeu un droit de caractère civil au sens de la disposition conventionnelle précitée, tandis qu'il représente une sanction d'un degré de gravité trop faible pour être assimilé à une sanction de nature pénale (arrêt du Tribunal fédéral 2P.53/2001 du 24 octobre 2001, in SJ 2002 I 332). Il convient dès lors de rejeter sa demande d'audition orale.

Il convient également de ne pas donner une suite favorable à la demande d'audition de la patiente et de la personne en charge de la couverture d'assurance-maladie de cette dernière. Il en va de même pour la production du dossier du TPAE, pour la production d'un document indiquant le nombre de procédures dans lesquelles le dénonciateur a fait l'objet d'une plainte de patients et la proportion des cas dans lesquelles la plainte a été admise, ainsi que pour la production de la preuve de l'envoi et/ou de la réception du courrier du 24 octobre 2016. En effet, la recourante n'indique pas en quoi ces actes d'instruction seraient déterminants pour l'issue du litige. Ces derniers ne sont également pas de nature à permettre à la chambre de céans de déterminer si la recourante a commis ou non une violation des règles de l'art.

4) a. Le droit de consulter le dossier est un aspect du droit d'être entendu. Selon la jurisprudence, le justiciable ne peut toutefois exiger la consultation de documents internes à l'administration, à moins que la loi ne le prévoie (ATF 125 II 473 consid. 4a ; 122 I 153 consid. 6a ; 117 Ia 90 consid. 5 et les arrêts cités). Il peut s'agir d'avis personnels donnés par un fonctionnaire à un autre, de projets de décisions, d'avis de droit ou de préavis d'autorités d'instruction à l'intention de l'autorité de décision. Ces documents ne doivent toutefois pas constituer le fondement essentiel de la décision prise ; dans le cas contraire, ils doivent pouvoir être consultés ou au moins communiqués dans leur essence (ATF 132 II 485 ; 115 V 297 consid. 2g ; Thierry TANQUEREL, Manuel de droit administratif, 2ème éd., 2018, n. 1544 ; Andreas AUER/ Giorgio MALINVERNI/Michel HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, vol. II, 3ème éd., 2013, n. 1340).

b. Le dossier médical est une donnée sensible au sens de l'art. 3 let. c ch. 2 de la loi fédérale sur la protection des données du 19 juin 1992 (LPD - RS 235.1) (ATF 131 II 413 ; Yves DONZALLAZ, Traité de droit médical, 2021, p. 3132 n. 6692). À Genève, on entend par données médicales toutes les pièces concernant le patient, notamment l'anamnèse, le résultat de l'examen clinique et des analyses effectuées, l'évaluation de la situation du patient, les soins proposés et ceux effectivement prodigués, avec l'indication de l'auteur et de la date de chaque inscription (art. 16 al. 4 de la loi sur le réseau communautaire d'informatique médicale [e-Toile] du 14 novembre 2008 - LRCIM - K 3 07).

5) En l'espèce, les documents produits par le dénonciateur contenant des données médicales, à savoir des données jugées sensibles, la commission n'a permis à la recourante d'avoir accès qu'aux éléments concernant les

problématiques liées au traitement du diabète et de l'asthme de la patiente, qui a fait l'objet de la présente procédure.

Ledit objet portant sur la prise en charge de la patiente par la recourante au cours d'une période antérieure à l'hospitalisation de cette dernière, on ne voit pas en quoi le dossier complet des dénonciateurs, qui contient des données sensibles et non liées au traitement de « l'asthme » et du diabète de la patiente, permettrait à la recourante de mieux étayer son argumentation. Celle-ci dispose déjà de tous les éléments pour se prononcer d'une façon complète sur la présente cause et a pu consulter, en cours de procédure, le dossier en possession de la chambre administrative, qui contient les informations pertinentes au sujet de la prise en charge de « l'asthme » et du diabète de sa patiente par le dénonciateur.

S'agissant de la production des procès-verbaux des séances de la commission et de la sous-commission 1, l'art. 15 al. 1 de la loi sur les commissions officielles du 18 septembre 2009 (LCOf - A 2 20) prévoit que toutes les séances de commission, dont la commission (art. 4 let. aa du règlement sur les commissions officielles du 10 mars 2010 - RCOf - A 2 20.01), et de sous-commissions font l'objet de procès-verbaux, qui ne sont pas publics. Ces derniers constituent des projets de décisions et se rapportent uniquement à la formation de l'opinion des membres de l'autorité. Ils ne peuvent dès lors pas être transmis aux parties.

Au vu de ce qui précède, la production du dossier de l'autorité intimée ainsi que la production du dossier complet et non caviardé des dénonciateurs seront refusées.

Il ne sera dès lors pas donné suite aux requêtes de la recourante.

6) La recourante se plaint d'une motivation insuffisante de la décision litigieuse, invoquant le fait que celle-ci ne prendrait pas suffisamment en compte les explications qu'elle avait fournies pour justifier les traitements administrés à sa patiente.

a. Le droit d'être entendu implique également pour l'autorité de motiver sa décision. Selon la jurisprudence, il suffit que l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé ou l'intéressée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. L'autorité n'a pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 142 II 154 consid. 2.1 et 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 2C_12/2017 du 23 mars 2018 consid. 3.3.1). Le devoir de motiver sera d'autant plus grand que

l'autorité dispose d'un large pouvoir d'appréciation (Thierry TANQUEREL, op.cit., p. 531 n. 1573).

b. Les autorités compétentes disposent d'un large pouvoir d'appréciation dans la fixation d'une sanction disciplinaire prévue par la loi fédérale sur les professions médicales universitaires du 23 juin 2006 (LPMéd - RS 811.1) ; il en va ainsi de même dans la fixation d'une sanction disciplinaire prévue par la LComPS. L'obligation de motivation des autorités n'en est ainsi que plus grande. (Yves DONZALLAZ, op.cit., pp. 2765-2766 n. 6692).

c. En l'espèce, la décision attaquée mentionne expressément et de façon claire les deux griefs émis à l'encontre de la recourante. L'autorité intimée y exprime la façon dont cette dernière aurait, à son sens, dû agir et rappelle les faits qui ont retenu son attention et sur lesquels elle s'est basée pour rendre sa décision. La motivation de la décision était suffisante pour lui permettre de comprendre les raisons de son blâme et de se défendre en connaissance de cause. L'autorité intimée a pris en compte les explications que la recourante avait fournies pour justifier les traitements administrés à sa patiente mais, ne les jugeant pas pertinentes, ne les a pas retenues, ce qui n'est pas constitutif d'une motivation insuffisante.

Dès lors, le grief adressé à l'intimée à propos de la motivation de sa décision est infondé.

Le grief d'une violation du droit d'être entendu doit dès lors être écarté.

7) La recourante se plaint du fait que l'autorité intimée aurait procédé à un renversement du fardeau de la preuve en présumant que la dénonciation était exacte et sans prendre suffisamment en compte les explications qu'elle avait fournies.

a. La procédure administrative est régie par la maxime inquisitoire, selon laquelle le juge établit les faits d'office (art. 19 LPA), sans être limité par les allégués et les offres de preuves des parties. Dans la mesure où l'on peut raisonnablement exiger de l'autorité qu'elle les recueille, elle réunit ainsi les renseignements et procède aux enquêtes nécessaires pour fonder sa décision. Elle apprécie les moyens de preuve des parties et recourt s'il y a lieu à d'autres moyens de preuve (art. 20 LPA). Mais ce principe n'est pas absolu, sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à la constatation des faits (art. 22 LPA).

Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 128 II 139 consid. 2b ; arrêts du Tribunal fédéral 2C_524/2017 du 26 janvier 2018 consid. 4.2 ;

1C_454/2017 du 16 mai 2018 consid. 4.1 ; ATA/844/2020 du 1er septembre 2020 consid. 4a). En matière de production de documents, l'art. 24 al. 2 LPA précise expressément que l'autorité apprécie librement l'attitude d'une partie qui refuse de produire une pièce ou d'indiquer où celle-ci se trouve. Elle peut ainsi le cas échéant déclarer irrecevables les conclusions des parties qui refusent de produire les pièces et autres renseignements indispensables pour que l'autorité puisse prendre sa décision (ATA/491/2021 du 11 mai 2021 consid. 9).

b. La levée du secret professionnel doit être demandée en premier lieu au patient. En cas de refus de ce dernier, le détenteur du secret professionnel prendra des conclusions en ce sens auprès de l'autorité compétente (Yves DONZALLAZ, op.cit., p. 3132 n. 6692), soit à Genève la commission du secret professionnel.

c. En l'espèce, l'autorité intimée a cherché à réunir les renseignements et documents nécessaires pour déterminer si la prise en charge de la patiente par la recourante était conforme aux règles de l'art. Dans ce cadre, le dossier médical de la patiente en possession de la recourante devait permettre une analyse objective de la situation. Or, cette dernière n'a certes pas été déliée de son secret professionnel par sa patiente, mais il lui incombait alors – à tout le moins – d'entreprendre des démarches auprès la commission du secret professionnel, ce qu'elle n'a pas fait. Dès lors, l'autorité intimée était légalement fondée à retenir comme seuls établis les faits pertinents prouvés par pièces, lesquels ressortaient nécessairement, vu l'absence de collaboration de la recourante, en grande partie du dossier des dénonciateurs. Cette façon de procéder, due à l'attitude de la praticienne concernée, est sans relation avec un renversement du fardeau de la preuve.

Compte tenu de ce qui précède, ce grief sera écarté.

8) La recourante se plaint de la partialité de membres de l'autorité intimée, en raison de l'animosité dont ils ont fait preuve à son égard en rendant la décision.

a. L'art. 29 al. 1 Cst. prévoit que toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. La jurisprudence a tiré de cette disposition un droit à ce que l'autorité administrative qui statue le fasse dans une composition correcte et impartiale (ATF 142 I 172 consid. 3.2 et les références citées).

La composition de l'autorité est définie selon les règles du droit de procédure ou d'organisation, qui prévoit généralement des quorums afin d'assurer le fonctionnement des autorités collégiales. L'autorité est ainsi valablement constituée lorsqu'elle siège dans une composition qui correspond à ce que le droit d'organisation ou de procédure prévoit. Par conséquent, lorsqu'un membre de l'autorité est appelé à se récuser ou ne peut, pour une autre raison, prendre part à la décision, il doit, dans la mesure du possible, être remplacé. Si l'autorité statue

alors qu'elle n'est pas valablement constituée, elle commet un déni de justice formel (ATF 142 I 172 consid. 3.2 et les références citées).

Selon la jurisprudence, le droit à une composition correcte et impartiale permet notamment d'exiger la récusation des membres d'une autorité administrative dont la situation ou le comportement est de nature à faire naître un doute sur leur indépendance ou leur impartialité. Il tend à éviter que des circonstances extérieures à l'affaire ne puissent influencer une décision en faveur ou au détriment de la personne concernée. La récusation peut s'imposer même si une prévention effective du membre de l'autorité visée n'est pas établie, car une disposition interne de sa part ne peut pas être prouvée. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partiale. Cependant, seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération, les impressions purement individuelles d'une des personnes impliquées n'étant pas décisives (ATF 131 I 24 consid. 1.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 2C_629/2015 du 1er décembre 2015 consid. 3.1 ; ATA/107/2018 du 6 février 2018).

La notion de récusation des membres d'une autorité administrative doit être comprise dans un sens fonctionnel et englobe ainsi toutes les personnes agissant pour le compte de l'autorité et directement impliquées dans le processus décisionnel (ATA/107/2018 précité).

La récusation doit être demandée sans délai, dès que la partie a connaissance du motif de récusation, sous peine de déchéance (ATF 138 I 1 consid. 2.2). Il est en effet contraire aux règles de la bonne foi de garder ce moyen en réserve pour ne l'invoquer qu'en cas d'issue défavorable ou lorsque l'intéressé se serait rendu compte que l'instruction ne suivait pas le cours désiré (ATF 139 III 120 consid. 3.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 2C_278/2017 du 17 août 2017 consid. 3.1).

b. En l'espèce, ce n'est que tardivement, soit dans son recours du 12 novembre 2020, que la recourante a mis en cause l'impartialité des membres de l'autorité intimée, alors qu'elle avait pris connaissance de la composition de cette dernière le 16 septembre 2019. Même en admettant que le motif de récusation allégué soit le ton utilisé dans la décision attaquée, les membres d'une autorité doivent prendre position sur la cause qu'ils traitent, sans que cela signifie qu'ils feraient preuve de partialité. Il ne peut en particulier être déduit de l'utilisation des termes tels que « attitude inacceptable » ou « attitude d'obstruction » que les membres de l'autorité intimée auraient agi en fonction d'un sentiment d'animosité personnelle qui aurait dû les conduire à se récuser.

Le grief sera dès lors écarté, aucun motif de récusation n'étant donné.

9) La recourante reproche à la commission d'avoir traité la dénonciation, qui ne venait pas de sa patiente.

a. Aux termes de l'art. 1 LComPS, il est institué une commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients. Celle-ci est chargée de veiller au respect des prescriptions légales régissant les professions de la santé et les institutions de santé visées par la loi sur la santé du 7 avril 2006 (LS - K 1 03 ; let. a) et au respect du droit des patients (let. b). Elle est rattachée administrativement au département (art. 2 al. 1 LComPS) et exerce en toute indépendance les compétences consultatives et décisionnaires que la loi lui confère (art. 2 al. 2 LComPS).

b. Dans le cadre de son mandat, elle exerce d'office ou sur requête diverses attributions. Notamment, elle instruit en vue d'un préavis ou d'une décision les cas de violation des dispositions de la LS 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). La commission peut se saisir d'office ou être saisie d'une plainte émanant du patient concerné. Cette plainte peut également émaner de son représentant thérapeutique au sens de la LS, ou de son représentant légal (art. 8 al. 1 LComPS). Elle peut également être saisie par une dénonciation du département, des professionnels de la santé, des institutions de la santé, d'autres autorités ou de particuliers (art. 8 al. 2 LComPS).

c. Le Tribunal fédéral a rappelé que toute personne, de droit privé ou public, peut porter des faits à la connaissance de la commission (arrêt du Tribunal fédéral 2C_451/2020 du 9 juin 2021 consid. 3.3). Il s'ensuit que celle-ci était habilitée à agir suite à la dénonciation du cas d'espèce.

10) La recourante reproche à l'autorité intimée de lui avoir infligé un blâme, car elle conteste avoir violé son devoir d'agir avec soin et diligence et les règles de l'art médical envers sa patiente dans la façon de soigner le diabète et l'asthme de cette dernière. Elle invoque à ce titre le caractère arbitraire de la décision prononcée à son encontre.

11) a. Les principaux droits du patient sont énumérés aux art. 42ss LS. Il s'agit notamment du droit aux soins (art. 42 LS), du libre choix du professionnel de la santé (art. 43 LS), du libre choix de l'institution de santé (art. 44 LS), du droit d'être informé et du choix libre et éclairé (art. 45 LS).

Selon la jurisprudence de la chambre de céans, le droit aux soins consacré par l'art. 42 LS comprend le droit de se faire soigner conformément aux règles de l'art médical (ATA/1075/2019 du 25 juin 2019 consid. 4d ; ATA/474/2016 du 7 juin 2016 consid. 2g ; ATA/22/2014 du 14 janvier 2014 consid. 3). Les droits du patient sont en outre garantis par l'art. 40 de la LPMéd (Dominique SPRUMONT/Jean-Marc GUINCHARD/Deborah SCHORNO, in :

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

b. Selon la jurisprudence de la chambre de céans, le droit de se faire soigner conformément aux règles de l'art médical est aujourd'hui un droit du patient. L'allégation d'une violation des règles de l'art équivaut à celle de la violation des droits du patient (ATA/22/2014 précité consid. 3 ; ATA/778/2013 du 26 novembre 2013 consid. 6 ; ATA/5/2013 précité).

Les règles de l'art médical 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 ; 108 II 59 consid. 1 ; 64 II 200 consid. 4a). Une violation des règles de l'art médical est réalisée lorsqu'un diagnostic, une thérapie ou quelque autre acte médical est indéfendable dans l'état de la science ou sort du cadre médical considéré objectivement ; le médecin ne répond d'une appréciation erronée que si celle-ci est indéfendable ou se fondait sur un examen objectivement insuffisant (ATF 120 Ib 411 consid. 4a ; arrêt du Tribunal fédéral 4P.271/2002 consid.3).

c. L'art. 84 LS consacré aux compétences et responsabilités des professionnels de la santé prévoit que le professionnel de la santé ne peut fournir que les soins pour lesquels il a la formation reconnue et l'expérience nécessaire (al. 1). Il doit s'abstenir de tout acte superflu ou inapproprié, même sur requête du patient ou d'un autre professionnel de la santé (al. 2). Il ne peut déléguer des soins à un autre professionnel de la santé que si ce dernier possède la formation et les compétences pour fournir ces soins (al. 3). Lorsque les soins exigés par l'état de santé du patient excèdent ses compétences, le professionnel de la santé est tenu de s'adjoindre le concours d'un autre professionnel habilité à fournir ces soins ou d'adresser le patient à un professionnel compétent (al. 4).

Dans l'exposé des motifs du 2 juillet 2004 sur le projet de loi sur la santé, le Conseil d'État a expliqué que cette disposition responsabilisait chaque professionnel de la santé dans son champ propre de compétences (PL 9'328, p. 94 au sujet de l'art. 91).

12) a. L'art. 40 LPMéd prévoit que les personnes exerçant une profession médicale universitaire à titre d'activité économique privée sous leur propre responsabilité professionnelle doivent notamment observer les devoirs professionnels suivants : exercer leur activité avec soin et conscience professionnelle et respecter les limites des compétences qu'elles ont acquises dans le cadre de leur formation universitaire, de leur formation postgrade et de leur formation continue (let. a) ;

garantir les droits du patient (let. c) ; défendre, dans leur collaboration avec d'autres professions de la santé, exclusivement les intérêts des patients indépendamment des avantages financiers (let. e).

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

b. De manière générale, on attend du médecin qu'il fasse preuve de diligence dans l'établissement du diagnostic, dans le choix du traitement puis dans son administration (ATF 105 II 284 ; Olivier GUILLOD, droit médical, 2020, p. 491 n. 573).

13) Compte tenu du fait que la commission de surveillance est composée de spécialistes, mieux à même d'apprécier les questions d'ordre technique, la chambre de céans s'impose une certaine retenue (ATA/8/2018 du 9 janvier 2018 consid. 4c ; ATA/238/2017 du 28 février 2017 ; ATA/322/2014 du 6 mai 2014 ; ATA/5/2013 du 8 janvier 2013).

14) a. En l'espèce, l'autorité intimée reproche à la recourante d'avoir administré à sa patiente un traitement par pompe à insuline, sans indication. Ce traitement ne serait en effet utilisé qu'en cas de diabète sévère. Or, il a été établi que la patiente n'était pas diabétique et que son diabète apparent avait été induit par le traitement par corticoïdes ; elle ne souffrait dès lors pas d'une maladie diabétique à proprement parler, et le traitement par pompe à insuline ne lui était manifestement pas adapté. Au demeurant, le DAVI utilisé pour ledit traitement était un dispositif invasif et inadéquat dans le cas d'espèce, que la recourante n'avait justifié par aucun document probant.

L'autorité intimée reproche également à la recourante d'avoir prescrit un traitement – inadapté – de corticoïdes à haute dose pour un asthme qualifié de fictif. Les dénonciateurs n'ont relevé qu'une simple suspicion d'asthme sévère, signalé au titre de comorbidité inactive. Sur les six mois d'hospitalisation de la patiente, un seul épisode de gêne respiratoire avait été signalé. Cette dernière avait certes évoqué une « crise d'asthme » mais le personnel soignant avait jugé qu'il n'existait pas, malgré cela, d'argument pour diagnostiquer un asthme. Dès lors, la présence d'un asthme nécessitant un traitement par corticoïdes n'était pas établie.

b. La recourante a expliqué avoir administré une corticothérapie pour soigner l'asthme avéré de sa patiente. Les dénonciateurs avaient eux-mêmes retenu une notion d'asthme sévère avec status post-insuffisance respiratoire en 2014, ayant nécessité de nombreuses hospitalisations et consultations en urgence. Dès lors, le diagnostic d'asthme – posé également par d'autres médecins – était incontestable, et la prescription de corticoïdes était justifiée.

S'agissant des questions liées au diabète, l'un des effets de la corticothérapie était le diabète cortico-induit, qu'il se justifiait ainsi de traiter par insulinothérapie, dans la mesure où cette thérapie permettait d'optimiser le contrôle glycémique. Par ailleurs, le diagnostic de diabète avait aussi été posé par des médecins de la ville.

Le DAVI dont était porteuse la patiente avait eu pour but de contourner les difficultés à effectuer des prises de sang sur elle.

c. Aucun document en possession de la chambre de céans n'indique qu'un autre médecin aurait posé un diagnostic d'asthme chez la patiente de la recourante. Le seul rapport – établi par un gynécologue – que cette dernière cite fait certes état d'un asthme à titre de comorbidité mais le gynécologue n'en fait pas mention dans son diagnostic. Ce rapport ayant été établi à la suite d'une consultation pour un abcès mammaire et après la prise en charge de la patiente par la recourante, la présence d'un asthme à titre de comorbidité a selon toute vraisemblance été retenue uniquement suite à l'anamnèse effectuée par le gynécologue, soit sur la base des déclarations de la patiente. De plus, si la recourante a effectivement fourni des documents mentionnant l'asthme, la chambre de céans constate que ces documents font très souvent état de « suspicion » ou de « notion » d'asthme, sans jamais indiquer un réel diagnostic de cette pathologie. Ainsi, contrairement à ce qu'elle affirme, la recourante ne fournit aucun document confirmant que d'autres médecins auraient également posé un tel diagnostic. Elle n'explique pas non plus en quoi le traitement qu'elle a administré à sa patiente était absolument nécessaire au moment où elle l'a prescrit. Elle se limite à soutenir que le diagnostic qu'elle a posé est incontestable dans la mesure où les dénonciateurs l'ont également reconnu, ce que ces derniers contestent. L'indication – dans la lettre de transfert datée du 18 janvier 2016 – faisant état, dans la rubrique « comorbidités inactives », de « nombreuses hospitalisations pour crise d'asthme sévère » ne suffit pas à retenir que les dénonciateurs ont eux-mêmes posé un diagnostic d'asthme chez la patiente concernée. Elle ne signifie pas non plus que l'asthme, le cas échéant, aurait perduré et qu'il était présent au moment où la patiente a consulté la recourante.

Cette dernière ne démontre pas non plus en quoi un autre traitement moins invasif n'aurait pas convenu, alors que le dénonciateur a pu arrêter l'administration de corticostéroïdes sans que cela n'ait de conséquences négatives sur la santé de la patiente, qui n'a vécu qu'un seul épisode de gêne respiratoire au cours de ses six mois d'hospitalisation. Au demeurant, le dossier des dénonciateurs ne fait état d'aucun test de fonction pulmonaire, ce à quoi les médecins en charge de la patiente pendant son hospitalisation auraient certainement procédé en cas de réelle suspicion d'asthme.

Au vu de ces éléments, on doit retenir que le traitement par corticostéroïdes ne se justifiait pas. La recourante a administré à sa patiente un traitement lourd qui a provoqué chez elle un diabète cortico-induit, une immunosuppression induite

ainsi que des retards dans la cicatrisation, expliquant notamment l'évolution défavorable de son ulcère à la cheville. Ce traitement a eu des conséquences importantes sur sa santé, alors qu'il n'apparaissait pas nécessaire et qu'il aurait pu être remplacé par un traitement plus approprié.

d. De la même manière, contrairement à ce qu'affirme la recourante, aucun document en possession de la chambre de céans n'indique qu'un autre médecin aurait posé un diagnostic de diabète. Elle n'explique pas de façon claire en quoi le traitement par pompe à insuline qu'elle a administré à sa patiente se justifiait. En effet, elle se contente d'énoncer que la corticothérapie – qu'elle a elle-même prescrite pour soigner un asthme non avéré – a provoqué ce diabète, et qu'il convenait de le soigner. Elle n'indique pas non plus qu'un autre traitement moins lourd n'aurait pas convenu. Alors que l'autorité intimée explique la façon dont un diabète devrait être traité, la recourante ne prend pas position à ce sujet, se contentant de dire que son traitement était adéquat dans la mesure où il permettrait d'optimiser le contrôle glycémique. Or, au vu des pièces du dossier, il apparaît que le traitement par pompe à insuline n'est utilisé qu'en cas de diabète sévère et représente le traitement ultime de cette maladie, ce que la recourante ne contredit pas. Elle ne démontre pas que sa patiente souffrait d'un diabète sévère qui aurait nécessité un tel traitement. Au demeurant, les médecins en charge de la patiente pendant son hospitalisation ont réussi à stabiliser les glycémies de cette dernière par des traitements moins invasifs et en arrêtant toute insulinothérapie. Compte tenu de ces éléments, il convient de considérer que la recourante a fondé ses diagnostics sur un examen objectivement insuffisant de la situation de sa patiente, commettant ainsi une violation des règles de l'art.

e. Les difficultés à effectuer des prises de sang sur la patiente ne peuvent justifier la pose d'un DAVI, qui constitue un dispositif invasif et qui comporte des risques de surinfection. Comme l'a relevé l'autorité intimée, la patiente aurait pu bénéficier de la pose d'un cathéter juste avant son intervention chirurgicale. Ainsi, la pose du DAVI chez la patiente constitue une violation des règles de l'art.

Au vu de ce qui précède, l'appréciation de l'autorité intimée, selon laquelle la recourante a violé son devoir d'agir avec soin et diligence, doit être confirmée, et le grief de la recourante à ce sujet doit être écarté.

15) Dès lors que la violation des règles de l'art médical est avérée, il convient de trancher la question de la sanction.

16) Au titre des mesures disciplinaires, l'art. 43 LPMéd dispose qu'en cas de violation des devoirs professionnels, des dispositions de la loi ou de ses dispositions d'exécution, l'autorité de surveillance peut prononcer un avertissement (let. a), un blâme (let. b), une amende de CHF 20'000.- au plus (let. c), une interdiction de pratiquer sous propre responsabilité professionnelle pendant six ans au plus (interdiction temporaire ; let. d) ou une interdiction

définitive de pratiquer sous propre responsabilité professionnelle pour tout ou partie du champ d'activité (let. e).

17) a. En cas de violation des dispositions de la LS, la commission est compétente pour prononcer un avertissement, un blâme et/ou une amende jusqu'à CHF 20'000.- (art. 20 al. 2 LComPS). Si aucune violation n'est constatée, elle procède au classement de la procédure (art. 20 al. 3 LComPS).

b. Toute violation remettant en cause l'intégrité ou la compétence professionnelle du contrevenant, compromettant la sécurité ou la qualité des soins, voire mettant en danger ou affectant la santé d'individus, doit être considérée comme grave et donc faire l'objet d'une sanction (Message du Conseil fédéral du 18 novembre 2015 relatif à la loi fédérale sur les professions de la santé, FF 2015 7925, p. 7964 ; Yves DONZALLAZ, op.cit., p. 2766 n. 5777).

c. En matière disciplinaire, la sanction n'est pas destinée à punir la personne en cause pour la faute commise ; elle vise à assurer, par une mesure de coercition administrative, le bon fonctionnement du corps social auquel l'intéressée appartient. C'est à cet objectif que doit être adaptée la sanction (ACOM/24/2007 du 26 mars 2007 ; Gabriel BOINAY, Le droit disciplinaire de la fonction publique et dans les professions libérales, particulièrement en Suisse, in Revue Jurassienne de Jurisprudence [RJJ], 1998, p. 62 ss). Le choix de la nature et de la quotité de la sanction doit être approprié au genre et à la gravité des violations des devoirs professionnels et ne pas aller au-delà de ce qui est nécessaire pour assurer la protection des intérêts publics recherchée. L'autorité doit tenir compte en premier lieu des éléments objectifs (gravité des violations commises), puis des facteurs subjectifs, tels que les mobiles et les antécédents de l'intéressée. Enfin, elle doit prendre en considération les effets de la mesure sur la situation particulière de la recourante. La nature et la quotité de la sanction doivent respecter le principe de la proportionnalité.

Ainsi, à l'instar de ce qui prévaut en matière de LPMéd, les autorités compétentes disposent d'un large pouvoir d'appréciation dans la fixation d'une sanction disciplinaire prévue par la LComPS (arrêt du Tribunal fédéral 2C_539/2020 du 28 décembre 2020 consid. 5.1).

d. La responsabilité disciplinaire est une responsabilité fondée sur la faute (arrêts du Tribunal fédéral 2C_451/2020 précité consid. 12. 2 ; 2C_379/2009 du 7 décembre 2009 consid. 3.2). Celle-ci joue un rôle décisif pour la fixation de la peine et donc dans l'analyse de la proportionnalité de la mesure. Il ne suffit donc pas qu'un comportement soit objectivement fautif, c'est-à-dire contraire à une injonction. En d'autres termes, la seule illicéité ne suffit pas à justifier une sanction. Il faut aussi que l'auteur de l'acte puisse subjectivement se voir imputer un manquement. Cette faute peut être commise sans intention, par négligence, par inconscience et donc également par simple méconnaissance d'une règle. S'agissant

de son intensité minimale, la jurisprudence énonce de manière constante que seuls des manquements significatifs aux devoirs de la profession justifient la mise en œuvre du droit disciplinaire (ATF 144 II 473 consid. 4.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 2C_451/2020 précité consid. 12.2 ; 2C_832/2017 du 17 septembre 2018 consid. 2.2 ; 2C_280/2017 du 4 décembre 2017 consid. 4.1.1). Cette règle ne saurait toutefois être comprise en ce sens que l'acte concerné doit revêtir une gravité qualifiée pour relever du droit disciplinaire. Certes, sa mise en œuvre ne saurait se justifier pour des manquements très légers et non réitérés aux obligations professionnelles. Cependant, le fait que la grille des sanctions possibles débute par un simple avertissement autorise l'autorité de surveillance à y recourir dès lors qu'il s'agit de rendre le professionnel attentif aux conséquences potentielles d'un comportement. Le droit disciplinaire vise ainsi également à éviter la réalisation future de tels actes, avec les conséquences que ceux-ci peuvent entraîner (arrêts du Tribunal fédéral 2C_451/2020 précité consid. 12.2 ; 2C_222/2019 du 23 juillet 2019 consid. 3.3).

Le droit d'être traité avec soin et diligence et conformément aux règles de l'art constitue l'un des fondements du droit des patients. La violation de ce droit, comme en l'espèce, constitue une faute qui n'est pas légère.

e. En l'espèce, en infligeant un blâme à la recourante, l'autorité intimée a prononcé à son encontre une sanction apte à sauvegarder l'intérêt des patients à bénéficier de soins prodigués dans les règles de l'art. Le sous-principe de nécessité est également respecté, aucune mesure moins incisive n'étant à même d'atteindre le but recherché ; en particulier, un avertissement apparaîtrait comme une sanction trop légère, la faute portant sur plusieurs comportements s'inscrivant dans la durée. Quant au sous-principe de proportionnalité au sens étroit, l'intérêt public précité est prépondérant par rapport à l'intérêt privé de la recourante. Aucune violation du principe de proportionnalité ne saurait ainsi être constatée.

18) La commission de surveillance peut mettre un émolument à charge de la partie qui agit de manière téméraire ou de celui ou celle qui fait un emploi abusif des procédures (art. 11 al. 2 LComPS).

En l'espèce, l'autorité intimée a considéré que la recourante a adopté une attitude d'obstruction à l'instruction du dossier en alléguant que la production de l'intégralité du dossier détenu par le dénonciateur lui était nécessaire pour se déterminer sur les griefs qui étaient formulés à son encontre. Elle a également estimé que la précitée a sollicité des prolongations de délais qui se sont avérées purement dilatoires. Dès lors, elle a mis à sa charge un émolument de CHF 1'000.-.

Les diverses prolongations de délai en cours de procédure se sont avérées effectivement dilatoires, dans la mesure où la recourante n'a entrepris aucune démarche auprès de la commission du secret professionnel pour être déliée de son

secret. De plus, elle ne pouvait pas renoncer à collaborer à l'établissement des faits au seul motif qu'elle avait besoin du dossier en possession des dénonciateurs pour se prononcer sur la cause.

Dès lors, en mettant à charge de la recourante un émolument de CHF 1'000.-, l'autorité intimée n'a pas violé son pouvoir d'appréciation.

Mal fondé, le recours sera rejeté.

19) Au vu de ce qui précède, un émolument de CHF 1'000.- sera mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 87 al. 1 LPA), et aucune indemnité de procédure ne lui sera allouée (art. 87 al. 2 LPA).

* * * * *

PAR CES MOTIFS
LA CHAMBRE ADMINISTRATIVE

à la forme :

déclare recevable le recours interjeté le 12 novembre 2020 par Madame A_____ contre la décision de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients du 12 octobre 2020 ;

au fond :

le rejette ;

met un émolument de CHF 1'000.- à la charge de Madame A_____ ;

dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure ;

dit que conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification par-devant le Tribunal fédéral, par la voie du recours en matière de droit public ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature de la recourante 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 Nicolas Rouiller, avocat de la recourante, ainsi qu'à la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients.

Siégeant : Mme Payot Zen-Ruffinen, présidente, Mme Krauskopf, MM. Verniory, Chenaux et Mascotto, juges.

Au nom de la chambre administrative :

la greffière-juriste :	la présidente siégeant :
J. Poinsot	F. Payot Zen-Ruffinen

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties.

Genève, le	la greffière :