RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3859/2021-PROF **ATA/1084/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre administrative

Arrêt du 1er novembre 2022

dans la cause

Monsieur A_____

contre

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

et

Monsieur B_____

EN FAIT

1) Monsieur A_____, né le _____ 1955, exerce la profession de médecin-dentiste dans le canton de Genève. Il est spécialisé en orthodontie.

2) De 2008 à 2015, M. A_____ a suivi Monsieur B_____ pour un traitement orthodontique.

3) Le 15 juin 2015, il a adressé à son patient, soit pour lui son père, une facture d'un montant total de CHF 967.30, comprenant des honoraires à hauteur de CHF 567.30 et des frais de laboratoire en CHF 400.-, pour les soins donnés du 5 janvier au 29 mai 2015. À côté d'une date inscrite dans la marge, soit le 5 janvier 2015, différents actes étaient précisés, à savoir « pose et dépose d'arcs existants, enlèvements d'une bague/élément aux., positionneur individuel, laboratoire ».

4) Par courrier du 22 mars 2017, Madame C_____, mère du patient, a déposé plainte auprès de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients (ci-après : la commission) à l'encontre de M. A_____.

Ce dernier avait traité son fils, en se montrant très professionnel et à l'écoute. Alors que toutes les factures remises étaient correctes, celle du 15 juin 2015 indiquait de manière erronée des soins effectués en janvier 2015 pour une période de traitement entre janvier et juin 2015. Afin de pouvoir être remboursé par son assurance-maladie, son fils avait retourné ladite facture à M. A_____ pour rectification. Celui-ci avait consulté son dossier, vérifié les dates de traitement et promis d'envoyer un justificatif correct. Elle-même avait réglé la totalité de la facture. Toutefois, malgré plusieurs rappels, y compris de leur assurance, M. A_____ n'avait remis aucune facture corrigée. Comme elle, son fils était assuré auprès de l'assurance mutuelle D_____ (ci-après : D_____).

Étaient joints trois relevés de son compte bancaire indiquant trois paiements à M. A_____, chacun d'un montant de CHF 322.45 en date des 30 juin, 31 juillet et 1er août 2015.

5) Sur demande de la commission, M. B_____, en tant que majeur, a retourné cette plainte contresignée, le 12 avril 2017.

Il était ajouté que M. A_____ ne lui avait pas fourni de nouveau protège-dents après qu'il l'eut informé l'avoir cassé au mois de février 2016. Après l'avoir examiné, M. A_____ lui avait alors assuré qu'il lui en commanderait un nouveau. En ces circonstances, il se demandait s'il avait été privé d'un traitement nécessaire ou si ce protège-dents, lequel n'avait pas été remboursé, n'était pas indispensable.

6) Sur proposition de médiation de la commission, M. A_____ a indiqué, par pli du 7 juillet 2017, ne pas être opposé à une médiation, bien qu'une telle procédure ne lui semblât pas nécessaire pour résoudre cette situation.

La facture précitée était conforme au traitement effectué et ne pouvait être modifiée selon la volonté du patient. Pour donner suite à l'insistance de M. B_____, il avait contacté D_____ qui devait régler la situation, ce qu'elle n'avait apparemment pas fait. Il la recontacterait.

L'appareil de contention réalisé à la fin du traitement relevait d'une procédure tout à fait classique. Cette période de stabilisation variait selon le type de traitement et pouvait durer de quelques mois à plusieurs années. En cas de perte ou destruction de l'appareil de contention après que le patient l'eut porté plusieurs mois, il s'assurait au préalable de la nécessité d'en refaire un. Les contrôles de contention n'étaient pas facturés une fois le traitement terminé. Ces éléments avaient été transmis à M. B_____, lequel aurait pu lui demander des explications au besoin. Il ne le voyait plus depuis deux mois, ce qui ne permettait pas de s'assurer d'un bon suivi.

7) Le 12 juillet 2017, la commission a répondu qu'elle en inférait que M. A_____ n'était pas disposé à se soumettre à une procédure de médiation.

8) Par courrier du 10 août 2017, le bureau de la commission a demandé à M. A_____ d'établir une facture mentionnant que les soins en question avaient été apportés au mois de juin 2015, si cela correspondait à la réalité. Un délai au 31 août 2017 lui était accordé à cette fin.

9) Par courrier du 8 septembre 2017, M. A_____ a répondu qu'il n'était parvenu à joindre D_____ que le 5 septembre 2017. Cette dernière ne semblait avoir aucune trace de la facture du 15 juin 2015. Il restait dans l'attente des résultats de l'investigation.

10) Le 12 septembre 2017, la commission en a accusé réception, en lui demandant de la tenir informée.

11) Par pli du 9 octobre 2017, M. A_____ a indiqué avoir reçu des précisions de D_____.

Il semblait que la facture en cause ne lui avait pas été adressée car M. B_____ n'en bénéficiait pas pour la période concernée. D_____ entendait toutefois assumer tout ou partie de cette facture afin de soulager les parents de M. B_____.

12) Le 7 novembre 2017, M. B_____ a informé la commission que M. A_____ avait envoyé à D_____ la facture concernée, sans la corriger. Il était toujours indiqué que le traitement avait été effectué le 5 janvier 2015 au lieu du 5

juin 2015. M. A_____ ne répondait plus aux appels téléphoniques de D_____. Il maintenait donc sa plainte et demandait que M. A_____ adresse à D_____ une facture comportant une date rectifiée.

13) Par courrier du 15 novembre 2017, la commission a informé le médecin cantonal de l'ouverture d'une procédure disciplinaire à l'encontre de M. A_____.

14) Le même jour, elle en a informé les parties, en impartissant un délai à M. A_____ pour produire le dossier médical du patient et se déterminer sur les griefs formulés à son encontre, soit :

- la non-délivrance d'une nouvelle facture et d'un nouveau justificatif de remboursement au patient avec mention de la date précise des soins effectués (a priori « juin 2015 », au lieu de « janvier à juin 2015 » ou « 5 janvier 2015 »), et

- le non-remplacement d'un protège-dents privant le patient de son traitement ou faisant douter de son utilité initiale.

15) Par pli du 20 novembre 2017, M. A_____ a répondu avoir déjà transmis la facture en cause à D_____, qui lui avait indiqué qu'une solution serait trouvée pour régler cette situation. Il se voyait contraint d'attendre cette issue.

16) Le 7 décembre 2017, la commission a attiré l'attention de M. A_____ sur le fait que deux griefs étaient formulés à son encontre. Il ne se prononçait pas sur la question du non-remplacement du protège-dents du patient.

17) Dans sa détermination du 15 décembre 2017, M. A_____ a fait part de sa surprise quant à l'ouverture de cette procédure, provoquée par la non-transmission de la facture du 15 juin 2015 à D_____ de la part de Mme C_____.

Contrairement à ses allégations, cette dernière savait qu'une solution de remboursement était actuellement en train d'être trouvée. Sans son intervention ni avoir eu besoin de modifier une facture valable, Mme C_____ n'aurait pu prétendre au remboursement de cette facture, puisqu'elle ne l'avait pas transmise et que le délai permettant sa prise en charge était dépassé.

Tous les traitements orthodontiques nécessitaient à la fin une période de stabilisation, ou « contention », au moyen d'appareillages pouvant prendre différentes formes. Les patients en étaient informés en début de traitement. Il n'y avait pas de règles précises permettant de définir la durée de contention ni le type d'appareillage adapté. En cas de perte ou de destruction de l'appareil de contention, il prenait soin de s'assurer par le biais de contrôles réguliers que cette contention était encore nécessaire avant de la refaire et d'engager le patient dans des frais supplémentaires. Il ne s'agissait pas d'une volonté de ne pas remplacer le protège-dents mais plutôt de s'assurer de sa nécessité. M. B_____ en avait été

informé et il avait fourni les explications nécessaires. Le patient ne se présentant plus à ses consultations, il était difficile de surveiller l'évolution de la situation de manière correcte.

18) Par courrier du 26 décembre 2017, M. B_____ a précisé qu'après l'avoir examiné en février 2016, M. A_____ avait conclu à la nécessité de continuer à utiliser l'appareil de contention alors que le sien avait été cassé. M. A_____ lui avait dit qu'il serait contacté une fois que le nouvel appareil serait prêt. Malgré plusieurs relances, il n'avait plus été recontacté par le cabinet de M. A_____. En outre, lorsque ce dernier avait repris la facture en cause au mois de juillet 2015, il l'avait informé que celle-ci n'avait pas été transmise à D_____ et que le délai pour ce faire était d'un an. Il était difficile de comprendre pourquoi, à chaque relance, M. A_____ disait qu'il préparait une nouvelle facture qu'il transmettrait prochainement, alors que tel n'était pas le cas.

19) Le 11 janvier 2019, M. A_____ a indiqué que la facture envoyée à D_____ était la même que celle établie initialement. Elle aurait été remboursée si les parents de M. B_____ l'avaient transmise à D_____. S'agissant de la contention, il maintenait sa position, en regrettant l'incompréhension entre son secrétariat, le patient et lui-même. Il suivait ses patients de longues années sans frais et il n'y avait pas de raison qu'il ne fasse pas de même en l'occurrence. Il n'avait pas d'appareillage en attente pour M. B_____. Il demeurait à sa disposition s'il souhaitait reprendre cette phase de contention.

20) Le 31 mai 2018, la commission a à nouveau demandé à M. A_____ de produire le dossier de M. B_____.

21) Le 26 juin 2018, M. A_____ a répondu avoir transmis tous les éléments en sa possession. Il ne tenait aucun registre de consultation une fois le traitement terminé, s'agissant de « simples contrôles répétitifs » ne faisant l'objet d'aucune facturation. Il adressait néanmoins une copie du « répertoire de laboratoire » montrant que, depuis la fin du traitement de M. B_____, aucune empreinte permettant de réaliser un appareil de contention n'avait été prise. Il ne comprenait pas les motifs justifiant cette procédure disciplinaire.

Était joint un relevé des consultations du cabinet non anonymisé.

22) Le 26 juin 2018, la commission a imparti un ultime délai à M. A_____ pour transmettre la copie du dossier médical de son patient. À défaut, la commission pourrait retenir que celui-ci était inexistant et/ou que les griefs formulés à son encontre étaient établis.

23) Par pli du 9 juillet 2018, M. A_____ a transmis à la commission le dossier médical de M. B_____. Il en ressortait que la facture en cause était conforme aux prestations effectuées et avait été établie selon les prestations codifiées par la

société suisse des médecins-dentistes (ci-après : SSO). Elle était semblable aux autres factures adressées aux parents de M. B_____. Il était peu probable que ce dernier ait eu contact avec D_____ car celle-ci n'avait pas été informée de la facture du 15 juin 2015 avant que lui-même ne prenne contact avec elle.

24) Dans sa détermination finale du 9 novembre 2018, M. A_____ a maintenu sa position, en précisant le déroulement des soins orthodontiques, tels qu'ils avaient été appliqués à M. B_____, et en se fondant sur la littérature médicale pour les justifier.

25) Par courrier du 3 janvier 2019, M. B_____ a relevé que M. A_____ persistait à ne pas expliquer pour quelles raisons il n'avait pas reçu l'appareil de contention. S'il avait décidé plus tard qu'il n'en avait plus besoin, il ne l'en avait pas informé, ni son secrétariat puisque son assistante lui répondait ne pas avoir encore reçu l'appareil de contention. Malgré ses multiples relances, M. A_____ n'avait établi une nouvelle facture que lorsque la commission l'y avait obligé.

26) Sur demande de la commission, M. B_____ a précisé que la nouvelle facture à laquelle il faisait référence était en réalité deux factures établies par M. A_____ au mois de décembre 2017.

Selon lesdits documents, les prestations fournies, identiques à celles indiquées précédemment, étaient désormais séparées en deux factures, datées du 15 juin 2015. D'une part, étaient facturés les honoraires pour la période du 5 janvier au 29 mai 2015, concernant « pose et dépose d'arcs existants, enlèvement d'une bague/élément aux., positionneur individuel », avec l'indication dans la marge de la date du 5 janvier 2015, pour un montant de CHF 567.30. D'autre part, étaient facturés des frais de laboratoires pour un montant de CHF 400.- sous l'intitulé « soins donnés le 8 juin 2015 ».

27) Par courrier non daté, reçu le 4 novembre 2019 par la commission, M. A_____ a constaté que M. B_____ était désormais satisfait d'avoir pu obtenir le remboursement de la facture du 15 juin 2015, alors que celles transmises au mois de décembre 2017 étaient identiques. Il avait uniquement séparé les frais de laboratoire selon la demande de D_____. Il revenait au patient d'adresser les factures à D_____ afin que celles-ci soient prises en charge. C'était bien à la suite des démarches administratives qu'il avait effectuées auprès de D_____ que la facture concernée avait été prise en charge.

28) Le 13 novembre 2019, la commission a informé les parties de la clôture de l'instruction.

29) Par décision du 12 octobre 2021, la commission a infligé un avertissement à M. A_____.

Les soins figurant dans la note d'honoraires du 15 juin 2015 n'avaient pas été prodigués le 5 janvier 2015 comme indiqué dans la version initiale de celle-ci ou celle subséquente, légèrement modifiée. Durant la période considérée, dix consultations avaient eu lieu, mais aucune à la date du 5 janvier 2015. Les soins concernés par la facture n'avaient pas non plus tous eu lieu à la même date, vu la comparaison entre les soins listés dans la note d'honoraires et les différentes consultations intervenues entre les mois de janvier et de juin 2015. Le patient avait ainsi à raison demandé la modification de ladite facture, indépendamment de savoir si elle avait déjà été soumise à son assurance et son remboursement refusé.

Concernant le grief de l'absence de remplacement de l'appareil de contention, l'établissement des faits de la cause avait été rendu laborieux en raison de l'absence de dossier médical correctement tenu et des explications peu claires de M. A_____. Il était établi que l'appareil de contention du patient s'était cassé en février 2016 et qu'une consultation avait eu lieu à ce moment-là. Aucune information à ce sujet ne découlait cependant du dossier médical du patient, M. A_____ ayant admis qu'il ne documentait pas les consultations de contrôle. En dépit des divergences des versions des parties et des propos contradictoires de M. A_____ à cet égard, il fallait retenir que ce dernier avait violé ses obligations professionnelles. S'il s'avérait que M. A_____ avait décidé de continuer la contention, il n'était pas acceptable qu'il ne soit pas revenu vers le patient et ne lui ait pas remis l'appareil dans un délai raisonnable. Si la réévaluation avait mené à la conclusion que la continuité de la contention n'était plus indiquée, M. A_____ affirmait avoir donné les explications au patient, que celui-ci n'avait manifestement pas comprises. Aucun élément du dossier ne venait toutefois corroborer les affirmations de M. A_____ selon lesquelles les informations nécessaires relatives à l'abandon de la contention avaient été transmises au patient.

Le dossier médical du patient transmis était incomplet. Seules des notes de suite pour la période du 7 janvier 2014 au 12 novembre 2015 s'y trouvaient, alors que M. A_____ avait suivi le patient de 2008 à 2016.

M. A_____ avait produit deux documents en cours de procédure révélant les noms d'autres patients que celui concerné. Le « répertoire de laboratoire » mentionnait, en sus des noms des patients, les dates des empreintes et de la pose des appareillages, ainsi que le type d'appareillage utilisé. En procédant de la sorte, M. A_____ avait violé le secret médical.

30) Par acte remis à la poste le 11 novembre 2021, M. A_____ a recouru auprès de la chambre administrative de la Cour de justice (ci-après : la chambre administrative) contre la décision précitée.

31) Par courrier du 19 novembre 2021, M. A_____ a, à la demande du juge délégué, complété son acte de recours, en relevant que la commission avait

commis « de nombreuses erreurs d'interprétation péjorant clairement [sa] position ».

Contrairement à ce qu'avait retenu la commission, le patient ne souhaitait pas modifier la date initiale figurant sur la facture. Il demandait un changement de la période de facturation afin de pouvoir bénéficier d'un meilleur remboursement, ce qui était illégal. Dans le cadre de son traitement, le patient avait reçu plusieurs factures du même type sans soulever la moindre observation. Ce procédé était conforme aux procédures en vigueur au sein de la profession et admis par les assurances. Bien qu'il ait fourni le compte rendu détaillé des dates de consultation, conforme à la période de facturation mentionnée sur la facture, la commission persistait à considérer que la date citée en marge de la facture constituait la seule date de facturation concernée, alors que tel n'était pas le cas. Dite date ne constituait que le point de départ ouvré de la période de facturation mentionnée clairement sur la facture. Le patient n'avait pas adressé cette facture à D_____, de sorte qu'il n'avait pu être remboursé. Cette facture avait été réglée par D_____ dès qu'il la lui avait lui-même adressée directement. Il refusait d'être réprimandé sans raison et demandait l'annulation de l'avertissement infligé.

32) M. B_____ a conclu au rejet du recours.

Le préjudice psychologique que sa famille et lui avaient vécu aurait pu être évité si M. A_____ avait corrigé les dates erronées sur la facture du 15 juin 2015 qu'il lui avait donnée à la fin de son traitement. Son traitement avait duré plusieurs années et s'était achevé au mois de juin 2015 avec le retrait de l'appareil dentaire et la fourniture d'un appareil de contention. Plusieurs factures lui avaient été remises au cours du traitement sans qu'il n'y ait de problème. La période de traitement indiquée sur la dernière facture, soit janvier-mai 2015, n'était pas correcte car le traitement avait été fini au mois de juin 2015. Il avait alors expliqué à M. A_____ que, son assurance ayant changé dès le 1er juin 2015, il était important que les dates correctes soient mentionnées sur la facture. M. A_____ avait vérifié les dates immédiatement et repris la facture afin de la corriger. Il l'avait toutefois conservée, de sorte que ladite facture n'avait pas pu être transmise à D_____. Après quelques mois, il avait relancé M. A_____ afin de pouvoir obtenir le remboursement des soins. Ce dernier lui avait répondu qu'il allait recevoir la facture prochainement. Bien que ses parents et une collaboratrice de D_____ aient rappelé à M. A_____ que sans facture, il ne pouvait pas obtenir le remboursement, il ne l'avait pas renvoyée. Ainsi, sa mère avait écrit à la commission afin de demander de l'aide. L'intervention de la commission lui avait permis d'obtenir la facture en question.

33) M. A_____ a persisté dans sa position et ses précédents développements.

La facture en question comportait une période de traitement démarrant le premier jour ouvrable de la période et se terminant à la date du dernier traitement.

Elle incluait les différents traitements effectués durant cette période. La date indiquée en marge du détail de prestations rappelait la date initiale de la période. Tant le patient que la commission indiquaient à tort que tous les traitements effectués avaient été facturés le 5 janvier 2015. Le patient n'avait pas adressé cette facture à son assurance. Il n'était pas autorisé à modifier les dates de consultations sur demande du patient, même si la période concernée ne lui permettait pas d'obtenir un remboursement intégral de sa facture. Le fait de suspendre la procédure en cas de perte ou de destruction d'un appareil de contention, tout en maintenant une surveillance régulière, était fondé sur des données documentées dans la littérature récente. Il n'avait aucun intérêt à priver un patient d'un appareil dont ce dernier assumerait le coût.

34) Sur quoi, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1) Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable de ce point de vue (art. 132 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 - LOJ - E 2 05 ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10 ; 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) a. Selon l'art. 65 LPA, l'acte de recours contient, sous peine d'irrecevabilité, la désignation de la décision attaquée et les conclusions du recourant (al. 1). Il contient également l'exposé des motifs ainsi que l'indication des moyens de preuve (al. 2).

Compte tenu du caractère peu formaliste de cette disposition, la jurisprudence fait preuve d'une certaine souplesse s'agissant de la manière dont sont formulées les conclusions du recourant. Le fait qu'elles ne ressortent pas expressément de l'acte de recours n'est, en soi, pas un motif d'irrecevabilité, pour autant que l'autorité judiciaire et la partie adverse puissent comprendre avec certitude les fins du recourant. Ainsi, une requête en annulation d'une décision doit être déclarée recevable dans la mesure où le recourant a, de manière suffisante, manifesté son désaccord avec la décision ainsi que sa volonté qu'elle ne déploie pas d'effets juridiques (ATA/433/2022 du 26 avril 2022 consid. 2a).

b. En l'espèce, le recourant, qui n'est pas assisté d'un avocat, n'a pas pris de conclusions formelles dans son acte de recours du 11 novembre 2021. On comprend toutefois de son écriture, complétée le 19 novembre 2021, qu'il demande l'annulation de l'avertissement qui lui a été infligé et en conteste les motifs.

Le recours est donc recevable aussi sous cet angle.

3) Le litige porte sur la conformité au droit de la décision de la commission du 12 octobre 2021, infligeant au recourant un avertissement pour violation de ses obligations professionnelles, en particulier son obligation d'agir avec soin et diligence, d'information et de tenue d'un dossier médical, ainsi que de son secret médical.

4) Selon l'art. 61 al. 1 LPA, le recours peut être formé pour violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a) et pour constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b). Les juridictions administratives n'ont pas compétence pour apprécier l'opportunité de la décision attaquée, sauf exception prévue par la loi (art. 61 al. 2 LPA), hypothèse non réalisée en l'espèce.

Il n'en résulte toutefois pas que l'autorité est libre d'agir comme bon lui semble (ATA/1300/2021 du 30 novembre 2021 consid. 6). Il y a abus du pouvoir d'appréciation lorsque l'autorité, tout en restant dans les limites du pouvoir d'appréciation qui est le sien, se fonde sur des considérations qui manquent de pertinence et sont étrangères au but visé par les dispositions légales applicables, ou viole des principes généraux de droit tels que l'interdiction de l'arbitraire et de l'inégalité de traitement, le principe de la bonne foi et le principe de la proportionnalité (ATF 137 V 71 consid. 5.1 ; 123 V 150 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_37/2020 du 7 septembre 2020 consid. 5.1).

5) a. Le 1er septembre 2007 est entrée en vigueur la loi fédérale sur les professions médicales universitaires du 23 juin 2006 (LPMéd - RS 811.11). Certains des articles de cette loi ont fait l'objet d'une modification entrée en vigueur le 1er janvier 2018, puis le 1er février 2020. Toutefois, ces modifications n'ont pas d'effet sur l'objet du présent litige, si bien que c'est la LPMéd dans sa teneur la plus récente qui sera exposée ci-dessous.

b. La LPMéd a notamment pour but d'établir les règles régissant l'exercice de la profession de médecin à titre d'activité économique privée sous propre responsabilité professionnelle (art. 1 al. 3 let. e et art. 2 al. 1 let. a LPMéd). Au titre des devoirs professionnels, l'art. 40 LPMéd prévoit que les personnes qui exercent une profession médicale universitaire sous leur propre responsabilité professionnelle 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 (let. a), garantir les droits du patient (let. c) et observer le secret professionnel conformément aux dispositions applicables (let. f).

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).

c. Les devoirs professionnels ou obligations professionnelles sont des normes de comportement devant être suivies par toutes les personnes exerçant une même profession. En précisant les devoirs professionnels dans la LPMéd, le législateur poursuit un but d'intérêt public. Il ne s'agit pas seulement de fixer les règles régissant la relation individuelle entre patients et soignants, mais aussi les règles de comportement que le professionnel doit respecter en relation avec la communauté. Suivant cette conception d'intérêt public, le respect des devoirs professionnels fait l'objet d'une surveillance de la part des autorités cantonales compétentes et une violation des devoirs professionnels peut entraîner des mesures disciplinaires (ATA/941/2021 du 14 septembre 2021 consid.7d et les références citées).

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).

6) a. Au niveau cantonal, les droits et devoirs des professionnels de la santé sont traités dans la loi sur la santé du 7 avril 2006 (LS - K 1 03), qui s'applique à tous les professionnels de la santé (art. 71A et 80 LS), notamment les personnes exerçant la profession médicale universitaire de médecin (art. 1 al. 1 let. a du règlement sur les professions de la santé du 22 août 2006 - RPS - K 3 02.01).

Une modification législative entrée en vigueur le 2 juin 2021 a modifié les articles y relatifs. Toutefois, en l'absence de dispositions transitoires, la loi applicable est celle en vigueur au moment où les faits pertinents pour le point à trancher se sont produits (ATF 140 II 134 consid. 4.2.4), de sorte qu'il sera uniquement fait référence aux dispositions de la LS dans leur ancienne teneur (ATA/941/2021 précité consid.7c).

b. Les principaux droits du patient sont énumérés aux art. 42 et ss 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 (art. 45 LS) et du choix libre et éclairé (art. 46 LS).

Le patient a le droit d'être informé de manière claire et appropriée notamment sur les traitements et interventions possibles, leurs bienfaits et leurs risques éventuels (art. 45 al. 1 let. b LS). Dans les limites de ses compétences, tout professionnel de la santé s'assure que le patient qui s'adresse à lui a reçu les informations nécessaires afin de décider en toute connaissance de cause (art. 45 al. 4 LS), aucun soin ne pouvant être fourni sans le consentement libre et éclairé du patient capable de discernement (art. 46 al. 1 LS).

Le devoir d'information conditionne l'exercice par le patient de son droit à l'autodétermination en matière médicale rattaché à la liberté personnelle garantie

par l'art. 10 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) notamment. 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). Le non-respect de ce droit, même dans l'intérêt thérapeutique du patient, constitue une grave atteinte à la liberté personnelle (arrêt du Tribunal fédéral 2C_451/2020 du 9 juin 2021 consid. 6.2.3 et les références citées).

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). La qualité de l'information doit être adaptée aux atteintes non voulues que l'acte médical peut engendrer et doit en particulier porter sur les risques. Ainsi, la nature et la gravité de ceux reconnus par la science médicale doivent être révélées aux patients, à l'exception des risques atypiques et inhabituels ainsi que ceux inhérents à toute intervention médicale (ATA/916/2018 du 11 septembre 2018 consid. 4d et les références citées).

L'information n'est pas soumise à une forme particulière. Selon l'art. 45 al. 2 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 consid. 1.4.2 et la jurisprudence citée in SJ 2012 I 276 ; ATA/473/2018 du 15 mai 2018 consid. 6c et les références mentionnées).

c. Par ailleurs, tout professionnel de la santé pratiquant à titre dépendant ou indépendant doit tenir un dossier pour chaque patient (art. 52 al. 1 LS). Ledit dossier comprend 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. 53 LS). L'art. 57 LS précise que les éléments du dossier doivent être conservés aussi longtemps qu'ils présentent un intérêt pour la santé du patient, mais au moins pendant dix ans dès la dernière consultation (al. 1). Si aucun intérêt prépondérant pour la santé du patient ou pour la santé publique ne s'y oppose, le dossier est détruit après vingt ans au plus tard (al. 2).

d. Selon l'art. 86 LS, le professionnel de la santé est également tenu au secret professionnel (al. 1), dont il peut être délié par le patient ou, s'il existe de justes motifs, par l'autorité supérieure de levée du secret professionnel (al. 2).

7) La commission, instituée par l'art. 10 LS, est chargée de veiller au respect des prescriptions légales régissant les professions de la santé et les institutions de santé visées par la LS et au respect du droit des patients (art. 1 al. 2 LComPS).

Compte tenu du fait qu'elle est composée de spécialistes, mieux à même d'apprécier les questions d'ordre technique, la chambre de céans s'impose une certaine retenue (ATA/940/2021 du 14 septembre 2021 consid. 13 et les références citées).

8) En l'espèce, quatre manquements sont reprochés au recourant, à savoir le fait de ne pas avoir rectifié les dates des soins indiquées sur la facture du 15 juin 2015, de ne pas avoir correctement informé son patient du déroulement de la phase de contention, en particulier de la nécessité ou non de disposer d'un nouvel appareil de contention, de ne pas avoir tenu de manière diligente le dossier médical du patient et d'avoir violé son secret médical en fournissant des pièces non anonymisées.

S'agissant de la rectification de la facture du 15 juin 2015, le recourant ne s'explique pas sur la raison pour laquelle il n'a pas corrigé avant le mois de décembre 2017, l'unique date du 5 janvier 2015 indiquée dans la marge des soins fournis. En effet, il se perd dans de nombreuses digressions relatives au remboursement de ladite facture et à l'intervention de D_____, sans toutefois contester le fait que le patient lui avait effectivement demandé, au mois de juillet 2015, de corriger la facture du 15 juin 2015. Il ne précise pas non plus pour quelles raisons la date du 5 janvier 2015 ne pouvait pas être corrigée, tandis qu'il admet que l'ensemble des soins ont été fournis sur une période s'étendant de janvier à juin 2015. Contrairement aux allégations du recourant, c'est bien la modification de la facture en question au mois de décembre 2017, afin de mentionner les soins fournis au mois de juin 2015, qui a permis le remboursement de ceux-ci. Cette situation corrobore les propos du patient. Ainsi, tel que l'a relevé la commission, la question n'était pas de savoir si le recourant avait fait les démarches auprès de D_____, mais bien plutôt pourquoi lui-même n'avait pas remis au patient une facture conforme lui permettant de les entreprendre.

Les déclarations des parties divergent également quant à l'éventuelle fourniture d'un nouvel appareil de contention. En toute hypothèse, il apparaît que quelle que soit l'approche – la nécessité de fournir ou non un nouvel appareil de contention au patient –, force est de constater que l'intéressé n'a pas disposé des informations suffisantes pour être correctement informé du déroulement de la phase de contention dans son cas. Le recourant reconnaît que le patient avait interrompu sa phase de contention seulement deux mois avant le dépôt de sa plainte, sans contester que celui-ci avait tenté de le joindre. Il se contente de mentionner un protocole général fondé sur la littérature médicale, sans indiquer ce qu'il en était précisément en l'occurrence. Il ne contredit pas davantage

l'existence d'un examen au mois de février 2016 sans toutefois pouvoir en documenter le contenu.

Ce dernier aspect amène à constater, avec la commission, que le dossier médical du patient, fourni après de multiples demandes, ne comporte pas la totalité des documents relatifs à son suivi. Alors que celui-ci a débuté en 2008 et duré jusqu'en 2016, le recourant ne conteste pas que seules y figurent des notes de suite pour la période du 7 janvier 2014 au 12 novembre 2015. Le fait que le recourant ait admis ne pas tenir de registre de consultations une fois la « phase active » du traitement orthodontique terminée, le confirme. Force est donc de retenir que le dossier médical du patient est incomplet.

Dans ses diverses écritures, le recourant ne se prononce d'ailleurs pas à ce sujet, ni sur celui de la violation de son secret médical. Bien que, dès l'ouverture de la procédure disciplinaire au mois de novembre 2017, la commission ait expressément informé le recourant que, dans le cadre de cette instruction, il était de jure délié de son secret professionnel à l'égard du patient, il n'a pas hésité à transmettre des copies du « registre de laboratoire » comportant les noms, prénoms, types d'appareillages, dates des empreintes et des poses des appareils entre les 11 juin 2015 et 13 juillet 2016. Selon son obligation de garder le secret médical, le recourant ne pouvait cependant révéler des informations médicales concernant d'autres patients que celui concerné par la présente procédure.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que la commission n'a pas abusé de son pouvoir d'appréciation en reprochant au recourant d'avoir violé ses obligations de soin et de diligence, d'information et de tenue du dossier médical du patient, ainsi que son secret professionnel.

Le principe d'une sanction est par conséquent acquis.

9) Le recourant conteste la sanction infligée à son encontre.

a. 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).

Selon l'art. 127 al. 1 LS, les autorités compétentes pour prononcer des sanctions administratives à l'encontre des professionnels de la santé sont les suivantes : a) la commission, le médecin cantonal ou le pharmacien cantonal, s'agissant des avertissements, des blâmes et des amendes jusqu'à CHF 20'000.- ;

b) le département, s'agissant de l'interdiction de pratiquer une profession de la santé, à titre temporaire, pour six ans au plus ; c) le département, s'agissant de l'interdiction de pratiquer une profession de la santé, à titre définitif, pour tout ou partie du champ d'activité ; d) le département, s'agissant de l'interdiction d'exercer une profession médicale universitaire sous la surveillance professionnelle d'un professionnel de la santé. Selon l'art. 127 al. 5 LS, l'amende peut être prononcée en plus de l'interdiction de pratiquer.

b. 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 (ATA/388/2022 du 12 avril 2022 ; 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'intéressé. Enfin, elle doit prendre en considération les effets de la mesure sur la situation particulière du recourant. 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).

c. 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 et professionnelles constitue l'un des fondements du droit des patients. La violation de ce droit, comme en l'espèce, constitue une faute.

d. En l'espèce, en infligeant un avertissement au recourant, 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 et professionnelles. Le sous-principe de nécessité est également respecté, aucune mesure moins incisive n'étant à même d'atteindre le but recherché ; l'avertissement étant la sanction la plus légère pour une 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 du recourant. Aucune violation du principe de proportionnalité ne saurait ainsi être constatée.

Mal fondé, le recours sera rejeté.

10) Au vu de ce qui précède, un émolument de CHF 1'000.- sera mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 87 al. 1 LPA), et aucune indemnité de procédure ne lui sera allouée. Aucune indemnité de procédure ne sera versée au patient, qui comparaît en personne (art. 87 al. 2 LPA).

* * * * *

PAR CES MOTIFS
LA CHAMBRE ADMINISTRATIVE

à la forme :

déclare recevable le recours interjeté le 11 novembre 2021 par Monsieur A_____ contre la décision de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients du 12 octobre 2021 ;

au fond :

le rejette ;

met un émolument de CHF 1'000.- à la charge de Monsieur 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 Monsieur A_____, à la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, ainsi qu'à Monsieur B_____.

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

Au nom de la chambre administrative :

le greffier-juriste :	la présidente siégeant :
F. Scheffre	F. Payot Zen-Ruffinen

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties.

Genève, le la greffière :