

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1967/2009-FPUBL

ATA/679/2010

ARRÊT

DU TRIBUNAL ADMINISTRATIF

du 5 octobre 2010

dans la cause

Madame B _____

représentée par Me Robert Fiechter, avocat

contre

HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE

représentés par Me Pierre Martin-Achard, avocat

EN FAIT

1. Le 6 avril 1990, Madame B_____ a été engagée au sein des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) en qualité d'infirmière en soins généraux à la clinique de dermatologie.
2. Parallèlement à ses activités hospitalières, elle a suivi de 1983 à 1994 une formation d'infirmière-conseil de santé à Evian.
3. En 1997, elle a quitté la clinique de dermatologie pour l'hôpital de Belle-Idée, afin de suivre une formation d'une année en psychiatrie, santé mentale et vieillissement. Elle a obtenu en 1999 un diplôme de spécialisation dans ce domaine.
4. Le 25 mai 2000, elle a réussi au Québec les examens relatifs à une formation méthodologique dénommée Approche Préventive et d'Intervention Contrôlée (APIC) (ci-après : APIC) dispensée par un organisme d'enseignement privé. Selon le manuel de formation versé à la procédure, le programme APIC « préconise une philosophie d'intervention s'appuyant sur des valeurs humaines ». Cette philosophie prône en priorité le respect et la protection à la fois du client et de l'intervenant dans les rapports entre les intervenants médicaux et leurs patients.
5. Le 1^{er} mars 2007, Mme B_____ a été transférée avec son accord au sein du département de psychiatrie de l'unité le Sirocco, du service de psychiatrie gériatrique à l'unité hospitalière les Tilleuls, service de psychiatrie adulte. Un certificat intermédiaire du 20 décembre 2006 signé par la responsable des soins et celle des ressources humaines du département de psychiatrie relevait ses facultés d'improvisation, de gestion des changements, sa confiance, son dynamisme, son empathie et son habilité à écouter.
6. Lorsqu'elle a pris ses fonctions au département de psychiatrie adulte, son taux d'activité, qui était de 80 %, a passé provisoirement à 100 %.
7. Le 17 octobre 2008, Mme B_____ a été l'objet de menaces de mort de la part d'un patient. Suite à cela, elle s'est trouvée en incapacité complète de travailler du 18 octobre au 20 novembre 2008. Cet incident n'a pas fait l'objet d'une note ou d'un rapport.
8. Le 2 décembre 2008, Mme B_____ a assisté à une réunion avec ses supérieurs, Madame N_____, Monsieur O_____, responsable des ressources humaines et Monsieur C_____, adjoint de la responsable des soins. Elle a été avisée que les HUG ne voulaient pas accéder à sa demande de renouveler le taux d'activité à 100 % pour l'année 2008. Aucune note d'entretien relative à cette

rencontre n'a été établie. Toutefois, il est admis que le motif invoqué pour motiver ce refus était une volonté de respecter la santé de Mme B_____.

9. Le 18 décembre 2008, le Docteur C. Lormant, médecin-traitant de Mme B_____, a écrit aux HUG. Il avait proposé à celle-ci un arrêt de travail à la suite de l'agression verbale dont elle avait été victime. Elle n'avait pas de problème de santé et n'était pas victime d'un « burn-out ». Sa santé n'était pas fragile. Elle était capable d'assumer son poste de travail et ses responsabilités professionnelles. Il préconisait « un retour à son activité initiale et une expertise psychologique psychiatrique auprès du service médical du personnel des HUG », « avant toute sanction ».
10. Le 19 décembre 2008, Mme B_____ a rencontré à nouveau MM. C_____ L_____, directeur des soins. L'entretien a également porté sur le taux d'activité de Mme B_____, les parties restant sur leur position.
11. Le 24 janvier 2009, Messieurs D_____, infirmier spécialisé et P_____, aide-soignant, ont adressé à la direction des HUG un « avis initial de faits graves ».

Le soir du 23 janvier 2009, un patient était revenu d'une sortie sur le domaine. Il avait prévenu l'infirmier qui le réceptionnait qu'il avait consommé de l'alcool. L'infirmier, qui devait effectuer un alcotest, avait demandé au patient d'attendre sur place le temps d'aller chercher l'éthylomètre. Le patient avait réclamé son lecteur DVD. Comme l'infirmier voulait demander au médecin de garde si le patient y avait droit, celui-ci s'était énervé, était entré dans le bureau pour y chercher son lecteur. L'infirmier lui ayant demandé de sortir du bureau, le patient avait refusé. Il avait commencé à fouiller et avait menacé physiquement l'infirmier. L'infirmier l'ayant repoussé, le patient avait saisi celui-ci par le cou en proférant des menaces de mort. Il avait cherché à le frapper et avait réussi à se saisir d'une paire de ciseaux qui se trouvait dans la poche de blouse d'une élève infirmière se trouvant à proximité. L'infirmier avait réussi à esquiver ses coups et à déséquilibrer le patient pour le maintenir au sol. M. P_____ était intervenu à ce moment-là et il lui avait retiré les ciseaux des mains. Un autre patient était venu pour aider à maintenir le patient au sol avec l'aide-soignant. L'infirmier avait pu appuyer sur le bouton d'alarme pour demander du renfort. Immédiatement, des collègues d'autres unités étaient arrivés. Le patient avait été contenu vingt minutes jusqu'à ce que le médecin de garde vienne pour prescrire une piqûre de calmant et une chambre de sécurité.

M. D_____ avait revu avec l'élève-infirmière le danger que présentait en psychiatrie d'avoir une paire de ciseaux dans la poche de sa blouse. Il demandait de prévoir un débriefing de l'événement, avec une femme agent de la propreté qui se trouvait présente lors de l'agression et avec l'élève infirmière, qui avaient été

choquées. Un deuxième débriefing devait être effectué avec les patients du pavillon qui avaient été témoins.

Ce rapport a été adressé à plusieurs médecins dont la Doctoresse V_____, à M. C_____ ainsi qu'à Messieurs A_____ et E_____, et à Mme N_____, infirmière responsable de l'unité.

12. Le 27 janvier 2009, un rapport « post-incident » a été rédigé par MM. D_____ et F_____, infirmier responsable de l'unité de soins de garde. M. D_____ y répétait dans le détail les circonstances de l'agression dont il avait été victime et celles dans lesquelles le patient avait été maîtrisé par lui-même et M. P_____ avec l'aide d'un autre patient, avant qu'il ne puisse appuyer sur le bouton alarme. Ces faits s'étaient déroulés dès 19h50.

Le rapport revenait également sur d'autres faits qui s'étaient déroulés dès 20h05 : « les renforts infirmiers du Mistral (...) et de l'Alizée (...) ainsi que l'infirmier responsable de garde M. F_____, arrivent pour nous aider à contenir le patient en attendant la venue du médecin de garde. Pendant la contention du patient, Mme B_____ arrive dans cet intervalle et se dirige vers le patient. Elle ne paraît pas évaluer la gravité de l'agression et la dangerosité du patient. En effet, elle le tutoie, l'appelle par son prénom. Elle lui prend la main. Elle me demande de relâcher la contrainte physique alors que je venais d'être agressé et qu'il était toujours menaçant. A ce moment-là, ni le médecin de garde, ni la sécurité n'étaient sur les lieux. Je me positionne et mets l'accent sur la dangerosité des actes commis par le patient ».

« A 20h20 : le médecin de garde arrive. Je lui explique la situation et il est décidé de faire une chambre de sécurité et d'effectuer un traitement injectable. Mme B_____ demande de lâcher le patient car elle estime que le patient peut regagner seul la chambre fermée de sécurité ».

Le rapport revient également sur des faits qui s'étaient déroulés à 20h25 en rapport avec l'organisation de la chambre de sécurité. L'infirmier responsable d'unité de garde avait demandé à ce que le patient ait des couvertures mais pas de draps en raison d'un risque de raptus auto-agressif potentiel. Mme B_____ avait pris les paramètres vitaux et posé la question de la nécessité de prendre les pulsations. M. F_____ lui avait précisé que cela était nécessaire. « Alors que l'injection était faite, le patient installé, l'ensemble des soignants se retirent, le patient étant plus calme. Mme B_____ veut rester seule dans la chambre ». Les auteurs du rapport lui avaient demandé de sortir de celle-ci.

13. Ce dernier rapport a été transmis à Mme B_____ par sa hiérarchie le 10 février 2009 en même temps qu'elle a été convoquée pour un entretien de service fixé au 5 mars 2009.

14. Mme B_____ a remis à sa hiérarchie une copie du rapport précité du 27 janvier 2009, qu'elle avait annoté. Elle n'était pas sur place lors de l'agression commise sur le patient. Elle n'avait jamais tutoyé le patient ni demandé de relâcher la contrainte physique. Elle avait effectivement pris la main de celui-ci et l'avait appelé par son prénom. Elle était intervenue sur la base de sa visualisation et de sa compréhension de la situation, mais sans connaissance de l'agression vis-à-vis de M. D_____. Elle n'avait jamais demandé de relâcher le patient en estimant que celui-ci pouvait regagner seul la chambre fermée de sécurité. Elle n'avait jamais demandé à rester seule avec le patient mais seulement à échanger quelques propos avec lui pour le rassurer.
15. Le 17 février 2009, elle a adressé son propre rapport sur cet incident à sa hiérarchie. Elle répétait les explications précitées. Elle s'était attachée avec ses collègues à calmer le patient en attendant la sécurité et le médecin de garde.
16. Le 5 mars 2009, Mme B_____ a rencontré M. C_____ et Mme V_____, en compagnie de deux personnes du syndicat de la fonction publique. Aucun procès-verbal n'a été tenu de cette rencontre.
17. Le 12 mars 2009, Mme V_____ et M. O_____ ont écrit à Mme B_____ par pli recommandé. Référence était faite à l'entretien du 5 mars 2009, qui avait porté sur les faits qui s'étaient déroulés le 23 janvier 2009. Le rapport complémentaire du 27 janvier 2009 lui avait été transmis et elle avait eu la possibilité d'y apporter réponse.

Elle faisait l'objet d'un blâme, au sens de l'art. 16 al. 1 de la loi générale relative au personnel de l'administration cantonale et des établissements publics médicaux, du 4 décembre 1997 (LPAC ; RS B 5 05). Elle avait mal apprécié la gravité de l'agression dont avait été victime son collègue et surtout la dangerosité du patient. Elle avait tutoyé et appelé par son prénom celui-ci en lui tenant la main et en demandant qu'on relâche la contrainte physique. Ainsi, elle n'avait pas respecté la distance thérapeutique indispensable dans une telle situation et elle s'était mise en danger ainsi que l'équipe soignante.

Ses supérieurs hiérarchiques avaient relevé la répétition de tels agissements. Lors d'événements qui s'étaient déroulés en octobre 2008, elle avait déjà attiré son attention sur le fait qu'elle était trop proche des patients. En octobre 2008, l'auteur des menaces à son encontre le lui avait lui-même dit. Sa hiérarchie lui avait proposé une supervision par une infirmière spécialiste clinique mais elle n'était pas entrée en matière à ce sujet. Son comportement faisait prendre des risques importants au reste de l'équipe soignante ainsi qu'à elle-même. Elle ne reconnaissait aucun des comportements qui lui étaient reprochés et ne remettait aucunement en cause sa manière de faire.

En sus du blâme, elle devait se soumettre à une supervision auprès de l'infirmière spécialiste clinique référante de l'unité où elle travaillait.

La décision était déclarée exécutoire nonobstant recours.

18. Le 30 mars 2009, Mme B_____ a saisi le directeur général des HUG d'une opposition à la décision précitée reçue le 23 mars 2009, concluant à son annulation. La décision était nulle car elle ne mentionnait pas la disposition statutaire qu'elle était censé avoir violée. Son droit d'être entendu n'avait pas été respecté car elle n'avait pas eu connaissance d'un des rapports qui avait été mentionné lors de l'entretien du 5 mars 2009. Les faits à l'origine du blâme étaient contestés, car elle n'avait mis en danger personne lors de l'incident.

19. Le 4 mai 2009, le directeur général des HUG a confirmé la décision du 12 mars 2009. Celle-ci était fondée sur une infraction aux devoirs de service, sans qu'il y ait besoin de renvoyer explicitement à une disposition statutaire violée. Mme B_____ avait contrevenu aux art. 21 et 22 du statut du personnel des HUG (ci-après : le statut) en ne respectant pas la distance thérapeutique nécessaire à la prise en charge des patients, bien que sa hiérarchie ait attiré son attention à plusieurs reprises sur cette question. Elle avait opposé à cela une attitude de déni, refusant de se remettre en question et d'entrer en matière sur une supervision, alors que les faits étaient avérés. La sanction était proportionnée car le blâme était la sanction la moins grave. Son droit d'être entendu avait été respecté puisqu'elle avait eu connaissance des trois rapports mentionnés lors de l'entretien de service du 5 mars 2009, soit celui du 18 décembre 2008 de son propre médecin traitant, celui du 23 janvier 2009 et son complément du 27 janvier 2009.

20. Par acte déposé le 4 juin 2009, Mme B_____ a interjeté recours auprès du Tribunal administratif contre la décision du 4 mai 2009 reçue le 7 mai 2009. Elle conclut à l'annulation de la sanction. Son droit d'être entendu avait été violé. Le blâme reposait sur des faits qu'elle contestait. Elle n'avait pas tutoyé le patient et demandé que cesse la contrainte physique. Elle n'avait pas voulu rester seule dans la chambre du patient. Sa démarche ne procédait pas d'une obstination mais d'une attitude consistant à maintenir la version des faits qui était conforme à la réalité. La notion de distance thérapeutique n'avait pas de définition définitive et absolue. Elle n'en avait jamais obtenu de la part des HUG. S'agissant de l'attitude qu'un soignant se doit d'adopter en présence d'un patient violent, elle avait suivi des formations qui lui permettaient de bien se comporter en pareille situation mais n'avait pas reçu des HUG un protocole particulier lui enjoignant d'adopter une attitude plutôt qu'une autre. Elle avait agi conformément à la formation APIC qu'elle avait suivie. La sanction était disproportionnée car elle avait toujours donné pleine et entière satisfaction à son employeur.

21. Le 24 août 2009, les HUG ont répondu au recours. Ils concluent à son rejet. Le droit d'être entendu de la recourante avait été respecté. Elle avait eu connaissance de tous les documents utilisés lors de l'entretien du 5 mars 2009. Elle avait commis une faute disciplinaire et transgressé les obligations qui s'imposent en raison du statut. Elle avait manqué de distance thérapeutique vis-à-vis du patient, mal apprécié la gravité de la situation et la dangerosité de celui-ci. Elle avait agi volontairement. La sanction, à savoir le blâme, était proportionnée, un simple avertissement étant insuffisant.
22. Les parties ont été entendues lors d'une audience de comparution personnelle du 9 octobre 2009.

Mme B_____ a indiqué qu'elle n'invoquait plus la violation de son droit d'être entendue ou le principe de la légalité en rapport avec le type de sanction prononcée. En revanche, elle maintenait ses griefs relatifs à l'application de l'art. 16 LPAC et sa version des faits tels qu'elle l'avait exposée par écrit. Lorsqu'elle était arrivée sur les lieux, le patient était déjà maîtrisé. Par son intervention, elle a agi en vue de faire diminuer la tension. Elle connaissait le patient. Elle lui avait pris la main dans le but de l'apaiser et de créer un lien. Elle l'avait appelé par son prénom mais en le vouvoyant et n'avait jamais demandé que la contention physique soit retirée. Elle n'avait pas suivi de formation particulière spécialisée pour travailler dans le domaine de la psychiatrie adulte. En revanche, elle avait suivi au Québec la formation APIC, qui était reconnue par les HUG, laquelle prévoyait une échelle d'intervention qu'elle considérait avoir respectée, qui préconisait le comportement qu'elle avait adopté. Concernant les faits qui s'étaient déroulés en octobre 2008, elle contestait la façon dont sa hiérarchie avait interprété son attitude. C'était elle-même qui avait alerté ses supérieurs hiérarchiques sur les risques potentiels d'hétéro-agressivité du patient. Si elle avait dû se retirer, c'est que le patient avait réitéré ses menaces de mort à deux reprises le jour-même. Elle avait eu un entretien au sujet de ce patient avec sa responsable d'unité, Mme N_____, et la Doctoresse W_____. M. C_____ y assistait. Il ne connaissait rien à la situation et avait extrait un élément de la problématique en lui reprochant de trop s'investir dans la prise en charge de ses patients.

Selon M. O_____, la question du refus opposé à la recourante d'augmenter son temps de travail n'était pas liée recours. C'était le syndicat qui avait établi le lien entre le présent litige et le refus d'augmenter à nouveau le temps de travail.

La version des faits recueillie auprès des personnes intervenues n'était pas exactement celle que présentait la recourante. Il était primordial dans le domaine psychiatrique de conserver une distance thérapeutique vis-à-vis des patients. L'équipe soignante devait faire corps et donner un message de cohérence. Le reproche adressé à Mme B_____ consistait à ne pas avoir respecté ces principes. Elle n'avait pas à adopter un comportement de compassion au moment où l'équipe intervenait de manière coercitive. Elle se mettait en danger et mettait

l'équipe en danger. Chez les patients souffrant de troubles psychiatriques, les interventions contradictoires pouvaient provoquer des réactions de violence. Ces principes étaient enseignés aux infirmières et étaient inclus dans la formation, notamment pour une infirmière spécialisée. On doit partir du principe qu'une infirmière du niveau de formation de Mme B_____ devait avoir acquis cela.

Les HUG connaissaient la formation APIC, évoquée par la recourante, qui admettait selon eux l'acte que l'équipe soignante adopte une attitude concertée. En octobre 2008, M. C_____ avait déjà eu un entretien avec Mme B_____, suivi d'un deuxième, et lui avait déjà demandé d'être moins proche du patient qu'elle suivait et de faire attention. Une supervision lui avait été proposée, qu'elle n'avait pas mise en œuvre. Dans la décision de blâme, les HUG avaient insisté pour que la recourante se soumette à une supervision. Cette proposition n'avait pas été suivie d'effets.

23. Les 11 décembre 2009 et 8 février 2010, le juge délégué a entendu plusieurs témoins déliés de leur secret de fonction.

a. M. P_____, aide-soignant, était intervenu le 23 janvier 2009, le patient était maîtrisé et gisait au sol, maintenu par M. D_____ et un autre patient. D'autres membres du personnel étaient intervenus. Il avait récupéré les ciseaux que le patient avait réussi à saisir. Mme B_____ était venue après coup. Le patient était maîtrisé mais agité. Il tenait des propos menaçants et essayait de se libérer. Mme B_____ s'était adressée au patient. Elle lui avait parlé en essayant de calmer le jeu et en jouant les intermédiaires. Elle l'avait appelé par son prénom en le questionnant pour chercher à comprendre les raisons pour lesquelles il était agité. Pendant que les autres membres du personnel maintenaient le patient, celui-ci lui avait répondu en se plaignant de sa situation et en niant avoir été agressif. L'intervention de Mme B_____ pendant la période de contention n'avait pas généré de réaction au sein du personnel qui était intervenu. Par la suite, il avait assisté à une discussion dans le bureau des infirmiers entre M. D_____, Madame G_____ et M. F_____. L'intervention de Mme B_____ avait dérangé la contention. Il fallait d'abord intervenir, maîtriser puis traiter la personne avant la phase d'entrée en relation. Son propre rôle, en tant qu'aide-soignant, consistait à suivre les instructions qui étaient données. Il n'avait pas constaté que le comportement de Mme B_____ ait péjoré la situation en mettant en danger l'équipe. Elle n'avait pas demandé que ses collègues arrêtent la contention. Dans ce type de situation, il importait que l'équipe ait de la cohérence dans l'intervention, ce qui n'empêchait pas qu'il puisse y avoir selon les circonstances également compassion de sa part.

b. Madame H_____ était le médecin de garde le 23 janvier 2009. Lorsqu'elle était arrivée, Mme B_____ était présente. Elle n'avait pas de souvenir de ce qu'elle faisait. Mme B_____ était également présente lorsque le patient avait été déplacé dans une chambre. L'intervention de Mme B_____ était apparue

complémentaire à l'équipe. Les situations d'agressivité d'un patient étaient complexes à gérer. Les gens intervenaient à plusieurs niveaux. Les membres de l'équipe avaient différentes fonctions. Il y avait ceux qui étaient coercitifs et ceux qui étaient rassurants. Tous avaient leur place selon les circonstances. Dans la chambre de sécurité, les deux attitudes étaient souhaitables, soit celle d'une contention ferme et celle visant à rassurer, soient présentes. Dans la chambre de sécurité, la tâche de Mme B_____ était plutôt de rassurer le patient. Lors d'une phase d'agressivité d'un patient, il fallait privilégier la sécurité de l'équipe et tout faire pour maîtriser le patient. La compassion n'était cependant pas exclue. Le critère important pour déterminer l'attitude à adopter était la mise en danger de l'équipe. Tant que celle-ci l'était, il n'y avait pas à adopter de démarche compassionnelle. Le témoin avait entendu certains propos dans la chambre de sécurité critiquant l'attitude de Mme B_____ et parlant de blâme. Elle n'avait pas le souvenir que celle-ci ait affirmé que le patient pouvait se rendre seul dans la chambre sans contention ou qu'elle ait demandé à rester seule avec le patient dans la chambre de sécurité. Lorsqu'elle était arrivée sur les lieux de l'incident, le patient n'était plus menaçant car maîtrisé, mais imprévisible. Il présentait dès lors une certaine dangerosité. Dans la chambre de sécurité, comme Mme B_____ rassurait le patient par son attitude, elle lui avait demandé de prendre le pouls et la tension de celui-ci.

c. M. C_____ était infirmier assistant du responsable des soins au sein du département de psychiatrie. Il était absent le 23 janvier 2009. Il avait repris la situation ultérieurement. Il se fondait sur les faits relatés par M. D_____ dans ses rapports. Sur cette base, Mme B_____ n'avait pas eu une attitude adéquate en tutoyant et en appelant le patient par son prénom, en demandant de relâcher la contention, puis ultérieurement en demandant que le patient se rende seul dans sa chambre. En effet, il était dangereux. Elle n'avait pas agi conformément à la méthode APIC, selon laquelle le personnel soignant était formé. Selon celle-ci, un membre du personnel soignant conduisait l'intervention et les autres n'interféraient pas dans les interventions solidaires.

S'il avait réagi suite rapport de M. D_____, c'est qu'il y avait eu un premier incident le 17 octobre 2008. Il avait dû mettre en garde Mme B_____, qui était trop proche des patients, ce qu'en l'occurrence l'auteur de l'agression lui avait reproché. Aucune procédure disciplinaire n'avait été engagée à la suite du premier épisode. Le blâme prononcé le 5 mars 2009 avait pour but de provoquer un déclic permettant à la recourante de se remettre en question. Il était préoccupé par le fait que l'intéressée semblait insensible à cela. Son inquiétude était partagée par le Docteur R_____, qui avait adressé un mail à Mme N_____ en ce sens. La cohérence dans l'intervention de l'équipe était indispensable et il ne pouvait y avoir de démarche de compassion tant que l'on était dans une phase de contention. Me B_____ n'avait pas à tutoyer le patient ou à demander aux collègues de

relâcher leur prise, voire libérer la personne à ce stade de l'intervention. C'était inadéquat, d'autant plus qu'elle n'avait pas assisté au début de l'intervention.

Aux HUG, il y avait trois protocoles utilisés en psychiatrie, celui de mise en chambre fermée, de contention physique et d'évaluation du risque suicidaire. Ces protocoles ne traitaient que de méthodologie et non pas d'attitude à adopter. Les soignants apprenaient cela lors de leur formation.

Le témoin a versé à la procédure une copie du courriel du Dr R_____ du 6 février 2009. Celui-ci réagissait à la lecture du complément de rapport de faits graves du 27 janvier 2009 établi par M. D_____. Il était extrêmement inquiet de la position de Mme B_____ qui paraissait très inadéquate. Il ne voyait aucune évolution dans le positionnement de celle-ci par rapport à l'équipe et cela lui semblait très inquiétant pour celle-ci car cela mettait à mal la capacité de contenance de l'équipe. Il y avait lieu d'intervenir très fermement face à ces problèmes car, dans ces circonstances, l'équipe pouvait être à nouveau mise en danger par des gestes agressifs. Cette situation ne pouvait pas durer pour la sécurité de l'équipe et des patients. Une copie de ce courrier avait été adressée à M. C_____, Madame E_____ et Mme V_____.

d. Le Dr R_____ n'avait pas participé directement aux faits entourant l'incident du 23 janvier 2009. Il était le médecin responsable de l'unité des Tilleuls. Il avait été avisé de l'agression le soir même par un coup de téléphone d'un collègue. Il avait réagi, notamment par son courriel du 6 février 2009, après des discussions avec différents membres de l'équipe, médecins ou personnel soignant. Mme B_____ avait de la peine à s'inscrire dans le cadre d'un travail d'équipe. Le personnel soignant devait réagir de manière coordonnée et en adoptant une même attitude. Mme B_____ était intervenue en décalage avec l'attitude de ses collègues en tutoyant le patient et en l'appelant par son prénom. Elle a envoyé par là des messages peu clairs et qui affaiblissaient le travail d'équipe. Elle faisait preuve d'un engagement trop grand vis-à-vis de ses patients, ce qui pouvait être préjudiciable. Le problème s'était déjà présenté avec un patient potentiellement dangereux. Jusqu'à l'intervention de la Dresse H_____, il était nécessaire de conserver à l'intervention un caractère unique en maîtrisant la personne sans qu'il n'y ait place à une intervention de type compassionnel pendant ce temps. C'est ce que préconisait la formation APIC.

e. M. F_____ était de garde le 27 janvier 2009, raison pour laquelle son nom était mentionné dans le rapport post-incident du 27 janvier 2009. Lorsqu'il était intervenu, le patient était maîtrisé et plaqué au sol. Mme B_____ n'était pas présente, ce qui l'avait étonné car elle travaillait dans l'unité. Elle était arrivée sur les lieux après lui. Il avait été surpris par sa façon d'intervenir. Elle s'était adressée au patient en le tutoyant et en lui prenant la main. Elle avait demandé de relâcher la contrainte. L'intervention de la recourante créait un clivage entre membres du personnel soignant, soit entre ceux qui contenaient le patient et ceux

qui voulaient créer un lien. Cela donnait l'impression au patient qu'il y avait des bons et des méchants et mettait en danger l'équipe. Il n'était pas intervenu sur le moment, car il était occupé à maîtriser le patient. L'intervention de Mme B_____ était inadéquate parce qu'elle n'avait pas, préalablement à son entrée en intervention, pris la peine de s'informer au sujet des circonstances de l'agression. Par la suite, elle avait continué à demander de relâcher le patient pour qu'il regagne sa chambre seul, puis à pouvoir rester seule avec lui, ce qui lui avait été refusé en raison de la dangerosité du patient, alors qu'un dispositif de sécurisation de la chambre venait d'être mis en place.

f. Selon D_____, le 23 janvier 2009, lorsque Mme B_____ était intervenue, le patient était maintenu à terre et était très tendu. Il devait le maintenir. C'est Mme B_____ qui avait appelé le médecin de garde lorsqu'elle était arrivée. Par la suite, elle avait adopté une attitude non congruente avec la situation. Elle était proche de lui physiquement, notamment de sa tête, et elle le tutoyait, ayant une attitude de proximité. C'était bien, d'un côté, pour essayer de détendre le patient, mais, d'un autre côté, il attendait qu'on puisse mettre le patient dans un endroit sécurisé pour mettre le personnel soignant en sécurité. Il avait été troublé par le fait que Mme B_____ lui ait dit de lâcher le patient alors qu'il venait de subir une agression. Elle donnait l'impression de vouloir rester encore dans la chambre avec le patient lorsqu'il y avait été déplacé, si bien qu'il avait dû insister avec M. F_____ pour qu'elle sorte. L'attitude de la recourante lui paraissait avoir rendu le patient plus agressif du fait du clivage créé et de son intervention incorrecte. Elle donnait l'impression d'excuser le patient. Son intervention était en discordance avec la leur. Elle lui avait dit « la violence engendre la violence » comme s'il était responsable de la crise violente du patient, alors que son seul souci était de le maintenir. Il lui arrivait d'appeler certains patients par leur prénom mais en aucun cas de les tutoyer.

24. a. Le 8 mars 2010, les parties ont toutes deux déposé des écritures après enquête. La recourante conclut à l'annulation de la décision du 4 mai 2009 de la direction générale et à celle du blâme du 12 mars 2009, avec suite de dépens. La recourante n'avait pas violé ses devoirs de service découlant des art. 20 et 21 du règlement d'application de la loi générale relative au personnel de l'administration cantonale et des établissements publics du 24 février 1999 (RPAC - B 5 05.01) et du statut qui reprennent exactement ces dispositions, si ce n'est l'art. 21 let. 2. Elle avait suivi les préceptes de la formation APIC en matière d'intervention du personnel soignant vis-à-vis de patients agressifs. Cette formation préconisait dans ce type d'intervention que celle-ci se passe sous la direction d'un chef d'équipe. Elle prévoyait également qu'un membre de l'équipe joue un rôle d'assistance, suppléant l'intervention physique. C'était le rôle qu'elle avait spontanément rempli. En l'absence d'un leader, elle avait spontanément rempli le rôle d'assistance pour entrer en communication avec le patient dans le but de rassurer ce dernier. Les enquêtes avaient démontré, au vu des dépositions du Dr R_____

et de la Dresse H_____, qu'il n'y avait pas de consensus entre praticiens quant à l'attitude à adopter. En ce qui la concernait, son intervention, qui visait à calmer le patient, n'avait pas aggravé la situation et n'avait d'ailleurs pas suscité de réactions au sein de l'équipe. Il n'était pas exact qu'elle avait mal apprécié la gravité de l'agression. Elle était intervenue après que le patient ait été maîtrisé et l'environnement était donc sécurisé. Il n'y avait pas eu répétitivité d'une démarche à risque de sa part, puisque les événements d'octobre 2008 n'avaient pas donné lieu à une procédure disciplinaire et que l'entretien qu'elle avait eu avec sa hiérarchie à ce sujet n'avait pas été documenté. Elle avait entrepris une supervision auprès de Monsieur Jean-François Rivière. La sanction prise contre elle était disproportionnée, eu égard à l'absence d'incident sur le bon fonctionnement du service qu'avait entraîné son intervention. Ses mobiles étaient honorables et elle avait toujours bénéficié d'excellents états de service. Elle n'avait pas commis de faute professionnelle. Vu l'absence de consensus sur le comportement qui pouvait être attendu de sa part, elle n'avait commis aucune faute professionnelle.

b. Les HUG concluent au rejet du recours. Les enquêtes avaient confirmé que la recourante était intervenue avec une absence de licence thérapeutique, soulignée par MM. F_____, D_____, O_____, C_____ et le Dr R_____. Elle avait mal apprécié la gravité de la situation et la dangerosité du patient, mettant en danger l'équipe soignante (témoignages de MM. F_____, D_____, P_____, C_____ et O_____, de la Dresse H_____ et du Dr R_____). L'épisode du 23 janvier 2009 n'était pas le premier lors duquel un manque de distance de la recourante avait été mis en évidence. Mme B_____ ayant toujours refusé de prendre en compte les reproches qui lui étaient formulés et de se remettre en question, minimisant les faits et refusant la supervision proposée, les HUG avaient été contraints de lui adresser le blâme qui s'imposait et qui respectait le principe de proportionnalité.

25. Le même jour, les parties ont été avisées que la cause était gardée à juger.
26. Le 13 avril 2010, les intimés ont avisé le juge délégué que Mme B_____ avait résilié les rapports de fonction qui la liaient au HUG pour le 30 juin 2010.

EN DROIT

1. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 30 al.1 LPAC ; art. 63 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).
2. En tant que destinataire directe de la décision, la recourante dispose de la qualité pour recourir (art. 60 let. a et b LPA). Dès lors qu'elle a entre-temps mis fin aux rapports de fonction, se pose cependant la question de l'intérêt actuel

qu'elle posséderait encore à l'annulation de la décision entreprise. Il est renoncé à l'exigence d'un intérêt actuel lorsque cette condition de recours fait obstacle au contrôle de légalité d'un acte qui pourrait se reproduire en tout temps dans des circonstances semblables, et qui, en raison de sa brève durée ou de ses effets limités dans le temps, échapperait ainsi à la censure de l'autorité de recours (ATF 135 I 79 consid. 1 p. 82 ; 131 II 361 consid. 1.2 p. 365 ; 129 I 113 consid. 1.7 p. 119 ; 128 II 34 consid. 1b p. 36 ; Arrêt du Tribunal fédéral 6B.34/2009 du 20 avril 2009 consid. 3 ; ATA/365/2009 du 28 juillet 2009 ; ATA/351/2009 du 28 juillet 2009 ; ATA/146/2009 du 24 mars 2009 consid. 3). En l'occurrence, même si la recourante n'est plus au service des intimés, elle conserve un intérêt au contrôle de la sanction qui lui a été infligée dès lors qu'elle resterait inscrite dans son dossier et serait susceptible d'être évoquée au cas où elle postulerait à nouveau pour une fonction au sein de l'Etat. Devant le Tribunal administratif, elle conserve donc la qualité pour recourir.

3. Les rapports de service d'un fonctionnaire des HUG sont soumis aux dispositions de la LPAC, du RPAC et du statut, lesquels reprennent le contenu de la loi. Les devoirs du personnel de l'Etat sont énumérés aux art. 20 ss RPAC. L'art. 20 prévoit que les membres du personnel sont tenus au respect de l'intérêt de l'Etat et doivent s'abstenir de tout ce qui peut lui porter préjudice. Ils se doivent, par leur attitude, d'entretenir des relations dignes et correctes avec leurs supérieurs, leurs collègues et leurs subordonnés, de permettre et de faciliter la collaboration entre ces personnes (art. 21 let. a RPAC). Ils doivent établir des contacts empreints de compréhension et de tact avec le public (art. 21 let. b RPAC), justifier et renforcer la considération et la confiance dont la fonction publique doit être l'objet (art. 21 let. c RPAC). Dans l'exécution de leur travail, ils se doivent de remplir tous les devoirs de leur fonction consciencieusement et avec diligence (art. 22 al. 1 RPAC), s'entraider et se suppléer, notamment lors de maladies ou de congés (art. 22 al. 4 RPAC). Les art. 21 et 22 du statut reprennent la teneur des art. 21 et 22 RPAC, si ce n'est en y ajoutant un art. 21 let. d prévoyant que le personnel adopte un comportement adapté à la situation des personnes malades, en particulier en faisant preuve de tact, de patience, de compréhension et en leur apportant les services dont ils ont besoin.

Selon l'art. 16 al. 1 LPAC, les fonctionnaires et les employés qui enfreignent leurs devoirs de service, soit intentionnellement, soit par négligence, peuvent faire l'objet, selon la gravité de la violation, d'un catalogue de sanction que cette disposition légale énumère. Depuis sa dernière modification, entrée en vigueur le 31 mai 2007, le blâme, prononcé par le supérieur hiérarchique, en accord avec sa hiérarchie, constitue la moins grave des sanctions qui peuvent être prononcées.

4. L'art. 16 LPAC relève du droit disciplinaire. Celui-ci constitue un ensemble de sanctions dont dispose l'autorité à l'égard d'une collectivité déterminée de

personnes qui sont soumises à un statut spécial ou qui, tenues par un régime particulier d'obligations, font l'objet d'une surveillance spéciale. Il en va ainsi des membres de la fonction publique, des personnes soumises à des rapports de puissance publique particuliers (soldats, détenus, étudiants) et des professions libérales (médecins, avocats) (P. MOOR, *Droit administratif*, Vol. II, 2^{ème} édition, Berne, 2002, p. 24, n° 1.4.3.4.). Le droit disciplinaire de la fonction publique n'a pas seulement pour but d'assurer, sur le plan interne, la bonne exécution du travail administratif, mais encore de régler les rapports entre l'administration et le public, afin de promouvoir la confiance indispensable en une activité administrative efficace (G. BOINAY, *Le droit disciplinaire dans la fonction publique et dans les professions libérales, particulièrement en Suisse romande* in RJJ 1998, p. 7, § 3, cité in ATA/174/2009 du 7 avril 2009, consid. 12 b.).

5. a. Toute sanction disciplinaire présuppose une faute de la part du fonctionnaire. Alors qu'en droit pénal les éléments constitutifs de la faute doivent être expressément indiqués dans la loi, en droit disciplinaire, les agissements pouvant constituer une faute sont d'une telle diversité qu'il est impossible que la législation en donne un état exhaustif (G. BOINAY, *op. cit.*, p. 27, § 50 ; P. MOOR, *Droit administratif*, Volume III, 1992, p. 240, n° 5.3.5.1.). Tout agissement – manquement ou omission – dès lors qu'il se révèle incompatible avec le comportement que l'on est en droit d'attendre de celui qui occupe une fonction ou qui exerce une activité soumise au droit disciplinaire, peut engendrer une sanction (*ibid.*). Contrairement au droit pénal, la négligence n'a pas à être prévue pour être punissable (V. MONTANI, C. BARDE, *op. cit.*, p. 349 et les références doctrinales citées).

b. L'autorité qui inflige une sanction disciplinaire dispose d'un large pouvoir d'appréciation. Cependant, elle doit respecter le principe de la proportionnalité (V. MONTANI, C. BARDE, *La jurisprudence du Tribunal administratif relative au droit disciplinaire* in RDAF 1996, p. 347). Ce principe doit être examiné à l'aune des intérêts publics, tels que le bon fonctionnement d'un service public. Il y a également lieu de protéger le public contre ceux de ses représentants qui pourraient manquer des qualités nécessaires (U. MARTI, R. PETRY, *La jurisprudence en matière disciplinaire rendue par les juridictions administratives genevoises* in RDAF I 2007 p. 227-276). Une telle sanction n'est pas destinée à punir la personne en cause pour la faute commise, mais à assurer, par une mesure de coercition administrative, le bon fonctionnement du corps social auquel elle appartient ; c'est à cet objectif que doit être adaptée la sanction. (G. BOINAY, *ibid.*). Le choix de la nature et de la quotité de la sanction doit être approprié au genre et à la gravité de la violation des devoirs professionnels et ne pas aller au delà de ce qui est nécessaire pour assurer les buts d'intérêt public recherchés. A cet égard, l'autorité doit tenir compte en premier lieu d'éléments objectifs, à savoir des conséquences que la faute a entraînées pour le bon fonctionnement de la profession en cause et de facteurs subjectifs, tels que la gravité de la faute, ainsi

que les mobiles et les antécédents de l'intéressé (ATF 108 Ia 230 consid. 2b p. 232 ; 106 Ia 100 consid. 13c p. 121 ; 98 Ib 301 consid. 2b p. 306 ; 97 I 831 consid. 2a p. 835 ; Arrêt du Tribunal fédéral 2P.133/2003 du 28 juillet 2003 ; ATA/174/2009 précité ; U. MARTI, R. PETRY, Ibid. ; RDAF 2001 II 9 35 consid. 3c/bb ; SJ 1993 221 consid. 4 et les références doctrinales citées).

6. Les HUG reprochent à la recourante d'avoir adopté un comportement hautement inadéquat en ne respectant pas la distance thérapeutique nécessaire à la prise en charge d'un patient, lors des événements du 23 janvier 2009, et d'avoir ainsi mis en danger des autres soignants ainsi qu'elle-même. Il lui est reproché en outre de s'être obstinée à nier les faits, refusant de se remettre en question. La recourante de son côté conteste avoir violé ses devoirs de service, et estime ne pas devoir être sanctionnée de ce fait.

L'instruction de la cause a permis d'établir les faits suivants :

- a) Concernant les faits qui se sont déroulés au moment de l'agression :
- compte tenu des circonstances, l'intervention de coercition entreprise par le corps médical le 23 janvier 2009 au pavillon les Tilleuls s'est déroulée dans l'urgence, sans qu'elle ait été organisée préalablement et qu'elle ait fait l'objet d'une donnée d'ordres préalable, (témoignages de MM. D_____, F_____ et P_____);
 - la recourante est intervenue alors que le patient était immobilisé par plusieurs collègues et maîtrisé, même s'il était encore agité et devait être maintenu car il cherchait à se libérer, (témoignages de MM. D_____, F_____ et P_____);
 - Pendant que ses collègues maintenaient le patient au sol en attendant l'intervention du médecin, la recourante est entrée en relation avec celui-ci par la parole, l'appelant par son prénom, le tutoyant et lui parlant avec empathie dans le but de le calmer. Elle l'a pris par la main et lui parlait en se tenant à proximité (faits en outre admis par la recourante à l'exception du tutoiement ; témoignages de MM. D_____, F_____ et P_____);
 - il n'a pas été établi qu'elle ait demandé à ce que l'on la contention. (M. P_____);
 - certains collègues de la recourante, soit MM. D_____ et F_____, n'ont pas apprécié cette façon d'intervenir qui les mettait en porte-à-faux avec le patient et qu'ils considéraient susceptible de leur faire courir des risques par les réactions de violence que ces démarches contradictoires pourraient générer. Cette appréciation de la situation n'est pas partagée par d'autres intervenants, M. P_____ et la Dresse H_____, qui trouvaient qu'elle était susceptible de rassurer le patient ;

- sur le moment, personne n'a adressé d'ordre ou de remarque à la recourante pour qu'elle cesse son mode d'intervention. Les faits ont été évoqués ultérieurement avec la hiérarchie en l'absence de l'intéressée ;

- l'intervention de Mme B_____ n'a objectivement occasionné aucun trouble supplémentaire et le patient a pu être conduit en chambre sécurisée pour examen ;

- il n'y a pas de directive particulière au sein des HUG sur la façon d'intervenir en cas d'agression, les parties et les témoins travaillant dans cette institution admettant avoir été formés à cela. Ils se sont spontanément référés aux principes et à la méthodologie APIC ;

- il règne une certitude, voire des divergences, entre les médecins et entre les membres du personnel sur la façon de mettre en application celle-ci. En particulier, il n'y a pas d'accord entre eux sur le moment auquel, au cours d'une intervention coercitive, certains membres de l'équipe soignante peuvent commencer à entrer en relation, selon un mode empathique, avec le patient contenu.

b) Concernant les faits qui se sont déroulés dans la chambre de sécurité dès 20 h 05 :

- Mme B_____ a continué à s'adresser au patient selon le même mode qu'antérieurement, en cherchant à le rassurer ;

- il n'est pas établi qu'elle ait demandé à ce que celui-ci soit relâché pour se rendre seul dans la chambre fermée et que dans la chambre de sécurité elle ait continué à adopter un comportement inadéquat. (Témoignages contradictoires de MM. D_____, F_____ et de la Dresse H_____) ;

c) Concernant les faits qui se sont déroulés en novembre 2008 :

- un patient avait effectivement menacé de mort la recourante dans le cadre d'une prise en charge. Les circonstances de ces menaces ne sont pas clairement établies et n'ont pas donné lieu à un suivi, voire à une note de service de la hiérarchie, remettant en cause l'inadéquation du comportement de la recourante, lui donnant des instructions lui imposant d'entreprendre une démarche, notamment de supervision.

7. Le but d'une sanction administrative n'est pas tant de punir l'auteur d'une violation de ses devoirs que d'assurer le bon fonctionnement d'un service public, tant au plan interne que vis-à-vis des usagers.

La juridiction de céans a ainsi régulièrement confirmé que pouvaient être sanctionnés des fonctionnaires ayant objectivement violé leurs devoirs. Ainsi, le principe d'un blâme a été confirmé dans le cas d'un fonctionnaire qui n'avait pas

respecté son cahier des charges, qui avait commis des négligences répétées en ayant en outre un comportement irrévérencieux vis-à-vis de tiers (ATA/655 du 9 novembre 1999) ; dans le cas d'un fonctionnaire qui s'était montré relativement indiscipliné, avait manifesté une certaine mauvaise volonté à exécuter les ordres de son contremaître, avait accompli ses fonctions avec peu d'assiduité, était arrivé fréquemment en retard, s'était absenté plusieurs jours sans s'excuser et avait consommé de l'alcool sur son lieu de travail (ATA M. du 12 septembre 1990, blâme et mise à pied pour trois jours mais sanction considérée comme très clémentine) ; dans le cas d'un fonctionnaire qui n'avait pas respecté son cahier des charges et les règles internes auxquelles il était soumis (ATA/827/2004 du 26 octobre 2004) ; dans le cas d'un fonctionnaire ayant usé de violence verbale et physique à l'encontre d'un élève (ATA/579/2008 du 11 novembre 2008, sanction réduite à un blâme vu le caractère isolé) ; dans le cas d'un fonctionnaire qui avait organisé son travail à sa manière, sans tenir compte de ses collègues, qui s'était montré insubordonné et peu collaborant, d'une manière qui, pendant la dizaine d'années où cela avait duré, avait été de nature à entraver la bonne marche du service (ATA/662/2006 du 12 décembre 2006).

Le comportement d'un fonctionnaire mettant en danger des collègues, des usagers ou des patients est également susceptible de faire l'objet d'une mesure disciplinaire. Il doit toutefois s'agir d'un comportement ayant, de manière objectivable, créé un risque abstrait ou concret pour l'entourage de l'auteur, qu'il ait agi intentionnellement, par négligence ou par imprudence.

L'autorité décisionnaire reproche à la recourante un comportement ayant mis en danger tant l'équipe soignante qu'elle-même parce qu'elle avait opté pour un mode d'intervention inadéquat (utilisation du tutoiement, appel du patient par son prénom, contact physique avec celui-ci) contraire à la « distance thérapeutique » qu'elle aurait dû respecter. De fait, la recourante a indisposé, par son attitude et sa façon de faire, une partie des membres de l'équipe soignante (soit les auteurs du rapport du 27 janvier 2009), relayée par sa hiérarchie, tandis que d'autres membres du personnel qui sont intervenus en ont relativisé l'impact, voire en ont apprécié le mode. De fait, l'intervention de la recourante n'a causé aucun dommage ni entravé aucunement l'intervention de l'équipe. La recourante dit avoir voulu appliquer les principes préconisés par la méthode APIC. S'il est exact, comme les HUG l'ont indiqué, que le recours à celle-ci ne résulte aucunement de cette directive, les enquêtes ont mis en évidence que la recourante n'est pas seule à se référer à celle-là puisque plusieurs témoins entendus, médecins ou membres du personnel soignant, ont naturellement cité cette dernière. Or, ils n'apparaissent pas d'accord sur la façon de la mettre en œuvre.

A lire les documents soumis au Tribunal administratif à son sujet, cette méthode préconise que l'intervention de l'équipe vis-à-vis du patient se fasse si possible sous une forme organisée, avec un chef d'équipe, des intervenants directs

et indirects, ainsi que des observateurs. L'intervention vise à sécuriser le patient, ce qui implique l'usage de la force, mais a également pour but de le rassurer, ce qui nécessite qu'un contact verbal soit établi avec lui, après avoir assuré la sécurité de tous.

Il s'agit de déterminer si l'apparition de divergences, voire le constat d'erreurs de méthodologie de la part d'un membre du personnel soignant, qui peuvent surgir dans les contextes tendus comme l'a été l'incident du 23 janvier 2009, doivent être réglés immédiatement par recours à la voie disciplinaire. En l'occurrence, l'intervention du 23 janvier 2009 a dû être improvisée, compte tenu du caractère subit de la manifestation d'agressivité du patient. Il ne peut être reproché à la recourante d'avoir contrevenu à des directives internes précises ou à des instructions spécifiques. Quelle que soit la référence à la notion théorique de distance thérapeutique ou au principe tiré de la méthodologie APIC, la recourante n'a eu que l'intention d'aider ses collègues.

Dans le cas d'espèce, les membres de l'équipe soignante qui ont dû improviser leur intervention ainsi que leur hiérarchie, considèrent qu'il n'y avait pas encore place pour une démarche empathique lorsque la recourante est venue à leur appui, ce qui n'est pas l'avis de cette dernière. Ils en ont déduit que la recourante les avait mis en danger, ainsi qu'elle-même. C'est sur cette base que la direction des HUG a décidé de la sanctionner.

Le Tribunal administratif n'exclut pas que la recourante ait commis une erreur d'appréciation dans l'application de la méthodologie APIC, en cherchant à rassurer le patient dans une phase où l'accent devait encore être mis sur la contention. Si de telles erreurs de jugement - inévitables dans ce contexte - doivent être reprises après l'incident par la hiérarchie pour améliorer le fonctionnement général de l'équipe soignante ou de l'institution, elles n'ont pas un caractère de gravité tel qu'il faille d'emblée les traiter sous l'angle disciplinaire.

En l'absence de directives internes précises et d'instructions spécifiques que l'intéressée n'aurait pas respectées, l'autorité décisionnaire ne pouvait déjà retenir, même par une référence au nécessaire respect par le personnel soignant de la distance thérapeutique, qu'elle a agi d'une manière qui contrevenait d'emblée à ses devoirs de fonction, au sens des art. 21 et 22 du statut, à tel point, et qu'il y eut lieu de la sanctionner immédiatement.

8. Les intimés considèrent que le blâme se justifiait par le fait que l'incident répétait une situation déjà mise en évidence antérieurement, de laquelle la trop grande proximité de la recourante avec son patient avait été relevée. L'instruction a mis en évidence les circonstances de l'incident qui s'était déroulé en novembre 2008 et qui ne sont ni clairement établies puisqu'elles n'ont fait l'objet d'aucune note ou instruction à l'adresse de l'intéressée, ni similaires aux faits du 23 janvier 2009. Il n'est donc pas possible de justifier le blâme en se référant à ce premier

incident, dont la responsabilité n'avait, à l'époque où il s'est produit, pas été imputée à la recourante.

9. Dans sa décision sur opposition, le directeur des HUG considère encore que la sanction se justifie parce que la recourante s'obstine à nier les faits et refuse de remettre en question sa façon de traiter ce genre de situation. En l'occurrence, la recourante n'a rien fait d'autre qu'utiliser les droits procéduraux qui lui sont conférés par la loi en contestant la mesure qui la frappe. Un contentieux administratif n'étant pas un cadre adéquat pour une remise en question, les intimés ne peuvent lui reprocher de s'être obstinée. La situation aurait été différente si, au lieu de placer immédiatement le conflit sur un terrain disciplinaire, le déroulement des faits avait été repris au sein du service dans la perspective d'éviter leur répétition, et que l'on reproche à la recourante de ne pas avoir respecté des instructions qui lui auraient été données à titre individuel ou des dispositions qui auraient été prises et que devrait respecter l'ensemble des collaborateurs.
10. Le recours sera admis. Un émoulement de procédure de CHF 1'000.- sera mis à la charge des intimés, qui succombent. De même, une indemnité de procédure de CHF 1'500.- sera allouée à la recourante à la charge des HUG (art. 87 al. 1 LPA).

* * * * *

PAR CES MOTIFS
LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF

à la forme :

déclare recevable le recours interjeté le 4 juin 2009 par Madame B_____ contre la décision du 4 mai 2009 de la direction générale des Hôpitaux universitaires de Genève ;

au fond :

l'admet ;

annule la décision de la direction générale des HUG du 4 mai 2009 et celle de la direction du département de psychiatrie du 12 mars 2009 ;

met un émoulement de CHF 1'000.- à la charge des Hôpitaux universitaires de Genève ;

alloue à Mme B_____ une indemnité de procédure de CHF 1'500.- à la charge des Hôpitaux universitaires 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 ;

communiqué le présent arrêt à Maître Robert Fiechter, avocat de la recourante, ainsi qu'à Maître Pierre Martin-Achard, avocat des 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 :