

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3950/2009-PATIEN

ATA/573/2010

ARRÊT

DU TRIBUNAL ADMINISTRATIF

du 31 août 2010

dans la cause

Monsieur A _____
représenté par Me Eric Mangué, avocat

contre

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

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le _____ 1964, s'est adressé le 5 février 2007 à la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients (ci-après : la commission) en portant à la connaissance de cette dernière les faits suivants.

Le 5 janvier 2007, suite à des douleurs abdominales extrêmement fortes, il s'était rendu au service des urgences des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG). Les médecins urgentistes avaient détecté une pancréatite et l'avaient hospitalisé. A cette occasion, il avait reçu du Flagyl et une dose de Rocéphine (nom commercial de la Ceftriaxone), deux antibiotiques. Après quoi, il avait fait un arrêt cardiaque de quatre minutes et avait été massé pendant quatre heures. Par miracle, il avait recouvré ses fonctions vitales et s'en était sorti sans séquelles. Il avait indiqué au personnel soignant être allergique aux sulfamidés.

Après quelques temps aux soins intensifs, il avait été transféré en chirurgie digestive, où il avait reçu les soins nécessaires et subi des examens. Aucune indication opératoire n'avait été posée, bien que le diagnostic de pancréas nécrosé ait été évoqué.

Selon ses explications, le Docteur Vincent Ott, chef de clinique de chirurgie, aurait émis l'hypothèse d'une possible réaction à la Rocéphine et l'aurait signalée à son médecin traitant. Cependant, dite hypothèse n'aurait pas fait l'objet d'une transmission écrite et aurait été oubliée.

Postérieurement, M. A_____ avait appris que la vésicule biliaire devait lui être retirée. Après quelques jours d'hospitalisation, le 24 janvier 2007, le Dr Ott lui avait annoncé l'intervention pour le jour même. L'anesthésiste était venu le voir peu avant l'opération. Le patient aurait mis le médecin au courant de sa probable allergie à la Rocéphine. Ce dernier n'en aurait pas tenu compte.

Il avait été conduit au bloc, où le Dr Ott avait commencé l'opération par laparoscopie. Quelques minutes plus tard, l'anesthésiste lui avait injecté une dose de Rocéphine. Il avait alors subi un nouveau choc cardiaque. L'intervention avait dû être arrêtée avant même que la vésicule biliaire ne soit enlevée. Il avait souffert d'un œdème à la gorge et il s'en était sorti par miracle pour la deuxième fois. Il était resté intubé plus de 24 heures et avait passé deux nuits aux soins intensifs. Par ailleurs, il s'était aperçu de troubles visuels alors que sa vue avait été contrôlée l'année précédente, sans qu'un problème ne soit détecté.

Il souhaitait des explications claires et rationnelles sur les événements ci-avant décrits, lesquels devaient être qualifiés "d'erreur médicale grave par

négligence", suivant des contacts avec plusieurs membres du corps médical. Il se réservait le droit d'agir en réparation du tort moral et physique.

2. Le 5 mars 2007, la commission a informé M. A_____ que la cause était renvoyée devant la sous-commission 3 pour instruction.
3. Dans son rapport du 5 avril 2007, le Docteur Bernard Vermeulen, médecin responsable du centre d'accueil et d'urgences de l'unité de chirurgie des HUG, a expliqué que M. A_____ était arrivé dans son service le 5 janvier 2007 pour des douleurs abdominales aiguës.

Après des examens, la Doctoresse Aude Joncquiert, médecin en charge du patient, avait conclu à la probabilité d'une pancréatite nécessitant une hospitalisation. L'allergie du patient aux sulfamidés avait été inscrite dans le dossier, l'ordre d'administration d'antibiotiques également, le 6 janvier 2007 à 12h00. Le choix de la combinaison Rocéphine/Flagyl était habituel dans les pathologies infectieuses abdominales. Sur la feuille de suite de l'infirmière, il avait été noté "atteinte intégrité peau, ressent des démangeaisons (20 min après l'administration des antibiotiques)" et encore "arrêt antibiotique, averti médecin".

L'arrêt cardio-respiratoire nécessitant un massage cardiaque était survenu le 6 janvier 2007 vers 13h30. M. A_____ s'était réveillé à 14h30 et avait été extubé à 14h45.

Le patient avait un passé médical toxicologique chargé. Les douleurs abdominales s'étaient révélées être d'origine pancréatique ; l'arrêt cardio-respiratoire pouvait s'expliquer par une hypovolémie. Les mécanismes d'allergies aux sulfamidés n'étant pas les mêmes que ceux à la Rocéphine, M. A_____ pouvait également réagir à celle-ci, ce qui aurait expliqué l'arrêt cardio-respiratoire. Sur la feuille de soins, l'infirmière avait ajouté "Rocéphine", sous la mention "allergie aux sulfamidés".

4. Dans un résumé daté du 3 avril 2007, lu et contresigné le 23 avril 2007 par le Professeur Philippe Morel, chef du service de chirurgie viscérale, le Dr Ott s'est déterminé sur le séjour de M. A_____ aux HUG.

Après un récapitulatif de l'état du patient et des événements du 5 janvier 2007, il a expliqué que l'étiologie de la pancréatite pouvait être d'origine alcoolique et hyperlipidémique. Les scanners abdominaux avaient confirmé une évolution favorable de la pancréatite nécrosante.

Vu l'origine biliaire de l'inflammation, il avait été décidé de profiter de l'hospitalisation du patient pour procéder à une cholécystectomie (ablation de la vésicule biliaire). Ainsi, le 24 janvier 2007, celui-ci avait été emmené d'urgence au bloc opératoire pour subir cette intervention. Le Dr Ott avait pris la décision opératoire et avait averti les anesthésistes de l'antécédent d'arrêt cardio-

respiratoire d'origine indéterminée. Avant de commencer la chirurgie, il avait prescrit une prophylaxie antibiotique intraveineuse de Rocéphine et Flagyl, en suivant les prescriptions de service avant toute cholécystectomie. Quelques minutes après le début de l'opération, le patient avait présenté une instabilité hémodynamique majeure, nécessitant un arrêt immédiat de celle-là, et l'administration d'adrénaline. Le patient avait été alors transféré aux soins intensifs. L'origine de l'instabilité hémodynamique était supposée être en relation avec un choc anaphylactique sur Rocéphine. L'hypothèse avait été confirmée quelques jours plus tard par des tests allergologiques.

Le Dr Ott avait appris par la suite que le patient avait reçu de la Rocéphine le jour de son admission aux urgences dans le cadre de sa pancréatite aiguë. Il s'agissait d'une prescription donnée oralement, qui n'était le fait ni du trieur ni des consultants de chirurgie viscérale. L'antibiotique était probablement déjà responsable du premier arrêt cardio-respiratoire. Le diagnostic n'avait pas été posé ce jour-là, principalement en raison des autres causes (troubles électrolytiques, déshydratation, ingestion d'alcool) pouvant provoquer un état de choc avec un arrêt cardio-respiratoire dans le cadre d'une pancréatite nécrosante grave.

M. A_____ avait quitté le service de chirurgie viscérale le 29 janvier 2007. L'origine alcoolique restait la cause la plus probable de sa pancréatite. Le chirurgien n'avait pas procédé à l'ablation de la vésicule biliaire.

5. Le Professeur Jean-Claude Chevrolet, médecin chef du service des soins intensifs, s'est déterminé le 25 avril 2007.

Le patient avait été hospitalisé le 6 janvier 2007 dans le service des soins intensifs pour une durée de 24 heures, en raison d'une pancréatite aiguë avec coulées nécrotiques, après un arrêt cardio-respiratoire survenu dans le service des urgences. La cause de l'arrêt cardio-respiratoire était alors indéterminée. Les hypothèses avancées étaient celles d'une hypotension artérielle consécutive à une hypovolémie, elle-même due à la pancréatite aiguë. Les cardiologues n'avaient pas jugé bon de proposer des investigations complémentaires.

Le patient avait séjourné une deuxième fois dans le service des soins intensifs du 24 au 26 janvier 2007, après avoir été victime d'un choc anaphylactique avec une hypotension artérielle sévère et un érythème cutané diffus, symptômes traités avec succès par de l'adrénaline et des corticostéroïdes. Ce choc anaphylactique avait été imputé à l'administration de Ceftriaxone, antibiotique administré dans le contexte de l'intervention chirurgicale précitée du 24 janvier 2007.

Devant l'apparition de ce deuxième état de choc, clairement attribuable à l'administration de Rocéphine, les médecins des soins intensifs avaient revu les documents du séjour de M. A_____ aux urgences des HUG du 5 au 6 janvier

2007 et constaté que celui-ci avait reçu une injection de Ceftriaxone avant l'apparition de son état de choc. L'imputabilité de ce médicament dans le choc anaphylactique était donc extrêmement élevée.

6. Dans son courrier non daté, reçu le 3 mai 2007 par les HUG, M. A_____ a spontanément présenté des observations à la commission.

Il avait mandaté le Docteur Juan Olivieri, allergologue au Centre médical d'Onex, qui n'avait pas eu accès à son dossier médical. Les tests relatifs à ses deux chocs cardiaques n'avaient pas pu être effectués. Il remettait une copie de la lettre autorisant le Dr Olivieri à consulter son dossier médical aux HUG.

7. Par courrier du 15 mai 2007, M. A_____ a complété sa plainte du 5 février 2007. Il demandait "une réparation équitable en dommage et intérêts".

Il sollicitait la rapide remise de l'original de son dossier médical.

Selon lui, le Dr Ott avait mentionné une prise de Rocéphine par "voie orale" lors du premier choc cardiaque, ce qui était démenti par les confrères de celui-ci.

Il soulignait qu'aucun test allergologique n'avait été pratiqué durant son hospitalisation et qu'aucun cardiologue n'était venu le voir. Il joignait le rapport du Docteur Marcel Gigon, qui avait détecté, chez lui, une myopie ainsi qu'une astigmatie.

8. Le 26 juin 2007, le Dr Vermeulen a précisé à la commission le nom de l'infirmière ayant constaté la possible allergie à la Rocéphine de M. A_____. Il s'agissait de Madame Catherine Adam, devenue Catherine Keumo. Elle n'avait pas eu le temps d'avertir la Dresse Joncquiert, car le patient avait soudainement eu un arrêt cardio-respiratoire. Le Docteur Yvan Green, Chef de clinique de médecine, était intervenu. Celui-ci avait été rejoint par des anesthésistes et le Dr Ott, alors de garde aux urgences. La Dresse Joncquiert traitait d'autres patients à ce moment-là et était arrivée dans le box de réanimation ultérieurement.

9. M. A_____, le Dr Ott, Mme Keumo, le Dr Bénédict Meier et la Dresse Joncquiert ont été convoqués à une séance de comparution personnelle le 4 octobre 2007.

10. Dite séance fut reportée au 31 octobre 2007 à la demande du conseil, nouvellement constitué, de M. A_____. Ce dernier avait été victime d'une agression le 11 août 2007 et se trouvait en complète incapacité de travail. La Dresse Joncquiert, absente, s'était excusée. Aucun motif de récusation n'a été soulevé à l'encontre des membres de la sous-commission 3 ni de la commission plénière.

a. A titre préalable, M. A_____ a rappelé qu'il avait informé l'équipe médico-soignante qu'il était allergique aux sulfamidés. Il avait appris par la suite qu'il avait reçu de la Rocéphine, molécule qu'il ne connaissait pas.

b. Mme Keumo était à proximité du patient quand ce dernier s'était plaint d'un malaise et de démangeaisons. Elle n'avait constaté ni œdème ni bouton. Elle avait arrêté l'antibiotique et appelé la Dresse Joncquiert, avec laquelle elle avait perfusé un peu plus le patient. Le pouls et la tension étaient stables. Elle n'avait pas quitté M. A_____. Environ 40 minutes après l'administration de la Rocéphine, ce dernier avait eu un arrêt cardio-respiratoire. Elle avait songé à une éventuelle allergie à la Rocéphine. Toutefois, le cas était complexe et plusieurs raisons pouvaient justifier l'état de choc du patient. Elle ne se souvenait pas si elle avait évoqué la possibilité d'une allergie à ce produit avec la Dresse Joncquiert. Elle avait porté cette réflexion au dossier médical du patient à l'occasion du transfert de celui-ci aux soins intensifs de chirurgie. Il n'était pas sûr à ce moment-là que le patient fût allergique à la Rocéphine. Le Dr Ott n'était pas présent lorsqu'elle avait évoqué l'éventualité d'une allergie à la Ceftriaxone devant les infirmières des soins intensifs.

c. Le Dr Ott a confirmé qu'il était le trieur, soit le responsable des urgences pour la chirurgie, lors de la prise en charge de M. A_____. Ce dernier souffrait d'une pancréatite nécrosante compliquée, d'une insuffisance rénale aiguë, de troubles électrolytiques, le tout accompagné d'un état fébrile laissant suspecter un état septique. Il n'avait pas prescrit la Rocéphine et ne savait pas que celle-ci avait été administrée. Étant donné la pathologie du patient, il n'aurait pas préconisé d'antibiotiques à ce stade. Une discussion avec ses collègues avait eu lieu sur les causes possibles de l'arrêt cardiaque. Les hypothèses évoquées avaient été un état de choc sur hypovolémie ou un trouble du rythme sur troubles électrolytiques.

Le Dr Ott a contesté l'affirmation de M. A_____ selon laquelle il avait contacté le Docteur Djamel Benguetat, médecin traitant à l'unité de toxicodépendance de la rue Verte, auquel il aurait mentionné la possibilité d'une allergie à la Rocéphine. Il ignorait que le produit avait été administré au patient aux urgences ; il n'en avait eu connaissance qu'au moment de l'analyse du dossier, suite au deuxième choc. De plus, il précisait que la prescription médicale de Rocéphine avait été signifiée oralement.

S'agissant de la cholécystectomie, il pensait avoir expliqué à M. A_____ le déroulement de l'intervention par laparoscopie ainsi que les raisons pour lesquelles il convenait d'enlever la vésicule biliaire. S'il n'avait pas été suffisamment clair, il le regrettait. Le diagnostic de choc allergique durant l'opération était devenu évident *a posteriori* en raison de la simultanéité de l'événement par rapport à l'injection de Rocéphine chez un patient anesthésié sous monitoring complet et en l'absence d'autres causes possibles. L'aspect des deux

chocs était similaire, à savoir qu'il n'y avait aucun autre signe accompagnateur évocateur d'une allergie.

d. Le Dr Meier, anesthésiste, avait été appelé pour une consultation préopératoire. En voulant consulter le dossier médical, il n'avait trouvé que le cardex infirmier et le dossier informatisé. Il ignorait si le dossier papier contenait des renseignements supplémentaires. Dans la lettre de transfert des soins intensifs, les hypothèses du choc étaient les mêmes que celles évoquées par le Dr Ott. Une consultation de cardiologie avait écarté la possibilité d'une maladie cardiaque sous-jacente, renforçant à ses yeux l'hypothèse d'un choc hypovolémique, cause la plus probable du choc selon lui.

Le Dr Meier, qui a dans un premier temps assuré qu'aucune allergie n'était notée dans le dossier informatisé ni dans le cardex infirmier, est ensuite revenu sur ses déclarations. L'allergie du patient aux sulfamidés était effectivement marquée sur le dossier d'entrée au service des soins intensifs.

e. M. A_____ a confirmé qu'une consultation en allergologie avait été organisée aux HUG après ses deux chocs pour une date postérieure à sa sortie. Il avait refusé cette proposition et avait consulté le Dr Olivieri.

Au terme de ces auditions, M. A_____ a sollicité l'avis d'un spécialiste en allergologie sur le dossier.

11. M. A_____ a délié le Dr Benguettat de son secret médical vis-à-vis de la commission en date du 13 novembre 2007.
12. Le 23 janvier 2008, M. A_____ a sollicité l'audition du Dr Green, de la Dresse Jonquiart et des Drs Thomas Holzer et Nicholas Bonello. La sous-commission ne s'était pas prononcée sur l'opportunité de consulter un spécialiste en allergologie.
13. Le Dr Benguettat s'est adressé à la commission par courrier du 29 janvier 2008. Il n'avait pas souvenir de s'être entretenu avec le Dr Ott.
14. Le 12 mars 2008, la commission a indiqué à M. A_____ que le Docteur Mathieu Nendaz, président de la sous-commission 3, avait préféré se retirer des débats, dans la mesure où il était le supérieur hiérarchique du Dr Green. Celui-là serait remplacé par le Docteur Thomas Wyss, médecin exerçant dans le secteur privé.
15. La commission a procédé à une audition complémentaire, celle de la Dresse Jonquiart, le 15 avril 2008.

Cette dernière a confirmé avoir été médecin interne en chirurgie le 5 janvier 2007 lorsque M. A_____ était venu aux urgences. Ce dernier s'était présenté

pour des douleurs abdominales. Il possédait des antécédents de consommation d'alcool, mais ne paraissait pas alcoolisé. Sur la base de l'examen clinique, l'hypothèse d'une pancréatite avait été posée. Le diagnostic avait été confirmé le lendemain matin au moyen d'investigations radiologiques. Sur les instructions de son trieur, le Dr Ott, elle avait appelé le Dr Gasche, responsable du service des soins intensifs, dans lequel les médecins désiraient transférer le patient. Après discussion avec le Dr Gasche, il avait été décidé d'instaurer un traitement antibiotique, classique des états infectieux, à base de Rocéphine et de Flagyl. Elle avait inscrit ledit traitement dans le dossier médical et était partie voir d'autres patients. Elle n'était pas dans le box des urgences au moment de la perfusion de Rocéphine ni au moment de l'interruption de celle-ci par l'infirmière ni enfin au moment de l'arrêt cardiaque de M. A_____. En arrêt cardio-respiratoire, ce dernier, qui avait été intubé, ventilé et massé, s'était réveillé après 20 minutes environ de réanimation. Il s'était extubé spontanément et avait immédiatement été transféré aux soins intensifs. Elle n'avait plus eu de contacts avec le patient.

Elle n'avait pas participé à la discussion sur le diagnostic différentiel de l'arrêt cardiaque de M. A_____ le jour même. Ultérieurement, elle avait évoqué, avec le Dr Gasche, l'hypothèse d'une hypovolémie liée à la pancréatite comme responsable de l'arrêt cardiaque. A aucun moment, ils n'avaient fait allusion à une possible allergie à la Rocéphine.

Enfin, elle ne se souvenait pas de la mention de démangeaisons par l'infirmière. La Rocéphine et le Flagyl étaient habituellement prescrits dans les cas de pancréatite. M. A_____ n'était pas connu pour être allergique à un de ces deux produits.

16. Dans son courrier du 22 septembre 2008, la commission a informé M. A_____ que la cause était gardée à juger.
17. Par plis des 6 janvier et 19 mai 2009, le conseil de M. A_____ a relancé la commission, priant celle-ci de faire preuve de diligence et de célérité dans le traitement du dossier.
18. La liste des membres composant la commission plénière a été transmise au conseil de M. A_____ par courrier du 14 juillet 2009. Ce dernier était invité à se déterminer sur le fond et sur d'éventuels actes d'instruction complémentaires avant le 10 août 2009.
19. Le 3 août 2009, M. A_____ a mis la commission en demeure de statuer sur sa plainte avant le 21 août 2009. Il ne demandait pas d'actes d'instruction complémentaires. Il s'était déjà prononcé sur la composition de la commission plénière lors de l'audience du 31 octobre 2007.

20. Le 25 septembre 2009, la commission a procédé au classement de la plainte de M. A_____ à l'encontre des HUG, avec mention des voie et délai de recours.

La commission n'ayant pas compétence pour statuer sur des actions en responsabilité civile ni pour allouer des dommages et intérêts n'entrait pas en matière sur cette demande. Il lui appartenait d'examiner si des violations de la loi sur la santé du 7 avril 2006 (LS - RS K1 03) pouvaient être reprochées à des professionnels de la santé, et ce dans le cadre d'une procédure disciplinaire.

Le contrat liant des médecins à leurs patients était un contrat de mandat. En sa qualité de mandataire, le médecin devait faire preuve de diligence et répondait de la bonne et fidèle exécution du mandat. Néanmoins, le médecin n'était pas tenu par une obligation de résultat.

La commission n'avait pas jugé utile de faire appel à un spécialiste en allergologie, car elle était composée de nombreux professionnels de la santé, dont un spécialiste en pharmaco-toxicologie. De plus, le produit incriminé était un médicament largement reconnu et l'allergie à la Rocéphine n'était pas contestée.

La prescription de Rocéphine, qui n'avait aucune similitude de structure chimique avec les sulfamidés, était justifiée dans le cas de M. A_____, malgré l'allergie avérée de l'intéressé à ceux-ci. Il n'y avait aucune raison de suspecter une allergie à la Ceftriaxone. Il était impossible que le patient ait déclaré à l'anesthésiste être allergique à ce produit, dans la mesure où il ne connaissait pas cette molécule à l'époque.

Il ressortait du dossier que, les démangeaisons exceptées, le patient ne présentait pas les signes habituels d'une allergie à la Rocéphine. Avec la pathologie de base dont souffrait le patient, d'autres causes tel qu'un trouble du rythme cardiaque étaient possibles, la plus crédible étant celle de complications de la pancréatite, notamment des troubles électrolytiques, comme retenu par l'équipe médicale des soins intensifs.

L'audition du Dr Benguetat avait paru inutile, puisque ce dernier ne se souvenait pas avoir eu une conversation téléphonique avec le Dr Ott au sujet d'une possible réaction à la Rocéphine. De même, le Dr Green n'avait pas participé à la prise en charge globale du patient et avait eu pour seul mandat la réanimation de l'intéressé, qu'il avait effectuée avec succès. Enfin, les Drs Holzer et Bonello s'étaient basés sur les constatations et le plan d'anesthésie établi par leur collègue ; leur audition ne s'avérait pas nécessaire.

Un diagnostic inexact avait été posé, puisque, suite à l'arrêt cardiaque du 5 janvier 2007, les équipes médicales n'avaient pas lié celui-ci à un choc anaphylactique à la Rocéphine. Cela étant, aucune faute professionnelle ne pouvait être reprochée à l'encontre de l'un ou de l'autre des intervenants dans la

mesure où toutes les hypothèses étaient possibles. De nombreux éléments plaidaient en faveur d'un arrêt cardiaque suite à une pancréatite, une affection grave pouvant, par elle-même, entraîner un décès sur état de choc. De plus, le patient ne présentait que de minimes signes d'une éventuelle allergie, à savoir des démangeaisons. Cette hypothèse était plausible et convaincante, même si elle s'était avérée fautive après analyse des médecins. Si les équipes médicales avaient eu connaissance du soupçon de Mme Keumo, elles auraient tout de même présumé une instabilité hémodynamique due à la pancréatite.

La commission recommandait une meilleure communication entre les équipes infirmière et médicale et soulignait qu'il n'était pas normal qu'un médecin, tel le Dr Meier, ne puisse pas accéder au dossier médical manuscrit, bien que cela n'ait en rien influencé le déroulement des événements, puisque l'allergie à la Rocéphine n'avait pas encore été diagnostiquée.

Enfin, il n'était pas possible d'établir une relation directe entre les événements hospitaliers et les troubles de la réfraction oculaire décrits par M. A_____.

21. M. A_____ a saisi le Tribunal administratif d'un recours contre la décision précitée par acte du 3 novembre 2009, en concluant à son annulation, au renvoi de la cause à la commission pour nouvelle instruction, et à l'allocation d'une indemnité de procédure. Subsidiairement, le tribunal de céans devait dire et constater que les HUG avaient agi en violation des droits des patients dans sa prise en charge et dans son traitement entre les 5 et 24 janvier 2007 de sorte qu'un antibiotique de type Rocéphine lui avait été administré à deux reprises, ayant entraîné deux chocs anaphylactiques successifs.

Sa plainte avait pour objectif la constatation d'une faute professionnelle, attentatoire à ses droits de patient.

Une décision de classement pouvait faire l'objet d'un recours dans la mesure où elle emportait le refus de constater une violation des droits des patients. Le patient-plaignant devait se voir accorder les mêmes droits procéduraux que le professionnel de la santé ou l'institution de santé mise en cause.

La plainte visait les HUG et non pas son personnel soignant. La commission n'était dès lors pas fondée à entendre les membres de celui-ci en qualité de parties à la procédure, mais plutôt en tant que témoins. Les Drs Ott et Meier ainsi que Mme Keumo avaient été entendus simultanément. De ce fait, ils avaient pu adapter leurs déclarations en conséquence. Les règles élémentaires de procédure n'avaient pas été respectées. La décision de la commission devait être annulée et la cause renvoyée à celle-ci pour nouvelle instruction.

La décision querellée n'indiquait pas que la sous-commission avait remis ses conclusions à la commission plénière ; il était uniquement fait état de la procédure instruite par la commission de surveillance. Les membres de la sous-commission avaient constamment changé. N'ayant pas été prise à l'issue d'une délibération de la commission composée de manière conforme à la loi, dite décision devait être annulée et retournée à la commission.

Son droit d'être entendu avait été violé par le refus de la commission de procéder à l'audition du Dr Green, qui était au courant de l'administration de Rocéphine et qui aurait pu indiquer si Mme Keumo lui avait fait part de ses conclusions quant à une possible allergie à la Rocéphine.

En s'écartant de l'état de faits dûment établi par pièces, la commission avait fait une appréciation arbitraire de la cause. Les symptômes d'une allergie à la Rocéphine existaient déjà lors du premier incident. La commission avait retenu à tort que le trouble du rythme cardiaque le plus crédible avait été de nature électrolytique, à l'exclusion d'une allergie à la Ceftriaxone. De plus, la symptomatologie présentée était la même lors des deux chocs. Il était invraisemblable que l'infirmière détecte le lien de cause à effet entre la Rocéphine et l'arrêt cardio-vasculaire, mais pas les médecins. Un examen en allergologie aurait dû être ordonné avant la seconde intervention afin de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse. Les manquements aux règles de diligence étaient manifestes ; la commission aurait dû constater une violation de ses droits de patient.

22. Par décision du 4 novembre 2009, le bénéfice de l'assistance juridique a été refusé à M. A_____.
23. Dans sa réponse du 29 janvier 2010, la commission a conclu à l'irrecevabilité du recours précité et en cas de recevabilité de celui-ci, à son rejet, sous suite de frais et dépens.

La demande de M. A_____ était irrecevable, car ce dernier élargissait ses conclusions initiales en alléguant une violation de ses droits de patient. L'instruction menée par la commission s'inscrivait dans le cadre d'une procédure disciplinaire. De plus, le recourant ne pouvait pas faire valoir d'intérêt juridique personnel et concret à ce qu'une décision constatatoire soit rendue.

Selon M. A_____, le personnel de l'institution de santé était effectivement visé par la plainte. La commission avait à juste titre entendu, en qualité de parties, les professionnels de la santé, lesquels pouvaient, au terme de la procédure, être mis en cause et faire l'objet d'une éventuelle sanction disciplinaire.

La composition de la sous-commission chargée de l'instruction du dossier était conforme à la loi. La liste des membres de la commission plénière avait été

transmise au conseil du patient, avec la mention que le dossier allait être soumis à celle-ci. M. A_____ n'avait pas sollicité la récusation d'un des membres de cette autorité. La commission avait statué lors de sa séance plénière le 25 septembre 2009, sur la base des conclusions de la sous-commission 3.

Le droit d'être entendu du recourant n'avait pas été violé, dans la mesure où le Dr Green, médecin réanimateur lors du premier choc cardiaque, n'avait pas pris part à la prise en charge postérieure du patient.

Ce dernier n'avait pas présenté un état fébrile après l'administration de Rocéphine le 6 janvier 2007 ni d'atteinte à l'intégrité de la peau. La situation avait été totalement différente le 24 janvier 2007, puisqu'une rougeur cutanée était apparue. Le 8 janvier 2007, le rapport du laboratoire central de chimie clinique des HUG avait établi que M. A_____ souffrait de perturbations sanguines des électrolytes accompagnées d'une insuffisance rénale, complications classiques d'une pancréatite. Aussi, celles-ci pouvaient être à l'origine de l'arrêt cardiaque. L'équipe médicale n'avait donc aucune raison de faire procéder à des tests en allergologie.

Pour le surplus, la commission a persisté dans sa décision.

24. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La qualité de M. A_____ pour recourir contre le classement de sa plainte à l'encontre des HUG lui est reconnue par les art. 9 et 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) et par la jurisprudence (ATA/259/2010 du 20 avril 2010) dans la mesure où le patient conteste les aspects de cette décision qui statuent sur la violation de ses droits de patient. Les conclusions du recourant par-devant le tribunal de céans, bien que formulées différemment, ne diffèrent pas de ses prétentions auprès de la commission, en ce qu'il demande des explications sur les événements qui ont conduit aux deux chocs cardiaques qu'il a subis les 6 et 24 janvier 2007. Par là, il faut comprendre que le patient concluait, au moins implicitement, au constat d'une violation de ses droits de patient suite aux actes et omissions du personnel soignant des HUG lors de son hospitalisation. Le recourant n'a ainsi pas émis de conclusions nouvelles et celles-ci sont recevables.

Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 56A de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 - LOJ - E 2 05 ; art. 63 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).

2. Dans son recours, M. A_____ fait grief à la commission d'avoir violé son droit d'être entendu en ne procédant pas à l'audition du Dr Green. Il demande formellement l'annulation de la décision de classement.

Le droit d'être entendu tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur la décision, de prendre connaissance du dossier, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, 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 132 II 485 consid. 3.2 p. 494 ; 127 I 54 consid. 2b p. 56 ; 127 III 576 consid. 2c p. 578 ; Arrêt du Tribunal fédéral 2C.573/2007 du 23 janvier 2008 consid. 2.3). 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 131 I 153 consid. 3 p. 158 ; 130 I 425 consid. 2.1 p. 428 ; Arrêts du Tribunal fédéral 2C.402/2008 du 27 juin 2008 consid. 3.2 ; 2P.205/2006 du 19 décembre 2006 consid. 2.1 et les arrêts cités ; ATA/432/2008 du 27 août 2008 consid. 2b). 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 133 II 235 consid. 5.2 p. 248 ; 129 I 232 consid. 3.2 p. 236 ; 126 I 97 consid. 2b p. 103).

En l'espèce, il ressort des pièces du dossier que le Dr Green a réanimé le recourant lors de son premier arrêt cardio-respiratoire le 6 janvier 2007. Au cours de l'audience du 31 octobre 2007, l'infirmière, qui s'est occupée du patient lors de son admission au service des urgences jusqu'à son transfert en soins intensifs, a affirmé avoir informé le médecin réanimateur de l'injection antérieure de Rocéphine. Le témoignage de ce dernier était essentiel à l'instruction de la cause. En effet, si le Dr Green a effectivement été prévenu de l'administration de l'antibiotique, se pose la question de savoir pourquoi cette information n'a pas été prise en considération par le personnel soignant après le choc du 6 janvier 2007. L'audition du Dr Green aurait vraisemblablement permis de déterminer les raisons pour lesquelles l'allergie du patient à la Rocéphine n'avait pas été établie ni portée au dossier, sans qu'il soit nécessaire de se référer au témoignage indirect de l'infirmière sur ce point. En refusant de procéder à cet acte d'instruction, la commission a violé le droit d'être entendu du recourant.

3. Une décision entreprise pour violation du droit d'être entendu peut être nulle ou annulable si celle-ci ne peut pas être réparée par l'instance de recours (Arrêt du Tribunal fédéral 2P.207/2001 du 12 novembre 2001 consid. 5a et les arrêts cités ; ATA/452/2008 du 2 septembre 2008 consid. 2b).

La réparation d'un vice de procédure et, notamment, du droit d'être entendu, n'est possible que lorsque l'autorité dispose du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure (ATA/534/2010 du 4 août 2010 ; ATA/430/2008 du 27 août 2008 consid. 2 ; P. MOOR, Droit administratif, Les actes administratifs et leur contrôle, vol. 2, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.7.4 p. 283). Elle dépend toutefois de la gravité et de l'étendue de l'atteinte portée au droit d'être entendu et doit rester l'exception (ATF 126 I 68 consid. 2 p. 72 et les arrêts cités ; Arrêt du Tribunal fédéral 1C.63/2008 du 25 août 2008 consid. 2.1)

En l'espèce, le tribunal de céans ne dispose pas du même pouvoir de cognition que la commission. Le vice de procédure n'est ainsi pas réparable devant celui-là. En complétant l'instruction lui-même et en statuant, le tribunal priverait le justiciable d'un degré de juridiction.

Le témoignage du médecin précité est nécessaire pour établir le rôle du personnel médical dans la prise en charge de la pathologie du recourant. Il appartiendra donc à la commission d'entendre le Dr Green en qualité de témoin et de déterminer, sur la base des nouveaux éléments, si les HUG ont violé ou non les droits de patient du recourant.

4. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis. La décision querellée sera annulée et la cause renvoyée à la commission pour nouvelle décision après instruction complète.
5. Un émolument de CHF 1'000.- sera mis à la charge de l'intimée. Une indemnité de procédure de CHF 1'000.- sera allouée au recourant, à la charge de la l'Etat de Genève (art. 87 LPA).

PAR CES MOTIFS
LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF

à la forme :

déclare recevable le recours interjeté le 3 novembre 2009 par Monsieur A_____ contre la décision du 25 septembre 2009 de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients ;

au fond :

l'admet ;

annule la décision attaquée ;

renvoie la cause à la commission pour qu'elle procède dans le sens des considérants ;

met à la charge de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients un émolument de CHF 1'000.- ;

alloue au recourant une indemnité de CHF 1'000.- à charge de l'Etat 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 Eric Maugué, avocat du recourant ainsi qu'à la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients et pour information aux Hôpitaux Universitaires de Genève.

Siégeants : M. Thélin, président, Mmes Bovy, Hurni et Junod, M. Dumartheray, juges.

Au nom du Tribunal administratif :

la greffière-juriste adj. :

F. Glauser

Le vice-président :

Ph. Thélin

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties.

Genève, le

la greffière :