RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/57/2021-PATIEN **ATA/941/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre administrative

Arrêt du 14 septembre 2021

dans la cause

Monsieur A_____
représenté par Me Livio Natale, avocat

contre

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

et

Monsieur B_____
représenté par Me Nicolas GAGNEBIN, avocat

EN FAIT

1) Monsieur A_____, né le _____ 1969, a subi un infarctus du myocarde en 2008 pour lequel il a été traité par angioplastie au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV).

En 2015, l'intéressé a subi une coronarographie en raison d'une récidive d'angor. La mise en place de stents au niveau de l'artère coronaire droite et de l'artère circonflexe a été réalisée à la Clinique C_____ à Lausanne.

2) Le 10 octobre 2016, le Docteur D_____, spécialiste en médecine interne, a établi deux certificats médicaux à la demande de M. A_____. Le premier indiquait que le patient n'avait plus la capacité d'effectuer un travail physique sur les chantiers. Le second indiquait qu'il suivait régulièrement M. A_____ depuis le 25 août 2014 pour les problèmes de santé suivants : cardiopathie ischémique, palpitations sur extrasystoles supra ventriculaires de haute incidence, hypertension artérielle labile avec crises hypertensives, troubles anxio-dépressifs avec malaises et vertiges fréquents, troubles digestifs fonctionnels, sésamoïdite du gros orteil gauche suite à un traumatisme en avril 2016. En raison de ces différents problèmes, il estimait que l'intéressé ne pouvait plus reprendre une activité sur les chantiers impliquant des efforts physiques et du travail en hauteur.

3) Le 23 janvier 2018, M. A_____ a consulté pour la première fois le Docteur B_____, médecin praticien FMH à Genève. La prise de sang prescrite par celui-ci en vue d'un bilan sanguin a été effectuée le 25 janvier 2018.

4) Le 29 janvier 2018, M. A_____ s'est rendu à une seconde consultation chez le Dr B_____. Selon ses résultats sanguins, son taux de cholestérol était élevé et il présentait une carence en vitamine D.

Le même jour, le Dr B_____ lui a remis une ordonnance pour un emballage de trente comprimés de Crestor 5 mg, à raison d'un comprimé par jour, et pour une boîte d'aspirines 500 mg à prendre en cas de douleurs.

5) Le 5 février 2018, M. A_____ s'est à nouveau rendu chez le Dr B_____ pour y subir un électrocardiogramme.

À cette occasion et à sa demande, le Dr B_____ lui a remis une « attestation médicale » selon laquelle il certifiait, sur la base du dossier médical du Dr D_____, ancien médecin traitant de M. A_____, et de l'examen effectué à son cabinet, que l'intéressé était inapte au travail sur le chantier et au travail de nuit. Il priait le patient de prendre toutes les mesures pour une reconversion professionnelle.

6) Le même jour, Madame E_____, assistante sociale auprès de l'Hospice général (ci-après : l'hospice), a indiqué par courriel à M. A_____ avoir pris connaissance du certificat de son médecin. Elle l'informait toutefois que, pour poursuivre l'aide, elle avait besoin d'un certificat d'incapacité de travail à 100 % pour le mois de février 2018.

7) Le 5 février 2018 également, le Dr B_____ a écrit à la Docteure F_____, spécialiste FMH en médecine interne et en cardiologie, en la remerciant de convoquer M. A_____, le « patient coronarien qui [avait] délaissé sa prise en charge cardiologique en 2015 », qui était « peu compliant quant aux traitements médicamenteux » et qui refusait les aspirines cardio.

Au sujet des problèmes et habitudes du patient, il était notamment indiqué une ancienne consommation d'alcool à risque, arrêtée depuis, ainsi qu'un tabagisme actif (un demi-paquet par jour).

8) Par courriel du 7 février 2018, le Dr B_____ a demandé à Mme E_____ pour quel motif la remise d'un certificat médical attestant d'une inaptitude au travail de nuit et sur chantier n'était pas suffisante.

Cette dernière lui a répondu le 8 février 2018 que l'aide financière pour les indépendants ne pouvait excéder trois mois. Au terme de cette période, soit l'indépendant maintenait son activité mais ne pouvait plus être aidé par l'hospice, soit il la cessait et se faisait radier du RC s'il était enregistré. M. A_____, qui avait déjà bénéficié d'une aide pendant trois mois, pourrait obtenir une prolongation de trois mois de ladite aide s'il présentait un « certificat d'incapacité à 100 % de travail mensuel ».

9) Le 9 février 2018, le Dr B_____ a établi un nouveau certificat médical attestant de l'incapacité totale de travail de M. A_____ en février 2018 « dans son métier d'indépendant ». Il était précisé qu'il avait été rappelé au patient qu'il devait cesser « son activité professionnelle indépendante actuelle » et penser à une reconversion professionnelle et que le « certificat ne [serait] pas reconduit au-delà du mois de février ».

10) Le 1er mars 2018, M. A_____ a contacté le secrétariat du Dr B_____ pour fixer une consultation suite à des douleurs intercostales qu'il avait ressenties en nettoyant sa voiture.

Il a alors été invité à prendre directement contact avec les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) pour y réaliser des radiographies.

11) Le 9 mars 2018, les HUG ont transmis au Dr B_____ le « résumé du séjour » relatif à la consultation de M. A_____ le 1er mars 2018 pour des douleurs costales postérieures.

L'examen physique n'avait pas permis de constater d'hématomes ou de plaie et les radiographies avaient permis d'exclure un pneumothorax ou d'autres anomalies visibles.

M. A_____ a été mis en arrêt de travail à 100 % du 1er au 7 mars 2018 et s'est vu remettre une ordonnance pour de l'ibuprofène et du paracétamol. Le document précisait encore que le suivi était effectué par le médecin traitant.

12) Par courrier du 9 mars 2018 également, la Dre F_____ a communiqué au Dr B_____ les résultats des analyses et tests cardiologiques de M. A_____, relevant que le traitement comportait du Coveram ainsi que du Crestor, lequel avait été récemment introduit.

Une prise en charge de tous les facteurs de risques cardiovasculaires avait été entamée. Le patient avait pu entendre qu'une abstinence complète au tabac était nécessaire et qu'un traitement d'aspirine cardio était indiqué à vie dans sa situation. Vu la cicatrice d'infarctus, un traitement par bétabloquant devait être instauré. Après discussion, le patient ne souhaitait pas reprendre des molécules pour les motifs suivants « hématomes sur aspirine cardio et diarrhées sur bétabloquants ».

Elle lui proposait de contrôler le bilan lipidique du patient quatre à six semaines après l'introduction du traitement par Crestor et au besoin de majorer la posologie afin d'obtenir un taux de cholesterol inférieur à 1,8 mmol/l.

M. A_____ allait prochainement bénéficier d'une mesure ambulatoire de la pression artérielle (ci-après : MAPA) afin de contrôler sa tension artérielle sous bithérapie.

Afin d'améliorer le contrôle de ses facteurs de risques cardiovasculaires, lesquels étaient peu contrôlés, elle avait demandé une réadaptation cardiovasculaire à l'hôpital de Beau-Séjour. Elle lui avait également proposé une évaluation cardiologique au minimum annuelle, mais restait à disposition en cas d'apparition de symptôme.

13) Le 24 avril 2018, M. A_____ a adressé un courrier au Dr B_____ pour lui faire part de plusieurs griefs.

Les résultats de la prise de sang avaient démontré qu'il avait un manque de vitamine D et il lui avait été alors proposé de faire une injection. Il ne lui avait toutefois fait ni injection ni ordonnance pour l'acheter. La prise de sang avait également révélé que son cholestérol était trop haut, raison pour laquelle il lui avait conseillé de prendre des médicaments. Comme déjà exposé, il avait arrêté de prendre les statines car les effets secondaires étaient trop lourds pour lui permettre de vivre normalement. Sur ses conseils, il avait pris de la Rosuvastatine 5 mg. Il

se demandait toutefois si ce médicament avait un effet positif si une nouvelle prise de sang n'était pas réalisée par son médecin.

Comme il le lui avait expliqué, il avait arrêté de prendre l'aspirine cardio à cause des saignements que cela provoquait lorsqu'il allait aux toilettes. Il avait subi une coloscopie et la Docteure G_____ avait constaté qu'il avait deux hémorroïdes internes. Il pensait qu'une fois ce problème réglé, il pourrait reprendre l'aspirine cardio.

Il prenait du Coveram 5 mg/5 mg et de la Rosuvastatine 5mg. Il attendait de recevoir les résultats de la prise de sang effectuée début avril 2018 à l'hôpital de Beau-Séjour durant sa thérapie de réadaptation cardiaque.

Il sollicitait par ailleurs une ordonnance à remettre à son assurance maladie pour la prise en charge de la facture de la cardiologue.

Finalement, son état de santé ne lui permettait pas de faire les efforts liés au travail sur un chantier et s'il entendait le conseil qu'il lui avait donné de changer de travail, cela n'était pas évident, notamment au vu de son âge. Il lui fallait du temps. S'il pensait que depuis le 1er mars 2018 il était apte à reprendre son travail à 100 %, il devait le lui indiquer par écrit. Si ce n'était pas le cas, il avait besoin d'un certificat de maladie de sa part pour les mois de mars et avril 2018. Il allait démarrer six semaines de réadaptation et ne pouvait pas travailler.

14) Par courrier du 2 mai 2018, le Dr B_____ a informé M. A_____ qu'à la lecture de sa lettre du 24 avril 2018, la relation de confiance était rompue. Il ne pouvait accepter de continuer à le suivre, et sa décision était irrévocable. Le dossier médical électronique succinct en sa possession serait transmis à son successeur, à réception de son identité.

15) Par courrier du 4 mai 2018, la Dre F_____ a indiqué au Dr B_____ avoir eu un entretien téléphonique « fort désagréable et empreint d'agressivité » avec M. A_____ la veille au sujet de ses questions sur la MAPA. Plusieurs points rendaient la suite de sa prise en charge impossible. Ses tentatives d'explications de la MAPA avaient été vaines, et le patient avait exprimé ses doutes sur ses compétences médicales pour l'interprétation de ce test. Il avait exigé de refaire ce test, à ses conditions, en utilisant la menace de poursuites judiciaires et du non-paiement de la facture. Il apparaissait que leur relation patient-médecin n'avait aucune chance d'être constructive médicalement et utile pour sa prise en charge médicale toutefois nécessaire. Elle ne souhaitait ainsi plus être impliquée dans sa prise en charge médicale et proposait de l'adresser à la polyclinique de cardiologie des HUG, où il pourrait effectuer son suivi cardiologique, jusqu'alors peu satisfaisant.

16) Le 9 mai 2018, le Dr B_____ a adressé au service cantonal des véhicules (ci-après : SCV) un certificat médical concernant M. A_____ à teneur duquel ce dernier ne satisfaisait pas aux exigences médicales minimales.

Il précisait notamment : « antécédents cardiaques graves, avec remise en question du suivi et des traitements. Conflit avec les médecins et refus de traitement. Risque d'un nouvel événement cardiovasculaire élevé avec perte de maîtrise du véhicule ».

17) Par décision du 15 mai 2018, la direction générale des véhicules (ci-après : DGV) a prononcé le retrait du permis de conduire de M. A_____ pour une durée indéterminée.

Le Dr B_____, médecin-conseil de la DGV, l'avait déclaré inapte à la conduite de tout véhicule à moteur par son certificat médical du 9 mai 2018. Ledit médecin l'avait informée que M. A_____ avait remis en cause son suivi et ses traitements suite à ses antécédents cardiaques. La décision était prononcée au vu du refus de traitement et du risque d'un nouvel événement cardio-vasculaire élevé, avec potentielle perte de maîtrise du véhicule. La mesure ne serait levée que sur présentation d'un certificat médical favorable émanant du Dr B_____.

18) Par courrier du 8 juin 2018 intitulé « courrier de réadaptation » adressé au Dr B_____, les Docteurs H_____ et I_____ont indiqué que M. A_____ avait suivi un programme ambulatoire de réadaptation et prévention cardiaque du 25 avril au 6 juin 2018.

L'événement cardiaque n'était pas en soi une contre-indication à la conduite automobile. La compliance durant le programme avait été bonne, hormis la prise d'aspirine en raison de saignements sur hémorroïdes.

19) Par courrier du 12 juillet 2018, la DGV a informé M. A_____ qu'à la lecture de la lettre précitée, le Dr B_____ avait indiqué qu'il maintenait son certificat médical d'inaptitude à la conduite du 9 mai 2018. Une levée de mesure ne pourrait être ainsi prononcée qu'à réception d'un certificat favorable du Dr B_____.

20) Le 30 juillet 2018, M. A_____ a saisi la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients d'une plainte à l'encontre du Dr B_____.

Après avoir fait état des différents rendez-vous avec ce dernier et de ses derniers traitements médicaux, il a relevé que le Dr B_____ ne lui avait ni administré ni prescrit la vitamine D pour laquelle il avait pourtant une carence grave. Il ne lui avait pas remis un certificat médical mais une simple attestation. Il n'avait pas ordonné la prise de sang de contrôle du cholestérol après un délai de trente jours. Le médecin n'avait pas non plus renouvelé son ordonnance de

Crestor, de sorte qu'il s'était retrouvé sans traitement pendant trois mois. Il avait également refusé de le prendre en charge après son accident du 1er mars 2018. Il avait en outre produit un certificat médical mensonger, sans l'en informer auparavant et l'avait envoyé directement à la DGV. Cela avait abouti à une interdiction de conduire.

Cette succession d'événements l'avait placé dans une situation physique et psychologique extrêmement dégradée. Il était dans l'incapacité de travailler, sans que le Dr B_____ le certifie officiellement. Il était resté sans traitement, ce qui avait péjoré son taux de cholestérol. Il s'était retrouvé abusivement privé de son permis de conduire. Il se trouvait dans un état de stress permanent, accompagné d'insomnies, d'importants problèmes gastriques, de palpitations et dans un « inconfort de vie à la limite du supportable ». Il avait été pris en charge, à sa demande, psychologiquement dès le début de la réadaptation cardiovasculaire. Il avait par ailleurs été adressé à un proctologue afin de régler le problème de la prise de l'aspirine cardio.

21) Par décision du 11 septembre 2018, la DGV a prononcé la levée de la mesure de retrait de permis et a restitué son permis à M. A_____.

Dès lors que les avis médicaux présentés étaient contradictoires, il s'était soumis à une expertise médicale auprès de l'unité de médecine et psychologie du trafic du Centre universitaire romand de médecine légale (ci-après : CURML), laquelle avec conclu à son aptitude à la conduite, au vu de l'absence d'ischémie cardiaque résiduelle et de troubles du rythme cardiaque.

22) Le 24 septembre 2018, M. A_____ a transmis à la commission la décision de la DGV du 11 septembre 2018 ainsi que le résultat de sa consultation en chirurgie viscérale aux HUG.

23) Le 5 octobre 2018, la commission a transmis au Dr B_____ les courriers de M. A_____ et lui a imparti un délai pour faire valoir ses déterminations avant qu'elle ne rende une décision relative à la suite de la procédure, à savoir le classement immédiat de la plainte ou l'ouverture d'une procédure.

24) Le Dr B_____ a conclu au classement des courriers de M. A_____.

Le différend qui l'opposait à M. A_____ relevait de l'attitude surprenante avec laquelle ce dernier gérait sa situation médicale. Lorsque ce patient l'avait consulté pour la première fois, il présentait des atteintes préoccupantes à sa santé. Malgré cet état sérieux, il négligeait de se traiter comme il convenait, additionnant à cette négligence un tabagisme actif, une consommation d'alcool à risque et une hypercholestérolémie. Il n'avait par ailleurs pas consulté de médecin depuis deux ans, son dernier médecin n'entendant plus avoir de contact avec lui.

Il s'était rendu compte que M. A_____, non content de faire fi des risques qu'il encourait par sa négligence, n'avait d'autre but, en venant le consulter, que celui d'obtenir les certificats médicaux lui permettant de recevoir des aides financières de l'État. Nonobstant cette demande de certificat « dans un contexte trouble », laquelle était intervenue dès les premières minutes de la consultation, il avait prescrit le traitement adéquat, à savoir un contrôle de la pression artérielle et du cœur par un spécialiste. Après la rédaction du premier certificat, M. A_____ avait demandé un nouveau certificat ne mentionnant pas l'activité à la discothèque. Pressentant une escroquerie à l'assurance ou l'obtention frauduleuse d'une prestation étatique, il avait refusé de corriger le certificat susmentionné, mais avait accepté d'en émettre un nouveau, en se limitant à attester de l'incapacité de travail pour le mois de février 2018. Inspectant par curiosité le Registre du commerce, il s'était rendu compte que M. A_____ pouvait travailler tant sur les chantiers que faire de la décoration d'intérieur ou d'autres choses.

Lorsque M. A_____ avait compris qu'il ne lui établirait pas d'autres certificats médicaux, celui-ci avait fait preuve d'agressivité revendicatrice, tant à son égard qu'à l'égard de son secrétariat. Le dépôt de sa plainte trahissait sa déception d'avoir échoué à obtenir une prestation sociale indue. Concerné par l'état de santé de son patient, il l'avait tout de même adressé à la Dre F_____ pour établir un bilan en lien avec ses problèmes cardiaques.

Il avait alors constaté que son patient ne suivait pas ses conseils d'adapter sa vie à sa situation de santé, qu'il critiquait ouvertement son diagnostic et surtout qu'il ne se conformait pas au suivi médical qu'il lui prescrivait. La Dre F_____ était arrivée à la même conclusion et avait d'ailleurs informé M. A_____ qu'elle ne souhaitait plus le suivre. M. A_____ refusait de prendre de l'aspirine cardio pour des motifs superfétatoires.

Lors de son incident musculaire du 1er mars 2018, qui était une douleur bénigne, il l'avait adressé aux HUG, lesquels avaient constaté qu'il n'y avait rien de grave. Cette consultation était survenue, sans hasard, le premier jour de fin de validité du certificat médical délivré pour le mois de février. Le 2 mars 2018, M. A_____ avait « fait le siège » à son secrétariat dans le but d'obtenir le renouvellement de son certificat médical. Il ne l'avait toutefois ni reçu ni ne lui avait donné un rendez-vous, dès lors qu'il voulait uniquement obtenir un certificat et non se soigner ou adapter ses activités professionnelles à sa situation à risque.

Lorsqu'il avait manifesté à M. A_____ sa désapprobation sur la manière dont il gérait sa santé, il lui avait enjoint de changer de médecin, ne désirant plus s'occuper d'un patient récalcitrant. M. A_____ n'avait donné aucune suite à la résiliation de ce mandat, soutenant même toujours être son patient.

Parallèlement, il avait appris que M. A_____ conduisait un véhicule à moteur, ce qui constituait un risque tant pour lui que pour des tiers, compte tenu

de ses problèmes cardiaques non résolus, de ses problèmes de toxicodépendance (tabagisme et consommation d'alcool à risque), du fait qu'il n'envisageait pas de changer de mode de vie et de son refus de soin. Devant ce danger latent, il s'était résolu à prendre la mesure qui s'imposait, soit lui interdire de conduire. Outre son mandat de médecin-traitant ayant le devoir de protéger son patient contre lui-même, il revêtait le profil public de médecin-conseil du service des automobiles depuis 2014. Dans ce cadre, il avait déjà effectué plus de mille quatre cent expertises. Il était également médecin-conseil pour l'aviation civile et médecin-consultant pour les activités de perte de gain d'une compagnie d'assurance. Après son signalement à la DGV, il avait reçu un courriel dudit service l'informant que le patient était sorti d'un contrôle satisfaisant avec un cardiologue des HUG. Il avait alors immédiatement appelé le service juridique de la DGV pour l'informer que le patient ne disait pas vrai, qu'il avait omis de préciser qu'il avait menacé ses différents médecins et qu'il continuait à ne pas suivre leurs traitements. Par la suite, le permis de conduire de M. A_____ lui avait été restitué, sans qu'il comprenne les conditions dans lesquelles il l'avait été, alors qu'aucun bilan complet de santé ni acceptation d'un traitement n'avait été protocolé par les autorités.

Il avait par ailleurs sollicité un avis de droit, qu'il produisait en annexe, émanant du service juridique de la DGV, concernant la marge d'appréciation du médecin par rapport à son secret professionnel.

25) Le 27 novembre 2018, la commission a informé M. A_____, le médecin cantonal et le Dr B_____ de l'ouverture d'une procédure administrative à l'encontre de ce dernier.

26) Les parties ont encore fait valoir leurs observations dans plusieurs écritures, à savoir les 27 novembre 2018 et 4 avril 2019 pour M. A_____ et les 11 janvier et
9 mai 2019 pour le Dr B_____.

27) Le 26 août 2019, la commission a informé les parties que la sous-commission en charge de la cause avait clos l'instruction et qu'elle allait remettre ses conclusions à la commission plénière sous forme de projet de décision.

28) Par décision du 7 décembre 2020, la commission a classé la plainte de M. A_____.

Le médecin avait adressé le patient, conformément à la bonne pratique médicale, à une cardiologue pour suivre sa pathologie cardio-vasculaire. Une carence en vitamine D était usuelle en période hivernale et l'absence de complément durant une certaine période n'avait pas d'impact important sur la

santé. Ainsi, l'absence de prescription ou d'administration de ladite vitamine ne pouvait être considérée comme un manquement professionnel.

La dénomination d'« attestation » plutôt que de certificat médical n'avait aucune influence sur sa force probante. Un tel document ne pouvait avoir une durée indéterminée, était en principe établi pour quatre semaines et impliquait de revoir le patient au moins une fois par mois. Le document établi par le praticien était donc parfaitement conforme à la bonne pratique. Il avait d'ailleurs modifié le premier certificat en faveur de son patient, ce qu'il n'était pas obligé de faire. Les griefs à ce sujet n'étaient donc pas fondés.

Le Dr B_____ avait par ailleurs prescrit un traitement adéquat pour la prise en charge du cholestérol, par ordonnance du 29 janvier 2018, pour une durée d'un mois. M. A_____ s'était toutefois montré peu enclin à prendre ce traitement. La commission ne pouvait établir à partir de quand le patient aurait eu besoin d'une nouvelle ordonnance. Il était néanmoins de la responsabilité de ce dernier de s'assurer de la continuité de son traitement en demandant, le cas échéant, une nouvelle ordonnance au Dr B_____, voire à la Dre F_____. Faute de pouvoir établir à partir de quand M. A_____ avait commencé son traitement, la commission ne pouvait pas se déterminer sur la question de la qualité de la surveillance, par le biais de contrôles lipidiques, de la part du Dr B_____. Dans tous les cas, l'arrêt du traitement anti-cholestérol pendant une courte durée n'avait en principe pas un impact majeur sur la santé. M. A_____ avait par ailleurs été pris en charge par les HUG dès le 25 avril 2018. L'interruption du lien thérapeutique par le médecin le 2 mai 2018 n'avait ainsi pas constitué une atteinte à la santé du patient, et il revenait à ce dernier de s'adresser à un autre médecin pour la suite de son suivi. Aucun manquement ne pouvait être retenu dans le suivi du cholestérol du patient.

S'agissant du grief selon lequel le Dr B_____ n'avait pas traité le problème d'hémorroïdes de M. A_____, aucun manquement ne pouvait être retenu. Le médecin contestait avoir été informé de ce problème, lequel n'était listé ni dans le courrier adressé à la Dre F_____ le 5 février 2018 ni dans le rapport de cette dernière du 9 mars 2018. Ce problème était évoqué dans le courrier de M. A_____ du 24 avril 2018, soit après la coloscopie pratiquée par la Dre G_____. Ce problème était dès lors pris en charge par un autre médecin que le Dr B_____ et il était fort probable que ce dernier n'en avait été informé qu'à l'occasion du courrier du 24 avril 2018 précité.

L'attitude du Dr B_____ à la suite des douleurs survenues le 1er mars 2018 ne pouvait par ailleurs être qualifiée d'inadéquate. Il avait adressé son patient aux HUG, n'ayant pas le matériel nécessaire pour des radiographies, et une consultation subséquente ne se justifiait pas, dès lors qu'il avait reçu un arrêt de travail et une prescription pour des antalgiques.

La commission pouvait par ailleurs comprendre les craintes du médecin lors de son signalement à la DGV le 9 mai 2018, soit quelques jours seulement après que la Dre F_____ l'avait informé du fait que le suivi cardiologique du patient était insatisfaisant et qu'elle avait mis fin à son mandat en raison de l'attitude inappropriée de celui-ci. S'il était regrettable que le Dr B_____ n'ait pas informé directement M. A_____ de sa démarche, il était toutefois en droit de procéder à ce signalement, qui plus est sans devoir être délié de son secret professionnel. Cette faculté n'était pas réservée aux médecins spécialistes et le Dr B_____ était au bénéfice de la formation idoine en la matière. Le retrait du permis de conduire ne pouvait être imputé au médecin, la DGV étant seule compétente en la matière.

29) Par acte mis à la poste le 7 janvier 2021, M. A_____ a interjeté recours contre la décision précitée par-devant la chambre administrative de la Cour de justice (ci-après : la chambre administrative), en concluant à la reprise de « l'interprétation du déroulement de la mauvaise gestion de [son] suivi médical » par le Dr B_____.

L'exposé des faits contenu dans la décision litigieuse ne correspondait pas à la vérité, les affirmations du Dr B_____ étaient partiellement fausses et ne s'appuyaient sur aucune « pièce à conviction ».

Depuis son opération en 2015, son traitement médical était composé de Coveram, d'aspirine cardio et de Lisitril. Il avait stoppé la prise des deux derniers médicaments précités en novembre 2017, à la suite de problèmes d'hémorragies et de douleurs aux articulations. Dans le même temps, il avait demandé l'aide de l'hospice car ses « conditions psychophysiques » ne lui permettaient pas de travailler. Il avait pris contact avec le Dr B_____ pour faire un bilan de santé, dans le but d'une « reprise physique ». Il avait recommencé à prendre du Coveram, pour son cholestérol, dès le 1er février 2018. Il avait pris contact avec une cardiologue. Les conclusions de cette spécialiste étaient bonnes, mais il avait tout de même décidé de suivre une réadaption cardiovasculaire. Il avait refusé de reprendre de l'aspirine cardio en raison de ses problèmes d'hémorragies causés par des hémorroïdes. Il avait demandé à plusieurs reprises à pouvoir subir une prise de sang afin de vérifier l'efficacité du Crestor et de renouveler ses médicaments. Toutefois, même après le rapport de la Dre F_____, qui conseillait de faire une prise de sang quatre à six semaines après le début du traitement, le Dr B_____ avait refusé de le recevoir. Il ne lui avait pas non plus renouvelé le traitement pendant deux mois. Le rapport établi après la réadaption cardiologique par le Dr H_____ indiquait qu'il était en « discrète santé », que les médicaments qu'il prenait lui convenaient bien et qu'il devait voir un proctologue pour ses problèmes d'hémorroïdes, avant de reprendre l'aspirine cardio journalière. Le certificat d'inaptitude à la conduite du Dr B_____ était donc mensonger et son obstination à vouloir maintenir sa position démontrait sa volonté de lui nuire.

Le mauvais suivi médical dont il avait fait l'objet de la part du Dr B_____ avait eu plusieurs conséquences. Le non-renouvellement des ordonnances pour ses médicaments avait entrainé une augmentation « incalculable » de son taux de cholestérol. Le retard pris dans la consultation d'un proctologue avait amené à des retards dans la reprise de l'aspirine cardio journalière. Il avait subi une perte de son permis de conduire injustifiée entre le 22 mai et le 11 septembre 2018. L'hospice avait mis fin à toute aide au motif que le Dr B_____ avait refusé de remplacer le mot « attestation » par « certificat » dans le document remis à cet organisme. Il avait facturé à deux reprises l'électrocardiogramme qui n'avait été réalisé qu'une fois. Il avait facturé des frais de recherche sur sa société. Le Dr B_____ avait enfin commis un abus de pouvoir provoquant le retrait de son permis de conduire.

Même à admettre que le Dr B_____ ne connaissait pas ses problèmes d'« hémorragies aux toilettes » auparavant, il en était à tout le moins informé à compter du 24 avril 2018.

Il a, notamment, produit la liste de ses appels au secrétariat du Dr B_____ à teneur de laquelle il avait appelé à cinq reprises, soit les 6 et 7 février, 1er et 2 mars ainsi que le 6 avril 2018.

30) Le Dr B_____ a conclu à la confirmation de la décision litigieuse.

Reprenant sa précédente argumentation, il contestait formellement que le recourant ait évoqué ses problèmes d'hémorroïdes avant son courrier du 24 avril 2018, reçu le 1er mai 2018. Or, à cette date, il n'était plus son médecin traitant. Il n'était pas venu le voir pour un suivi psychophysique, mais pour obtenir un certificat médical aux fins de recevoir une aide étatique.

Il avait pris la santé du recourant au sérieux, notamment en l'envoyant consulter une cardiologue. On ne pouvait lui reprocher de ne pas avoir renouvelé des ordonnances, alors même qu'on ne lui avait pas demandé de le faire. Le recourant ne lui avait par ailleurs jamais demandé à pouvoir effectuer une nouvelle prise de sang.

La Dre F_____ avait confirmé le profil de conducteur à risque du recourant. Il n'avait pas agi par vengeance comme le prétendait le recourant.

Le recourant ne semblait pas connaître la différence entre le médicament pour la tension dénommé Listril, qui lui avait été prescrit antérieurement, et le Crestor qu'il lui avait lui-même prescrit pour son cholestérol.

Il n'avait pas facturé à double l'électrocardiogramme, comme cela ressortait d'ailleurs des notes d'honoraires. Le recourant n'avait jamais mentionné avant son recours ne plus avoir reçu d'aide de l'hospice dès février 2018.

31) La commission s'en est rapportée à justice quant à la recevabilité du recours et a persisté dans les termes de sa décision, n'ayant pas d'observations particulières à formuler.

32) Dans sa réplique, le recourant, nouvellement assisté d'un avocat, a conclu à l'annulation de la décision de la commission, à ce qu'il soit ordonné à la commission d'instruire sa plainte et à ce qu'il soit constaté que le Dr B_____ avait commis un manquement professionnel.

Les examens effectués lors de la première consultation accréditaient ses allégations selon lesquelles il avait demandé un bilan de santé. Après lui avoir prescrit, le 29 janvier 2018, trente unités de Crestor pour traiter son cholestérol, le Dr B_____ avait refusé de le recevoir, n'effectuant ainsi aucun suivi et causant l'interruption du traitement.

Même s'il devait être considéré qu'il n'avait pas évoqué son problème d'hémorroïdes lors de la première consultation le 23 janvier 2018, les problèmes relatés par la Dre F_____ sur la prise de l'aspirine cardio auraient dû alerter le Dr B_____, de surcroît dès lors que le médicament problématique était prescrit à vie. En omettant d'examiner ce problème et en refusant de recevoir son patient, il avait commis une faute professionnelle.

La résiliation était intervenue sans motif sérieux et avait péjoré son état de santé, au vu de sa tardiveté. Elle était intervenue par ailleurs en temps inopportun.

33) Dans sa duplique, le Dr B_____ a relevé que le recourant émettait de nouvelles conclusions, non recevables au stade de la réplique. Le recourant n'avait pas respecté les prescriptions de son assurance maladie en n'obtenant pas l'accord préalable de celle-ci pour changer de médecin de famille.

Il avait reçu la visite du recourant le 23 janvier 2018 pour un changement de médecin traitant. Dès lors qu'il avait adressé le recourant à un spécialiste le 5 février 2018, c'était à ce dernier qu'incombait la prise en charge du patient et la délivrance d'éventuelles attestations médicales. Il n'avait jamais reçu d'appel de la part de ce patient pour le renouvellement de ses ordonnances.

Il était erroné de prétendre qu'un médecin devait se renseigner auprès de son patient sur l'évolution de son état de santé postérieurement à une consultation ; c'était exactement le contraire qui était de mise.

Il était incontesté que le recourant avait sollicité un certificat de travail auquel il avait droit, vu sa très mauvaise santé. Toutefois, il l'avait établi en rapport avec la profession annoncée, qui n'était pas celle réellement exercée. Si le recourant n'était pas apte à déplacer des lourdes charges sur un chantier, il l'était en revanche pour travailler dans une discothèque.

Enfin, il n'avait pas reçu le rapport final attestant que le recourant avait suivi une réadaption cardiovasculaire. Il avait annoncé le cas à la DGV, comme il en avait l'obligation, alors même que le recourant n'avait plus ni médecin traitant ni cardiologue.

34) Le 19 mai 2021, le recourant a persisté dans les termes de son recours.

Le fait qu'il n'ait pas informé son assurance de son changement de médecin était sans conséquence sur les devoirs d'un médecin à l'égard de son patient. S'il n'était plus le patient du Dr B_____, comme ce dernier l'affirmait, lorsqu'il avait eu connaissance d'infirmations de la part de la Dre F_____ ou lorsqu'il avait effectué un signalement au SCV, il existait une violation de son secret professionnel, dès lors qu'il n'était plus autorisé à transmettre des informations le concernant. Le Dr B_____ avait également commis une faute professionnelle en indiquant dans l'arrêt de travail qu'il ne le prolongerait pas, tout en affirmant que l'incapacité était réelle : soit il n'était pas en mesure de dire que l'arrêt ne serait pas reconduit, soit il avait établi un certificat de complaisance.

35) Le 10 juin 2021, le Dr B_____ a persisté dans ses conclusions.

Après avoir identifié les vraies raisons de la consultation, il avait tout de même effectué un bilan de sa santé. Dès qu'il avait adressé le recourant à une cardiologue, l'intéressé avait « quitté [sa] sphère juridique » pour entrer dans celle de la spécialiste qui le suivrait désormais. Le fait de procéder à un premier examen clinique ne le liait pas au point de le considérer comme son médecin traitant.

36) Le 7 juillet 2021, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

37) L'argumentation des parties, développée tant dans la procédure devant la commission que devant la chambre de céans, sera reprise, en tant que de besoin, dans la partie en droit du présent arrêt.

EN DROIT

1) Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 132 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 - LOJ - E 2 05 ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).

2) a. Selon l'art. 65 LPA, l'acte de recours contient sous peine d'irrecevabilité la désignation de la décision attaquée et des conclusions du recourant. L'acte de

recours contient également l'exposé des motifs et l'indication des moyens de preuve. Les pièces dont dispose le recourant doivent être jointes.

b. Compte tenu du caractère peu formaliste de cette disposition, la jurisprudence fait preuve d'une certaine souplesse s'agissant de la manière par laquelle sont formulées les conclusions du recourant. L'exigence de motivation de l'art. 65 al. 2 LPA a pour but de permettre à la juridiction administrative de déterminer l'objet du litige qui lui est soumis et de donner l'occasion à la partie intimée de répondre aux griefs formulés à son encontre (ATA/64/2021 du 19 janvier 2021 consid. 2). L'exigence de la motivation est considérée comme remplie lorsque les motifs du recours, sans énoncer les conclusions formelles, permettent de comprendre aisément ce que la personne recourante désire (ATA/604/2021 du 8 juin 2021 consid. 2a et les références citées).

c. L'absence de conclusion ne peut être réparée que dans le délai de recours. Hors ce délai, le fait d'être autorisé à compléter une écriture ne permet pas de suppléer le défaut de conclusions (ATA/794/2019 du 16 avril 2019 consid. 2b). De nouvelles conclusions ne peuvent pas non plus être présentées dans le mémoire de réplique (Stéphane GRODECKI/Romain JORDAN, Code annoté de procédure administrative genevoise, 2017, n. 813 p. 217).

d. En l'espèce, le recourant n'a pas, dans son acte de recours et alors qu'il se défendait encore en personne, pris de conclusions formelles en annulation de la décision attaquée, mais a sollicité la reprise de l'instruction de sa plainte. Ce n'est qu'au stade de la réplique, alors qu'il était représenté par un mandataire professionnel, qu'il a pris des conclusions en annulation de la décision litigieuse et à ce qu'il soit retenu que le Dr B_____ avait commis des manquements professionnels.

Il convient toutefois de constater que l'on pouvait déjà comprendre de l'acte de recours que le recourant contestait le classement de la procédure, notamment du fait qu'il a listé les manquements reprochés à son ancien médecin. Les conclusions prises au stade de la réplique n'ont fait qu'exposer, en langage juridique, ce que le recourant réclamait dans son recours. Elles sont donc recevables, comme l'est le recours.

3) L'objet du litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'autorité intimée a procédé, après instruction, à un classement de la plainte du recourant, au motif d'une absence de violation par le Dr B_____ des règles professionnelles et des droits des patients.

4) a. Selon l'art. 41 de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires du 23 juin 2006 (LPMéd - RS 811.11), chaque canton désigne une autorité chargée de la surveillance des personnes exerçant, sur son territoire, une profession médicale universitaire à titre d'activité économique privée sous leur

propre responsabilité professionnelle (al. 1). Cette autorité de surveillance prend les mesures nécessaires pour faire respecter les devoirs professionnels. Elle peut déléguer certaines tâches de surveillance aux associations professionnelles cantonales compétentes (al. 2).

b. La commission, instituée par l'art. 10 de la loi sur la santé du 7 avril 2006 (LS - K 1 03), 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 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). Elle constitue en son sein un bureau de cinq membres, chargé de l'examen préalable des plaintes, dénonciations et dossiers dont elle s'est saisie d'office (art. 10 al. 1 LComPS).

Selon l'art. 7 al. 1 LComPS, dans le cadre de son mandat, la commission de surveillance exerce d'office ou sur requête différentes attributions dont celle visant à instruire 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 (let. a). D'après l'art. 8 LComPS, elle peut notamment se saisir d'office ou être saisie par le dépôt d'une plainte émanant du patient concerné (al. 1).

L'art. 10 al. 2 LComPS prévoit que lorsqu'il est saisi d'une plainte, le bureau peut décider : d'un classement immédiat (let. a), de l'ouverture d'une procédure dans les cas présentant un intérêt public prépondérant justifiant une instruction par une sous-commission (let. b), dans tous les autres cas, d'un renvoi en médiation. En cas de refus ou d'échec de la médiation, le bureau ouvre une procédure (let. c).

Le bureau peut classer, sans instruction préalable et par une décision sommairement motivée, les plaintes qui sont manifestement irrecevables ou mal fondées (art. 14 LComPS).

c. En cas de violation des droits des patients, la commission peut émettre une injonction impérative au praticien concerné sous menace des peines prévues à l'art. 292 du code pénal suisse du 21 décembre 1937 (CP - RS 311.0) ou une décision constatatoire (art. 20 al. 1 LComPS). En cas de violation des dispositions de la LS, la commission est également 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).

d. Le droit de plainte reconnu au patient, ainsi que sa qualité de partie à la procédure par-devant la commission trouvent leur fondement dans le fait que la législation sur la santé confère des droits au patient. La procédure devant la commission a en effet pour objet de permettre aux patients de s'assurer que leurs

droits ont été respectés conformément à l'art. 1 al. 2 LComPS (ATA/1075/2019 du 25 juin 2019 consid. 4d).

e. Compte tenu du fait que la commission est composée de spécialistes, mieux à même d'apprécier les questions d'ordre technique, la chambre de céans s'impose une certaine retenue (ATA/113/2021 du 2 février 2021 consid. 3 ; ATA/990/2020 du 6 octobre 2020 consid. 4e ; ATA/8/2018 du 9 janvier 2018 consid. 4c).

5) À titre préalable, il convient de relever qu'il semble exister une confusion pour le recourant sur le type de décision rendue par la commission, notamment lorsqu'il conclut à ce qu'il soit procédé à l'instruction de sa plainte. En effet, la décision litigieuse ne relève pas d'un classement immédiat de la plainte, rendue sous l'angle de l'art. 10 al. 2 let. a LComPS, mais bien d'une décision de classement rendue sous l'angle de l'art. 20 al. 3 LComPS, après instruction de la plainte, au motif qu'aucune violation n'a été constatée par la commission.

6) 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).

Selon l'art. 42 LS, le patient a droit aux soins qu'exige son état de santé à toutes les étapes de la vie, dans le respect de sa dignité et, dans la mesure du possible, dans son cadre de vie habituel. Le droit aux soins, tel qu'il est prévu à l'art. 42 LS ne saurait être compris comme conférant un droit absolument illimité à recevoir des soins. Il faut le comprendre comme le droit pour une personne, indépendamment de sa condition économique et sociale, d'accéder équitablement aux soins qu'elle demande et de recevoir les soins qui lui sont objectivement nécessaires, pour autant que ces soins soient effectivement disponibles (MGC 2003-2004/XI A 5845 ; ATA/778/2013 du 26 novembre 2013 consid. 5).

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/355/2021 du 23 mars 2021 consid. 5b ; ATA/22/2014 du 14 janvier 2014 consid. 3). Les droits du patient sont en outre garantis par l'art. 40 de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires du 23 juin 2006 (LPMéd - RS 811.11 ; Dominique SPRUMONT/Jean-Marc GUINCHARD/ Deborah SCHORNO, in Ariane AYER/Ueli KIESER/Thomas POLEDNA/Dominique SPRUMONT, LPMéd, Commentaire, 2009, ad art. 40 n. 10), applicable par renvoi de l'art. 80 LS.

7) a. Au titre des devoirs professionnels, l'art. 40 LPMéd prévoit que les personnes qui exercent une profession médicale universitaire à titre indépendant doivent exercer leur activité avec soin et conscience professionnelle et respecter

les limites des compétences qu'elles ont acquises dans le cadre de leur formation (let. a) et garantir les droits du patient (let. c).

Le catalogue de devoirs professionnels de l'art. 40 LPMéd est exhaustif, les règles déontologiques peuvent servir à préciser les obligations professionnelles des personnes exerçant une profession médicale mais elles ne permettent en revanche pas de les compléter (arrêt du Tribunal fédéral 2C_1083/2012 du 21 février 2013 consid. 5.1 et les références citées ; Madeleine HIRSIG-VOUILLOZ, La responsabilité du médecin, Aspects de droit civil, pénal et administratif, Berne, Genève 2017, p. 221).

b. Il ressort de l'art. 2 du code de déontologie de la fédération des médecins suisses (FMH) (ci-après : le code de déontologie) que le médecin a pour mission de protéger la vie de l'être humain, de promouvoir et de maintenir sa santé, de soigner les maladies ; d'apaiser les souffrances et d'assister les mourants jusqu'à leur dernière heure. Le médecin exerce sa profession avec diligence et au plus près de sa conscience. Il doit se montrer digne de la confiance de la personne qui le consulte et de la société. Pour ce faire, il répond à des exigences d'intégrité personnelle et de compétence professionnelle (art. 3 § 1 du code de déontologie).

c. Au niveau cantonal, les droits et devoirs des professionnels de la santé sont traités dans la LS. Une modification législative entrée en vigueur le 2 juin 2021 a modifiés 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.

Le droit cantonal prévoit notamment que le professionnel de la santé doit veiller au respect de la dignité et des droits de la personnalité de ses patients (art. 80A al. 1 LS).

Aux termes de l'art. 81 LS, le professionnel de la santé est libre d'accepter ou de refuser un patient dans les limites déontologiques de sa profession. Il a toutefois l'obligation de soigner en cas de danger grave et imminent pour la santé du patient (al. 1). Lorsque les intérêts du patient l'exigent, le professionnel de la santé a l'obligation de collaborer avec l'ensemble des autres professionnels (al. 2).

d. Selon la doctrine, 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 (par exemple la participation aux services d'urgence). 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 (Dominique SPRUMONT/Jean-Marc GUINCHARD/Deborah SCHORNO, op. cit., ad art. 40 n. 10).

e. Selon la jurisprudence constante, la relation entre le médecin et son patient est régie par les règles relatives au contrat de mandat, les devoirs professionnels du médecin, qui découlent du droit privé, se recoupant en grande partie avec ceux de l'art. 40 LPMéd (ATA/385/2020 du 23 avril 2020 consid. 7 ; ATA/473/2018 du 15 mai 2018 consid. 5a et les références citées).

Le médecin répond de la bonne et fidèle exécution du mandat (art. 398 al. 2 de la loi fédérale complétant le code civil suisse du 30 mars 1911, livre cinquième : droit des obligations - CO - RS 220). Il doit agir avec discrétion, informer son mandant et lui rendre des comptes, respecter les devoirs professionnels dans un certain état d'esprit traduisant sa conscience professionnelle, en ayant à cœur d'agir de façon diligente (Dominique SPRUMONT/Jean-Marc GUINCHARD/Deborah SCHORNO, in Ariane AYER/Ueli KIESER/Thomas POLEDNA/Dominique SPRUMONT, commentaire de la LPMéd, Bâle 2009, ad art. 40 n. 33).

Selon l'art. 404 CO, le mandat peut être révoqué ou répudié en tout temps (al. 1). Celle des parties qui révoque ou répudie le contrat en temps inopportun doit toutefois indemniser l'autre du dommage qu'elle lui cause (al. 2).

8) Dans un premier grief, le recourant reproche au Dr B_____ une mauvaise prise en charge médicale de sa carence en vitamine D, de son taux de cholestérol et des problèmes d'hémorroïdes. Le non-renouvellement des ordonnances pour ses médicaments avait notamment entraîné une augmentation « incalculable » de son taux de cholestérol. Le retard pris dans la consultation d'un proctologue avait conduit à des retards dans la reprise journalière de l'aspirine cardio.

À titre préalable, il convient de relever que l'intimé ne saurait être suivi lorsqu'il allègue que dès lors qu'il avait adressé le recourant à une spécialiste le 5 février 2018, la prise en charge et la délivrance d'éventuelles attestations médicales incombaient à cette dernière. Si l'intimé a effectivement adressé le recourant à une consoeur, il ressort du dossier que le but était de permettre à son patient de bénéficier de l'expertise d'une cardiologue pour ses problèmes cardiaques. Il n'apparait toutefois pas que celui-ci aurait informé son patient qu'il ne serait plus en charge de son suivi général, preuve en est qu'il n'a résilié le mandat le liant au recourant que par courrier du 2 mai 2018. Avant cette date, il se devait dès lors de respecter envers son patient les devoirs liés à sa profession.

Il n'est pas contesté par les parties que le bilan sanguin, réalisé après les premières consultations chez le Dr B_____, a révélé une carence en vitamine D.

Tout en retenant l'absence de prescription ou d'administration par le médecin d'une supplémentation en vitamine D, la commission a considéré qu'il ne s'agissait pas d'un manquement professionnel, dès lors qu'une telle carence était usuelle en période hivernale et n'avait pas d'impact important sur la santé. Le recourant n'expose pas en quoi cette appréciation médicale, émanant d'une commission comportant des spécialistes en médecine, serait erronée. En particulier, il n'apporte pas d'éléments susceptibles de douter de l'appréciation de la commission sur ce point, de sorte que la chambre de céans n'a pas à s'en écarter.

En ce qui concerne la prise en charge du cholestérol, les parties conviennent que le Dr B_____ a prescrit, le 29 janvier 2018, un traitement adéquat au vu des valeurs ressortant du bilan sanguin, à savoir trente comprimés de Crestor, devant être pris une fois par jour. Il peut être admis, comme l'expose le recourant, qu'il a débuté ce traitement le 1er février 2018. Par courrier du 9 mars 2018, la cardiologue du recourant a proposé au Dr B_____ de procéder à un contrôle lipidique quatre à six semaines après l'introduction du traitement par Crestor, soit à une période comprise entre le début et le milieu du mois de mars 2018. Le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir procédé audit contrôle et de ne pas avoir renouvelé l'ordonnance de Crestor. L'intimé expose que le recourant ne lui a jamais demandé de renouveler son ordonnance ou d'effectuer une nouvelle prise de sang. Or, il est de la responsabilité du patient de contacter son médecin pour le renouvellement de l'ordonnance et la prise d'un rendez-vous en vue d'un examen de contrôle. S'il ressort du relevé téléphonique produit par le recourant qu'il a contacté le secrétariat de l'intimé le 1er et le 2 mars 2018, il paraît vraisemblable que ces appels concernaient l'incident du 1er mars 2018. Contrairement à ce qu'il prétend, il est très improbable qu'il ait contacté l'intimé pour lui demander de prévoir une prise de sang dès lors que ce n'est que par courrier du 9 mars 2018 que la Dre F_____ a préconisé un tel examen. Au vu des allégations contraires des parties et de l'absence de pièce probante, il ne peut être retenu de manquements de la part Dr B_____ dans le suivi du taux de cholestérol de son patient.

Les allégations des parties divergent sur le moment auquel le recourant a informé le Dr B_____ de ses problèmes d'hémorroïdes. Il ressort du rapport du 9 mars 2018 adressé par la cardiologue à l'intimé que le recourant avait invoqué des problèmes d'« hématomes » pour justifier son refus de prendre de l'aspirine cardio. Dans son courrier du 24 avril 2018 adressé à l'intimé, le recourant mentionne son refus de prendre ce médicament en raison des hémorragies induites par celui-ci lorsqu'il se rend aux toilettes ainsi que du fait qu'une docteure lui avait fait passer une coloscopie, laquelle avait révélé des hémorroïdes. À teneur du dossier, il ne peut être établi avec précision à quel moment le recourant a informé pour la première fois l'intimé des problèmes d'hémorroïdes qu'il rencontrait, en particulier s'il l'a clairement fait avant le 24 avril 2018. Toutefois, comme le relève à juste titre la commission, il apparaît que cette affection faisait

manifestement l'objet d'une prise en charge de la part d'une autre médecin, laquelle avait réalisé une coloscopie. Il ne peut dès lors être reproché un manquement à cet égard à l'intimé, ce d'autant plus qu'il a été mis un terme au mandat le 2 mai 2018.

Les parties conviennent enfin que l'intimé a, à raison, orienté le recourant auprès des HUG le 1er mars 2018 à la suite des douleurs costales ressenties par ce dernier. Le recourant se plaint toutefois de l'absence de prise en charge qui en a suivi, notamment du refus de l'intimé de le recevoir pour effectuer le suivi. La commission a retenu que dès lors que les HUG avaient remis une prescription médicamenteuse et un arrêt de travail au recourant, une consultation avec l'intimé ne se justifiait pas. Le recourant ne prouve ni même n'allègue que les douleurs costales auraient nécessité une consultation subséquente avec son médecin traitant. Dans ces conditions, le grief doit également être écarté.

Enfin, on ne saurait retenir l'existence d'une résiliation du mandat en temps inopportun. Sans minimiser les problèmes de santé du recourant, il apparaît que celui-ci ne nécessitait pas un suivi médical important de la part de l'intimé, que seul ce dernier aurait été à même de lui fournir. Il était par ailleurs, lors de la résiliation du mandat le 2 mai 2018, encore suivi par la Dre F_____, soit une spécialiste en lien avec ses affections médicales les plus importantes, de sorte qu'il ne s'est pas retrouvé sans aucun suivi du fait de la décision de l'intimé. De plus, le recourant a encore bénéficié d'un suivi des HUG. La résiliation du mandat n'est donc pas intervenue en temps inopportun ni n'a causé une atteinte à la santé du recourant.

Ainsi, aucun manquement professionnel de la part de l'intimé ne peut être constaté dans le cadre de la prise en charge médicale du recourant.

9) Dans un second grief, le recourant reproche au Dr B_____ la teneur et le contenu de l'« attestation » médicale du 9 février 2018. Il considère que l'hospice avait mis fin à toute aide au motif que le Dr B_____ avait refusé de remplacer le mot « attestation » par « certificat » dans le document remis à cet organisme.

a. L'établissement d'un certificat médical par un médecin constitue une activité médicale qu'il doit exercer conformément à ses devoirs professionnels découlant de l'art. 40 LPMéd. Un tel document, qui atteste de l'état de santé d'un patient, est par définition un document rédigé par un médecin traitant afin d'être remis par celui-là à une tierce personne. Il doit être établi à la demande du patient ou, pour un mineur ou une personne incapable de discernement, de son représentant légal. Ledit certificat doit être fidèle, complet et le médecin doit le rédiger en toute liberté, sans subir de pression de son patient ni d'une autre source concernant son contenu complet (ATA/172/2013 du 19 mars 2013 ; Dominique BERTRAND, Beat HORISBERGER, Timothy HARDING, Marinette UMMEL, Romano LA HARPE, Acte médical requis par une autorité, constat médical et

certificat médical, in Dominique BERTRAND, Jean-François DUMOULIN, Romano LA HARPE, Marinette UMMEL, Médecin et droit médical, présentation et résolution de situations médicales légales, 3ème éd., Médecine et Hygiène 2009, p. 207). Si des doutes existent à propos des circonstances dans lesquelles un certificat médical a été établi au regard des critères de bien facture professionnelle précités, la commission a la compétence d'ouvrir une instruction afin de déterminer si le médecin qui l'a établi a commis une violation des devoirs professionnels et de prendre, en application de l'art. 23 LPMéd, les mesures disciplinaires qui s'imposent (ATA/172/2013 précité).

b. À titre préalable, il convient de préciser, comme le relèvent à juste titre tant la commission que le Dr B_____, que l'utilisation des termes « attestation » ou « certificat » ne résulte dans ce contexte que d'un pur choix lexical du médecin, sans incidence sur le contenu ou la portée dudit document.

Il ressort par ailleurs du dossier et des écritures des parties que le différend à propos de ce document relève principalement d'une incompréhension entre les protagonistes, chacun étant persuadé des mauvaises intentions de l'autre. Si aucune pièce au dossier ne permet d'établir avec certitude quel était le but visé par le recourant lorsqu'il a consulté pour la première fois le Dr B_____, ce point n'est pas déterminant. En effet, le fait que le recourant ait, notamment, voulu se voir remettre un document attestant de son incapacité à travailler en raison de ses problèmes de santé ne saurait lui être reproché, dès lors que l'existence de ses affections d'alors n'est pas contestée. En outre, il n'est pas contesté que le patient s'est effectivement soumis à plusieurs examens, dont notamment un bilan sanguin et un électrocardiogramme.

Il ressort des pièces au dossier et notamment des échanges de courriels avec la gestionnaire du dossier du recourant à l'hospice que si celui-ci a souhaité un certificat médical modifié, ce n'est pas tant à cause de la mention du travail de nuit, mais c'est en raison du fait que ledit document ne mentionnait pas le degré et la durée de l'incapacité, informations nécessaires à l'hospice pour poursuivre l'aide accordée jusque-là. Par ailleurs, si l'intimé estimait que l'incapacité de travail du recourant n'était présente que pour certaines activités physiques, il lui appartenait de l'indiquer dans le document établi.

En revanche, la mention, dans le second document délivré le 9 février 2018, selon laquelle le « certificat ne [serait] pas reconduit au-delà du mois de février » n'est pas admissible. Comme le relève à juste titre le recourant, soit le médecin estimait que l'incapacité n'était pas réelle – cette hypothèse peut toutefois clairement être écartée – et il ne devait pas lui fournir un certificat, soit l'inaptitude était présente et il ne pouvait, par avance et sans revoir le patient, indiquer qu'aucune prolongation dudit certificat ne serait justifiée. Cette affirmation de non renouvellement est d'autant moins admissible que le médecin connaissait l'état de santé défaillant de son patient. Au demeurant, le praticien n'a

pas avancé de justification médicale soutenant son refus anticipé d'attester de toute éventuelle poursuite de l'incapacité de travail. Cette mention était en outre de nature à jeter le doute sur l'existence de l'incapacité de travail du patient à l'égard de tiers, à qui le document était destiné.

Ainsi, contrairement à ce qu'a retenu la commission, le contenu du document établi par le Dr B_____ le 9 février 2018 n'est pas conforme à la bonne pratique.

c. Dans un troisième grief, soulevé dans sa plainte, mais non traité par la commission, le recourant reproche au Dr B_____ d'avoir facturé à double l'électrocardiogramme qu'il n'aurait effectué qu'une seule fois et d'avoir facturé le temps passé à faire des recherches sur sa société.

Or, à teneur de la facture du 15 mai 2018 du Dr B_____, l'électrocardiogramme a été facturé une seule fois, soit lorsqu'il a été réalisé le 5 mars 2018. Par ailleurs, rien n'indique que l'intimé ait facturé des frais pour les recherches effectuées sur la société du recourant. Le poste « obtention d'informations auprès de tiers, en l'absence du patient », comptabilisé à la date du 7 février 2018, correspond en particulier aux échanges de courriels entre l'intimé et la gestionnaire de l'hospice, survenus précisément à la demande du recourant dans le cadre de l'établissement du certificat médical.

Ce grief est dès lors infondé.

10) En dernier lieu, le recourant fait grief au Dr B_____ d'avoir effectué un signalement à son encontre auprès du SCV, ce qui avait conduit à la perte injustifiée de son permis de conduire entre le 22 mai et le 11 septembre 2011.

a. Selon l'art. 87 LS, les professionnels de la santé et leurs auxiliaires sont tenus au secret professionnel (al. 1). Le secret professionnel a pour but de protéger la sphère privée du patient. Il interdit aux personnes qui y sont astreintes de transmettre des informations dont elles ont eu connaissance dans l'exercice de leur profession. Il s'applique également entre professionnels de la santé (al. 2).

L'art. 88 LS prévoit qu'une personne tenue au secret professionnel peut en être déliée par le patient ou, s'il existe de justes motifs, par l'autorité supérieure de levée du secret professionnel (al. 1). Sont réservées les dispositions légales concernant l'obligation de renseigner une autorité ou de témoigner en justice (al. 2).

b. Tout conducteur de véhicule automobile doit posséder l'aptitude et les qualifications nécessaires à la conduite (art. 14 al. 1 de la loi fédérale sur la circulation routière du 19 décembre 1958 - LCR - RS 741.01). Est apte à la conduite celui qui a atteint l'âge minimal requis (let. a), a les aptitudes physiques et psychiques requises pour conduire un véhicule automobile en toute sécurité

(let. b), ne souffre d'aucune dépendance qui l'empêche de conduire un véhicule automobile en toute sécurité (let. c) et dont les antécédents attestent qu'il respecte les règles en vigueur ainsi que les autres usagers de la route (let. d ; art. 14 al. 2 LCR).

Si l'aptitude à la conduite soulève des doutes, la personne concernée fera l'objet d'une enquête, notamment en cas de communication d'un médecin selon laquelle une personne n'est pas apte, en raison d'une maladie physique ou mentale ou d'une infirmité, ou pour cause de dépendance, de conduire un véhicule automobile en toute sécurité (art. 15d al. 1 let. e LCR).

Les médecins sont libérés du secret professionnel dans le cas des communications au sens de l'al. 1 let. e. Ils peuvent notifier celles-ci directement à l'autorité cantonale responsable de la circulation routière ou à l'autorité de surveillance des médecins (art. 15d al. 3 LCR).

c. Sont concernés par les dispositions précitées tous les médecins titulaires d'un diplôme et de l'autorisation de pratiquer requise. Comme le souligne le Message du Conseil fédéral (Message Via sicura 2010, FF 2010 7756), il s'agit d'une possibilité, et non pas d'une obligation, malgré le danger réel évident pour la collectivité, ce qui montre la grande importance accordée par le législateur à la protection du secret médical : celui-ci n'a pas voulu obliger le médecin à signaler tous les cas de conducteurs inaptes dont il a connaissance, mais a au contraire jugé plus sage de le laisser décider lui-même, de cas en cas, de l'opportunité d'un signalement. Dans la pratique, le médecin ne fera usage de ce droit qu'après avoir attiré l'attention du patient sur son état et sur les dangers qui pourraient en résulter s'il continuait à conduire un véhicule automobile (Cédric MIZEL, Droit et pratique illustrée du retrait du permis de conduire, 2015, p. 67).

Le signalement par un médecin au sens de l'art. 15d al. 1 let. e LCR constitue une « ultima ratio », notamment parce que le patient n'accepte pas de coopérer ou n'est pas en mesure de le faire (Cédric MIZEL, op. cit., p. 68).

d. En l'occurrence, contrairement à ce que relève le recourant, il ne peut être reproché aucune violation du secret professionnel à l'intimé, dès lors que la disposition légale précitée prévoit expressément que le médecin en est délié lorsqu'il fait part de ses doutes relatifs à l'aptitude à la conduite d'un patient. Le fait qu'il ait résilié le mandat le liant à son patient quelques jours à peine avant le signalement ne permet par ailleurs pas de considérer qu'il n'aurait plus bénéficié de la possibilité donnée par l'art. 15d LCR de procéder à un tel signalement.

En revanche, l'intimé a procédé à un tel signalement sans en discuter préalablement avec le recourant. Il n'apparait en particulier pas qu'il aurait fait part au recourant de ses préoccupations relatives aux capacités et aptitude à la conduite de ce dernier. L'intimé a, par ailleurs, indiqué dans ses observations à la

commission que lorsqu'il avait reçu un courriel du SCV l'informant que le recourant était sorti d'un contrôle satisfaisant avec un cardiologue des HUG, il avait immédiatement appelé ledit service pour l'informer que le patient ne disait pas vrai, qu'il avait omis de préciser qu'il avait menacé ses différents médecins et qu'il continuait à ne pas suivre leurs traitements. Or, l'on voit mal comment l'intimé pouvait tenir un tel discours alors même qu'il ne suivait plus le recourant depuis près de deux mois. Ses indications étaient par ailleurs contredites par les éléments qui lui avaient été transmis par la DGV, à savoir le fait que le recourant avait accompli jusqu'à son terme sa réadaptation cardiaque avec une bonne compliance à l'exception de la prise d'aspirine cardio et qu'il ne présentait pas de contre-indication à la conduite.

Enfin, si l'intimé était habilité, en sa qualité de médecin traitant du recourant, à faire part au SCV de ses doutes quant à l'inaptitude à la conduite de son patient, il ne pouvait également intervenir en sa qualité de médecin-conseil de la DGV, comme cela ressort de la décision de la DGV. Pour des raisons évidentes de partialité, il ne pouvait être à la fois dénonciateur et expert. Par ailleurs, si certes, comme le relève la commission, le retrait du permis de conduire du recourant n'est pas le fait de l'intimé, il a indéniablement joué un rôle dans le prononcé de cette mesure.

L'intimé n'a donc pas agi de manière diligente en procédant au signalement du recourant à la DGV, sans informer celui-ci au préalable, et en s'exprimant ensuite, en qualité de médecin-conseil de la DGV, sur sa propre appréciation.

Compte tenu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. La décision de classement de la commission sera annulée et le dossier lui sera retourné afin qu'elle prononce la sanction adéquate à l'encontre de l'intimé pour les manquements constatés.

11) Aucun émolument ne sera mis à la charge du recourant, celui-ci plaidant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 87 al. 1 LPA) et aucune indemnité de procédure ne lui sera allouée, celui-ci n'y ayant pas conclu (art. 87 al. 2 LPA).

* * * * *

PAR CES MOTIFS

LA CHAMBRE ADMINISTRATIVE

à la forme :

déclare recevable le recours interjeté le 7 janvier 2021 par Monsieur A_____ contre la décision de classement de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients du 7 décembre 2020 ;

au fond :

l'admet partiellement ;

annule la décision de classement de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients du 7 décembre 2020 ;

renvoie le dossier à la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients pour qu'elle rende une nouvelle décision dans le sens des considérants ;

dit qu'il n'est pas perçu d'émolument, ni 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 du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral, 1000 Lausanne 14, par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi ;

communique le présent arrêt à Me Livio Natale, avocat du recourant, à Me Nicolas GAGNEBIN, avocat de l'intimé, 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 :