

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4130/2019-PATIEN

ATA/990/2020

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre administrative**

**Arrêt du 6 octobre 2020**

dans la cause

**Monsieur A\_\_\_\_\_**

représenté par Me Jacques Roulet, avocat

contre

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

et

**HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE**

représentés par Me Michel Bergman, avocat

---

## EN FAIT

- 1) Le 23 août 2016, Monsieur A\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1958, a saisi la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients (ci-après : la commission) d'une plainte dirigée contre les Hôpitaux universitaire de Genève (ci-après : HUG), laquelle a été classée par décision, prise par la plénière, du 7 octobre 2019.

Il ressort de ladite décision que M. A\_\_\_\_\_ avait présenté un malaise le 24 novembre 2014 au matin, sans perte de connaissance (ci-après : PC), avec une sensation de perte de motricité et une sensibilité aux membres inférieurs et supérieurs droits, ainsi que des troubles de l'élocution et une asymétrie faciale. La fiche d'intervention de la prise en charge ambulancière indiquait que l'alarme du service de sauvetage avait été enclenchée à 09h33, que l'ambulance était partie à 09h34, qu'elle était arrivée chez lui à 09h39 et avait quitté les lieux à 09h51, avant d'arriver aux urgences à 10h04. La feuille de tri du service des urgences des HUG précisait que M. A\_\_\_\_\_ avait été trié à 10h11 en degré d'urgence 2, car « délai d'apparition des symptômes > 6h et < 24h ou > 24h avec aggravation des symptômes ». Le motif d'entrée était « malaise sans PC hier vers 20h00 avec sensation bizarre type paresthésies hémicorps droit. [C]e matin, les symptômes persistent et s'aggravent vers 6h ». D'autres documents faisaient état de l'apparition de symptômes à 04h30. Selon le dossier du service des urgences, l'interrogatoire du patient n'avait pas fait ressortir d'autres signes de focalisation neurologique : pas de troubles sensitifs, pas de troubles de la coordination motrice, pas de troubles visuels, pas de troubles du langage, pas de vertiges, pas de diplopie.

Le Docteur B\_\_\_\_\_, qui avait examiné le patient aux urgences, avait notamment prescrit un scanner cérébral à 10h41 en vue de rechercher l'existence d'une hémorragie ou d'une ischémie, examen effectivement pratiqué à 12h30. Le rapport du scanner concluait qu'il n'y avait « pas d'argument scanographique pour une lésion ischémique récente ».

Le patient avait également été examiné par le neurologue de garde, le Docteur C\_\_\_\_\_, lequel avait noté, le 24 novembre 2014 à 13h47, que M. A\_\_\_\_\_ souffrait d'une hépatite C non traitée, ainsi que d'une intoxication éthylique chronique, le dossier faisant toutefois mention d'un sevrage éthylo-tabagisme depuis 2009. S'agissant de l'examen neurologique, le Dr C\_\_\_\_\_ avait retranscrit dans ses notes de suite que M. A\_\_\_\_\_ présentait un score de Glasgow à 15 - un indicateur de l'état de conscience, un score de 15 correspondant à un état de conscience normale -, et un score NIHSS (National Institutes of health stroke scale) à 4 - un score diagnostic et de gravité des accidents vasculaires cérébraux (ci-après : AVC) qui permettait de mesurer

l'intensité des signes neurologiques pour en surveiller l'évolution et en estimer la gravité ; un score compris entre 1 et 4 correspondait à un AVC mineur. Le Dr C\_\_\_\_\_ avait relevé un « syndrome lacunaire clinique (hémiparésie pure et proportionnelle), chez un malade sans FDRCV (facteurs de risque cardiovasculaire) connus (hormis sexe masculin et OH), évoquant en premier lieu une atteinte du territoire profond de l'ACM (artère cérébrale moyenne) gauche (centre ovale à gauche, bras postérieur de la capsule interne gauche,...) ou au niveau pontique gauche (moins probable). Au plan étiologique, le diagnostic différentiel se posait entre une maladie des petits vaisseaux (syndrome lacunaire), une origine cardio-embolique ou artérosclérotique ». Le Dr C\_\_\_\_\_ avait ajouté avoir un doute quant à une discrète hypodensité au niveau du centre ovale gauche, dans le territoire profond de l'ACM gauche, non retenue par la radiologue dans son rapport. Il avait dès lors rappelé cette dernière pour qu'elle examine une nouvelle fois les images. Le Dr C\_\_\_\_\_ avait prescrit de l'aspirine, dont la première dose avait été administrée à 17h24. À la même heure, il avait prescrit une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cérébrale à réaliser « dès que possible ». Il avait recommandé une hospitalisation dans le service de neurologie pour la suite de la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

Ainsi, le 24 novembre 2014 en fin d'après-midi, le patient avait été admis dans le service de neurologie. Le lendemain, une IRM avait été effectuée, indiquée par « l'hémiparésie droite [présentée par le patient] depuis la veille ». Le rapport d'IRM relevait une récente ischémie cérébrale moyenne gauche profonde, sans signe de transformation hémorragique. Par la suite, compte tenu de « la [p]éjoration de la force M4 à M0 du membre inférieur droit et de la paralysie faciale droite chez un patient à J1 d'un AVC sylvien gauche ischémique » et de la nécessité de déceler une éventuelle transformation hémorragique, un nouveau scanner cérébral avait été ordonné le 25 novembre 2014 à 17h10 et effectué le même jour. Le rapport de cet examen concluait « [o]n retrouve la lésion ischémique du territoire profond de l'artère cérébrale moyenne gauche, sans transformation hémorragique ce jour ». Le 25 novembre 2014 encore, un examen Echo-Doppler des artères carotides et vertébrales avait été effectué, lequel n'avait décelé aucune anomalie. Un examen Duplex-couleur transcrânien avait également été réalisé à cette date avec pour conclusion une discrète augmentation des vitesses circulatoires au niveau de l'artère cérébrale moyenne gauche faisant suspecter la présence d'une « sténose modérée sur plaque d'athérome ou thrombus ».

Le 27 novembre 2014, le Docteur D\_\_\_\_\_, du service de neurologie, avait été sollicité comme consultant. Dans ses notes de suite figurait comme diagnostic principal un AVC ischémique du territoire sylvien gauche profond.

Le 1<sup>er</sup> décembre 2014, le patient avait été admis au service de neurorééducation.

M. A\_\_\_\_\_, devant la commission, faisait grief au personnel hospitalier du service des urgences de ne pas s'être rendu compte du sérieux de son état et de ne pas avoir vu les signes d'un AVC. Par ailleurs, les cinq premières heures après l'apparition des symptômes d'un AVC étant cruciales, il aurait dû recevoir une injection durant ce laps de temps. Il soutenait que son état était normal à 04h30 et qu'il avait commencé à ressentir des symptômes durant sa prière à 06h10, les doigts de sa main droite ayant commencé à se serrer et des douleurs dans son thorax, en particulier sur le côté droit, étant apparues. Il s'était recouché. Aux alentours de 08h15, il s'était levé et avait constaté une aggravation des symptômes. Les secours étaient arrivés immédiatement et il était parvenu à l'hôpital vers 08h25-08h30, ce qui était attesté par la feuille d'admission dans le service de neurologie ainsi que par la lettre de transfert vers le service de neurorééducation, outre une attestation de son voisin de chambre selon laquelle les secours étaient arrivés sur les lieux avant 08h00 et lui-même avait rejoint M. A\_\_\_\_\_ à l'hôpital aux alentours de 08h25. Les premiers actes médicaux n'étaient intervenus qu'à 10h45 et M. A\_\_\_\_\_ n'avait été ausculté par le neurologue qu'à 13h45. Le diagnostic correct n'avait finalement été posé que le 27 novembre 2014, ce qui était surprenant et potentiellement constitutif d'une violation des règles de l'art notamment au vu de l'interprétation faite par le Dr C\_\_\_\_\_ du premier scanner cérébral le jour de l'admission. Il n'avait ainsi pas été pris en charge avec diligence ni n'avait reçu le traitement adéquat avec pour conséquence de graves séquelles.

- 2) Après instruction de la cause, la commission a retenu qu'il existait un doute sur l'heure d'apparition des premiers symptômes chez M. A\_\_\_\_\_, question pouvant néanmoins demeurer ouverte de même que celle relative à la chronologie exacte de la prise en charge par le service des urgences. En effet, le traitement par thrombolyse impliquait un risque d'hémorragie. Or le patient, au vu de ses antécédents médicaux d'hépatite chronique, présentait un risque hémorragique accru. Il avait par ailleurs obtenu un score NIHSS inférieur à 5. Ainsi, il n'était, dans tous les cas, pas éligible pour un traitement par thrombolyse. Par voie de conséquence, l'urgence à effectuer un scanner était relative. Une fois celui-ci effectué, manifestement à 12h30 le 24 novembre 2014, il était apparu qu'il n'y avait pas de signe indiquant la présence d'une lésion ischémique récente. C'était donc à juste titre que seule de l'aspirine avait été prescrite à titre conservateur, afin de fluidifier le sang et de prévenir une aggravation de l'AVC. Il ressortait par ailleurs du dossier que l'AVC s'était manifestement constitué progressivement. À son arrivée aux urgences, le patient ne présentait en effet que peu de symptômes d'un AVC. De plus, le premier scanner effectué à 12h30 le 24 novembre 2014 ne faisait pas état, comme déjà mentionné, de lésion ischémique. Les symptômes s'étaient aggravés par la suite. Cela expliquait pourquoi il n'avait pas été possible de localiser et de diagnostiquer l'AVC lors de la première journée d'hospitalisation mais uniquement le lendemain, après la réalisation de l'IRM

En définitive, la commission considérait que le patient avait été pris en charge par le personnel soignant de manière diligente, avait reçu le traitement approprié compte tenu des circonstances et que le diagnostic avait été posé conformément aux règles de l'art.

3) Les éléments factuels tels que retenus par la commission ressortent du dossier. Ils doivent être précisés comme suit :

a. Il ressort de la plainte de M. A\_\_\_\_\_ du 23 août 2016 que le 24 novembre 2014, il s'était réveillé à 04h30 et était allé aux toilettes. Tout était alors normal. Une heure plus tard, il s'était levé, habillé et avait lavé ses vêtements. Les doigts de sa main droite avaient alors commencé à se serrer les uns après les autres. Exténué, il était retourné se coucher jusqu'à 07h50. À son réveil, il s'était rendu compte qu'il lui fallait un médecin au plus vite. Il s'était habillé et était allé chercher de l'aide. Il avait trouvé son voisin auquel il avait essayé de parler sans y parvenir correctement. Son voisin s'était inquiété et avait appelé les ambulanciers qui étaient arrivés dix minutes plus tard. Lors de son hospitalisation à l'hôpital Beau-Séjour, un médecin lui avait dit que les cinq premières heures étaient primordiales. Il aurait donc pu recevoir une injection qui lui aurait été bénéfique. Faute de l'avoir reçue, il conservait de graves séquelles de son AVC.

b. Monsieur E\_\_\_\_\_ a signé, le 17 janvier 2017, une attestation sur l'honneur dont il ressort qu'il avait été témoin par téléphone de la situation de M. A\_\_\_\_\_, lequel avait eu un malaise le 24 novembre 2014 avant 07h30. Vu la gravité de son état, il lui avait conseillé d'appeler immédiatement les secouristes, lesquels étaient arrivés sur les lieux avant 08h00. Lui-même avait rejoint les HUG aux alentours de 08h25. Il avait pris connaissance des sanctions pénales encourues par l'auteur d'une fausse attestation.

c. La fiche d'intervention des ambulanciers, outre les indications reprises dans la décision du 7 octobre 2019 relatives notamment aux horaires de prise en charge du patient, mentionne sous la rubrique symptômes/circonstances, « Ce matin, symptômes persistants avec troubles de l'élocution – trbl de la motricité – asymétrie faciale D – hémisyndrome D ». Au-dessus des indications horaires de prise en charge jusqu'à l'arrivée au service des urgences des HUG (ci-après : SU), pour ce qui concerne ce patient, est indiqué sous « événement : 19h ». Le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué dans sa lettre de transfert du 27 novembre 2014 que M. A\_\_\_\_\_ s'était présenté au SU « aux alentours de 08h30 ». Cette même mention figure dans la note de suite simple du Dr. F\_\_\_\_\_ du 28 novembre 2014 de même que dans le document Admission en neurologie du 24 novembre 2014.

d. La feuille de tri du SU, s'agissant du motif d'entrée repris partiellement par la commission dans sa décision (« malaise sans pc hier vers 20h00 avec sensation bizarre type paresthésies hémicorps droit. [C]e matin, les symptômes persistent et s'aggravent vers 6h »), se termine par « ...avec hémisyndrome droit avec perte

motricité droite, assymétrie faciale dr et tb elocution, tr de la marche ». Dans un encart sous le niveau d'urgence 2, figurent encore les indications suivantes : « aphasie, dysphasie, amnésie, diplopie, paralysie, parésie, paresth., tr. équilibre, vertiges, amput. champ visuel ».

Le document Admission en neurologie du 24 novembre 2014 mentionne le constat aux urgences d'un GCS 15, NIHSS 4 et LAST score 15/15 et que le patient « Ce jour présente des céphalées fluctuantes 2/10, pas de vertiges, pas de nausées, pas de vomissements, pas de diplopie. Le patient se plaint d'une modification importante de sa voix. »

Selon le document intitulé « Résumé de séjour du 24/11/2014 » daté du même jour, établi par le SU non signé, le patient était connu pour une hépatite C non traitée. Il présentait depuis 04h30 une parésie de l'hémicorps droit associée à une paralysie faciale à droite, sans céphalée, ni trouble visuel, vertige, autre trouble neuronal focal ou plainte sensitive. Le soir précédent, il avait présenté un épisode de malaise sans PC, ni douleurs retrosternales (DRS) alors qu'il prenait une douche chaude avec une importante asthénie consécutive. Il était asymptomatique du point de vue « neuro » le soir au coucher. Il avait senti de la salive couler toute la nuit le long de la commissure labiale droite. Selon scanner (ci-après également : CT), il n'y avait pas d'hémorragie ni « a priori » de lésion ischémique. Sous le titre « Autres investigations pratiquées » était encore mentionné : « avis neuro : hospitalisation au 2DL + bilan AVC ». Selon la fiche de prescription du Dr B\_\_\_\_\_ du 24 novembre à 10h41, il fallait réaliser « URGENT » un CT cérébral du patient, lequel présentait depuis 05h30 une parésie de l'hémicorps droit et de l'hémiface droite. L'examen avait pour but la recherche d'une hémorragie ou d'une ischémie, examen effectivement pratiqué à 12h30. Selon la fiche « Soins intermédiaires de neurologie, Graphique infirmier », le patient était entré dans ce service le 24 novembre 2014 à 16h30.

e. Il ressort de la Vue complète de la feuille d'ordre, qu'à la date du 24 novembre 2014, à 17h24, notamment :

- M. A\_\_\_\_\_ a reçu de l'Aspégic 250 mg en injection ;
- on lui a prescrit un comprimé d'Aspirine cardio 100 mg par voie orale, une fois par jour le matin, à compter du 25 novembre 2014 ;
- on lui a prescrit un comprimé d'Atorvastatine de 40 mg une fois par jour avec la précision « indication de ce traitement à rediscuter demain 25/11 en fonction des résultats du bilan hépatique (terrain alcoolique et VHC chronique) » ;
- surveillance neurologique (Glasgow, NIHSS) selon protocole débiter de suite.

À la date du 25 novembre 2014, à 16h53, a été prescrit un comprimé d'Atorvastatine de 80 mg une fois par jour.

f. Il ressort de la lettre de transfert du 27 novembre 2014 du service de neurologie des HUG que le traitement prescrit à la sortie du patient comportait notamment un comprimé d'Atorvastatine de 80 mg une fois par jour. Cette médication avait commencé le 25 novembre 2014 au dosage de 40 mg par jour, qui avait été augmenté à 80 mg par jour dès le 26 novembre 2014. À la suite de ce traitement, il avait été constaté une discrète augmentation de la perturbation des tests hépatiques possiblement dans le contexte d'une hépatite C aggravée par les statines. Ce traitement était nécessaire et il était décidé de le maintenir avec un suivi rapproché des tests hépatiques de M. A\_\_\_\_\_.

g. Le 28 novembre 2014, une nouvelle IRM a été réalisée pour un « Contrôle dans le cadre d'une aggravation de l'état clinique chez le patient à J4 post-AVC sylvien profond gauche » avec pour résultat une « stabilité de la lésion ischémique aiguë connue située dans le territoire profond de l'artère sylvienne gauche sans transformation hémorragique décelable. Pas de nouvelle lésion ischémique ou hémorragique apparue dans l'intervalle ».

h. Le Professeur G\_\_\_\_\_ a écrit à la commission le 18 janvier 2017 qu'un traitement de reperfusion (thrombolyse) n'avait pas été administré à M. A\_\_\_\_\_ non pas en raison des délais mais de l'absence d'indication (score de faible gravité). Le 3 novembre 2016, il a notamment précisé que le degré d'urgence 2 exigeait une prise en charge dans les vingt minutes. Le cas de M. A\_\_\_\_\_ avait été considéré comme un tel degré d'urgence dans la mesure où « le délai depuis l'apparition des symptômes avoisin[ait] les six heures ». Les score de gravité NIHSS ayant été calculé à 4, un traitement thrombolique n'était pas indiqué compte tenu de la balance des risques, pour des scores inférieurs à 5, et bénéfiques d'un tel traitement. Le scanner cérébral prescrit à 10h40 avait été réalisé à 12h30. C'était l'IRM subséquente qui avait mis en évidence une ischémie récente de la région cérébrale moyenne gauche profonde expliquant les symptômes. Le patient avait bénéficié d'une prise en charge neurologique complète en milieu spécialisé après son passage au SU. Le délai entre la prescription du scanner et sa réalisation pouvait paraître excessivement long. Il était explicable par le fait que la possibilité d'un traitement de reperfusion avait déjà été écartée. De ce fait, cet examen n'était pas prioritaire sur les autres examens.

i. Il ressort d'un courrier de la commission au conseil de M. A\_\_\_\_\_ du 6 juillet 2017 que ce sont les membres de la sous-commission 1 qui ont traité sa plainte. La commission serait appelée à statuer en séance plénière (cf. courrier de la commission au Prof. G\_\_\_\_\_ du 13 octobre 2016).

- 4) Par acte mis à la poste le 8 novembre 2019, M. A\_\_\_\_\_ a interjeté recours contre cette décision par-devant la chambre administrative de la Cour de justice (ci-après : la chambre administrative).

Il a conclu préalablement à ce qu'il soit ordonné aux HUG de produire le protocole de surveillance neurologique mentionné en page 1 de la « vue complète de la Feuille d'Ordres », les fiches d'examen NIHSS et à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée. Selon M. A\_\_\_\_\_, la chambre administrative ne disposant pas des connaissances médicales suffisantes, il était nécessaire qu'elle s'entoure de l'avis d'un expert, de manière à vérifier si tant la prise en charge dans des délais particulièrement longs que la décision de ne pas administrer immédiatement les traitements requis étaient en adéquation avec les règles de l'art. La commission s'était fondée sur le score relativement bas NIHSS de 4 pour expliquer en quoi la vitesse de prise en charge ainsi que la décision de ne pas administrer les traitements indiqués n'étaient pas constitutifs d'une violation des règles de l'art. Or, il était particulièrement incertain que ce score ait été établi correctement. Il était par ailleurs douteux que ce test ait bien été effectué en amont des autres examens, la surveillance neurologique ayant été prescrite le 24 novembre 2014 à 17h24. Les circonstances dans lesquelles ce score avait été établi ne figuraient ni dans la décision entreprise, ni dans le dossier médical, contrairement à d'autres tests effectués.

Au fond, il a conclu à l'annulation de la décision du 7 octobre 2019, à ce qu'il soit dit que les HUG et les médecins intervenants avaient violé les règles de l'art et, cela fait, au renvoi de la cause à la commission afin qu'elle statue sur les sanctions à infliger.

Après avoir repris les éléments ressortant du dossier des HUG, qui seront repris plus loin en droit dans la mesure nécessaire pour trancher le litige, de la fiche d'intervention des ambulanciers, de l'attestation de M. E\_\_\_\_\_, d'un extrait de la revue des HUG Pulsation janvier – mars 2017, ainsi que de la revue médicale Suisse – accès à la thrombolyse lors d'AVC, M. A\_\_\_\_\_ reprochait en substance aux HUG de ne pas avoir été pris en charge correctement. À son arrivée, il n'avait pas reçu de traitement particulier et avait simplement été mis en observation. Le lendemain, son côté droit était entièrement paralysé.

Lors de son premier réveil le 24 novembre 2014 à 04h30, M. A\_\_\_\_\_ n'avait alors ressenti aucun symptôme. Ce n'était que vers 06h10, durant sa prière du matin, qu'il en avait ressenti de très légers, pour la première fois. Exténué, il était retourné se coucher. À son réveil son voisin avait appelé les secours voyant sa lèvre tomber sur le côté. Il était arrivé aux urgences à 08h30, soit 02h30 après le déclenchement des premiers symptômes. Les premiers examens médicaux avaient débuté à 10h45 et il n'avait été vu pour la première fois par un neurologue qu'à 13h45.

La décision de la commission ne prenait pas en compte des faits pourtant établis ou les avait appréciés fausement. Elle n'avait pas examiné les motifs d'une classification de M. A\_\_\_\_\_ en degré d'urgence 2 à son arrivée ; elle omettait de relever que le premier scanner cérébral avait été à la fois prescrit tardivement, soit

à 10h41 et effectué tout aussi tardivement, soit après 12h30 ; elle restait muette sur le fait que les analyses du premier scanner cérébral avaient été remises en doute quelques heures plus tard ; elle retenait à tort que la lésion ischémique n'avait été découverte que lors de l'examen IRM du lendemain ; elle retenait à tort que les retards précités pouvaient être expliqués par les contre-indications que M. A\_\_\_\_\_ présentait dès son arrivée au service des urgences ; elle ne relevait qu'insuffisamment le fait que l'IRM prescrite le 24 novembre 2014 avait finalement été effectuée le lendemain seulement, sans chercher les motifs de cette longue attente, ni expliquer le suivi du patient durant tout ce temps ; finalement, elle affirmait sans la moindre preuve ou analyse des faits qu'il n'était pas possible de localiser et de diagnostiquer l'AVC lors de la première journée d'hospitalisation.

S'agissant du tri de l'urgence au niveau 2, la commission oubliait que de nombreux signes annonciateurs d'un AVC avaient déjà été constatés à ce stade de la prise en charge. La feuille de tri mentionnait en effet les symptômes « aphasie, dysphasie, amnésie, diplopie, parésie, paresthésie, troubles de l'équilibre, vertiges, amputation du champ visuel ». Il était donc parfaitement inexact de considérer que le patient ne révélait pas d'autres signes de focalisation neurologiques. Il ressortait par ailleurs de l'échelle de tri des HUG que toute personne suspectée d'AVC devait obligatoirement être triée en urgence de niveau 1 afin d'être prise en charge immédiatement. La commission ne pouvait se contenter d'indiquer que M. A\_\_\_\_\_ avait été inscrit en degré 2 compte tenu du délai d'apparition des symptômes qui aurait été supérieur à six heures, selon un calcul du délai qui était en réalité parfaitement incorrect. Dans la mesure où il ressortait de ses déclarations que ses symptômes s'étaient déclarés entre 04h30, selon certaines pièces, et 06h10 selon d'autres, et que son arrivée aux urgences remontait aux alentours de 08h30 du matin, selon M. E\_\_\_\_\_, ou 09h50 selon le rapport des ambulanciers, il avait été trié seulement deux heures trente après le déclenchement des symptômes. Quand bien même, comme retenu à tort par la commission, M. A\_\_\_\_\_ aurait senti ses premiers symptômes à 04h30 et serait arrivé aux urgences à 10h00, l'intervalle de temps était inférieur à six heures de sorte qu'il devait de toute manière être qualifié en degré 1. Ce tri avait partant été effectué en violation des usages. Les délais de prise en charge auraient en conséquence dû être bien inférieurs à ce qui avait prévalu le 24 novembre 2014.

Le Dr B\_\_\_\_\_ avait prescrit un scanner cérébral en urgence, lequel n'avait été effectué qu'à 12h30. Or, tant le NIHSS que l'hépatite C n'avaient été déterminés, respectivement décelés, que bien après ce scanner, à savoir à 17h25 pour le NIHSS et à 13h37 pour l'hépatite C. Il était donc parfaitement faux de prétendre qu'il n'y avait pas eu d'urgence à effectuer le scanner cérébral pour des motifs qui n'avaient été connus que plusieurs heures plus tard.

La décision entreprise mentionnait à tort qu'aucune lésion ischémique récente n'avait pu être décelée lors de ce scanner et que l'AVC s'était manifestement constitué progressivement, ce qui expliquait qu'il n'ait pas été possible de le localiser et de le diagnostiquer avant le lendemain. L'inverse ressortait en effet du dossier médical. À réception des résultats du service de radiologie, le Dr C\_\_\_\_\_ avait immédiatement contacté la radiologue pour qu'elle regarde à nouveau les images. Il avait en effet un doute quant à une discrète hypodensité au niveau du centre ovale gauche, dans le territoire profond de l'ACM gauche. Peu après ces doutes, la feuille d'ordre faisait soudainement apparaître un certain nombre de prescriptions à la suite, entre 16h35 et 17h25, dont une IRM en urgence et l'exécution du NIHSS. Dès 16h35, M. A\_\_\_\_\_ avait d'ailleurs été mis sous surveillance neurologique quant à la progression d'un AVC, ce qui signifiait que la réinterprétation du scanner avait mis en évidence un AVC. Ce doute avait été confirmé par la suite puisque le Dr C\_\_\_\_\_ avait noté, à la suite de l'IRM, que l'« on retrouve comme en CT les irrégularités de M1 gauche ». Autrement dit, le scanner effectué le 24 novembre 2014 avait fait apparaître l'AVC, qui n'avait initialement pas été décelé par le radiologue, par erreur. C'était ainsi uniquement en fin d'après-midi, lorsque le Dr C\_\_\_\_\_ avait réexaminé ces résultats, qu'il s'était rendu compte de l'erreur d'interprétation et du retard ainsi pris dans la prise en charge de l'AVC, retard qu'il avait tenté de rattraper par un certain nombre de prescriptions. Force était donc de constater que l'AVC avait donc bel et bien été décelé suite à ce premier scanner, sans toutefois que le personnel médical ne donne de suites immédiates. Au demeurant, tous les signes cliniques de l'AVC avaient été décelés déjà par les ambulanciers puis lors du tri, signes qui étaient toujours présents.

Comme déjà relevé, le NIHSS n'avait été calculé qu'à 17h24, soit de nombreuses heures après l'arrivée de M. A\_\_\_\_\_ aux urgences, et ce dans des conditions inconnues et douteuses.

Selon ce qu'avait retenu la commission de manière insoutenable, tout autre traitement que la simple aspirine prescrite à titre conservatoire le 24 novembre 2014 était en l'espèce contre-indiqué au vu de l'hépatite dont M. A\_\_\_\_\_ souffrait. Elle omettait toutefois de relever que la prescription d'Atorvastatine, contre-indiquée par le Dr C\_\_\_\_\_ à cause de l'hépatite avait finalement été administrée le 25 novembre 2014 alors que cette maladie chronique avait déjà été décelée. Ledit traitement a été même augmenté et ce malgré l'aggravation du bilan hépatique relevé par le médecin au motif, justifié, que ce traitement était nécessaire.

Selon la littérature médicale, une thrombolyse précoce constituait, à l'heure actuelle, le seul traitement pour améliorer le pronostic des patients atteints d'un AVC ischémique. Plus cette thrombolyse était précoce, plus elle était efficace. À son arrivée dans un centre hospitalier universitaire, une victime d'un AVC devait

subir des tests tant neuroradiologiques (CT de perfusion, IRM, angiographie, Doppler), que cliniques (NIHSS) et ce dans un délai très court. Les cibles temporelles à atteindre étaient au maximum de vingt-cinq minutes jusqu'à l'imagerie. Selon la brochure des HUG produite, après le tri, le patient devait être immédiatement évalué par l'urgentiste et le neurologue. Le scanner devait être réalisé de suite. En l'espèce, le scanner prescrit quarante minutes après le tri n'avait finalement été effectué qu'à 12h30 ce qui était incontestablement bien au-delà de ce qui était préconisé. L'évaluation neurologique complète notamment avec le NIHSS n'avait très vraisemblablement été effectuée que bien plus tard encore, soit à 17h30 environ. Une telle manière de faire constituait déjà une violation lourde des règles de l'art médical.

Selon la doctrine, si le résultat du scanner était négatif, il devait être suivi d'une IRM, car comparée à l'IRM, la sensibilité du scanner pour la détection de l'infarctus était moindre lorsque l'AVC se trouvait encore dans une phase très précoce. En l'espèce, le scanner avait révélé une lésion. Quand bien même il n'en aurait pas révélé, force était de constater qu'aucune IRM n'avait été effectuée immédiatement après. Or, dès lors que la symptomatologie telle que décrite dans la fiche de tri était typique d'un AVC, les médecins n'auraient pas dû se contenter d'un résultat négatif. Ce résultat aurait dû au contraire les interpeller et leur faire suspecter un AVC de déclenchement récent, ce d'autant plus que le patient indiquait une apparition des symptômes le matin même. Ceci était d'autant plus vrai après les doutes sérieux émis par le Dr C\_\_\_\_\_ quant à la justesse du scanner. L'IRM avait ainsi non seulement été prescrite tardivement, soit à 17h30 environ le 24 novembre 2014, mais de surcroît n'avait été exécutée que le lendemain, soit plus de vingt-quatre heures après le début des symptômes qui entre-temps s'étaient d'ailleurs considérablement aggravés du fait de cette attente injustifiée.

Selon la littérature médicale encore, toutes les étapes de la prise en charge devaient être mises en œuvre de façon immédiate puisque les traitements qui étaient la thrombolyse et la thrombectomie ne pouvaient être effectués que dans les quatre heures trente suivant le début des symptômes pour la thrombolyse et dans les huit heures pour la thrombectomie. Or, les HUG n'avaient manifestement pas respecté ces principes, ni l'urgence que les premiers constats impliquaient.

La commission errait encore en retenant qu'il n'avait pas été possible de localiser et diagnostiquer l'AVC lors de la première journée d'hospitalisation de M. A\_\_\_\_\_ de sorte qu'il était logique que l'AVC n'ait pu être traité que le lendemain de la prise en charge. Il était tout d'abord faux de prétendre que le patient ne présentait que peu de symptômes d'un AVC alors que tel était le cas dès le tri à l'arrivée aux urgences. En fin d'après-midi le 24 novembre 2014, la feuille d'ordre faisait état d'une surveillance de la progression de l'AVC, ce qui

contredisait totalement cette argumentation. En outre, si une IRM avait été prescrite, c'était précisément parce que les symptômes d'un AVC étaient présents.

Au vu de ces circonstances, le personnel soignant n'avait pas été suffisamment diligent en ne respectant pas les cibles temporaires préconisées, ni n'avait posé le diagnostic de manière suffisamment diligente, rapide et précise, pas plus qu'il n'avait apporté, à temps, le traitement approprié.

M. A\_\_\_\_\_ conservait de nombreuses séquelles de son AVC, à savoir un bras droit non fonctionnel, une marche nécessitant l'aide d'un bâton et des troubles de l'attention sévères.

M. A\_\_\_\_\_ a produit, à l'appui de son recours, outre des pièces figurant déjà dans son dossier des HUG, respectivement de la commission, un extrait de la revue des HUG, Pulsations, non daté, traitant notamment des urgences, un second extrait de cette revue, janvier-mars 2017, traitant de l'AVC et un extrait de la Revue médicale suisse du 12 novembre 2008 ayant pour sujet la problématique de l'accès à la thrombolyse lors d'AVC. Le contenu de ces articles médicaux sera repris ci-dessous dans la mesure nécessaire au traitement du recours.

- 5) La commission a indiqué le 9 décembre 2019 qu'elle n'avait pas d'observations à faire valoir et persistait intégralement dans les termes de sa décision du 7 octobre 2019.
- 6) Les HUG ont, par réponse au recours du 2 juin 2020, conclu préalablement au rejet des conclusions tendant à la production du protocole de surveillance neurologique et des fiches d'examen NIHSS et s'en sont rapportés à justice quant à l'expertise judiciaire sollicitée. Les pièces produites permettaient d'établir les faits pertinents pour trancher le litige notamment en ce qui concernait l'examen NIHSS et le score de 4 qualifiant le déficit neurologique de M. A\_\_\_\_\_ au moment des faits.

Au fond, les HUG ont conclu au rejet du recours.

Compte tenu des déclarations du patient à l'infirmière des urgences puis au médecin urgentiste selon lesquelles il avait fait état d'un premier malaise avec une aggravation progressive de symptômes durant la nuit, il avait été trié en degré d'urgence 2 à 10h11, dans la mesure où lesdits symptômes dataient de plus de six heures. Le Dr B\_\_\_\_\_, qui avait examiné M. A\_\_\_\_\_ peu de temps après le tri, avait relevé le malaise de la veille au soir, l'écoulement de salive durant toute la nuit et les troubles moteurs déjà présents à 4h30 du matin selon les déclarations du patient lui-même. Il avait prescrit un scanner cérébral à 10h41. En cas de suspicion d'AVC, il y avait en effet lieu d'exclure la présence d'une hémorragie car celle-ci s'opposerait à une thrombolyse, indiquée seulement en cas d'AVC ischémique (causé par l'obstruction d'une artère par un caillot, par opposition à un

AVC hémorragique, provoqué par la rupture d'un vaisseau). Selon le résultat du scanner effectué à 12h30, la radiologue avait conclu « pas d'argument scannographique pour une lésion ischémique récente ». L'interrogatoire du patient par le Dr C\_\_\_\_\_ vers 13h45 et l'examen effectué avaient confirmé la présence de symptômes dès 04h30 déjà, soit une faiblesse modérée de l'hémicorps droit, un déséquilibre et des troubles de la marche sans toutefois faire ressortir « d'autres signes de focalisation neurologique : pas de troubles sensitifs, pas de troubles de la coordination motrice, pas de troubles visuels, pas de troubles du langage, pas de vertiges, pas de diplopie ». Le Dr C\_\_\_\_\_ avait noté un score de Glasgow de 15, soit un état de conscience normal, et un score NIHSS de 4 (cf. la Note de suite simple du 24 novembre 2014 à 13h47, après validation de son supérieur le professeur H\_\_\_\_\_). Ainsi, contrairement à ce qu'alléguait M. A\_\_\_\_\_, le NIHSS n'avait pas été établi au service de neurologie après 16h00 ou 17h00. La feuille d'admission en neurologie confirmait que ce patient présentait ce score NIHSS de 4 « aux urgences ». Même si le scanner était peu concluant, le Dr C\_\_\_\_\_ avait envisagé un AVC compte tenu du tableau clinique du patient, raison pour laquelle il avait prescrit une IRM à 17h24. Il s'agissait alors de préciser le diagnostic pour adapter au mieux la prise en charge du patient et non d'un examen d'urgence dans l'optique d'une thrombolyse. Cette IRM, effectuée le 25 novembre 2014, avait confirmé un AVC ischémique, à l'instar d'examens complémentaires effectués le 25 novembre 2014 et les jours suivants.

Même si l'on devait par impossible considérer que les examens évoqués par M. A\_\_\_\_\_, notamment le scanner cérébral, l'IRM et l'établissement du score NIHSS auraient pu ou dû être effectués plus tôt dans la journée du 24 novembre 2014, ce qui était contesté, force était de constater que le traitement choisi aurait été le même : avec un score inférieur à 4, la thrombolyse n'était pas indiquée, ce qui résultait d'une pesée entre les risques et les bienfaits potentiels de ce traitement. Cette pesée se basait sur la gravité de l'AVC, indépendamment du temps qui s'était écoulé depuis l'apparition des premiers symptômes. Le score NIHSS de 4 excluait d'emblée que M. A\_\_\_\_\_ puisse bénéficier d'une thrombolyse et justifiait le traitement conservateur qu'il avait reçu. Il était rappelé que si une thrombolyse était pratiquée dans les trois heures dès l'apparition des symptômes, elle n'améliorait l'état de santé du patient que dans moins de la moitié des cas. Il n'y avait aucun élément qui permettait de retenir en l'espèce que l'état de santé de M. A\_\_\_\_\_ se serait selon toute vraisemblance notablement amélioré grâce à ce traitement.

Ainsi, le traitement conservateur appliqué dans le cas d'espèce, avec une surveillance neurologique appropriée et l'administration des médicaments reçus le jour de son hospitalisation puis durant les jours qui avaient suivi étaient adaptés aux circonstances et conformes aux règles de l'art. C'était donc à juste titre que la commission avait retenu que M. A\_\_\_\_\_ n'était, dans tous les cas, pas éligible

pour un traitement par thrombolyse, indépendamment de la chronologie de sa prise en charge aux HUG.

La thrombolyse était contre-indiquée si plus de six heures s'étaient écoulées depuis l'apparition des premiers symptômes. Au vu des déclarations du patient à l'infirmière de tri et au médecin urgentiste au moment des faits - non compatibles avec ses allégations ultérieures dans le cadre de la procédure de recours selon lesquelles les premiers symptômes ne se seraient manifestés qu'après 06h00 - il se justifiait de considérer que l'AVC était selon toute vraisemblance survenu déjà avant 04h30, de sorte que ce traitement n'était plus indiqué. Au demeurant, il était conforme aux règles de l'art de renoncer à une thrombolyse lorsque le moment de l'apparition des symptômes était impossible à déterminer. Pour ce motif également, le temps écoulé, le choix de renoncer à une thrombolyse était conforme aux règles de l'art.

- 7) Aux termes de sa réplique du 7 juillet 2020, M. A\_\_\_\_\_ a persisté dans sa demande d'expertise judiciaire en ce qui concernait la nature des soins qu'il aurait pu et dû lui être administrés ainsi que leurs chances de succès. Il a sollicité en outre l'audition de son voisin et de l'ambulancier responsable de l'intervention pour déterminer son heure d'arrivée aux urgences.

La divergence d'opinion des parties n'était pas juridique, mais manifestation factuelle et médicale. M. A\_\_\_\_\_ persistait à affirmer qu'à son arrivée aux urgences, à 8h30, les symptômes avaient débuté depuis moins de six heures et qu'une thrombolyse aurait donc dû être effectuée avec de grandes chances d'empêcher les lourdes séquelles dont il était aujourd'hui victime.

- 8) Le juge délégué a, par courrier du 27 août 2020, demandé à la commission quels étaient les membres de la sous-commission 1 ayant instruit la plainte, respectivement ceux de la plénière ayant participé à la prise de la décision, avec la précision de leur profession, respectivement de leur spécialisation.

- 9) La commission a répondu à cette demande par pli du 3 septembre 2020 en y annexant le procès-verbal caviardé de la séance plénière du 3 octobre 2019, de même que la liste des membres de la sous-commission 1 « au 6 juillet 2017 ».

Il en ressort que faisaient partie de cette sous-commission un médecin spécialiste en pharmacotoxicologie, un médecin pratiquant des interventions de type chirurgical ou diagnostique, un médecin gynécologue, une infirmière issue des HUG, titulaire notamment d'un certificat en soins intensifs et réanimation obtenu en 1989, et une membre d'un parti politique représenté au Grand conseil.

- 10) La réponse de la commission a été transmise le 4 septembre 2020 et 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 (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) La décision entreprise classe la procédure ouverte à la suite de la plainte formée par le recourant le 23 août 2016. Le recourant conclut à son annulation, à ce qu'il soit dit que les médecins concernés ont violé les règles de l'art et à ce que la cause soit renvoyée à la commission pour les sanctions à infliger.
  - a. Conformément à la jurisprudence de la chambre de céans, le plaignant qui a saisi la commission en invoquant une violation de ses droits de patient peut recourir contre la décision classant sa plainte (ATA/8/2018 du 9 janvier 2018 consid. 2b ; ATA/238/2017 du 28 février 2017 consid. 1b ; ATA/558/2015 du 2 juin 2015 consid. 1b ; ATA/234/2013 du 16 avril 2013 consid. 3). Il ne peut en revanche pas recourir contre l'absence de sanctions prise par la commission (ATA/234/2013 du 16 avril 2013 consid. 3).
  - b. Dans un arrêt de principe en matière de droit des patients et de surveillance des professions de la santé qui réinterprète l'art. 22 de la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients du 7 avril 2006 (LComPS – K 3 03), la chambre administrative a considéré qu'il convenait de s'inspirer des principes de la procédure pénale, dans laquelle la partie civile peut recourir contre la culpabilité de l'auteur sans se prononcer sur la peine. Ainsi, le patient peut recourir contre la décision prise à l'issue de la procédure disciplinaire en contestant les violations retenues, mais sans prendre de conclusions sur la sanction elle-même (ATA/8/2018 précité consid. 2b ; ATA/17/2013 du 8 janvier 2013).
  - c. En l'espèce, en application de la jurisprudence, la conclusion du recourant visant au retour de la cause à la commission pour infliger des sanctions aux thérapeutes l'ayant pris en charge est recevable dans la mesure où il n'a pas pris de conclusion sur la sanction elle-même.
- 3) Le recourant sollicite plusieurs actes d'enquête et une expertise médicale. Il considère qu'en lien avec son arrivée et son suivi auprès des HUG à compter du 24 novembre 2014 au matin, le pronostic d'AVC a été tardivement posé et qu'il n'a pas bénéficié du traitement approprié, avec de graves conséquences pérennes sur son état de santé, ce qui constituerait une violation des règles de l'art.

Il sollicite la production de pièces en mains des HUG devant renseigner sur les circonstances dans lesquelles est intervenu le test NIHSS ayant abouti au score de 4. Il estime qu'il y a lieu de déterminer l'heure de son arrivée au SU, peu après

08h00 selon lui, en procédant à l'audition de son voisin de chambre de l'époque et d'un ambulancier. Dans la mesure où, outre l'aspect factuel, la question à résoudre est de nature médicale, il y a lieu selon lui de mettre en œuvre une expertise.

a. Tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour l'intéressé d'offrir des preuves pertinentes, de prendre connaissance du dossier, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes (ATF 137 IV 33 consid. 9.2), de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 138 I 154 consid. 2.3.3 ; 137 II 266 consid. 3.2). Le droit de faire administrer des preuves n'empêche cependant pas le juge de renoncer à l'administration de certaines preuves offertes et de procéder à une appréciation anticipée de ces dernières, en particulier s'il acquiert la certitude que celles-ci ne l'amèneront pas à modifier son opinion ou si le fait à établir résulte déjà des constatations ressortant du dossier (ATF 136 I 229 consid. 5.2 ; 134 I 140 consid. 5.3). Le droit d'être entendu ne contient pas non plus d'obligation de discuter tous les griefs et moyens de preuve du recourant ; il suffit que le juge discute ceux qui sont pertinents pour l'issue du litige (ATF 138 32 consid. 5.1 ; 138 IV 81 consid. 2.2).

b. En matière administrative, les faits doivent en principe être établis d'office et, dans la mesure où l'on peut raisonnablement exiger de l'autorité qu'elle procède à cette recherche, les règles sur la répartition du fardeau de la preuve ne s'appliquent pas. Il n'en demeure pas moins que, lorsque les preuves font défaut, ou si l'on ne peut raisonnablement exiger de l'autorité qu'elle les recueille, la règle de l'art. 8 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210) est applicable par analogie. Pour les faits constitutifs d'un droit, le fardeau de la preuve incombe à celui qui entend se prévaloir de ce droit (ATF 112 Ib 65 consid. 3 ; ATA/1058/2017 du 4 juillet 2017 consid. 5 ; ATA/516/2014 du 1<sup>er</sup> juillet 2014 consid. 5 ; Thierry TANQUEREL, Manuel de droit administratif, 2011, p. 518 n. 1563).

c. L'autorité n'est pas limitée par les allégués et les offres de preuves des parties (art. 19 LPA). Elle recourt s'il y a lieu à l'expertise (art. 20 al. 2 let. e LPA ; art. 38ss LPA). L'expertise représente un moyen de preuve (art. 38 LPA) ordonné lorsque l'établissement ou l'appréciation de faits pertinents requièrent des connaissances et compétences spécialisées - par exemple techniques, médicales, scientifiques, comptables - que l'administration ou le juge ne possèdent pas (ATA/592/2017 du 23 mai 2017 consid. 2b ; ATA/414/2017 du 11 avril 2017 consid. 3b).

d. Les HUG se sont opposés à la production des pièces complémentaires sollicitées par le recourant, estimant en substance que celles figurant dans le dossier des HUG du recourant renseignent suffisamment sur la problématique du

score du test NIHSS effectué par le neurologue des urgences. Le recourant de son côté met en doute que ledit test ait été effectué avant 17h24 le 24 novembre 2014.

La chambre administrative tient pour établi que ledit test, ayant abouti au score de 4, a été effectué le 24 novembre 2014 avant 13h47, heure à laquelle le neurologue du SU, après un examen neurologique du recourant - étant relevé que ce dernier ne remet pas en cause qu'un tel examen soit intervenu à ce moment-là -, a rédigé sa note et y a mentionné ce score. Le recourant fait en conséquence une lecture erronée de la vue complète de la feuille d'ordre en soutenant que ledit test n'a été ordonné qu'à 17h24. L'intitulé « Surveillance neurologique (Glasgow, NIHSS) selon protocole débiter de suite » devant être compris en ce sens que lesdits tests devaient, à compter de ce moment-là, être régulièrement effectués et non pas qu'ils interviendraient alors pour la première fois depuis son arrivée au SU.

Si les pièces figurant à la procédure suffisent pour déterminer que ce test est intervenu au plus tard en début d'après-midi le 24 novembre 2014, ils ne permettent nullement de savoir comment le score de 4 a été posé, élément qui selon la décision attaquée serait des plus pertinents dans le cas d'espèce.

e. S'agissant de l'heure de la prise en charge du recourant par les ambulanciers, respectivement celle de son arrivée au SU, la chambre administrative s'estime également suffisamment renseignée par les pièces figurant au dossier. Le voisin de chambre du recourant à l'époque s'est d'ores et déjà exprimé sur ce point dans une attestation produite par le recourant. S'agissant de l'audition d'un ambulancier, il n'est pas inutile de rappeler que les faits remontent à bientôt six ans de sorte qu'il est illusoire d'espérer, après un tel laps de temps, recueillir des souvenirs précis de professionnels intervenant plusieurs fois par jour pour des prises en charge analogues, qui plus est sur le point précis de l'heure d'intervention, au-delà de ce qui résulte de leur fiche, en l'espèce dûment signée par le responsable d'intervention et paraphée par l'infirmière du SU.

Il ne sera partant pas fait droit à cette demande d'actes d'enquête.

f. Au vu des développements figurant ci-dessous, la mise en œuvre d'une expertise médicale ne se justifie pas à ce stade de la procédure.

- 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]).

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).

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/8/2018 précité consid. 4c ; ATA/238/2017 précité ; ATA/322/2014 du 6 mai 2014 ; ATA/5/2013 du 8 janvier 2013).

- 5) a. Les principaux droits du patient sont énumérés aux art. 42ss LS. Il s'agit notamment du droit aux soins, du libre choix du professionnel de la santé, du libre choix de l'institution de santé, du droit d'être informé et du choix libre et éclairé. Selon la jurisprudence de la chambre de céans, le droit aux soins consacré par l'art. 42 LS comprend le droit de se faire soigner conformément aux règles de l'art médical (ATA/1075/2019 précité consid. 4d ; ATA/474/2016 du 7 juin 2016 consid. 2g ; ATA/22/2014 du 14 janvier 2014 consid. 3 ; ATA/527/2013 du 27 août 2013 consid. 6d ; ATA/5/2013 précité consid. 12). Les droits du patient sont en outre garantis par l'art. 40 LPMéd ; Dominique SPRUMONT/Jean-Marc

---

GUINCHARD/Deborah SCHORNO, in Ariane AYER/Ueli KIESER/Thomas POLEDNA/Dominique SPRUMONT, Loi sur les professions médicales [LPMéd], Commentaire, 2009, ad art. 40 n. 10), applicable par renvoi de l'art. 80 LS.

b. L'art. 40 let. a LPMéd dispose que les personnes exerçant 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. Elles doivent également garantir les droits du patient (art. 40 let. c LPMéd). Le droit cantonal, s'appliquant en sus du droit fédéral (art. 71A et 80 LS), prévoit notamment que le professionnel de la santé doit veiller au respect de la dignité et des droits de la personnalité de ses patients (art. 80 al. 1 LS).

6) En l'espèce, le recourant reproche aux HUG une mauvaise appréciation de l'urgence de son cas à son arrivée aux HUG, un retard dans les examens nécessités par l'AVC dont il a été victime, respectivement dans l'application du traitement préconisé dans un tel cas, selon lui, une thrombolyse, d'où des séquelles permanentes qu'il devra affronter sa vie durant.

a. Les institutions de santé doivent fournir, de manière continue et personnalisée, les soins qui entrent dans leur mission à toute personne qu'elles prennent en charge. Elles ne peuvent, de leur propre initiative, arrêter la prise en charge d'une personne que si la continuité de celle-ci est garantie (art. 107 al. 1 LS). Elles doivent mettre en place les mesures adéquates pour assurer la qualité de leurs prestations dans le respect des droits des patients (art. 7 al. 1 du règlement sur les institutions de santé du 22 août 2006 - K 2 05.05 - RISanté).

b. Aux termes de l'art. 398 al. 2 de la loi fédérale du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse (CO, Code des obligations - RS 220), le mandataire est responsable, envers le mandant, de la bonne et fidèle exécution du mandat. L'échec de la mission assumée n'est certes pas suffisant à engager sa responsabilité ; il doit seulement réparer les conséquences d'actes ou d'omissions contraires à son devoir de diligence. Le personnel chargé des soins (médecins, infirmiers, sages-femmes, etc.) est tenu de respecter les règles de l'art médical, lesquelles constituent des principes établis par la science médicale, généralement reconnus et admis, communément suivis et appliqués par les praticiens. Savoir si le médecin a violé son devoir de diligence est une question de droit ; établir s'il existe une règle professionnelle communément admise, quel était l'état du patient et comment l'acte médical s'est déroulé relèvent du fait (ATF 133 III 121 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral 4A\_487/2016 du 1<sup>er</sup> février 2017 consid. 2.3 ; 6B\_999/2015 du 28 septembre 2016 consid. 5.1).

c. Le médecin doit observer la diligence requise. Si le propre de l'art médical consiste, pour le médecin, à obtenir le résultat escompté grâce à ses connaissances

et à ses capacités, cela n'implique pas pour autant qu'il doive atteindre ce résultat ou même le garantir, car le résultat en tant que tel ne fait pas partie de ses obligations. L'étendue du devoir de diligence qui incombe au médecin se détermine selon des critères objectifs. Les exigences qui doivent être posées à cet égard ne peuvent pas être fixées une fois pour toutes ; elles dépendent des particularités de chaque cas, telles que la nature de l'intervention ou du traitement et les risques qu'il comporte, la marge d'appréciation, le temps et les moyens disponibles, la formation et les capacités du médecin. La violation, par celui-ci, de son devoir de diligence - communément, mais improprement, appelée « faute professionnelle » - correspond à la notion d'illicéité propre à la responsabilité délictuelle (ATF 133 III 121 consid. 3.1; arrêts du Tribunal fédéral 4A\_487/2016 du 1<sup>er</sup> février 2017 consid. 2.3; 4A\_315/2011 du 25 octobre 2011 consid. 3.1).

d. Le médecin viole son devoir de diligence lorsqu'il pose un diagnostic ou choisit une thérapie ou une autre méthode qui, selon l'état général des connaissances professionnelles, n'apparaît plus défendable et ne satisfait pas aux exigences objectives de l'art médical (ATF 134 IV 175 consid. 3.2; 130 IV 7 consid. 3.3; arrêt du Tribunal fédéral 6B\_1287/2018 du 11 mars 2019).

7) Le recourant fait premièrement grief aux HUG de l'avoir placé en urgence 2 et non 1.

a. Comme il ressort de la littérature qu'il cite lui-même et appliquée au sein des HUG (extrait du magazine Pulsations des HUG produit par le recourant, non daté), dont l'échelle de tri, de quatre degrés, est devenue une référence en Suisse, le degré d'urgence 2 s'applique à une situation urgente, qui n'engage pas le pronostic vital, mais est susceptible de s'aggraver rapidement. La prise en charge doit, dans un tel cas, intervenir dans les vingt minutes. Il est à relever que le degré 1, pour une suspicion d'AVC, s'applique selon l'exemple donné à une personne dont les signes d'un AVC sont intervenus depuis une heure.

b. Il résulte en l'espèce tant de la fiche d'intervention des ambulanciers que des notes prises par l'infirmières aux urgences, informations dont il n'y a pas lieu de douter qu'elles proviennent d'informations données par le recourant, que les premiers symptômes qui ont fini par l'amener à faire appel aux secours le 24 novembre 2014 au matin sont apparus aux alentours de 19h00-20h00 la veille. Selon les ambulanciers, le recourant avait relaté un malaise sans perte de connaissance avec une sensation de perte de motricité et de sensibilité à droite, remontant à 19h00, à lire cette indication dans la rubrique événement, les symptômes ayant persisté jusqu'au matin avec troubles de l'élocution, de la marche, une asymétrie faciale et un hémisyndrome à droite. Selon la fiche de tri, il s'agissait d'un malaise sans perte de connaissance vers 20h00 avec sensation bizarre type paresthésie de l'hémicorps droit.

Le Dr B\_\_\_\_\_, urgentiste, qui a examiné le recourant logiquement avant 10h41, heure à laquelle il a ordonné un scanner, a lui aussi noté le malaise de la veille au soir, avec la précision d'une plainte d'écoulement de salive durant toute la nuit à droite. C'est ainsi de manière peu convaincante que le recourant a cherché à remettre en cause, à compter de son dépôt de plainte près de deux ans après les faits, une présence de symptômes effectivement évocateurs d'un AVC (cf. l'extrait de la revue Pulsation de janvier-mars 2017, produite par le recourant qui s'en prévaut, et dont le titre est « AVC : une course contre la montre », p. 12, tableau, 1<sup>er</sup> cas évoqué) la veille de son arrivée au SU.

C'est ainsi à juste titre, sur la base des éléments dont l'infirmière du tri avait connaissance, qu'il a été estimé que le degré d'urgence de ce cas était de 2, dans la mesure où le délai d'apparition des symptômes remontait à plus de six heures et moins de vingt-quatre heures, créneaux horaires qui ont leur importance pour la prise en charge du patient tel que développée ci-dessous.

Dans ces conditions, il ne peut être reproché aucune violation des règles de l'art du corps médical sur ce premier point.

- 8) Le recourant soutient être arrivé aux urgences le 24 novembre 2014 peu après 08h00 et se plaint de n'avoir été vu par l'infirmière du tri que deux heures plus tard.

Il ressort de la fiche de prise en charge des ambulanciers qu'ils sont intervenus au domicile du recourant à 09h39, soit six minutes après l'enclenchement de leur alarme, ont quitté les lieux avec le patient à 09h51 et qu'ils sont arrivés au SU à 10h04. À 10h11, soit sept minutes plus tard, il était confié aux infirmiers du tri, ce qui ressort de la fiche de tri. Ces éléments de chronologie de prise en charge, cohérents quant aux laps de temps nécessaires à chaque étape du processus, qui émanent de deux sources différentes et sont dûment protocolés sur les documents types ad hoc ont une valeur probante accrue par rapport aux dires du recourant. Certes il semble avoir évoqué au sein même des HUG qu'il était arrivé aux urgences « aux alentours de 08h30 », information qui figure dans le document Admission en neurologie du 24 novembre 2014 et qui semble avoir été reprise par le Dr D\_\_\_\_\_ dans sa lettre de transfert du 27 novembre 2014 puis dans la note de suite simple du Dr F\_\_\_\_\_ du 28 novembre 2014. Cette information semble toutefois ne reposer que sur des indications données par le patient lui-même, et peut d'emblée avoir été mal comprise, respectivement mal reportée par le neurologue et d'autres médecins à sa suite. Elle n'est a priori pas de nature à remettre en cause les informations dûment consignées sur ce point par les ambulanciers et l'infirmière qui ont effectivement vécu la prise en charge.

Comme déjà relevé, il est peu probable que le ou les ambulanciers intervenus il y a près de six ans donnent une version différente de celle qu'ils ont

consignée à l'époque des faits, pas plus au demeurant que l'infirmière du tri dont l'audition n'a pas été demandée. Quant au voisin de chambre de l'époque du recourant, il y a lieu de relativiser les informations qu'il a données au terme de l'attestation qu'il a signée près de trois ans après les faits, soit après le dépôt de plainte du recourant auprès de la commission et alors qu'il est difficilement concevable qu'il ait gardé précisément en tête l'heure à laquelle son voisin l'aurait contacté par téléphone. Il existe à cet égard déjà une antinomie entre les dires du recourant qui prétend que ce voisin aurait constaté une asymétrie sur son visage et le fait que ledit voisin atteste s'être entretenu par téléphone avec lui.

9) Le recourant soutient ensuite que les HUG ont tardé dans sa prise en charge et n'ont pas posé le bon diagnostic avant que son état ne s'aggrave irrémédiablement.

a. Comme déjà relevé, le temps de prise en charge d'un patient classé en urgence 2 est de vingt minutes. Or en l'espèce, dans la mesure où il doit être retenu que le recourant est bien arrivé aux urgences peu après 10h00 et où le médecin urgentiste a procédé à l'examen du recourant avant 10h41, puisqu'il a alors préconisé un scanner, il ne peut être dit que le délai de prise en charge par ce médecin n'a pas été respecté.

b. La revue Pulsations des HUG produite par le recourant avait notamment pour sujet l'AVC. Il en ressort notamment, dès la page 12, que « Dès les premiers symptômes de l'AVC, le compte à rebours est lancé. Les neurones s'effondrent par dizaines de milliers à la seconde, comme des grains d'un sablier fatal. Les risques de séquelles croissent de minute en minute. Dès lors, l'objectif est limpide : stopper au plus vite la catastrophe neurologique. (...) Le dispositif des HUG, un des centres nationaux pour l'AVC, réduit au minimum le délai entre l'appel au 144 et l'instauration des traitements d'urgence. (...) Première étape : l'urgence. Ici tout dépend de la nature de l'AVC. Si un vaisseau se rompt, c'est un AVC hémorragique. Le cerveau est dès lors menacé par un trop plein de sang. Il faut administrer des médicaments qui baissent la tension. (...) Mais dans 80 % des cas, c'est un caillot qui obstrue une artère et prive d'oxygène une partie du cerveau. L'AVC est dit ischémique. Le traitement consiste à fluidifier le sang (thrombolyse) ou retirer le caillot (thrombectomie). Si possible, les deux. Ces traitements améliorent les pronostics pour environ 60 % des patients. Mais il y a un hic. Seuls 10 à 12 % d'entre eux peuvent les recevoir. En effet, beaucoup ne peuvent pas être traités en raison de contre-indication médicale. Et beaucoup (60 %) arrivent trop tard aux urgences, soit plus de huit heures après l'AVC. Une limite au-delà de laquelle les risques du traitement deviennent plus importants que les bénéfices potentiels. Dans la phase aiguë, les patients sont hospitalisés à l'unité des maladies neurovasculaires, la Stroke unit. Ils passent au minimum 24 heures dans un des sept lits équipés pour surveiller les paramètres pertinents : taux de sucre, oxygénation du sang ou pression artérielle. Objectif ? Protéger les zones

menacées, mais pas touchées par l'AVC. Celles qui jouent un rôle important lors de la récupération. La Stroke unit améliore le pronostic pour un patient sur quatre. Durant cette hospitalisation, le service recherche les causes de l'AVC. Dès qu'elles sont connues, le patient entreprend les traitements ad hoc afin d'empêcher une récurrence. C'est là aussi qu'il commence sa rééducation : physiothérapie, ergothérapie, logopédie etc. Cette dernière doit débuter le plus tôt possible. Dès les premiers jours et de façon intensive pour les cas les plus sévères. Les patients récupèrent 80 % des fonctions lésées au cours des trois premiers mois qui suivent l'accident. Mais ils doivent s'accrocher. La récupération des 20 % restant peut prendre des années. »

Un schéma explicatif figure en bas de la p. 13 de cette revue, sous le titre « Les étapes de la prise en charge hospitalière ». Il en ressort qu'un appel aux premiers secours doit être lancé lors des premiers symptômes. À +1h, après les premiers symptômes, il est question d'un diagnostic avec un scanner ou une IRM et de la prescription de thrombolyse et/ou thrombectomie. Dès +4h30 et jusqu'à +8h, il n'est plus question que d'une thrombectomie uniquement. Entre vingt-quatre et quarante-huit heures, il s'agit d'une surveillance des paramètres puis, d'une rééducation de trois à quatre mois.

Dans un second article en p. 14 de cette revue intitulé « Une course contre la montre », il est écrit : « En phase aiguë de l'accident vasculaire cérébral (AVC), il est précisé : « Première étape, déterminer le type d'AVC : ischémique ou hémorragique. Si un caillot de sang - un thrombus - bouche une artère, il est ischémique (80% des cas). Dans cette situation, le traitement consiste à dissoudre le caillot (la thrombolyse) ou à le retirer au moyen d'un cathéter (la thrombectomie). Dans certains cas, on peut associer les deux. Si une artère se rompt, l'AVC est hémorragique. Dans ce cas, on donne des médicaments pour faire baisser la tension artérielle. Il peut arriver aussi qu'un neurochirurgien intervienne pour évacuer l'hématome. Seul moyen pour établir un diagnostic : le scanner ou l'IRM. Il est réalisé en dix minutes. Si l'AVC est ischémique, le patient passe encore un angioscanner afin de localiser avec précision la position du caillot. Quand l'imagerie a livré ses réponses, tout devient une affaire de temps. Moins de quatre heures après les premiers symptômes, le patient peut recevoir une thrombolyse et, si nécessaire, thrombectomie. Entre 4h30 et 8h après, seule la thrombectomie présente encore un rapport coût/bénéfice favorable au patient. Au-delà de 8h, les dommages infligés aux régions du cerveau touchées sont irréversibles. Aucun traitement de phase aiguë ne peut plus être administré. C'est hélas le cas pour plus de 80 % des admissions. Le patient est alors transféré en soins intermédiaires pour une surveillance minutieuse. Il commence déjà sa rééducation, poursuivie ensuite à l'Hôpital Beau-Séjour. Avant la thrombectomie, la médecine est impuissante après 4h30 déjà. Développée notamment dans le service de neuroradiologie des HUG, cette technique associée à une thrombolyse, améliore de manière significative le pronostic à long terme des

patients souffrant d'AVC ischémique. Un patient sur quatre ayant reçu ce traitement présente en effet des séquelles moins lourdes et une meilleure autonomie dans la vie quotidienne. C'est un progrès majeur. Pour les patients, bien évidemment. Mais aussi pour la société en termes économiques ».

- 10) a. En l'espèce, le médecin urgentiste a indiqué dans sa fiche de prescription, comme indication à un CT cérébral « URGENT », la présence chez le patient depuis 05h30 d'une parésie de l'hémicorps droit et de l'hémiface droite. L'examen avait pour but la recherche d'une hémorragie ou d'une ischémie. Cet examen n'est intervenu qu'à 12h30. Le laps de temps de près de deux heures qui sépare l'ordre du médecin et son exécution paraît au profane long compte tenu de la mention « URGENT ». Il revient partant à la commission de déterminer ce que ce terme implique au sein des HUG ou d'un établissement similaire en terme de laps de temps d'exécution de l'examen ordonné, notamment en regard des indications du milieu médical en matière d'AVC. Ceci semble d'autant plus pertinent dans le cas d'espèce qu'il ne ressort pas du dossier des HUG qu'à 12h30 le Dr B\_\_\_\_\_ aurait d'ores et déjà eu connaissance du score de NIHSS 4, ni de l'hépatite C dont souffrait le recourant, deux paramètres qui, selon la commission, ne le rendaient pas éligible à une thrombolyse vu le risque d'hémorragie accru.

b. La chambre de céans peine ensuite à comprendre, si le recourant n'était pas éligible à une thrombolyse, pour quelle raison, après que le diagnostic d'AVC ischémique profond a été posé, il a, dès le 25 novembre 2014 au matin, effectivement bénéficié d'un tel traitement, dont le dosage a même été augmenté, nonobstant ses répercussions sur son foie.

- 11) Ceci souligné, il convient de renvoyer le dossier à la commission pour approfondissement de son instruction, comprenant la transmission par les HUG de tous les documents en sa possession en lien avec le premier test NIHSS effectué et, si nécessaire la mise en œuvre d'une expertise médicale, afin que soient analysés en détail les gestes des médecins impliqués dans les opérations successives, respectivement leur conformité avec les règles de l'art.

Cette instruction ne saurait avoir lieu au stade du recours devant la juridiction de seconde instance, tant parce que cette dernière ne doit pas sans motif particulier se substituer aux autorités chargées ordinairement d'une instruction éventuelle et bénéficiant du regard de spécialistes, que pour ne pas priver le justiciable de la garantie du double degré de juridiction.

12. Aussi, le recours sera partiellement admis.

Vu cette issue, il ne sera pas perçu d'émolument (art. 87 al. 1 LPA). Une indemnité de CHF 1'000.- sera allouée au recourant à raison de CHF 500.- à la charge des HUG et de CHF 500.- à celle de l'État de Genève (art. 87 al. 2 LPA).

**PAR CES MOTIFS**  
**LA CHAMBRE ADMINISTRATIVE**

**à la forme :**

déclare recevable le recours interjeté le 6 août 2020 par Monsieur A\_\_\_\_\_ contre la décision de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients du 7 octobre 2019 ;

**au fond :**

l'admet partiellement ;

annule la décision de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients du 7 octobre 2019 ;

renvoie la cause à la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision ;

dit qu'il n'est pas perçu d'émolument ;

alloue une indemnité de procédure de CHF 1'000.- à Monsieur A\_\_\_\_\_ à raison de CHF 500.- la charge des Hôpitaux universitaires de Genève et de CHF 500.- à la charge de l'État de Genève ;

dit que conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification par-devant le Tribunal fédéral, par la voie du recours en matière de droit public ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral, 1000 Lausanne 14, par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi ;

communique le présent arrêt à Me Jacques Roulet, avocat du recourant, à la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients ainsi qu'à Me Michel Bergmann, avocat des Hôpitaux universitaires de Genève.

Siégeant : Mme Payot Zen-Ruffinen, présidente, M. Verniory, Mme Lauber,  
M. Mascotto, Mme Tombesi, juges.

Au nom de la chambre administrative :

la greffière-juriste :

F. Cichocki

la présidente siégeant :

F. Payot Zen-Ruffinen

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties.

Genève, le

la greffière :