

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1518/2013-PROF

ATA/448/2015

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre administrative**

**Arrêt du 12 mai 2015**

**2<sup>ème</sup> section**

dans la cause

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

représentée par Me Antoine Romanetti, avocat

contre

**SERVICE DU MÉDECIN CANTONAL**

et

**DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ**

et

**DÉPARTEMENT DE L'EMPLOI, DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA  
SANTÉ**

---

## EN FAIT

- 1) Selon le registre du commerce, la société A\_\_\_\_\_ (ci-après : A\_\_\_\_\_), fondée en février 2011, a pour but de favoriser et garantir, par une action commune, l'intérêt économique de ses membres et des professionnels de la santé, en leur fournissant du matériel ainsi que des services administratifs. Elle est sise, depuis sa fondation, au B\_\_\_\_\_ à Genève, sous réserve du déplacement de son siège au C\_\_\_\_\_ de janvier 2012 à août 2013. Monsieur D\_\_\_\_\_ est son administrateur président depuis janvier 2012.
- 2) Par arrêté du 8 mars 2011, le département des affaires régionales, de l'économie et de la santé devenu depuis lors le département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (ci-après : DEAS) a autorisé A\_\_\_\_\_ à exploiter une organisation d'aide et de soins à domicile (ci-après : OASD) sept jours sur sept, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, avec Madame E\_\_\_\_\_ à la direction effective des soins.
- 3) Le 28 novembre 2012, le groupe risque pour l'état de santé et inspectorat (ci-après : GRESI) du service du médecin cantonal (ci-après : SMC), rattaché à la direction générale de la santé (ci-après : DGS) du DEAS, a procédé à une inspection de suivi au sein de l'intéressée.
- 4) Par courriel du 12 décembre 2012, Monsieur F\_\_\_\_\_, responsable du GRESI, a imparti à l'institution des délais au 18 décembre 2012 pour lui transmettre la liste des collaborateurs engagés par A\_\_\_\_\_ et au 15 janvier 2013 pour fournir la documentation manquante relative à son fonctionnement, dont une liste était donnée. En cas d'irrespect du délai, le SMC prendrait les dispositions qui s'imposaient.
- 5) Par courrier du 19 décembre 2012, le GRESI a imparti à A\_\_\_\_\_ un nouveau délai au 31 janvier 2013 pour lui communiquer différents documents - notamment le contrat de prestations, les différentes procédures manquantes et les cahiers des charges pour tout le personnel soignant - et lui a demandé de compléter la version papier des dossiers des patients et de les informatiser. Une inspection serait effectuée dans un délai de trois mois, afin de vérifier l'accomplissement des mesures correctives demandées.
- 6) Les 18 et 19 avril 2013, le GRESI a effectué une inspection inopinée au sein de l'intéressée.
- 7) Par courriel du 18 avril 2013 au médecin cantonal (ci-après : MC) et au médecin cantonal délégué, le GRESI a proposé la levée de l'arrêté d'exploitation délivré à l'institution, la qualité et la sécurité des soins n'étant pas assurée.

Des constats alarmants avaient été réalisés. Il n'y avait pas de responsable des soins depuis le 2 avril 2013, Madame G\_\_\_\_\_, directrice des soins, en arrêt maladie prolongé jusqu'au 5 mai 2013, n'étant pas remplacée de manière formelle. Une jeune infirmière, arrivée le 1<sup>er</sup> mars 2013, était censée s'occuper de l'équipe, des soins et de tout ce qui se rapportait à leur organisation, ainsi que des patients. Certains collaborateurs prodiguaient des soins sans être titulaires des certificats ou diplômes requis. Une assistante en soins et santé communautaire (ci-après : ASSC), et non un infirmier, assurait un piquet de réponse téléphonique de 20h à 6h. Les dossiers des patients n'étaient pas à jour et ne correspondaient pas aux exigences. Les documents relatifs à l'organisation des soins, notamment les cahiers des charges, l'organigramme de fonctionnement, le cahier de liaison et les différentes procédures, n'étaient pas adéquats. Ces constats faisaient suite à de nombreux suivis et inspections depuis 2010, pour lesquels aucune mesure n'avait été apportée.

- 8) Par courriel du 19 avril 2013, le responsable du GRESI a indiqué au MC que, suite à la visite du matin même chez A\_\_\_\_\_, il concluait à l'absence de mise en danger absolue, la prise en charge étant « OK » pour les jours à venir, même si de nombreux dysfonctionnements ou carences avaient été constatés.
- 9) Le 23 avril 2013, le responsable du GRESI et une infirmière spécialisée, Madame H\_\_\_\_\_, ont rempli un formulaire de constat concernant l'inspection inopinée des 18 et 19 avril 2013, mandatée par le SMC.

L'institution, qui avait vingt-huit clients actifs, était suivie régulièrement depuis trois ans, de nombreuses constatations négatives ayant été faites et des délais de remédiation posés à chaque rencontre. Elle n'avait pas donné suite aux mesures d'amélioration ni pris en compte les constatations du GRESI. Le GRESI avait consulté six dossiers de soins ainsi que mené des entretiens avec quatre patients à leur domicile et trois professionnels. Sur les cinquante et un critères d'évaluation, trente-trois n'étaient pas réalisés, treize étaient atteints et six n'avaient pas été observés. Les points négatifs concernaient des critères de qualité très importants et des prises en charges indispensables pour que le patient reçoive des soins appropriés et que sa sécurité soit assurée.

Dans cinq des dossiers consultés, le contrat de prestations n'était pas signé par le client et l'institution. Les évaluations de l'état du patient n'étaient pas systématiques. Dans les six dossiers, il n'existait pas toujours de prescription médicale. Dans trois dossiers, le renouvellement des feuilles selon l'ordonnance du département fédéral de l'intérieur sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins - OPAS - RS 832.112.31) n'était pas à jour. Chez un des patients visités, les soins donnés ne correspondaient pas aux soins requis.

Les précautions standards d'hygiène - blouse, désinfection des mains - n'étaient pas systématiquement respectées. Il n'existait pas de procédure de gestion des médicaments. Pour un des clients consultés, une infirmière préparait une fois par semaine des piluliers journaliers, en décapsulant les médicaments au siège d'A\_\_\_\_\_. Les barquettes n'étaient pas nominatives et étaient déposées sur une table dans le local de matériel. Dans un véhicule de collaborateur, des barquettes vides et pleines traînaient vers la boîte de vitesse. Selon les déclarations d'une infirmière récemment engagée, un client n'avait pas reçu ses médicaments à trois reprises. Une ASSC était amenée à devoir préparer des semainiers chez les patients sans être supervisée par une infirmière.

Les aides-soignants n'étaient pas tous au bénéfice d'un certificat ou d'une formation attestée et deux aides administratifs et financiers travaillaient comme aides-soignants. La directrice des soins suppléante actuellement en fonction était diplômée depuis deux ans et assurait le programme et le suivi de l'équipe et des clients sans aucune connaissance managériale. Le programme de travail était refait de jour en jour, selon les absences, le renouvellement des collaborateurs ou les désirs de chacun. L'ASSC assurait le piquet infirmier pour le week-end. Selon ses déclarations, l'infirmière responsable des soins avait dû travailler jusqu'à quinze heures par jour pour assurer toutes ses tâches de ressources humaines et d'aide sur le terrain. Une autre infirmière avait fait plus de cinquante heures supplémentaires par semaine.

- 10) Le 24 avril 2013, le SMC a écrit à A\_\_\_\_\_. Elle ne remplissait plus les conditions de l'autorisation d'exploiter une OASD, de sorte que le DEAS était légitimé à la lui retirer. Un délai au 20 avril 2013 lui était imparti pour se déterminer.

L'institution n'était plus dirigée par une ou des personnes responsables des soins possédant la formation ou les titres nécessaires, n'était plus dotée d'une organisation adéquate, en particulier pour la gestion et la distribution des médicaments aux clients, ne disposait plus du personnel qualifié nécessaire et ne s'assurait pas correctement de la tenue des dossiers des clients. Les améliorations demandées, en particulier l'engagement d'une nouvelle responsable des soins qualifiée, n'avaient pas été effectuées dans le délai au 15 janvier 2013 imparti.

- 11) Le 26 avril 2013, le Docteur I\_\_\_\_\_, médecin conseil d'A\_\_\_\_\_, a répondu au courrier précité. A\_\_\_\_\_ avait satisfait aux trois points litigieux, soit l'existence d'une personne responsable des soins qualifiée, d'une organisation plus rigoureuse dans la gestion et la distribution des médicaments et de personnel essentiellement qualifié. Le MC devait surseoir à prononcer la décision de retrait. Il sollicitait un délai de deux mois avant une nouvelle évaluation.

Les premières dispositions pour redonner un caractère opérationnel à l'institution avaient été prises. Il venait de faire recruter un responsable des soins,

Monsieur J\_\_\_\_\_, qui avait été chef d'équipe pendant plusieurs années à la Fondation des services d'aide et de soins à domicile (ci-après : FSASD), devenue ensuite l'Institution genevoise de maintien à domicile (ci-après : IMAD), et possédait la formation et les titres nécessaires. Le Dr I\_\_\_\_\_ s'engageait à superviser avec le responsable des soins, dès la semaine suivante, le personnel dans ses activités sur le terrain. La liste de l'ensemble du personnel soignant, leurs titres et diplômes et leur curriculums vitae (ci-après : CV) étaient mis à disposition du MC. Le personnel infirmier non qualifié ne ferait plus partie de l'institution dès le 29 avril 2013.

- 12) Le 27 avril 2013, le GRESI a effectué une nouvelle inspection inopinée auprès d'A\_\_\_\_\_.

Selon le rapport d'inspection du même jour, signé par le responsable du GRESI, le patient prévu pour 8h n'avait pas reçu de visite. Le programme transmis par l'intéressée le jour précédent ne correspondait pas au plan de soins effectivement prévu. À teneur de ce dernier, une infirmière en soins généraux travaillait dix jours d'affilée et devait rejoindre un collaborateur non qualifié n'apparaissant pas sur la liste du personnel, tandis que, le 27 avril 2013, une ASSC devait reprendre les clients devant normalement être pris en charge par une personne dont la qualification d'auxiliaire de soins n'était pas définie. Le dossier de soins de la patiente vue à 8h15 était incomplet, en l'absence de l'historique de la maladie, des antécédents médicaux et chirurgicaux, des allergies et intolérances, de directives anticipées et du relevé des traitements issus des prescriptions médicales. L'ASSC avait donné en main propres à cette patiente, souffrant de troubles cognitifs importants, une boîte de comprimés Stilnox pour le domicile, alors que cette dernière n'était pas à même d'en assurer la gestion. Le piquet infirmier n'était pas assuré par une infirmière, comme prévu, mais par M. D\_\_\_\_\_. À 10h, il n'avait pas répondu au téléphone.

- 13) Par courriel du 29 avril 2013, envoyé en copie au SMC, le responsable du GRESI s'est adressé à M. D\_\_\_\_\_. Il lui a exposé les constats de non-conformité effectués le 27 avril 2013 et lui a enjoint de s'assurer des visites à tous ses patients selon les besoins et les prescriptions médicales, de la dispense du traitement prescrit, du respect de leurs besoins fondamentaux voire vitaux - alimentation, hydratation - et de la qualification des soignants pour les prestations délivrées. Il a également demandé la transmission quotidienne d'un état des visites et des soins réalisés.

- 14) Par retour de courriel du même jour, A\_\_\_\_\_ s'est étonnée qu'un patient n'ait pas reçu de visite. Certains d'entre eux souffraient de confusion. M. D\_\_\_\_\_ et son assistante avaient travaillé tout le week-end, de sorte que la gestion du téléphone par un non-professionnel de la santé était normale, ce dernier répartissant ensuite les infirmiers ou aides-soignants sur le terrain, en cas de soucis. La collaboratrice devant travailler dix jours était à 100 % et n'était active

que trois à quatre heures par jour, ayant ensuite trois jours de repos. La nouvelle infirmière était secondée depuis le vendredi précédent. L'institution ne livrait pas de repas à domicile, préparant ce que les clients avaient chez eux. Certains patients affirmaient à tort ne pas avoir eu leur repas. Des modifications de dernière minute pouvaient survenir dans le programme, dynamique.

- 15) a. Dans ses observations du même jour, l'institution, qui avait mis en place des mesures concrètes, a demandé au SMC de l'accompagner dans sa consolidation pour le bien-être de ses clients, le maintien de dix-sept emplois et la diversité du réseau médico-social genevois.

En janvier 2013, une période de transition d'environ un mois s'était opérée entre l'ancien directeur des soins, Monsieur K\_\_\_\_ et son successeur, Mme G\_\_\_\_, en arrêt maladie depuis début avril 2013. Deux infirmières, en étroite coopération avec le personnel soignant, avaient alors continué à organiser la planification des soins et le suivi des clients. Le 22 avril 2013, l'institution avait recruté un nouveau responsable des soins expérimenté, M. J\_\_\_\_\_.

A\_\_\_\_\_ ne gérait pas les médicaments à l'interne, mais disposait d'un dépôt pour les produits et matériels rentrant dans le cadre de la liste des moyens et appareils (LiMA) ainsi que pour le retour des produits non utilisés chez les clients. Après livraison directe des médicaments chez son patient par la pharmacie de ce dernier ou la pharmacie N\_\_\_\_\_ - avec laquelle elle avait un partenariat -, ses infirmiers préparaient les piluliers chez le client, désormais sans décapsuler les médicaments. Les deux piluliers se trouvant dans ses locaux lors de l'inspection concernaient deux patients dont les médecins traitant soupçonnaient des abus de médicaments. Dans de tels cas, les piluliers seraient dès à présent placés en lieu sûr dans l'appartement du client si possible, et non plus dans ses locaux.

L'intéressée disposait du personnel qualifié nécessaire et suffisant. Le personnel d'A\_\_\_\_\_ à Genève était composé de trois infirmiers diplômés à plein temps, un responsable des soins, une cinquième infirmière qui les rejoindrait début mai 2013, une ASSC à 70 % et neuf aides-soignants diplômés. Les deux aides-soignants non diplômés et l'accompagnatrice ne seraient plus planifiés.

Les dossiers de ses clients dans ses bureaux comprenaient généralement un mandat OPAS avec la légende, une fiche d'identification, un formulaire d'évaluation, les documents relatifs aux correspondances avec les médecins et caisses maladie, le contrat de prestation et les indications concernant la prise de médicaments. Depuis février 2013, la signature du contrat de prestation avait été généralisée. L'institution s'était engagée à remettre, dans les dossiers des patients au bureau, une partie des éléments restant dans le cahier de liaison à domicile. Elle avait entrepris de faire informatiser complètement les dossiers. Les éventuelles erreurs d'organisation interne étaient inhérentes à toute jeune entreprise et n'étaient pas susceptibles de mettre en danger la vie de ses clients.

b. À l'appui de ses observations, elle a notamment versé à la procédure le contrat de travail et le cahier des charges de Mme G\_\_\_\_\_, ses avis d'arrêt de travail du 30 mars au 5 mai 2013, le CV et les diplômes de M. J\_\_\_\_\_, la liste de son personnel infirmier et soignant avec diplômes ou CV, le cahier des charges des infirmiers, ASSC et aides-soignants ainsi que des documents concernant l'informatisation des dossiers des clients.

- 16) Le 30 avril 2013, le MC a écrit à A\_\_\_\_\_. Il avait prononcé, par une décision du même jour qu'il annexait, le retrait de l'autorisation d'exploiter d'A\_\_\_\_\_ à titre provisionnel, au vu des constatations effectuées lors des trois dernières inspections.

L'intervention de M. J\_\_\_\_\_ n'était pas planifiée jusqu'au 5 mai 2013. Des médicaments étaient stockés dans un local non sécurisé dans des sachets plastiques non systématiquement nominatifs. Certains médicaments étaient périmés. Les semainiers n'étaient pas nominatifs. Les médicaments n'étaient pas identifiables. Ils étaient pris par les aides-soignants dans leur sac à main pour les apporter aux patients. La feuille de traitement d'une cliente à son domicile n'avait été signée ni par l'infirmière, ni par le médecin. Le personnel était insuffisant pour couvrir la charge en soins requise par l'ensemble de sa clientèle. Les soins délégués n'étaient pas systématiquement supervisés. Un patient n'avait pas reçu son traitement à plusieurs reprises durant la semaine du 22 au 28 avril et n'avait pas reçu de repas le dimanche 28 avril 2013 à midi, faute de passage d'un soignant. Les dossiers consultés étaient incomplets. Il manquait notamment les fiches OPAS actualisées, les ordres médicaux et les fiches de suivi.

b. La décision annexée était intitulée « décision sur mesures provisionnelles ». Le MC, agissant par délégation de compétence du DEAS, prononçait le retrait de l'autorisation d'A\_\_\_\_\_ d'exploiter une OASD, ordonnait le transfert, au plus vite, de l'ensemble des patients à d'autres OASD du canton et transmettait le dossier à la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients (ci-après : ComPS) pour préavis ou décision. La mesure provisionnelle était exécutoire nonobstant recours et resterait en vigueur jusqu'à la prise de position de la ComPS.

Le MC reprenait et précisait la motivation formulée dans le courrier du 24 avril 2013.

La réponse de l'intéressée du 29 avril 2013 n'avait apporté aucune solution légalement admissible aux manquements constatés lors des différentes inspections. Les dysfonctionnements mettaient manifestement en danger les patients, certains d'entre eux ne se voyant plus délivrer de médicaments, de sorte que l'urgence à prendre des mesures de protection était établie. L'accumulation de faits graves justifiait la décision.

- 17) Par courriel du 3 mai 2013, le Dr I\_\_\_\_\_ a indiqué au MC qu'au cours de l'année 2012, il n'avait cessé de mettre en garde A\_\_\_\_\_ contre la mauvaise gestion, la responsabilité de la situation actuelle étant liée à l'incompétence de M. K\_\_\_\_\_ dans la gestion de l'équipe soignante. La direction de l'institution n'avait pas pris la mesure des dégâts causés par cette gestion.
- 18) Le 6 mai 2013, le MC a écrit à A\_\_\_\_\_. Il indiquait transmettre la liste des OASD pouvant recevoir ses clients, sans toutefois la faire figurer en pièce jointe. Le transfert des patients devait être effectué immédiatement pour les clients bénéficiant de soins importants et dans les dix jours pour les autres.
- 19) Le 8 mai 2013, la ComPS a classé la dénonciation du MC et lui a retourné son dossier pour nouvelle décision.

Si les conditions de l'autorisation d'exploiter une OASD n'étaient plus remplies, il appartenait au DEAS de prononcer son retrait, sans préavis de la ComPS. Les faits dénoncés, qui ne relevaient pas du droit disciplinaire, échappaient à sa compétence.

- 20) Par courrier du même jour, A\_\_\_\_\_ a demandé au MC de reconsidérer sa décision du 30 avril 2013, au vu des améliorations significatives apportées à son organisation. À défaut, elle a sollicité la délivrance d'une nouvelle autorisation d'exploiter pour une durée de trois mois, afin de permettre à la nouvelle direction des soins de poursuivre les réformes demandées. Subsidiativement, elle a suggéré la mise en place d'une mesure de tutelle pour une durée déterminée et raisonnable.

Elle avait identifié deux clients complexes qui feraient l'objet d'un transfert immédiat. En relation avec les autres clients, le responsable des soins et sa adjointe, nouvellement recrutés et expérimentés, avaient commencé à corriger les dysfonctionnements.

- 21) a. Par acte du 13 mai 2013, référencé sous cause A/1518/2013, A\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la chambre administrative de la Cour de justice (ci-après : la chambre administrative) contre la décision du MC, concluant à la restitution de l'effet suspensif, à l'annulation de la décision attaquée, à la constatation de la réalisation des conditions d'autorisation d'exploiter une OASD, à la condamnation de l'État de Genève à lui verser des dommages-intérêts pour tort moral et pertes opérationnelles subies depuis le 30 avril 2013 ainsi que, subsidiairement, à la l'audition de toute personne se révélant nécessaire, avec suite de frais et « dépens ».

Elle a repris et complété l'argumentation développée précédemment.

Le droit d'être entendu d'A\_\_\_\_\_ avait été violé.



En l'absence de procédure disciplinaire, le MC était incompétent pour retirer l'autorisation d'exploiter et ordonner le transfert des clients.

Les conditions d'octroi de l'autorisation d'exploiter étaient remplies. Le contrat oral avec M. J\_\_\_\_\_ avait été conclu le 24 avril 2013. Ce dernier avait toutefois dû retarder son entrée en service. Madame L\_\_\_\_\_, infirmière expérimentée, l'avait remplacé temporairement. Au 29 avril 2013, A\_\_\_\_\_ était dirigée par M. J\_\_\_\_\_ et Mme L\_\_\_\_\_, devenue responsable des soins adjointe. Depuis son arrivée, M. J\_\_\_\_\_ s'était attelé à vérifier et à créer des protocoles formalisant le processus de gestion des médicaments. Le témoignage du personnel infirmier et ASSC concernant l'incident de la boîte de Stilnox différait complètement des constatations du SMC. Le responsable des soins ne figurait pas sur les programmes de travail. L'affirmation qu'un patient n'avait pas reçu son traitement à plusieurs reprises n'était pas sérieuse ni étayée et il était probable que ce dernier souffre de problèmes cognitifs. Aucun client ne s'était jamais plaint des soins prodigués et aucun médecin prescripteur n'avait jamais retiré ses patients confiés à A\_\_\_\_\_. Cette dernière avait intérêt à ce que les mandats OPAS soient mis à jour, afin d'être payée par l'assurance-maladie, les médecins tardant toutefois généralement une semaine avant de les lui retourner signés. Ils étaient signés uniquement par l'infirmière responsable, qui était absente pour cause de maladie. Les feuilles de suivi étaient insérées dans le cahier de liaison au domicile des clients et dans le système informatique. M. J\_\_\_\_\_ proposait désormais d'en mettre une copie dans les dossiers demeurant au bureau de l'institution. A\_\_\_\_\_ s'était développée dans trois autres cantons et n'y avait fait l'objet d'aucune mesure disciplinaire. En l'absence de mise en danger absolue constatée par courriel du 19 avril 2013, l'urgence faisait défaut. Le SMC avait abusé de son pouvoir d'appréciation.

b. À l'appui de son recours, elle a notamment versé à la procédure un courrier de démission de Mme G\_\_\_\_\_ du 23 avril 2013 avec effet au 30 avril 2013, un courriel du 22 avril 2013 par lequel la société M\_\_\_\_\_ transmettait à M. D\_\_\_\_\_ le dossier de candidature de M. J\_\_\_\_\_ ainsi qu'une déclaration écrite de ce dernier. Selon celle-ci, l'institution avait pris contact avec lui le 23 avril 2013. Un entretien avait eu lieu le lendemain. Il devait commencer à travailler le 29 avril 2013 mais n'avait pu commencer son activité que le 1<sup>er</sup> mai 2013, Mme L\_\_\_\_\_ ayant dans l'intervalle pris le poste et étant restée ensuite à 40 % afin de l'aider à gérer les équipes. Le contrat oral avait été formalisé par écrit le 13 mai 2013. Un état de lieux rapide et une visite à certains clients avaient déjà été effectués.

22) Le 14 mai 2013, le responsable du GRESI s'est adressé par courriel à A\_\_\_\_\_. Elle était convoquée pour un entretien le 16 mai 2013. Il s'agissait notamment de faire le point sur les situations de prises en soins et de transfert des

patients et d'évoquer les objectifs à fixer afin que l'institution puisse retrouver son autorisation d'exploiter.

- 23) La séance fixée s'est tenue le 16 mai 2013, en présence du directeur d'A\_\_\_\_\_, de son responsable des soins, du responsable du GRESI et de deux infirmières spécialisées, Mme H\_\_\_\_\_ et Madame N\_\_\_\_\_. Conformément à son résumé, transmis par courriel du lendemain à l'institution, l'entretien avait été prévu à la demande de l'intéressée et du MC aux fins d'attester de la situation actuelle de l'institution. Sous réserve de trois patients, aucun transfert n'avait eu lieu dans une autre OASD.
- a. M. J\_\_\_\_\_ avait constaté, lors de sa venue à A\_\_\_\_\_ le 26 avril 2013, les mêmes points critiques, relatifs à la gestion des médicaments, au dossier infirmier et médical, aux feuilles OPAS, au traitement médical, aux procédures manquantes, à la formation et au suivi des collaborateurs. Il s'engageait à améliorer et formaliser tous ces éléments négatifs, aidé de Mme L\_\_\_\_\_, et avait déjà entrepris de réorganiser la gestion des médicaments et les dossiers.
- b. Le responsable du GRESI a insisté sur le fait que le MC souhaitait que l'institution s'engage à améliorer la qualité et à garantir la sécurité des collaborateurs et patients. Un délai au 17 mai 2013 était imparti pour fournir la liste des collaborateurs, le programme des soins et le suivi actuel de la clientèle. Un rapport hebdomadaire de ce type devrait être fourni tous les vendredis au SMC. La liste des OASD du canton serait envoyée le jour même par courriel.
- 24) Par courriel du même jour, le GRESI a transmis à l'intéressée la liste des OASD et lui a rappelé son obligation de transmettre un rapport hebdomadaire contenant la liste des clients et leur situation clinique, la liste des collaborateurs actifs et leur taux d'activité ainsi que le programme des soins des collaborateurs avec les légendes.
- 25) Dans une attestation de la même date rédigée sur demande du MC, MM. D\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ ont affirmé que la sécurité et la prise en charge des clients étaient assurées de manière permanente au sein d'A\_\_\_\_\_.
- 26) Dans ses observations sur effet suspensif du 23 mai 2013, le SMC a conclu au rejet de la demande de restitution de l'effet suspensif.
- 27) Selon un rapport du 29 mai 2013, le 27 mai 2013, le GRESI a procédé à une nouvelle visite inopinée, dont l'objectif était de s'assurer de la qualité et de la sécurité des soins et de leur réalisation par des professionnels qualifiés selon la planification établie.

Aucun patient n'avait été transféré.

Mmes H\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ s'étaient rendues chez deux clients. Chez la première, la documentation du protocole de l'insuline et la conservation des seringues d'insuline n'étaient pas conformes. Les injections d'insuline n'étaient pas documentées dans le carnet de glycémie selon le protocole. Le recueil de données était lacunaire. Le deuxième patient n'avait pas reçu la visite du soignant ni reçu son traitement médicamenteux le samedi 25 mai 2013 au soir. La documentation clinique et les observations pour le suivi d'un pansement à faire deux fois par semaine étaient lacunaires. Pour les deux clients, la feuille des traitements était bien signée par le médecin prescripteur.

La responsable des soins adjointe devait réorganiser le passage des infirmiers pour la gestion des médicaments. La préparation de ceux-ci devait être effectuée par un infirmier. L'ASSC n'était pas habilitée à préparer des médicaments sans supervision d'une infirmière, ce qui était le cas à teneur des semainiers de différents collaborateurs d'A\_\_\_\_\_.

- 28) Par courrier du 29 mai 2013, l'intéressée s'est adressée à la chambre administrative. À sa connaissance, aucun incident n'avait été relevé lors de la visite du 27 mai 2013. À l'issue de celle-ci, un entretien avait eu lieu entre Mme L\_\_\_\_\_ et le responsable du GRESI, durant lequel il avait été indiqué que la situation s'était améliorée, notamment en raison de l'arrivée de cette dernière et de celle de M. J\_\_\_\_\_.
- 29) Dans une attestation du 30 mai 2013, M. J\_\_\_\_\_ et Mme L\_\_\_\_\_ ont confirmé que, depuis leur arrivée à A\_\_\_\_\_, différentes mesures avaient été prises en vue de la mise en conformité de l'institution.
- 30) Par courrier du même jour, le SMC a transmis à l'institution le rapport du 29 mai 2013 concernant l'inspection du 27 mai 2013, en rappelant le contenu, l'a informée du fait que le DEAS était légitimé à lui retirer son autorisation d'exploiter et lui a imparté un délai au 5 juin 2013 pour se déterminer.

A\_\_\_\_\_ ne remplissait toujours pas les conditions d'autorisation d'exploiter. Elle était dépourvue d'une organisation adéquate et ne garantissait pas une fourniture appropriée des médicaments aux clients. Elle ne s'assurait toujours pas de la tenue et du contenu des dossiers.

- 31) Le même jour, A\_\_\_\_\_ a répliqué aux observations du MC sur effet suspensif, reprenant et précisant des éléments exposés auparavant.

Le transfert immédiat de ses clients signifierait sa « mise à mort ».

- 32) Par courrier du 5 juin 2013, sur demande d'information du juge délégué, le SMC a notamment versé à la procédure un formulaire pour la surveillance des services d'aide et de soins à domicile relatif à l'inspection du 28 novembre 2012,

non daté et non signé. Vingt-six critères étaient réalisés et quatorze étaient insuffisants. Les observations dans les dossiers étaient incomplètes.

33) a. Le même jour, dans le délai imparti par SMC le 31 mai 2013, l'institution a expliqué au DEAS que le reproche de l'absence de transfert des clients n'était pas fondé, a repris certains éléments déjà exposés et lui a transmis les observations de ses responsables de soins.

b. Selon les observations de M. J\_\_\_\_\_ et Mme L\_\_\_\_\_ annexées, depuis leur entrée en fonction, le 29 avril 2013, les standards de l'IMAD étaient appliqués ou en voie de l'être, la sécurité des patients étant pleinement assurée.

A\_\_\_\_\_ avançait dans les procédures de fonctionnement métier ainsi que dans l'organisation interne. Le relevé du protocole de l'insuline rapide était à présent conforme, y compris dans le carnet de glycémie. La conservation des seringues d'insuline était conforme. Le recueil de données et documentation clinique étaient en cours d'être complétés pour tous les clients. Tous les clients avaient une remise de service. Les dossiers au bureau étaient complets, sous réserve de l'anamnèse suite à l'évaluation des clients, qui était en cours d'élaboration. Un ASSC pouvait préparer des médicaments si le traitement était stable dans une situation simple et visé par une infirmière. L'aide-soignante qui avait omis la visite d'un client le 25 mai 2013 au soir avait reçu un avertissement oral.

34) Dans une attestation du 6 juin 2013, M. J\_\_\_\_\_ et Mme L\_\_\_\_\_ ont exposé les améliorations apportées dans la gestion des médicaments.

35) Le même jour, A\_\_\_\_\_ a rappelé à la chambre administrative qu'elle employait à présent dix-huit employés et que la nouvelle direction des soins avait pour mission d'appliquer l'ensemble du processus métier en vigueur au sein de l'IMAD.

Le processus de gestion des médicaments était identique à celui en vigueur dans le secteur public. Le formulaire concernant l'inspection du 28 novembre 2012 ne correspondait pas à un véritable rapport d'inspection inopinée officiel. Le délai au 15 janvier 2013 avait en réalité été prolongé au mois d'avril à la demande de Mme G\_\_\_\_\_.

36) Par décision du 12 juin 2013, expédiée pour notification le jour même, la chambre administrative a restitué l'effet suspensif au recours.

37) Le même jour, la DGS a brièvement exposé la situation relative à l'institution au conseiller d'État en charge du DEAS et lui a soumis deux arrêtés pour signature.

- 38) Par arrêté du 13 juin 2013, déclaré exécutoire nonobstant recours et publié le 18 juin 2013 dans la Feuille d'Avis Officielle de la République et canton de Genève (ci-après : FAO), le DEAS a prononcé le retrait de l'autorisation d'A\_\_\_\_\_ d'exploiter une OASD.

L'institution n'avait pas remédié aux dysfonctionnements constatés dans les délais impartis lors de l'inspection du 28 novembre 2012. D'une manière générale, les déficiences constatées ultérieurement en matière de délivrance, de documentation clinique et de conservation de médicaments ainsi que les manquements en matière de prise en charge des clients démontraient qu'elle était organisée de manière inadéquate et était incapable de garantir à ses clients une fourniture de médicaments appropriée. Plus particulièrement, les carences relatives à la prise en charge des clients et la non-délivrance de certains traitements prescrits, constatées à plusieurs reprises, mettaient concrètement en danger leur santé et constituaient des manquements graves et répétés, tant dans l'organisation de l'institution que dans la qualité des soins.

- 39) Par courrier du 18 juin 2013 au conseiller d'État en charge du DEAS, l'institution a demandé la reconsidération de l'arrêté du 13 juin 2013, reprenant certains éléments formulés auparavant et en exposant de nouveaux.

La décision sur effet suspensif du 12 juin 2013 confirmait l'absence de mise en danger des clients et n'avait pas été prise en compte par le DEAS. Le non-transfert des clients ne pouvait être reproché à A\_\_\_\_\_, la chambre administrative lui ayant donné raison sur ce point. La plainte d'un patient isolé, non documentée, ne pouvait justifier le retrait définitif de l'autorisation d'exploiter. Le principe de la proportionnalité était violé.

- 40) Par acte du 19 juin 2013, référencé sous cause A/1954/2013, A\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la chambre administrative contre l'arrêté du DEAS du 13 juin 2013, concluant à la restitution de l'effet suspensif, à la publication de la décision de restitution de l'effet suspensif dans la FAO et à l'annulation de l'arrêté attaqué, ainsi que, subsidiairement, à l'audition d'un expert indépendant. Elle a au surplus repris les conclusions formulées dans son recours dans la cause A/1518/2013.

Elle a repris et complété son argumentation précédente.

Compte tenu de l'absence d'ouverture de procédure disciplinaire, de l'absence de sanction contre un de ses employés, de l'absence de plainte de clients, membres de leur famille ou médecins traitant, le DEAS aurait dû limiter l'autorisation d'exploiter et la subordonner au respect de certaines conditions objectives, comme la supervision par le GRESI, et non la retirer. Le principe de la proportionnalité avait été violé.

Depuis le dépôt du recours du 13 mai 2013, elle avait amélioré le processus de gestion et distribution des médicaments. Le rapport d'inspection du 27 mai 2013 ne tenait pas compte des avancées réalisées. Elle était la cible de harcèlements et discrimination du SMC. Le MC avait « décrété la mort » de l'institution.

- 41) Le 25 juin 2013, le GRESI a effectué une inspection inopinée au siège d'A\_\_\_\_\_. Il s'agissait d'établir le nombre de clients transférés.

Selon le rapport établi à cette occasion, signé par Mmes H\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_, aucun client n'avait été transféré par l'institution. Le Dr. I\_\_\_\_\_ avait décidé lui-même du transfert de deux patientes le 24 juin 2013. Un infirmier avait été engagé à 60 % pour le 1<sup>er</sup> juillet 2013.

- 42) Par courrier du même jour dans la cause A/1954/2013, l'intéressée a informé la chambre administrative de l'inspection précitée, qui, ayant pour seul ordre du jour le transfert des clients, était caractéristique de la « campagne de harcèlements » dont elle était victime.

- 43) Le 25 juin 2013, la DGS a écrit à la chambre administrative dans les deux causes. L'arrêté du 13 juin 2013 relevait d'une procédure distincte de la procédure sur mesures provisionnelles dans la cause A/1518/2013, laquelle était devenue sans objet, sous réserve de la question des éventuels dépens.

- 44) Le même jour, le conseiller d'État en charge du DEAS a rejeté la demande de reconsidération d'A\_\_\_\_\_, en l'absence d'amélioration notable de la situation après plusieurs mois de manquements graves et répétés constatés par le SMC.

- 45) Selon un courrier d'A\_\_\_\_\_ au DEAS du 27 juin 2013 dans la procédure A/1954/2913, l'affirmation du conseiller d'État en charge du DEAS d'absence d'amélioration notable de la situation était déraisonnable.

- 46) Par courrier du même jour commun aux deux causes, l'institution a sollicité la poursuite de la procédure A/1518/2013 afin que le DEAS soit condamné à prendre en charge les frais de justice et d'avocat ainsi qu'à payer des dommages-intérêts et a contesté la teneur du résumé de la réunion du 16 mai 2013, rédigé de manière unilatérale par le SMC.

L'arrêté du 13 juin 2013 était en réalité motivé uniquement par l'absence de transfert des clients.

- 47) a. Dans ses observations sur effet suspensif du 28 juin 2013 dans la cause A/1954/2013, le DEAS a conclu au rejet de la demande de restitution de l'effet suspensif et du recours.

Les dysfonctionnements constatés faisaient courir des risques, potentiellement graves, pour la santé et la sécurité des clients d'A\_\_\_\_\_, qui devaient être spécifiquement protégés en raison de leur vulnérabilité, due à leur âge avancé ou à des troubles cognitifs. Leur accumulation sur une longue période, sans remède définitif et radical avait définitivement rompu le lien de confiance entre l'intéressée et le DEAS.

b. Elle a joint à ses observations des courriels démontrant qu'elle avait transmis chaque semaine son rapport hebdomadaire au SMC, conformément à la demande de ce dernier lors de la séance du 16 mai 2013.

48) Le 1<sup>er</sup> juillet 2013 a eu lieu une audience de comparution personnelle commune aux deux causes.

a. Selon le représentant du DEAS, la décision de retrait du 13 juin 2013 avait été prise sur la base de l'inspection du 27 mai 2013.

b. Selon le directeur général de la DGS, la surveillance des OASD était déléguée au SMC, qui travaillait avec la collaboration du GRESI. En cas de problèmes, ce dernier intervenait dans un premier temps en accompagnement pour les résoudre, avec, si nécessaire, fixation de délais de remédiation. En l'absence de mise en conformité, le SMC prenait les mesures nécessaires en urgence sous la forme de mesures provisionnelles. Sur le fond, la DGS ou le DEAS prononçait la sanction administrative de limitation ou retrait de l'autorisation d'exploitation.

c. Selon le MC, suite à chaque inspection, annoncée ou inopinée, du GRESI, un compte-rendu immédiat du résultat du contrôle était fait à l'OASD et un procès-verbal, établi sur la base d'un formulaire-type, lui était ensuite adressé. Le GRESI intervenait en cas de problèmes par échange de courriels. En l'absence de respect des délais de remédiation, le MC prenait des mesures de sanction ou provisionnelles. Indépendamment, l'institution était invitée à se déterminer sur les manquements et avisée du risque de retrait de l'autorisation d'exploiter. La DGS était alors avertie de l'existence de la procédure. En cas de motifs de retrait de l'autorisation, le MC établissait une note au DEAS pour préconiser la prise d'une telle mesure. En trois ans, il n'avait jamais retiré d'autorisation d'exploiter.

La visite d'ouverture, en décembre 2010, avait mis en évidence des problèmes de processus d'hygiène et l'inexistence du cahier des charges de la directrice des soins. À l'échéance de délai de mise en conformité, A\_\_\_\_\_ avait fourni des documents français, inadaptés aux exigences genevoises. Lors de la visite de suivi du 19 août 2011, différents documents relatifs au fonctionnement de l'institution et aux processus utilisés faisaient défaut et du personnel non qualifié dont le cahier des charges était absent ou imprécis était employé. Les dysfonctionnements ne mettaient toutefois pas en danger les clients. Un délai de remédiation au 15 janvier 2012 avait été imparti. Lors de la visite du

5 décembre 2011, la documentation demandée n'existait pas ou était déficiente. Le délai de mise en conformité avait été fixé au 31 janvier 2012. Suite à chacune de ces inspections, l'institution avait transmis du matériel, toutefois incomplet, pour répondre aux attentes du GRESI.

Les problèmes les plus importants qu'il avait constatés le 28 novembre 2012 avaient traités à l'existence et la tenue des dossiers, ce qui constituait un dysfonctionnement grave, du fait qu'en cas de maladie de l'infirmière habituelle, il fallait que sa remplaçante puisse appréhender la situation du patient. Malgré des assurances de mise en conformité données par l'institution après l'inspection des 18 et 19 avril 2013, les inspections d'avril 2013 avaient démontré que la situation était grave. Après la décision du 30 avril 2013, il avait rédigé la note du 12 juin 2013 au DEAS afin d'engager la procédure de retrait au fond. Il avait demandé au GRESI de continuer le suivi pour contrôler le transfert des clients. Malgré les déclarations écrites demandées à l'institution par le SMC, l'inspection du 29 (recte : 27) mai 2013 avait démontré que la sécurité des clients n'était pas assurée. Suite à l'arrêté du 13 juin 2013, il avait arrêté toute démarche, la collaboration du GRESI n'étant plus nécessaire.

d. M. D\_\_\_\_\_ a déclaré avoir fourni la documentation nécessaire, l'obtention de l'autorisation d'exploiter le prouvant. Si le MC faisait à présent état de manquements importants antérieurs au 28 novembre 2012, le SMC n'avait jamais entrepris de démarches à cet égard, ce qui démontrait qu'ils n'étaient pas si graves. L'institution avait reçu des demandes du SMC jusqu'en novembre 2012 afin de compléter la documentation relative à sa structure. Elle avait fourni les cahiers des charges et documents demandés, en se calquant sur d'autres OASD. Depuis décembre 2011, tous les protocoles nécessaires à son activité étaient rassemblés dans un classeur, remis à tous les infirmiers responsables et dont le GRESI avait connaissance. Deux infirmières avaient été engagées avant le mois d'avril 2013. En matière de gestion des médicaments, elle travaillait avec la pharmacie N\_\_\_\_\_ jusqu'en avril 2013, appliquant depuis lors la directive de l'IMAD. Les médecins prescripteurs contrôlaient la prise en charge globale par A\_\_\_\_\_ en passant à domicile. Elle prodiguait à 80 % des soins de base et d'accompagnement - aide à manger, toilette et accompagnement à l'extérieur - et à 18 % des soins infirmiers, ces chiffres dépendant de la structure de la clientèle.

e. Mme L\_\_\_\_\_ a déclaré que le personnel soignant de l'intéressée était composé de six infirmiers, une ASSC et sept aides-soignantes diplômées. Le dernier infirmier avait été engagé au moins de juin 2013. Un nouvel infirmier devait signer son contrat de travail le jour de l'audience. Il n'y avait plus de médicaments dans les locaux de l'institution. Les piluliers individualisaient à présent les médicaments, qui ne pouvaient être sortis de leur plaquette et devaient être étiquetés. Le problème lié au service de piquet de l'ASSC avait été réglé



depuis avril 2013 et cette dernière avait le droit de s'occuper des traitements médicamenteux uniquement sur délégation et supervision d'une infirmière, ne s'occupant pas des clients à traitements variables. Si elle-même avait constaté à son arrivée un manque de documentation concernant la situation médicale et les prescriptions médicamenteuses, elle avait formalisé les dossiers médicaux conformément aux prescriptions de l'IMAD. Des classeurs avec des fiches de liaison pour chacun des clients et à destination des infirmières et aides-soignantes avaient été établis.

- 49) Par réponse au fond dans la cause A/1518/2013 du 3 juillet 2013, la DGS a conclu à ce qu'il soit constaté que la cause était devenue sans objet et à ce qu'elle soit rayée de rôle, subsidiairement au rejet du recours, reprenant et complétant l'argumentation formulée auparavant.

La décision sur mesures provisionnelles avait été rendue dans le cadre d'une procédure disciplinaire par l'autorité compétente. Il n'y avait pas de violation du droit d'être entendu.

- 50) Dans une nouvelle attestation du 3 juillet 2013, la direction de soins d'A\_\_\_\_\_ a certifié que l'institution remplissait à présent parfaitement sa mission d'OASD.

- 51) a. Dans ses déterminations du 4 juillet 2014 dans la procédure A/1954/2013, A\_\_\_\_\_ a persisté dans son recours, concluant au surplus à la communication à la chambre administrative du nombre de plaintes déposées par des patients contre les Hôpitaux Universitaire de Genève (ci-après : HUG) et les autres institutions de soins concurrentes ainsi qu'à l'audition des deux infirmières du GRESI ayant procédé aux deux dernières visites et du médecin cantonal délégué.

Elle a repris et complété l'argumentation développée précédemment dans les deux procédures.

La DGS avait signalé tardivement les dysfonctionnements au conseiller d'État en charge du DEAS. La note du 12 juin 2013 ne présentait pas les arguments de l'intéressée, ni les améliorations qu'elle avait opérées en son sein, contenait des erreurs grossières et ne mentionnait pas le contrôle renforcé mis en place à la demande du MC. Les directeurs de l'institution n'avaient pas été entendus. Son droit d'être entendu avait été violé.

Ni le DEAS, ni la DGS n'avaient engagé au préalable une procédure officielle en vue de prononcer la sanction la plus incisive disponible. Le MC ne pouvait engager lui-même une telle procédure. Un simple tampon du conseiller d'État en charge du DEAS sur un projet d'arrêté préparé par le MC ne pouvait remédier aux vices de procédure. La légalité de la procédure ayant mené à l'arrêté litigieux était douteuse.

Les allégations formulées par le MC relatives à des faits antérieurs au 28 novembre 2012 n'étaient appuyées par aucune pièce et devaient être écartées. Le MC avait reconnu que ces éléments ne constituaient pas des dysfonctionnements graves mettant en danger les clients, de sorte qu'ils n'étaient pas pertinents. La visite de routine du 28 novembre 2012 ne marquait pas l'ouverture d'une procédure disciplinaire.

Ses activités étant centrée à 80 % sur les soins de base et à 18 % sur les soins infirmiers, le DEAS pouvait limiter l'autorisation d'exploiter pendant une période courte, sous conditions ou la limiter aux soins de base. Il pouvait aussi ne prononcer aucune sanction, engager une procédure visant à faire cesser l'état de fait illégal, infliger une sanction disciplinaire au professionnel de la santé coupable des dysfonctionnements ou au responsable de l'institution. L'intéressée employait à présent vingt et une personnes.

b. Elle a versé à la procédure un courriel du Dr I\_\_\_\_\_ du 26 juin 2013, selon lequel ce dernier avait toujours des patients confiés à l'institution, sous réserve des derniers patients pour lesquels il avait changé de stratégie de suivi, ainsi que les cahiers des charges de M. J\_\_\_\_\_ et Mme L\_\_\_\_\_ datés du même jour mais non signés.

- 52) Par décision du 11 juillet 2013, la chambre administrative a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif au recours A/1954/2013.

La suspension de l'activité de l'intéressée avec effet immédiat constituait une mesure lourde au regard de l'intérêt privé de cette dernière, qui avait des employés. Il fallait toutefois prendre en considération la nécessité absolue de préserver la santé de ses clients, qui constituait un intérêt public majeur, s'agissant de personnes isolées, à faible mobilité, susceptibles dans certains cas d'être atteintes dans leurs capacités cognitives. En dépit des assurances fournies au SMC et à la chambre administrative, il avait été constaté le 27 mai 2013 que l'organisation générale souffrait de déficiences structurelles et les ressources soignantes devaient être réorganisées, de façon à effectuer la gestion des médicaments et des soins sous la supervision d'une infirmière et préciser la planification et la gestion des soins. Le conseiller d'État en charge du DEAS était fondé à mettre en doute la capacité réelle d'A\_\_\_\_\_ à fournir des prestations conformes aux exigences légales.

- 53) Le 23 juillet 2013 a eu lieu une visite inopinée afin de vérifier si les clients étaient transférés dans d'autres OASD selon l'exigence du 30 avril 2013, conformément au rapport d'inspection du même jour, signé par le MC et deux infirmières du GRESI et transmis à A\_\_\_\_\_ en annexe à un courrier de la même date.

Au siège, Mme L\_\_\_\_\_, jointe par téléphone, avait indiqué que l'ensemble des aides-soignants avaient été licenciés, qu'il ne restait plus que le directeur des soins, la directrice adjointe et quatre infirmiers, que les soins de base étaient pris en charge par les infirmiers et que vingt clients restaient suivis. Les dossiers de patients se trouvaient dans l'infirmierie. Le programme hebdomadaire des soins figurait dans un « valrex ».

Deux patients prévus au programme entre 9h et 10h avaient fait l'objet d'une inspection. De 9h45 à 10h, chez le premier client, l'infirmière restait attendue pour une glycémie à jeun, un contrôle de santé et la préparation des semainiers. Le second client n'avait pas répondu. Au téléphone, les deux clients avaient ensuite confirmé que les soins avaient été bien prodigués.

54) Par courrier du 25 juillet 2013 dans la cause A/1954/2913, l'intéressée a notamment demandé la communication des instructions écrites données par le MC au GRESI avant les inspections inopinées des 29 (recte : 27) mai et 27 (recte : 25) juin 2013 ainsi que la désignation d'un expert indépendant.

55) Par courrier du 31 juillet 2013 dans la procédure A/1518/2013, l'institution a conclu à la nullité de la décision du MC du 30 avril 2013.

56) Par courrier du 8 août 2013, transmis en copie au MC, le Docteur P\_\_\_\_\_ a annulé un mandat et fait part à A\_\_\_\_\_ de sa totale désapprobation de sa façon de procéder, au mieux, « tout sauf professionnelle » ou, au pire, dénotant une « totale incompétence » de sa part.

Il l'avait contactée le 22 juillet 2013 à 11h30 et lui avait envoyé une télécopie à 11h45 pour une perfusion antibiotique à domicile chez une patiente greffée rénale présentant une infection urinaire basse symptomatique. Le 23 juillet 2013 en cours de matinée, il avait reçu un appel téléphonique d'un infirmier intérimaire concernant le mode de délivrance de l'Invranz, alors que le traitement devait débiter la veille selon ses prescriptions. Aux alentours de 16h, la pharmacie Q\_\_\_\_\_ l'avait contacté pour établir une prescription pour le matériel d'injection, qui avait finalement été délivré par le service d'hémodialyse du R\_\_\_\_\_, la pharmacie l'ayant ensuite fait livrer à domicile. Il organisait par conséquent la prise en charge par SITEX SA.

57) Par courrier du 13 août 2013, également adressé en copie au MC, l'institution a indiqué au Dr P\_\_\_\_\_ être confuse et lui présenter ses excuses.

Le 22 juillet 2013, elle n'était plus en droit de fournir des prestations. Un infirmier indépendant avait toutefois essayé de contacter le Dr P\_\_\_\_\_ plusieurs fois par téléphone, pour mettre les soins en place, et deux infirmières n'avaient jamais réussi à contacter sa patiente malgré trois passages. L'assistante

d'A\_\_\_\_\_ avait dès lors téléphoné à son secrétariat pour décliner la prise en charge.

- 58) Par décision du 22 août 2013, la chambre administrative a ordonné la jonction des causes A/1518/2013 et A/1954/2913 sous le n° A/1518/2013.

La décision du MC couvrait la période du 30 avril au 13 juin 2013 et celle du DEAS ne déployait ses effets qu'à partir de cette dernière date, de sorte qu'elles n'avaient pas le même objet et que les deux recours étaient susceptibles d'avoir une portée propre.

- 59) Le 23 septembre 2013 s'est tenue une audience de comparution personnelle des parties et d'enquêtes devant la chambre administrative.

a. Selon M. D\_\_\_\_\_, l'intéressée avait toujours transmis au SMC les documents qu'il réclamait. Aucun document n'avait été réclamé avant le 28 novembre 2012. La visite précédente datait du 18 janvier 2012. Lors de l'inspection du 27 avril 2013, le responsable du GRESI n'avait pas appelé le numéro du service de piquet infirmier mais la ligne centrale d'A\_\_\_\_\_. Elle avait à présent licencié une vingtaine de personnes, dont les aides-soignantes et n'avait plus de clients propres, agissant à titre fiduciaire, en s'occupant de la gestion administrative et de la facturation d'activités déployées par des infirmiers en leurs propres noms avec des autorisations individuelles.

b. Selon M. F\_\_\_\_\_, lors de son arrivée au sein de cette autorité en septembre 2012, il avait constaté que des pièces demandées ne figuraient pas au dossier de l'intéressée. Il était intervenu le 28 novembre 2012, pour une visite de suivi d'ouverture, destinée à prendre contact avec le directeur et le responsable des soins et à réclamer les documents manquants, notamment le cahier des charges et les protocoles de soins. Un délai de production des pièces listées avait été imparti. Dans le formulaire, « N » indiquait que les procédures ou documents faisaient défaut et « O » que les points étaient conformes. L'absence annoncée de M. K\_\_\_\_\_ sur une longue durée, couplée au défaut de cahier des charges pour les soignants - définissant les actes de soins que chacun pouvait dispenser selon ses qualifications -, pouvait créer de l'insécurité et avoir une incidence sur le gestion de médicaments. Il ne s'agissait pas d'une phase de police sanitaire mais de « coaching ». Il y avait des carences dans la prescription des médicaments et, dans certains dossiers, les ordonnances manquaient. A\_\_\_\_\_ n'avait rien transmis le délai au 30 janvier 2013. Le 2 avril 2013, Mme G\_\_\_\_\_ avait demandé à voire le GRESI de toute urgence. Elle était dans l'incapacité de transmettre les documents demandés, qui ne lui avaient pas été fournis. Ensuite en arrêt maladie, elle n'était jamais venue au rendez-vous convenu.

Il a rappelé les éléments constatés lors du contrôle du 18 avril 2013, tels que récapitulés dans le courriel du même jour et le formulaire d'inspection. La

consultation des dossiers incomplets ne permettait pas une vision clinique de la prise en charge. Son courriel du 19 avril 2013 répondait à la question du MC quant à l'existence d'un risque vital pour les clients et la nécessité d'une intervention immédiate par des mesures de police sanitaire. Le courrier du SMC du 24 avril 2013 démontrait une volonté de créer un déclic pour la remédiation des carences, la question n'étant pas à ce stade la fermeture de l'institution.

Le 27 avril 2013, il avait constaté qu'une patiente insulino-dépendante, souffrant de troubles cognitifs, avait sous sa propre gestion trois seringues d'insuline comportant des doses différentes. Même si les aiguilles se trouvaient sur la table d'à côté et non sur les seringues, il avait eu la crainte que la patiente s'injecte le produit. Il n'avait pas téléphoné ultérieurement pour savoir si le patient de 8h avait reçu une visite.

Lors de la séance du 16 mai 2013, M. J\_\_\_\_\_ avait reconnu que certaines choses devaient être améliorées. C'était sur requête du MC qu'il avait demandé à A\_\_\_\_\_ de fournir un certificat du directeur des soins et son adjointe attestant de la conformité du suivi aux règles.

Des collaborateurs de l'institution et deux médecins, les Drs I\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_, s'étaient plaints auprès du MC.

- 60) Le 19 décembre 2013 a eu lieu une nouvelle audience pour l'audition de Mme H\_\_\_\_\_.

Celle-ci était arrivée au GRESI début novembre 2012 et avait participé à la visite du 28 novembre 2012. Elle avait constaté un flou dans le fonctionnement interne de l'institution. Il manquait notamment des procédures, pour certaines demandées auparavant, et des documents très importants, soit le cahier des charges des employés et les contrats de prestations avec les clients. Chez une cliente, fragile psychiquement, des piluliers, dont elle pouvait faire usage selon sa volonté, se trouvaient en plusieurs lieux de l'appartement. Les médicaments n'étaient ni capsulés, ni étiquetés, rendant le deuxième contrôle par l'ASSC ou l'infirmier à domicile impossible. En l'absence de liste de médicaments, il était impossible d'identifier la posologie. L'infirmière ne passait qu'une fois par semaine chez la cliente alors qu'il aurait fallu qu'elle passe chaque matin pour contrôler les médicaments à administrer durant la journée. Après l'inspection, elle avait participé à l'établissement du formulaire valant rapport d'inspection.

Pour les constats effectués les 18 et 19 avril 2013, elle a renvoyé au formulaire de la visite et repris certains éléments constatés - irrespect des précautions d'hygiène par une aide-soignante, mauvaise gestion des barquettes de médicaments. Elle avait notamment rendu visite une patiente insulino-dépendante, à laquelle une infirmière injectait chaque matin l'insuline par stylo d'injection. Tout était en ordre, sauf qu'il n'y avait pas de protocole d'insuline,

soit un carnet, contresigné par l'infirmière, mentionnant la glycémie et l'heure de l'injection. La situation était alarmante parce que l'encadrement du personnel avait subi d'importantes modifications, Mme G\_\_\_\_\_ ayant été remplacée par une infirmière qui ne connaissait pas le canton ni l'institution et qui n'était diplômée que depuis deux ans. L'inspection s'inscrivait dans le cadre d'un suivi rapproché suite aux manquements constatés lors de la visite précédente.

M. F\_\_\_\_\_ avait procédé seul à l'inspection du 27 avril 2013.

La présence de M. J\_\_\_\_\_ à la séance du 16 mai 2013 l'avait rassurée. Il avait relevé avoir eu connaissances des manquements dans l'organisation d'A\_\_\_\_\_ et entendait y remédier. Sa mission à partir de cette date était de contrôler le transfert des clients et de s'assurer du suivi en toute sécurité des ceux restants. Les contrôles n'avaient rien révélé de négatif sur ce dernier point.

Le 27 mai 2013, elle avait rendu visite à la patiente insulino-dépendante déjà vue en avril. Si le protocole d'administration de l'insuline existait désormais, le carnet n'était pas correctement rempli, la dose d'insuline administrée manquait. Des stylos d'injection, hors de leur emballage, étaient disposés sur la table, alors que, s'agissant d'une personne souffrant de troubles cognitifs, notamment de pertes de mémoire importantes, il était recommandé de ne pas les laisser à sa vue. Si une patiente s'injectait de l'insuline hors du contrôle d'une infirmière, elle pouvait mourir. Le deuxième client visité, qui n'était pas une personne très fiable, lui avait dit que l'aide-soignant n'était pas passé la veille. Il n'y avait pas de validation de passage dans le carnet de passages. L'institution avait confirmé l'absence de passage.

Si l'ASSC faisait l'objet d'un contrôle par l'infirmière, elle pouvait préparer des médicaments simples.

- 61) Par courrier du 20 décembre 2013, l'intéressée a réitéré sa demande de désignation d'un expert indépendant.
- 62) Par décision du 23 décembre 2013, le juge délégué a refusé d'ordonner cette mesure d'instruction.

La requête était prématurée, les enquêtes n'étant pas terminées. Il n'était pas exclu que les parties soit réentendues et il n'était pas certain que des questions techniques, nécessitant une expertise, se posent.

- 63) Par courrier du 21 février 2014, l'intéressée a demandé l'audition de MM. D\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_, de Mme L\_\_\_\_\_, du MC, du médecin cantonal délégué et de Mme N\_\_\_\_\_, la production des statistiques de plaintes contre des OASD concurrentes, des critères de soins du SMC et de l'Association suisse de services d'aide et de soins à domicile (ci-après : ASSASD), de la preuve de la notification du rapport d'inspection des 18 et 19 avril 2013 et de l'ensemble des

courriels entre le MC et son adjointe concernant la procédure du 1<sup>er</sup> avril au 20 juin 2013, ainsi que la désignation d'un expert pour déterminer son préjudice financier et son tort moral.

- 64) Le 31 mars 2014 s'est tenue une nouvelle audience pour l'audition de Mme N\_\_\_\_\_.

Celle-ci travaillait au sein du GRESI depuis novembre 2001, avait participé à la visite de nouveaux locaux de l'institution, le 5 décembre 2011. Le directeur des soins n'ayant pas de cahier des charges, il lui avait été demandé de l'établir, mais elle n'avait ensuite pas assuré le suivi de cette requête. Le 28 novembre 2012, les dossiers informatiques relatifs aux clients d'A\_\_\_\_\_ contenaient des informations incomplètes et imprécises, devant normalement contenir les informations suffisantes pour une prise en charge continue, point d'autant plus important en matière de soins à domicile, les équipes pouvant changer. Les dossiers des deux clientes qu'elle avait contrôlées avec Mme H\_\_\_\_\_ n'étaient pas complets. La première cliente était enchantée par sa prise en charge par M. K\_\_\_\_\_. La deuxième cliente souffrait de troubles cognitifs avancés et vivait dans un appartement mal tenu sur le plan de l'hygiène. Sur une table en face de son lit, il y avait une quantité de médicaments étalés sur la table, non rangés dans un semainier. Elle n'avait pas pu évaluer exactement la situation médicale, vu l'imprécision du dossier. Un homme dormait dans la cuisine. M. K\_\_\_\_\_, qu'elle avait interrogé, avait indiqué que l'homme habitait là et qu'il n'y avait pas de risque par rapport aux traitements médicaux. Lors de l'entretien, M. K\_\_\_\_\_ avait indiqué qu'il avait un souci dans l'exercice de son activité et qu'il ne se sentait pas soutenu par M. D\_\_\_\_\_.

M F\_\_\_\_\_ lui avait indiqué que Mme G\_\_\_\_\_ s'était plainte, après son arrivée, de l'organisation de l'institution et de la qualité des soins vis-à-vis des clients, non garantie, et que d'autres collaborateurs s'étaient également plaints à ce sujet.

La réunion du 16 mai 2013 avait pour objectif de comprendre la situation et non d'absolument fermer l'institution. Le souci du GRESI était la conformité de la qualité de prise en charge des clients. Sur ce point, M. J\_\_\_\_\_ et Mme L\_\_\_\_\_ étaient d'accord avec les remarques et demandaient du temps pour effectuer la réorganisation. Par la suite, le MC avait mandaté le GRESI pour s'assurer que les clients restaient pris en charge correctement et qu'ils étaient transférés à d'autres institutions. Elle avait ainsi participé aux inspections de 29 mai, 25 juin et 23 juillet 2013. À cette dernière date, A\_\_\_\_\_ continuait à prendre en charge des clients par le biais d'infirmiers indépendants.

Le responsable du GRESI l'avait informée du fait qu'un autre médecin que le Dr P\_\_\_\_\_ s'était plaint auprès du MC, un peu avant ou après la première

décision concernant l'institution. Elle n'en avait pas pris connaissance personnellement.

65) Le 10 novembre 2014 s'est déroulée une dernière audience de comparution personnelle des parties et d'enquêtes à la requête d'A\_\_\_\_\_.

a. Selon le MC, le médecin cantonal délégué était en charge de toutes les plaintes écrites et signées dont le SMC était saisi. Elle ne traitait pas des faits constatés par le GRESI, dont les rapports étaient directement adressés au MC. Il y avait eu une plainte de médecin postérieure à la décision. Le courriel du 14 mai 2013 signifiait que même si les activités d'A\_\_\_\_\_ étaient interrompues, il était possible de permettre à cette dernière de retrouver son autorisation. La décision du 13 juin 2013 avait été prise parce qu'à cette date, le nécessaire n'avait pas été fait pour remédier aux problèmes d'organisation.

b. Selon le représentant du DEAS, les deux juristes de la DGS et la direction des affaires juridiques du DEAS s'étaient concertés avant la décision du 30 avril 2013.

c. Madame S\_\_\_\_\_, médecin cantonal délégué, a été entendue comme témoin à cette occasion. Elle avait donné un préavis favorable à l'octroi de l'autorisation d'exploiter à l'intéressée. Elle n'avait jamais eu à intervenir par la suite. Toutes les plaintes passaient par elle et elle n'avait pas eu connaissance de plainte contre A\_\_\_\_\_. S'il y avait eu des dysfonctionnements, le GRESI les lui aurait signalés. Elle avait été informée de l'inspection du 28 novembre 2012 et avait appris les problèmes décelés dans la semaine ayant précédé la décision du 30 avril 2013, dont elle avait été avertie après le prononcé. Elle avait été absente du 3 mai au soir au 15 juin 2013 et avait eu connaissance de la décision du 13 juin à son retour. Elle n'était pas intervenue dans la phase ayant suivi cette dernière décision. Pour elle, le dossier s'était arrêté le 30 avril 2013.

Dans sa fonction, elle avait la compétence de directement traiter les petites plaintes contre un professionnel de la santé, les autres étant transmises directement à la ComPS. Il lui était également possible de demander au DEAS, seul compétente pour ce faire, de retirer l'autorisation, ce qu'elle ne qualifiait pas de procédure disciplinaire. Elle ouvrait dans ce cas l'instruction à son niveau, émettait un préavis de retrait et le dossier montait pour signature au conseiller d'État en charge du DEAS. Elle n'avait pas reçu de plainte ni ouvert d'instruction dans le cas de l'institution. Il arrivait que le GRESI fasse du « coaching » au moment de l'ouverture d'une OASD ou par la suite, si des ajustements dans le fonctionnement étaient nécessaires. Le GRESI surveillait les OASD même en l'absence de plainte, au vu de la clientèle fragilisée ne se plaignant pas forcément. Concernant les OASD, seule la situation d'A\_\_\_\_\_ avait été signalée par le biais de plaintes ou dénonciations de médecins ou de rapports du GRESI. Le SMC n'avait pas reçu de plaintes contre d'autres OASD. Avant le 30 avril 2013, il n'y



avait jamais eu de fermeture d'OASD sur mesures provisionnelles et la décision du MC avait été prise en concertation avec le secrétariat général et les juristes, sans qu'elle ne soit consultée et qu'elle n'ait à donner son point de vue.

66) Par courrier du 13 novembre 2014, A\_\_\_\_\_ a renouvelé sa demande de production des statistiques de plaintes contre les HUG et les organismes de santé, y compris les OASD, et a sollicité la production d'un descriptif des manquements identifiés chez les OASD concurrentes lors des trois dernières années ainsi que l'audition du MC.

67) Dans ses observations finales du 15 janvier 2015, A\_\_\_\_\_ a persisté dans l'intégralité de ses conclusions, demandant au surplus à être autorisée à introduire une action devant le Tribunal de première instance (ci-après : TPI) conformément à la loi sur la responsabilité de l'Etat et des communes du 24 février 1989 (LREC - A 2 40).

Elle a repris l'argumentation développée tout au long de la procédure en la précisant sur quelques points.

M. J\_\_\_\_\_ était toujours directeur de soins à mi-temps, s'occupant de la planification des infirmiers indépendants, dont Mme L\_\_\_\_\_ faisait partie.

L'utilisation d'un formulaire d'inspection pour chaque visite était nécessaire pour identifier les améliorations, de sorte que le principe d'interdiction de l'arbitraire avait été violé. Le responsable des soins avait exagéré le reproche des seringues d'insuline, dépourvues d'aiguille. Le droit d'être entendu de l'institution, qui n'avait pas pu poser ses questions au MC, avait été violé. Il ressortait des déclarations de Mmes H\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ que la sécurité des clients n'était pas en danger à la mi-mai 2013, ce qui contredisait l'absence d'améliorations et la nécessité que l'institution cesse ses activités sans délai. Les difficultés en matière de ressources humaines ne justifiaient pas la décision disproportionnée du 13 juin 2013.

68) Dans ses observations finales du même jour, le DEAS a persisté à conclure à l'absence d'objet du recours contre la décision du 30 avril 2013 et au rejet du recours contre l'arrêté du 13 juin 2013.

Il a repris certains éléments exposés auparavant et complété son argumentation.

Les allégations de volonté de « mise à mort » de l'institution et relatives à l'origine africaine de M. D\_\_\_\_\_ étaient infondées. Des manquements avaient déjà été constatés bien avant le 28 novembre 2012 et la situation n'avait ensuite fait qu'empirer. Le responsable du GRESI et Mme H\_\_\_\_\_ avaient confirmé la situation de péril en la demeure, vu la gravité des manquements.

- 69) Par réplique du 2 février 2015, l'intéressée a persisté dans l'intégralité de ses conclusions.

Les mesures arbitraires, illégitimes et disproportionnées litigieuses relevaient du droit international public et engageaient la responsabilité de la Suisse selon l'accord entre le Conseil fédéral suisse et le Gouvernement de la République fédérale du Nigéria concernant la promotion et la protection réciproques des investissements conclu le 30 novembre 2000 (RS O.975.259.4). M. D\_\_\_\_\_, seul « investisseur de couleur noire de peau dans le secteur de la santé dans le canton de Genève », avait ressenti être l'objet de discriminations en raison de son origine.

- 70) Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### EN DROIT

- 1) Interjeté en temps utile, le recours contre la décision du MC du 30 avril 2013 est de ce point de vue recevable (art. 61 al. 1 let. b de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).
- 2) La décision du MC ayant été prononcée sur mesures provisionnelles, dans l'attente d'une décision finale au fond, il s'agit d'une décision incidente.
  - a. Le recours n'est recevable contre les décisions incidentes que si elles peuvent causer un préjudice irréparable ou si l'admission du recours peut conduire immédiatement à une décision finale permettant d'éviter une procédure probatoire longue et coûteuse (art. 57 let. c LPA).
  - b. Cette disposition légale a la même teneur que l'art. 93 al. 1 let. a et b de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110). Un préjudice est irréparable au sens de cette disposition lorsqu'il ne peut être ultérieurement réparé par une décision finale entièrement favorable au recourant (ATF 138 III 46 consid. 1.2 p. 47 et les références citées). La jurisprudence rendue sous l'ancien droit, applicable à l'art. 93 LTF, estimait qu'un intérêt économique ou un intérêt tiré du principe de l'économie de la procédure pouvait constituer un préjudice irréparable (ATF 127 II 132 consid. 2a p. 136 et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 4A\_100/2009 du 15 septembre 2009 consid. 1.3). Le simple fait d'avoir à subir une procédure et les inconvénients qui y sont liés ne constitue toutefois pas en soi un préjudice irréparable. Un dommage de pur fait, tel que la prolongation de la procédure ou un accroissement des frais de celle-ci, n'est notamment pas considéré comme un dommage irréparable de ce point de vue (ATF 138 III 190 consid. 6 p. 192 et les références citées).

c. Pour qu'une procédure soit « longue et coûteuse », il faut que la procédure probatoire, par sa durée et son coût, s'écarte notablement des procès habituels. (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_850/2012 du 16 novembre 2012 consid. 3 et les références citées). Tel peut être le cas lorsqu'il faut envisager une expertise complexe ou plusieurs expertises, l'addition de très nombreux témoins, ou encore l'envoi de commissions rogatoires dans des pays lointains (ATA/639/2014 du 19 août 2014 consid. 2 et les références citées).

d. La chambre de céans a précisé à plusieurs reprises que l'art 57 let. c LPA devait être interprété à la lumière de ces principes (ATA/746/2014 du 23 septembre 2014 consid. 2d ; ATA/639/2014 du 19 août 2014 consid. 2 et les références citées).

e. En l'espèce, la recourante invoque un préjudice subi suite au retrait de l'autorisation d'exploiter sur mesures provisionnelles. Toutefois, si le MC a déclaré sa décision exécutoire nonobstant recours, la chambre administrative a restitué l'effet suspensif au recours A/1518/2013, la décision n'ayant dès lors déployé aucun effet jusqu'au prononcé de la décision au fond par le DEAS par arrêté du 13 juin 2013. La décision n'a dès lors jamais été exécutoire, de sorte qu'elle ne peut avoir causé un préjudice irréparable à la recourante.

La recourante n'allègue au surplus pas ni ne démontre en quoi son recours contre la décision du 30 avril 2013 permettrait d'éviter une procédure probatoire longue et coûteuse.

Dans ces circonstances, le recours à l'encontre de la décision du 30 avril 2013 sera déclaré irrecevable.

- 3) Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours contre l'arrêté du DEAS du 13 juin 2013 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).
- 4) Le recourante sollicite une nouvelle audition de certaines personnes déjà entendues, la désignation d'un expert indépendant, la communication du nombre de plaintes déposées contre les HUG et les autres institutions de soins concurrentes et de leur descriptif, ainsi que la production de nombreuses pièces, notamment les instructions écrites du MC au GRESI concernant les inspections des 27 mai et 25 juin 2013, les critères de soins du SMC et de l'ASSASD et l'ensemble des courriels entre le MC et son adjoint du 1<sup>er</sup> avril au 20 juin 2013.
  - 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 et d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes (ATF 135 I 279

consid. 2.3 p. 282 ; 132 II 485 consid. 3.2 p. 494 ; 127 I 54 consid. 2b p. 56 ; arrêts du Tribunal fédéral 2D\_5/2012 du 19 avril 2012 consid. 2.3 ; 2C\_552/2011 du 15 mars 2012 consid. 3.1).

b. 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 p. 236 ; 134 I 140 consid. 5.3 p. 148 ; 131 I 153 consid. 3 p. 158 ; ATA/586/2013 du 3 septembre 2013 consid. 5b).

c. En l'espèce, la chambre administrative dispose d'un dossier complet lui permettant de trancher le litige et se prononcer sur les griefs soulevés en toute connaissance de cause, sans avoir besoin de procéder à de nouvelles auditions ou encore devoir procéder par voie d'expertise en l'absence de problèmes techniques nécessitant la mise en œuvre de ce moyen d'instruction.

Il ne sera dès lors pas donné suite aux requêtes de la recourante.

5) La recourante a pris, dans son acte de recours du 19 juin 2013 des conclusions tendant à la condamnation de l'État de Genève à lui verser des dommages-intérêts pour tort moral et pertes opérationnelles, les formulant à nouveau dans ses observations finales et précisant demander l'autorisation d'introduire une action devant le TPI en application de la LREC. Il convient dès lors d'examiner l'objet du litige.

a. Peuvent notamment faire l'objet d'un recours les décisions finales (art. 57 let. a LPA), soit les mesures individuelles et concrètes prises par l'autorité dans les cas d'espèce fondées sur le droit public fédéral, cantonal et communal au sens de l'art. 4 al. 1 LPA, qui mettent fin à une procédure pour leur bénéficiaire. L'acte de recours contient, sous peine d'irrecevabilité, la désignation de la décision attaquée et les conclusions du recourant, ainsi que l'exposé des motifs et l'indication des moyens de preuve (art. 65 al. 1 et 2 LPA). La juridiction administrative applique le droit d'office et ne peut aller au-delà des conclusions des parties, sans pour autant être liée par les motifs invoqués (art. 69 al. 1 LPA).

b. L'objet du litige est principalement défini par l'objet du recours (ou objet de la contestation), les conclusions du recourant et, accessoirement, par les griefs ou motifs qu'il invoque. L'objet du litige correspond objectivement à l'objet de la décision attaquée, qui délimite son cadre matériel admissible (ATF 136 V 362 consid. 3.4 et 4.2 pp. 365 et 367 ; arrêt du Tribunal fédéral 2C\_581/2010 du 28 mars 2011 consid. 1.5 ; ATA/751/2013 du 12 novembre 2013 consid. 6). La contestation ne peut excéder l'objet de la décision attaquée, c'est-à-dire les prétentions ou les rapports juridiques sur lesquels l'autorité inférieure s'est

prononcée ou aurait dû se prononcer. L'objet d'une procédure administrative ne peut donc pas s'étendre ou qualitativement se modifier au fil des instances, mais peut tout au plus se réduire dans la mesure où certains éléments de la décision attaquée ne sont plus contestés (ATA/336/2014 du 13 mai 2014 consid. 4a ; ATA/790/2013 du 3 décembre 2013 consid. 4 ; ATA/560/2006 du 17 octobre 2006 consid. 5b). Ainsi, si un recourant est libre de contester tout ou partie de la décision attaquée, il ne peut pas prendre, dans son mémoire de recours, des conclusions qui sortent du cadre des questions traitées dans la procédure antérieure (ATA/336/2014 du 13 mai 2014 consid. 4a ; ATA/163/2010 du 9 mars 2010 consid. 2c; ATA/503/2009 du 6 octobre 2009 consid. 2b).

c. En l'espèce, par l'arrêté litigieux, le DEAS a retiré l'autorisation de la recourante d'exploiter un OASD. Il en résulte que l'objet du litige se limite à la conformité au droit du de ce retrait.

Par conséquent, les conclusions de la recourante tendant à la condamnation de l'État de Genève au versement de dommages-intérêts - qui, au surplus, ne relèvent pas de la compétence matérielle de la chambre administrative (art. 7 al. 1 LREC) - constituent des conclusions exorbitantes au litige. Elles seront ainsi déclarées irrecevables.

6) Dans un premier grief d'ordre formel, la recourante soutient que l'autorité intimée aurait violé son droit d'être entendu.

a. Le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour l'intéressé de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, de prendre connaissance du dossier et 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 p. 157 ; 138 V 125 consid. 2.1 p. 127 ; 137 II 266 consid. 3.2 p. 270 ; 137 I 195 consid. 2.3.1 p. 197 ; 136 I 265 consid. 3.2 p. 272 ; 135 II 286 consid. 5.1 p. 293 ; 135 I 279 consid. 2.3 p. 282 ; arrêts du Tribunal fédéral 5A\_12/2013 du 8 mars 2013 consid. 4.1 ; 2D\_5/2012 du 19 avril 2012 consid. 2.3 et 2C\_552/2011 du 15 mars 2012 consid. 3.1). En tant que droit de participation, le droit d'être entendu englobe donc tous les droits qui doivent être attribués à une partie pour qu'elle puisse faire valoir efficacement son point de vue dans une procédure (ATF 132 II 485 consid. 3.2 p. 494 ; 129 II 497 consid. 2.2 p. 504 ss). L'étendue du droit de s'exprimer ne peut pas être déterminée de manière générale, mais doit être définie au regard des intérêts concrètement en jeu. L'idée maîtresse est qu'il faut permettre à une partie de pouvoir mettre en évidence son point de vue de manière efficace (ATF 111 Ia 273 consid. 2b p. 274 ; ATF 105 Ia 193 consid. 2b/cc p. 197).

b. En l'espèce, la recourante soutient que la DGS aurait signalé tardivement les dysfonctionnements au conseiller d'État en charge du DEAS, que ses arguments et

les améliorations opérées en son sein n'auraient pas été présentés à ce dernier et que ses directeurs n'auraient pas été entendus.

Toutefois, lors de la communication du rapport concernant l'inspection du 27 mai 2013, par courrier du 31 mai 2013, elle a également été informée du fait que le DEAS était légitimé à lui retirer son autorisation d'exploiter et qu'un délai au 5 juin 2013 lui était imparti pour se déterminer. La recourante s'est ensuite exprimée dans le délai fixé, par courrier du 5 juin 2013, accompagné des observations de sa direction de soins du même jour.

La recourante a ainsi pu exercer son droit d'être entendu avant le prononcé de l'arrêté litigieux, de sorte que le grief sera écarté.

7) Sur le plan matériel, la recourante conteste la réalisation des conditions de retrait de l'autorisation d'exploiter et soutient que le DEAS aurait violé le principe de la proportionnalité. Ce faisant, elle invoque implicitement une violation de sa liberté économique.

a. Invocable tant par les personnes physiques que morales, la liberté économique (art. 27 Cst.) protège toute activité économique privée, exercée à titre professionnel et tendant à la production d'un gain ou d'un revenu (ATF 135 I 130 consid. 4.2 p. 135). La protection de l'art. 27 Cst. s'étend non seulement aux indépendants, mais encore aux employés salariés lorsqu'ils sont atteints dans leurs droits juridiquement protégés (ATF 112 Ia 318 consid. 2a p. 319). Une restriction à cette liberté est toutefois admissible aux conditions de l'art. 36 Cst.

b. En l'espèce, le DEAS a prononcé le retrait de l'autorisation d'exploiter auparavant octroyée à la recourante, de sorte que cette dernière a dû cesser ses activités en tant qu'OASD et licencier son personnel.

Si elle a pu maintenir une certaine activité, en la réorientant vers une activité de fiduciaire, il n'en demeure pas moins que l'arrêté du DEAS constitue une ingérence dans sa liberté économique.

Il convient dès lors d'examiner si cette restriction repose sur une base légale, répond à un intérêt public et respecte le principe de la proportionnalité.

8) a. La loi sur la santé du 7 avril 2006 (LS - K 1 03) a pour but de contribuer à la promotion, à la protection, au maintien et au rétablissement de la santé des personnes, des groupes de personnes, de la population et des animaux, dans le respect de la dignité, de la liberté et de l'égalité de chacun (art. 1 al. 1 LS).

b. Afin de protéger la santé des patients et de la population et de garantir des soins appropriés de qualité, la création, l'extension, la transformation et l'exploitation de toute institution de santé sont soumises à autorisation (art. 101 al. 1 LS). L'autorisation d'exploitation est délivrée par le DEAS lorsque

l'institution, compte tenu de sa mission, est dirigée par une ou des personnes responsables qui possèdent la formation ou les titres nécessaires (let. a), est dotée d'une organisation adéquate (let. b), dispose du personnel qualifié nécessaire ayant reçu une formation professionnelle adéquate (let. c), dispose des locaux et de l'équipement nécessaires répondant aux exigences d'hygiène et de sécurité des patients (let. d), participe à l'établissement des statistiques et des autres moyens de mesures nécessaires à la réalisation et à l'évaluation de la planification sanitaire cantonale (let. e) et garantit, s'il y a lieu, la fourniture adéquate en médicaments (let. f ; art. 101 al. 2 LS). L'autorisation d'exploitation indique la mission de l'institution de santé. Elle peut fixer un nombre maximal de personnes que l'institution peut prendre en charge (art. 101 al. 3 LS).

c. En cas de violation des dispositions de la LS, les autorités compétentes pour prononcer des sanctions administratives à l'encontre des exploitants et des responsables des institutions de santé sont la ComPS, s'agissant des avertissements, des blâmes et des amendes jusqu'à CHF 50'000.- (let. a), le DEAS, s'agissant de la limitation ou du retrait de l'autorisation d'exploitation, de la limitation ou du retrait des autorisations en matière de produits thérapeutiques (let. b) ou le MC et le pharmacien cantonal, s'agissant d'amendes n'excédant pas CHF 10'000.- (let. c ; art. 127 al. 3 LS). L'amende peut être prononcée en plus de l'interdiction de pratiquer (art. 127 al. 5 LS). Les sanctions administratives peuvent être accompagnées de l'injonction de suivre une formation complémentaire ou de procéder aux aménagements nécessaires pour se mettre en conformité avec les conditions de pratique ou d'exploitation (art. 127 al. 6 LS). À titre de mesure provisionnelle, pendant toute procédure disciplinaire, le DEAS ou, sur délégation, le MC ou le pharmacien cantonal peuvent limiter l'autorisation de pratiquer ou d'exploiter, l'assortir de charges ou la retirer (art. 17 al. 7 LS).

L'autorisation d'exploiter une institution de santé peut être limitée ou retirée si l'une des conditions d'octroi n'est plus remplie (let. a), si la ou les personnes responsables ne s'acquittent pas, de manière grave ou répétée, de leurs devoirs découlant de la LS (let. b), en cas de manquements graves ou répétés dans l'organisation de l'institution, qui en compromettent la mission (let. c) ou en cas de manquements graves ou répétés dans la qualité des soins (let. d ; art. 130 al. 1 LS). Si l'institution ne remédie pas à la situation aux conditions et dans les délais fixés par le DEAS, l'autorisation est retirée (art. 130 al. 2 LS). Le retrait de l'autorisation fait l'objet d'une publication dans la Feuille d'avis officielle (art. 130 al. 4 LS).

- 9) a Le principe de la proportionnalité (art. 5 al. 2 et 36 al. 3 Cst.) exige qu'une mesure restrictive soit apte à produire les résultats escomptés et que ceux-ci ne puissent être atteints par une mesure moins incisive. En outre, il interdit toute limitation allant au-delà du but visé et exige un rapport raisonnable entre celui-ci

---

et les intérêts publics ou privés compromis (ATF 126 I 219 consid. 2c p. 222 et les références citées).

b. Traditionnellement, le principe de la proportionnalité se compose des règles d'aptitude - qui exige que le moyen choisi soit propre à atteindre le but fixé -, de nécessité - qui impose qu'entre plusieurs moyens adaptés, l'on choisisse celui qui porte l'atteinte la moins grave aux intérêts privés - et de proportionnalité au sens étroit - qui met en balance les effets de la mesure choisie sur la situation de l'administré et le résultat escompté du point de vue de l'intérêt public (ATF 125 I 474 consid. 3 p. 482 ; arrêt du Tribunal fédéral 1P. 269/2001 du 7 juin 2001 consid. 2c ; ATA/735/2013 du 5 novembre 2013 consid. 11).

- 10) En l'espèce, le DEAS a motivé sa décision par l'absence de remédiation aux dysfonctionnements constatés le 28 novembre 2012 dans les délais impartis, par les déficiences en matière de délivrance, de documentation clinique, de conservation des médicaments et les manquements relatifs à la prise en charge des patients - démontrant une organisation inadéquate et l'incapacité à garantir une fourniture de médicaments appropriée -, ainsi que par la mise en danger concrète et le caractère grave et répété des manquements. La recourante conteste quant à elle certains manquements, met en avant la mise en place d'un processus d'amélioration en son sein, avec l'arrivée de son nouveau directeur de soins et de son adjointe, et affirme que le DEAS aurait prononcé l'arrêté attaqué par mesure de rétorsion du fait de l'absence de transfert des patients malgré la décision du MC, avec une volonté de la « mettre à mort ».

Il ressort cependant du dossier que, lors de l'inspection du 28 novembre 2012, des dysfonctionnements ont été constatés. Ainsi, conformément au courrier du 19 décembre 2012, et au formulaire relatif à l'inspection, les dossiers des clients étaient notamment incomplets, ce que le responsable du GRESI, Mme H\_\_\_\_\_ et Mme N\_\_\_\_\_ ont confirmé. En particulier, Mme N\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle avait été dans l'impossibilité d'évaluer la situation médicale d'une patiente, vu l'imprécision du dossier. Le responsable du GRESI a par ailleurs précisé qu'il y avait des carences dans la prescription des médicaments et que, dans certains dossiers, les ordonnances manquaient. Mmes H\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ ont en outre expliqué que, chez une cliente fragile psychologiquement, des piluliers traînaient dans son appartement et que les médicaments n'étaient ni capsulés, ni étiquetés, ni rangés dans un semainier. Suite à cette inspection, un délai de remédiation, de plus d'un mois, a été imparté.

Or, le dossier démontre que, bien après l'échéance de ce délai, plus de quatre mois après la première inspection, la situation n'avait pas évolué favorablement. L'inspection des 18 et 19 avril 2013 a en effet conduit à des constats alarmants, conformément aux termes du courriel du 18 avril 2013, soit notamment l'absence de responsable des soins, l'absence de piquet infirmier, les dossiers des clients non à jour et ne répondant pas aux exigences et les documents



relatifs à l'organisation des soins inadéquats. Par ailleurs, le rapport du 23 avril 2013 souligne notamment l'absence de prescription médicale dans les dossiers, l'inadéquation des soins prodigués à un client par rapport aux soins requis, la mauvaise gestion des médicaments - préparation une fois par semaine par une infirmière des piluliers journaliers, médicaments décapsulés, barquettes non nominatives - et l'absence de dispense, à trois reprises, de son traitement médicamenteux à un patient. Il ressort également du même rapport que les points négatifs concernaient des critères de qualité très importants et des prises en charge indispensables pour des soins appropriés et la sécurité des clients. Finalement, selon les déclarations de Mme H\_\_\_\_\_, chez une patiente visitée, il n'y avait pas de protocole d'insuline.

Lors de l'inspection suivante, le 27 avril 2013, conformément au rapport d'inspection du même jour et au courriel du responsable du GRESI du 29 avril 2013, il avait en particulier été constaté que le programme des soins remis à l'autorité n'était pas suivi, qu'un client n'avait pas reçu de visite, que le dossier d'une patiente était incomplet - le relevé des traitements issus de prescriptions médicales faisant notamment défaut -, qu'une boîte de médicaments avait été donnée directement à une patiente souffrant de troubles cognitifs importants et que le piquet infirmier n'était pas assuré.

Un mois plus tard, le 27 mai 2013, il était constaté que la documentation du protocole de l'insuline et la conservation des seringues d'insuline n'étaient pas conformes chez une patiente, que les injections d'insuline n'avaient pas été documentées dans le carnet de glycémie, qu'un patient n'avait pas reçu de visite, que la documentation clinique et les observations pour le suivi d'un pansement étaient lacunaires et que le passage des infirmiers pour la gestion des médicaments devait être réorganisée. Mme H\_\_\_\_\_ a ajouté que, contrairement à ce qui était recommandé, les seringues d'insuline étaient laissées à la vue de la patiente, souffrant de troubles cognitifs et de pertes de mémoire importantes.

Au vu de ce qui précède, il apparaît que, lors du prononcé de l'arrêté litigieux, des dysfonctionnements perduraient au sein de l'institution, malgré les différentes demandes de remédiation et les mois écoulés depuis l'inspection du mois de novembre 2012. Ces éléments, concernant en particulier la dispense et la gestion du traitement médicamenteux ainsi que la tenue du dossier des clients, constituent des manquements graves.

À cet égard, si l'importance et la nécessité d'un dossier complet est évidente pour assurer un suivi adéquat et sécuritaire d'un client, il convient tout de même de relever qu'elle a été confirmée tant par le MC - qui a mis en avant la nécessité d'avoir les informations nécessaires en cas de remplacement d'une infirmière malade -, que par le responsable du GRESI - qui a indiqué que des dossiers incomplets ne permettait pas d'avoir une vision clinique de la prise en charge -, et

par Mme N\_\_\_\_\_ - qui a mis en exergue l'importance d'autant plus grande d'un dossier complet en matière de soins à domicile du fait des changements d'équipe.

Ainsi, l'autorité intimée était fondée à considérer qu'il existait des manquements graves et répétés dans l'organisation de l'institution, qui en compromettaient la mission, ainsi que des manquements graves et répétés dans la qualité des soins. Les art. 130 al. 1 let. a, c et d et 101 al. 2 let. b LS autorisaient par conséquent le DEAS à prononcer l'arrêté attaqué, de sorte que la restriction de la liberté économique de la recourante repose sur une base légale formelle et suffisante.

- 11) En outre, compte tenu de la nature, de la gravité et de la persistance des manquements constatés, la sanction administrative repose sur un intérêt public manifeste, à savoir l'intérêt à la protection de la santé publique et en particulier de celle des patients pris en charge à domicile, lequel s'inscrit dans les buts de la LS.
- 12) Finalement, le retrait de l'autorisation d'exploiter était à même de protéger les patients, provoquant leur transfert dans d'autres OASD répondant aux normes légales. Par ailleurs, aucune autre mesure moins incisive ne permettait de sauvegarder l'intérêt public. En particulier, l'on ne voit pas en quoi une limitation de l'autorisation d'exploiter aurait été à même d'atteindre le but de protection visé en l'espèce. En effet, les différents délais accordés à la recourante dès le mois de décembre 2012 n'ont pas permis d'assurer que celle-ci fonctionne selon une organisation qui permette d'éviter les graves carences constatées.

En outre, dans l'examen de la proportionnalité au sens étroit, il convient d'accorder d'autant plus d'importance à l'intérêt public en jeu que la clientèle en cause correspond à des personnes isolées, à faible mobilité et souffrant pour certaines de troubles cognitifs, s'agissant ainsi de personnes souvent incapables de défendre leurs intérêts. Il convient également de tenir compte du fait que les faits reprochés sont graves, comme déjà constaté, et de prendre en considération le comportement de la recourante. En effet, s'il ressort du dossier que cette dernière a pris certaines mesures afin d'améliorer la situation, il apparaît également qu'elle a tardé plusieurs mois à réagir. Il faut enfin également prendre en compte la persistance de dysfonctionnements graves mise en évidence par la dernière inspection, plus de six mois après la première, ceci malgré l'arrivée de la nouvelle direction des soins et en dépit des assurances données à plusieurs reprises par la recourante concernant la qualité des soins, la sécurité des patients et les améliorations accomplies.

Par conséquent, le DEAS n'a pas violé le principe de la proportionnalité en retirant l'autorisation de pratiquer de la recourante et en considérant que l'intérêt public l'emportait sur l'intérêt privé de cette dernière à continuer à exploiter une OASD.

Au demeurant, il convient de constater que si le DEAS a prononcé la sanction administrative la plus incursive, il ne l'a pas couplée avec une amende, alors que cette possibilité était ouverte. Par ailleurs, rien n'empêchera la recourante de formuler une nouvelle demande d'autorisation d'exploiter lorsqu'elle sera à nouveau en mesure de remplir les conditions d'autorisation et en particulier lorsqu'elle disposera d'une organisation adéquate.

Au vu de ce qui précède, le DEAS, autorité chargée de la surveillance dans le domaine de la santé (art. 6 al. 2 LS), n'a pas excédé ou abusé de son pouvoir d'appréciation en retirant l'autorisation d'exploiter une OASD de la recourante, de sorte que le grief tiré de la violation de la liberté économique sera écarté.

- 13) Dans ces circonstances, l'arrêté du DEAS du 13 juin 2013 est conforme au droit et le recours de l'institution à son encontre sera rejeté.
- 14) Vu l'issue du litige, un émolument de CHF 3'000.- sera mis à la charge de la recourante (art. 87 al. 1 LPA). Aucune indemnité de procédure ne lui sera allouée (art. 87 al. 2 LPA).

\* \* \* \* \*

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

**à la forme :**

déclare irrecevable le recours interjeté le 13 mai 2013 par A\_\_\_\_\_ contre la décision du service du médecin cantonal du 30 avril 2013 ;

déclare recevable le recours interjeté le 19 juin 2013 par A\_\_\_\_\_ contre l'arrêté du département des affaires régionales, de l'économie et de la santé du 13 juin 2013 ;

**au fond :**

rejette le recours interjeté le 19 juin 2013 par A\_\_\_\_\_ contre l'arrêté du département des affaires régionales, de l'économie et de la santé du 13 juin 2013 ;

met un émolument de CHF 3'000.- à la charge d'A\_\_\_\_\_ ;

dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure ;

dit que conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification par-devant le Tribunal fédéral, par la voie du recours en matière de droit public ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et

moyens de preuve et porter la signature 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 Antoine Romanetti, avocat de la recourante, au service du médecin cantonal, à la direction générale de la santé, ainsi qu'au département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé à la direction générale de la santé.

Siégeants : M. Verniory, président, MM. Thélin et Dumartheray, juges.

Au nom de la chambre administrative :

la greffière-juriste :

D. Werffeli Bastianelli

le président siégeant :

J.-M. Verniory

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties.

Genève, le

la greffière :