

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/106/2025-FPUBL

ATA/257/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre administrative

Arrêt du 10 mars 2026

dans la cause

A_____

représentée par Me Sacha CAMPORINI, avocat

recourante

contre

HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE

représentés par Me Véronique MEICHTRY, avocate

intimés

EN FAIT

- A.** **a.** A_____, née en 1969, a été engagée le 18 avril 2001 par les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) en qualité d'infirmière en soins généraux à 100%, avec effet au 1^{er} mai suivant.

Elle a été affectée au département d'B_____.

b. Dès le 1^{er} février 2004, A_____ a été transférée au service des C_____, rattaché au département D_____.

c. Par arrêté du 6 mai 2004, A_____ a été nommée fonctionnaire dès le 1^{er} mai 2004 à la fonction d'infirmière diplômée.

d. Dès le 1^{er} juillet 2004, A_____ a été promue infirmière spécialisée en C_____, après avoir suivi la formation idoine débutée deux ans plus tôt.

e. Les évaluations de A_____ de juillet 2001, juin 2002, mai 2003, janvier 2004, février 2008 et juin 2011 sont globalement bonnes.

- B.** **a.** En juin 2012 et juin 2014, A_____ a été victime de deux accidents, respectivement non professionnel et professionnel, causant son absence à différents taux pendant différentes périodes. Elle souffre depuis lors de douleurs aux cervicales, dans le bras et de névralgies.

En 2015, elle a été absente à 50% pour cause de maladie du 1^{er} janvier au 5 mai 2015. Par la suite, elle a également connu différentes absences pour cause de maladie. Du 20 août 2017 au 11 mars 2018, elle a été absente pour cause de maladie à 100%. Elle a ensuite recouvré partiellement sa capacité de travail, avec des arrêts maladie à des taux variables jusqu'en janvier 2019.

A_____ a été suivie par le service de santé du personnel des HUG (ci-après : SSP) et les médecins-conseils des HUG. Selon ceux-ci et le SSP, les arrêts maladie étaient médicalement justifiés.

b. Entre juin 2018 et octobre 2019, des entretiens de suivi ont été tenus entre A_____, sa hiérarchie directe, la responsable des ressources humaines (ci-après : RH) du département D_____, en collaboration avec le SSP, une spécialiste RH en *case management* et une conseillère en réadaptation professionnelle de l'AI.

Des notes ont été établies par la responsable RH synthétisant ces entretiens.

c. Du 13 mars au 15 juin 2018, A_____ a effectué une mission en E_____ à un taux de 50%.

Du 18 juin au 14 septembre 2018, elle a effectué une mission hors soins, de nature administrative, à 50%.

d. Le 20 septembre 2018, la cheffe de service du SSP a confirmé les restrictions médicales de A_____, soit le maintien d'un taux de travail maximum de 50%, un trajet de travail n'excédant pas 30 minutes, une absence de soins directs aux

malades, pas de soulèvement de charges lourdes et une alternance le plus fréquemment possible de positions assise et debout. Une réorientation professionnelle semblait la solution la plus réaliste par rapport à l'évolution de sa pathologie.

e. Le 12 octobre 2018, le médecin-conseil des HUG a indiqué aux RH que A_____ était apte sur les plans physique et psychologique à la fonction d'infirmière, mais pas au service des C_____. Compte tenu des restrictions médicales, liées en particulier au port de charges, un emploi comme infirmière dans un service de médecine ambulatoire paraissait possible, de même qu'un poste hors soins tenant compte de ses limitations médicales.

f. Le 19 octobre 2018, A_____ a commencé une nouvelle mission temporaire de nature administrative à un taux de 50%, puis 80% dès le 17 décembre 2018, puis à 100% à partir du 18 janvier 2019 jusqu'à fin septembre 2019.

g. Selon la note établie par les RH le 8 janvier 2019 relatif à l'entretien de suivi du 13 décembre 2018, d'après le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), A_____ ne pouvait pas reprendre sa fonction d'infirmière spécialisée au service des C_____. Elle pouvait travailler à 50% dans une activité adaptée, qui pouvait éventuellement aller jusqu'à 100%, sans port de charge, sans effectuer de torsions et sans avoir le bras en hauteur. Pour l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), il fallait privilégier un poste administratif.

h. Le 21 mars 2019, le SSP a indiqué aux RH que la situation médicale de A_____ était stable. À court/moyen terme, les limitations fonctionnelles étaient identiques à celles d'ores et déjà identifiées, à savoir pas de soins directs au malade, pas de soulèvement de charge lourde, une alternance fréquente des positions assises et debout et un trajet de travail n'excédant pas 30 minutes.

i. Selon la note établie le 4 avril 2019 par les RH relativement à l'entretien de suivi du 26 mars 2019, A_____ avait expliqué que sa situation s'était péjorée. De nouveaux examens allaient être pratiqués. Les intervenants l'avaient invitée à reconsidérer son taux d'activité – qui était de 100% depuis le 18 janvier 2019 – compte tenu de son état de fatigue et de ses douleurs.

j. Le 16 juillet 2019, le SSP a informé les RH que A_____ allait commencer une prise en charge spécialisée, selon les derniers éléments médicaux. Celle-ci ne permettrait pas, selon toute vraisemblance, d'améliorer la fonctionnalité. Dans ce contexte, l'inaptitude au poste d'infirmière aux C_____ paraissait définitive et les restrictions devraient être maintenues de manière pérenne.

k. Le 31 juillet 2019, le médecin-conseil des HUG a indiqué aux RH que A_____ n'était définitivement plus apte à exercer sa fonction d'infirmière en C_____. Elle ne pouvait plus assumer le port de charges, capacité requise pour transférer des patients. Elle pouvait toutefois assumer une fonction d'infirmière dans un service de médecine ambulatoire. Elle était apte à assumer une autre fonction hors des soins si cette activité ne requérait pas de port de charge.

l. Dès le 1^{er} octobre 2019, A_____ a commencé une mission temporaire de trois mois hors soins, de nature administrative.

m. Selon la note établie le 9 octobre 2019 par les RH relative à l'entretien de suivi du 7 octobre 2019, la mission de trois mois était l'ultime financement d'activité temporaire pris en charge par l'OCAI, car A_____ avait prouvé qu'elle était apte à travailler à un poste adapté depuis plusieurs mois désormais. Au vu des conclusions du médecin-conseil des HUG, ces derniers devaient rechercher un poste pérenne conforme aux aptitudes de l'intéressée. Une piste se dessinait consistant en la création de postes au bloc ambulatoire du service F_____.

n. Le 14 novembre 2019, les RH ont proposé à A_____, dans le cadre d'un reclassement pour raison de santé, une nouvelle affectation au sein de l'entité de X_____ rattachée au service F_____, à partir de décembre 2019.

Son reclassement a pris effet le 1^{er} février 2020. Son transfert était effectué à titre d'essai pour une durée de six mois à partir de la prise du poste.

o. Le 29 novembre 2019, les RH des HUG ont précisé à A_____ que son transfert était pérenne, sous réserve de la période d'essai. Lorsque la structure ambulatoire partenariat privé ouvrirait, elle serait amenée, comme ses autres collègues, à s'exprimer sur ses souhaits de rejoindre cette structure et/ou d'être réaffectée au sein des HUG.

p. Le 12 décembre 2019, les RH des HUG ont confirmé le transfert dès le 1^{er} février 2020. Concernant la mission en salle pré et post opératoire, le descriptif du poste avait été remis au SSP afin qu'une observation en poste soit réalisée le premier mois, le point des occasionnels transferts de patients sur brancards devant être étudié.

q. Le 26 mars 2020, le SSP a indiqué aux RH que les activités de A_____ dans son nouveau poste étaient conformes aux limitations émises par le médecin-conseil des HUG.

r. Les 16 juillet 2020 et 11 mars 2021, les RH ont informé A_____ que sa période d'essai allait être prolongée d'abord jusqu'au 30 novembre 2020, puis jusqu'au 30 avril 2021, dans la mesure où le centre de X_____ avait dû être fermé provisoirement du 13 mars au 14 juin 2020 et du 21 octobre 2020 au 28 février 2021 dans le cadre de l'épidémie de COVID-19.

s. Selon le rapport de la revue de performance de A_____, effectué en mars 2021, la performance globale était bonne.

Un effort devait être effectué dans sa correspondance avec la hiérarchie notamment lors d'envoi de courriels qui pouvaient être abrupts. Elle devait réfléchir à son avenir professionnel dans la mesure où l'activité de X_____ serait transférée dans le nouveau centre de X_____ à l'horizon 2024, ce hors du périmètre des HUG.

t. Le 20 septembre 2021, le médecin-conseil des HUG a reçu A_____ sur leur demande car son état de santé les avait interpellés.

Le problème qui avait motivé la consultation de 2019 et les restrictions alors émises étaient pérennes et la poursuite des adaptations à respecter était toujours d'actualité. Elle présentait un nouveau problème de santé, sans rapport avec le précédent, qui était pris en charge et des investigations étaient en cours. Il n'y avait pas lieu d'envisager un reclassement hors fonction infirmière tant que les projections restaient imprécises dans cette situation médicale en cours d'investigations.

u. Dès le 4 octobre 2021, A_____ a été en incapacité de travailler pour cause de maladie, d'abord à 100% puis à des taux variables, avec quelques reprises d'activités à 100%, avant de se retrouver à nouveau totalement incapable de travailler pour cause de maladie dès le 14 mars 2023.

Le suivi de A_____ instauré par le SSP, devenu par la suite le service de santé au travail (ci-après : SST), s'était poursuivi, de même que les consultations auprès des médecins-conseils des HUG.

v. Le 14 janvier 2022, le médecin-conseil des HUG a informé les RH que l'arrêt de travail partiel en cours de A_____ était justifié pour une durée qu'il n'était pas possible de prédire. Il n'y avait pas d'autres restrictions à envisager hormis celles, pérennes, décrites en 2019.

w. Le 14 juin 2022, le SST a confirmé l'avis du médecin-conseil des HUG. Au vu de la fermeture programmée du centre de X_____, nécessitant un nouveau projet professionnel de la part de A_____, il a proposé la tenue d'une nouvelle réunion pluridisciplinaire.

x. Le 23 février 2023, le SST a indiqué que A_____ était apte à son poste actuel, lequel était adapté aux restrictions pérennes sur le port de charges et les transferts patients, telles qu'émises par le médecin-conseil des HUG.

y. Dès le 14 mars 2023, A_____ a été en incapacité totale de travailler pour cause de maladie.

z. Le 22 juin 2023, les RH ont proposé à A_____ de bénéficier d'un accompagnement en vue d'une mobilité compte tenu de la fermeture du centre de X_____.

Une séance d'information s'était de plus tenue le 14 septembre 2023.

Selon le procès-verbal transmis à A_____ le 27 septembre suivant, il était souhaité que les collaboratrices soient intégrées peu à peu dans d'autres secteurs au sein des HUG.

aa. Le 22 août 2023, le SST a adressé à l'OCAI un formulaire de détection précoce pour A_____.

Des démarches ont également été effectuées auprès de la caisse de prévoyance de l'État de Genève (ci-après : CPEG) pour des prestations provisoires d'invalidité.

ab. Le 28 août 2023, le SST a relevé que A_____ était inapte temporairement et qu'elle devait être revue dans deux mois au plus tard.

ac. Le 3 janvier 2024, les HUG ont informé A_____ qu'en date du 5 juillet 2024, elle aurait épuisé son droit aux prestations en cas de maladie et accident. En conséquence, elle ne percevrait plus de rémunération dès le 6 juillet 2024.

ad. Le 14 février 2024, le SST a indiqué que A_____ était temporairement inapte. Un rendez-vous était à fixer mi-avril 2024. En cas de reprise, elle se ferait sur son poste, à taux partiel d'activité, en commençant par un 50% sur des journées pleines, évolutif sur trois-quatre mois.

ae. Le 6 mai 2024, le médecin-conseil des HUG a retenu la pérennité des limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge de plus de 5 kg, une alternance de positions assis/debout, pas d'élévation des membres supérieurs au-dessus du niveau des épaules. La limitation de la durée des trajets de travail n'était plus d'actualité. Il a confirmé que A_____ était inapte de façon définitive au poste d'infirmière en C_____. Elle était également et actuellement inapte à la fonction d'infirmière ou à tout autre travail. Elle serait potentiellement apte à nouveau d'ici quelques semaines à la fonction d'infirmière, après avoir commencé d'autres thérapies et avec une éventuelle reprise par paliers progressifs. Il n'était pas possible d'envisager une reprise sans restriction.

af. Le 28 mai 2024, la docteure G_____, médecin traitant de A_____, a établi deux certificats médicaux certifiant que l'état de santé de l'intéressée lui permettrait de reprendre partiellement et progressivement son travail à 20% du 3 au 9 juin 2024 (deux fois deux heures), à 30% du 10 au 16 juin 2024 (trois fois deux heures), à 55% du 17 au 23 juin 2024 (une fois dix heures et une fois douze heures) et à 85% du 24 au 30 juin 2024 (une fois dix heures et 2 fois douze heures). Les restrictions suivantes devaient être prévues : pas de port de charge de plus de 5 kg, un poste adapté en alternant les positions assis/debout et un poste ne permettant pas la levée des bras au-dessus du niveau des épaules.

ag. Entre les 31 mai et 5 juin 2024, A_____ et les RH ont échangé des courriels.

Compte tenu du rapport du médecin-conseil du 6 mai 2024 et en vertu de leur devoir de protéger sa santé, les HUG ne pouvaient pas la réintégrer dans son poste. Une reprise du travail ne pouvait être effective que si un emploi pérenne, adapté à ses limitations, était trouvé dans le cadre d'un reclassement, lequel allait être engagé mais sans garantie quant à son issue.

A_____ a persisté à vouloir reprendre son poste.

ah. Le 4 juin 2024, le médecin-conseil des HUG, à qui les certificats médicaux établis par la Dre G_____ avaient été transmis, les a informés qu'il n'était pas nécessaire qu'il revoie A_____. Le médecin traitant maintenait les mêmes limitations que dans son rapport du 6 mai 2024.

ai. Le 5 juin 2024, les RH ont écrit à différents départements des HUG, à d'autres établissements publics autonomes, à des établissements médico-sociaux ainsi qu'à différents départements de l'État en vue d'un poste pérenne sans port de charge de

plus de 5 kg, une alternance de positions assis/debout et sans élévation des membres supérieurs au-dessus du niveau des épaules, à un taux d'activité plein, voire partiel.

Les réponses reçues ont toutes été négatives.

aj. Le 27 juin 2024, A_____ a transmis aux RH des HUG un nouveau certificat médical établi le même jour par son médecin traitant et indiquant que son état de santé lui permettait de reprendre son travail à temps complet dès le 1^{er} juillet 2024.

Le 28 juin 2024, le médecin-conseil des HUG, après un contact téléphonique avec le médecin traitant de A_____, a confirmé aux HUG qu'une reprise était possible avec les limitations décrites dans son rapport du 6 mai 2024.

ak. Le 28 juin 2024, les HUG ont informé A_____ qu'aucune reprise n'était envisageable au vu des éléments médicaux.

al. Le 4 juillet 2024, les HUG ont répondu au syndicat mandaté par A_____ qui demandait notamment qu'elle puisse reprendre le travail. Cette dernière présentait une absence pour maladie de longue durée depuis le 14 mars 2023. Elle avait de plus été informée que son service d'affectation ne serait plus fonctionnel dès le 1^{er} janvier 2024 avec pour conséquence qu'un changement de service devait être envisagé. Les évaluations médicales réalisées par le médecin-conseil confirmaient l'existence de restrictions portant atteinte à sa capacité à exercer la fonction d'infirmière de manière pérenne quand bien même son médecin traitant déclarait une reprise possible. La procédure de reclassement n'avait rien donné.

- C. a.** Le 25 juillet 2024, A_____ a été convoquée à un entretien de service fixé au 4 septembre 2024 ayant pour objet son état de santé et son aptitude à exercer sa fonction.

Selon le compte rendu, l'intéressée était arrivée en fin de prestations le 5 juillet 2024. À cette date, les limitations établies par le médecin-conseil des HUG étaient : pas de port de charge de plus de 5 kg, une alternance de positions assis/debout et pas d'élévation des membres supérieurs au-dessus du niveau des épaules. Ces limitations étaient pérennes et ne lui permettaient pas d'exercer sa fonction d'infirmière. Il n'avait pas été possible d'identifier un poste correspondant à ces restrictions malgré un certain nombre de missions. Les tentatives de reclassement auprès du Grand État et à l'interne n'avaient rien donné.

Le transfert de A_____ au centre de X_____ avait été, dès le départ, identifié comme provisoire, du fait de la future externalisation de ce service. Mais ni la date, ni les modalités de transfert n'étaient connues. Elle avait été informée qu'elle aurait la possibilité de rejoindre la nouvelle structure ou d'être affectée aux HUG. À l'automne 2023, afin d'anticiper la réintégration des infirmières qui étaient affectées à ce centre, une séance d'information avait eu lieu. Du fait de son arrêt de travail, le procès-verbal de cette séance, tenue le 14 septembre 2023, lui avait été transmis le 27 septembre 2023. Les secteurs prévus pour la réintégration étaient les secteurs « H_____ » (salles de réveil), « I_____ » et « J_____ » (salles de réveil). Ces secteurs étaient toutefois « lourds » avec des patients souvent agités,

avec de grosses pathologies et nécessitant des mobilisations importantes et régulières, ce qui n'était pas compatible avec les limitations retenues par le médecin-conseil des HUG et le médecin traitant de A_____. Durant la période entre mars 2023 et jusqu'à avril 2024, le SST avait donné comme information, tout d'abord une inaptitude temporaire, puis une possible reprise à taux partiel (février et juin 2024). Et c'était seulement depuis le rapport de consultation du médecin-conseil que la pérennité des limitations fonctionnelles avait été établie. À ce moment-là, il ne restait plus assez de temps pour permettre des mesures d'accompagnement efficaces.

Le conseil de A_____ a maintenu que sa mandante avait la capacité de travailler y compris avec ses limitations fonctionnelles. Celles-ci existaient déjà en 2017 et cela ne l'avait pas empêchée de travailler. Elle allait transmettre un nouveau certificat médical de son médecin traitant la déclarant apte à travailler avec les limitations. Elle demeurait ainsi à disposition de son employeur et mettait en demeure les HUG de lui payer son salaire.

A_____ a été informée que l'entretien de service pouvait mener à la résiliation des rapports de service.

b. Le 9 septembre 2024, A_____ a remis ses observations, mettant en demeure les HUG de lui verser son salaire dès le 6 juillet 2024. Elle était en capacité de travailler depuis fin juin 2024. Seules subsistaient les limitations fonctionnelles connues n'ayant pas d'impact sur son activité depuis 2017. Elle demandait également copie de l'intégralité de son dossier.

c. Le 24 septembre 2024, A_____ a repris ses arguments et transmis un nouveau certificat médical établi le 3 septembre 2024 par son médecin traitant.

Son droit d'être entendue avait été violé dans la mesure où son dossier avait été transmis à son conseil de manière incomplète, l'avis médical du médecin-conseil des HUG du 4 juin 2024 n'y figurant pas. Un nouvel entretien de service était inévitable.

Le dossier communiqué ne faisait pas état des recherches menées pour un reclassement. De plus, la résiliation des rapports de service était guidée par la fermeture du centre de X_____. Il s'agissait d'une procédure en cas de suppression de poste.

Selon le certificat médical produit, l'état de santé de l'intéressée lui permettait de reprendre son travail à temps complet dans un poste adapté en tant qu'infirmière en X_____ ou dans un poste équivalent. Les restrictions pour le poste de travail portaient uniquement sur le port de charge de plus de 5 kg (cette restriction existait depuis 2017). Cette limitation n'avait pas d'impact sur le déplacement des patients et elle pouvait pousser des chaises roulantes.

d. Le 1^{er} novembre 2024, A_____ a mis les HUG en demeure de rendre une décision concernant son droit au traitement.

e. Par décision du 21 novembre 2024, les HUG ont retenu que les limitations reconnues de A_____ ne permettaient pas un retour en poste et que la fin de droit aux prestations au 5 juillet 2024 était justifiée.

Compte tenu des éléments médicaux et de l'avis du médecin-conseil du 6 mai 2024, elle était définitivement inapte à réintégrer son poste aux C_____. S'agissant de la fonction d'infirmière et de tout autre travail, elle était, du moins temporairement, inapte, et, sur le long terme (« après avoir suivi d'autres thérapies »), serait en tout état soumise à des limitations qui nécessiteraient la recherche d'un nouveau poste adapté pour autant que cela soit possible.

Ses limitations ne lui permettaient en tout état pas de remplir les exigences du poste, de nature temporaire, auquel elle était affectée au centre de X_____. En effet, le nombre de patients nécessitant de l'aide pour leur déplacement et leur préparation avait augmenté au fil des années, ce qui ne lui permettait plus d'y travailler dans le respect de ses limitations. L'intéressée avait d'ailleurs fait elle-même ce constat déjà en août 2022 auprès de sa hiérarchie.

Une procédure de reclassement avait été lancée dès le 5 juin 2024 auprès de l'ensemble des HUG ainsi qu'auprès des autres institutions de l'État, Petit État compris. Il n'y avait toutefois pas eu de réponses positives.

Elle avait perçu sa dernière indemnité journalière le 5 juillet 2024, clôturant les 730 jours de droit sur une période de 1095 jours, ayant débuté le 6 juillet 2021. Le détail des absences était repris dans un tableau.

Au 30 juin 2024, le décompte de jours d'absence de A_____ était déjà de 725 jours. C'était à bien plaisir que les HUG n'avaient pas entamé le décompte de 730 jours avant le 6 juillet 2021, alors qu'elle avait été absente du 8 au 24 juillet 2024 (17 jours) et du 16 mars au 11 avril 2021 (27 jours). Elle avait ainsi été rémunérée 44 jours supplémentaires.

Concernant la période postérieure au 30 juin 2024, elle ne contestait pas être inapte au poste d'infirmière spécialisée aux C_____, poste pour lequel elle avait été engagée. Son activité au sein du centre de X_____ était une affectation temporaire. De plus, au vu de l'activité actuelle des infirmiers dans ce centre, elle ne serait pas en mesure d'y être à nouveau affectée compte tenu de ses limitations.

f. Le 16 décembre 2024, après une prise de contact des HUG demandant que leur médecin-conseil puisse contacter le médecin-conseil de la CPEG, celle-ci a répondu qu'elle ne procédait à un examen médical que dans le cadre d'une demande de prestations d'invalidité, laquelle ne pouvait être déposée par l'assuré ou son employeur qu'une fois en possession d'une décision de l'AI entrée en force. Cette condition n'étant pas remplie, elle ne pouvait pas donner suite à la demande des HUG.

g. Le 9 janvier 2025, l'OCAI a indiqué aux HUG que, selon l'avis du SMR du 23 septembre 2024, l'état de santé de A_____ s'était aggravé. Sa capacité de travail dans son activité habituelle d'infirmière au lit du patient était nulle. Dans

une activité adaptée, sa capacité était de 80% sur 100% dès le 2 juillet 2024. Les limitations fonctionnelles retenues étaient : pas de port de charge de plus de 5 kg, pas de manipulation de patients, pas d'élévation des bras au-delà de l'horizontale. À la suite de l'entretien de réadaptation professionnel du 16 décembre 2024, l'OCAI allait l'accompagner dans une activité adaptée, en tant qu'infirmière en santé publique et santé communautaire, avec un *Certificate of advanced studies* au besoin, ou dans une autre fonction d'infirmière adaptée, par exemple une infirmière de recherche.

h. Par décision exécutoire nonobstant recours du 24 janvier 2025, les HUG ont résilié les rapports de service de A_____ pour motifs fondés, avec effet au 30 avril 2025.

Malgré les recherches entreprises au sein des HUG, aucun poste correspondant à son profil n'était disponible et ne pouvait lui être proposé à titre de reclassement.

La décision était signée par le directeur général et le directeur des RH *ad intérim*.

D. a. Par acte du 10 janvier 2025, A_____ a interjeté recours auprès de la chambre administrative de la Cour de justice (ci-après : la chambre administrative) contre la décision du 21 novembre 2024, concluant, préalablement, à son audition, à celle des médecins-conseils des HUG, de son médecin traitant et de la responsable des RH des HUG. Les HUG devaient également produire son dossier personnel, en particulier l'ensemble des avis médicaux du médecin-conseil entre 2019 et 2022, ainsi que l'ensemble des avis médicaux du SST établis en 2024. Principalement, la décision attaquée devait être annulée et il devait être dit et constaté qu'elle avait la capacité de travailler dès le 1^{er} juillet 2024, que les HUG étaient en demeure depuis le 1^{er} juillet 2024 d'accepter ses prestations de service et qu'elle avait droit à son traitement après le 5 juillet 2024.

Depuis le 1^{er} juillet 2024, elle était apte à remplir les devoirs de sa fonction, comme l'attestait son médecin traitant dans les certificats établis les 27 juin et 3 septembre 2024.

À la suite du changement de service pour raisons médicales en février 2020, son cahier des charges avait été modifié, ce que le dossier démontrait.

De plus, les constatations de son médecin traitant n'étaient pas contredites par le rapport du médecin-conseil des HUG établi le 6 mai 2024. Celui-ci se limitait à constater qu'au moment de la consultation du même jour, elle était inapte au travail et qu'il existait des limitations préexistantes. La reprise par paliers était également envisagée par le médecin-conseil des HUG.

Les HUG étaient donc en demeure d'accepter ses services et de lui fournir une occupation. C'était donc à tort qu'ils avaient cessé de verser son traitement après le 5 juillet 2024. Le fait qu'ils aient, pour des raisons propres à leur organisation, supprimé le poste qu'elle occupait, ne pouvait justifier l'arrêt du versement du salaire.

Le recours a été enregistré sous le numéro de cause A/106/2025.

b. Par acte du 26 février 2025, A_____ a interjeté recours auprès de la chambre administrative contre la décision de résiliation des rapports de service du 24 janvier 2025, concluant, préalablement, à une tentative de conciliation entre les parties. Elle a repris ses autres conclusions préalables formulées dans le cadre de la cause A/106/2025. Principalement, la décision querellée était nulle. Subsidiairement, elle devait être annulée et sa réintégration proposée. En cas de refus, les HUG devaient être condamnés à payer une indemnité correspondant à 24 mois de son dernier traitement brut.

La décision attaquée avait été prise par une autorité incompétente, puisqu'il appartenait au conseil d'administration de prononcer la résiliation des rapports de service. Par ailleurs, s'il fallait considérer que le conseil d'administration avait délégué cette compétence à la direction générale, celle-ci ne pouvait être engagée que par le directeur général et le directeur général adjoint.

Elle n'avait reçu son dossier qu'à l'issue de l'entretien de service. De plus, il était lacunaire, dans la mesure où plusieurs éléments évoqués à cette occasion ne figuraient pas au dossier (courriel des RH et avis des médecins-conseils). Dans ses observations au compte rendu de l'entretien de service, elle avait demandé qu'un nouvel entretien de service soit organisé une fois l'ensemble des éléments de son dossier remis à son conseil. Tel n'avait pas été le cas, de sorte qu'elle n'avait pas pu se déterminer sur les éléments manquants. En outre, lors de cet entretien, la base légale sur laquelle se fondait la décision de résiliation des rapports de service n'avait pas été énoncée, si bien qu'elle n'avait pas pu faire valoir ses observations de manière efficace. Enfin, il n'était pas fait mention des motifs de résiliation des rapports de service.

Il existait une divergence d'appréciation entre les médecins-conseils des HUG. En 2022, le docteur K_____ indiquait que le poste confié « était parfaitement adapté à ses contraintes ». Le mandat d'expertise avait, par la suite, été confié à un autre médecin-conseil en la personne du docteur L_____. Sans en expliciter les raisons, ce médecin revenait partiellement sur l'appréciation de son confrère. Dans son courriel du 4 juin 2024, il indiquait « je constate une proposition du médecin traitant de votre collaboratrice concernant une reprise progressive à temps partiel ». Cette phrase ne permettait pas de tirer la conclusion d'une incapacité durable de travail. De plus, dans son rapport le Dr L_____ avait évoqué l'hypothèse d'une reprise progressive à temps partiel. Les médecins du SST confirmaient en outre qu'elle disposait de la pleine capacité d'occuper le poste auquel elle était affectée. Cette position était également soutenue par son médecin traitant. Après réception des certificats médicaux, le Dr L_____ n'avait pas pris contact avec le médecin traitant. Enfin, aucun élément du dossier ne démontrait que les HUG avaient pris contact avec les médecins-conseils de la CPEG ou les avaient sollicités.

À supposer qu'une disparition durable du motif d'engagement fût prouvée à rigueur de droit, force serait de constater qu'un reclassement ne lui avait pas été proposé.

Au vu du nombre d'employés au sein des HUG, il était probable qu'une telle procédure aurait pu être menée à son terme avec succès, vu les compétences et les capacités de A_____. Selon le dossier remis, aucune recherche n'avait été effectuée visant à proposer une solution de reclassement.

Sa réintégration devait être ordonnée dans la mesure où la résiliation était mal fondée et que la modification de la loi générale relative au personnel de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire et des établissements publics médicaux du 4 décembre 1997 (LPAC - B 5 05) n'était pas encore entrée en vigueur. Si elle devait être uniquement proposée, les HUG devraient être condamnés à verser l'indemnité maximale prévue par la loi au vu de ses évaluations, de son âge, de la durée des rapports de service et des possibilités concrètes d'un retour à l'emploi après une maladie l'ayant empêchée de travailler durant de nombreux mois.

Le recours a été enregistré sous le numéro de cause A/661/2025.

c. Le 17 mars 2025, dans le cadre de la procédure A/106/2025, les HUG ont conclu, préalablement, à ce que A_____ produise la décision rendue par la CPEG lui octroyant des prestations provisoires d'invalidité depuis le 6 juillet 2024 ainsi que tous les échanges intervenus avec celle-ci. Principalement, le recours devait être rejeté.

Dès lors que l'intéressée s'était trouvée en incapacité de travailler pour cause de maladie durant 730 jours entre le 6 juillet 2021 et le 5 juillet 2024 – à des taux variables mais principalement à 100% – son droit au traitement était arrivé à échéance le 5 juillet 2024.

Son reclassement au centre de X_____ n'avait jamais été confirmé, compte tenu principalement de la dégradation de son état de santé. Elle n'était plus apte à la fonction d'infirmière spécialisée en C_____ au vu des avis constants et concordants des médecins-conseils, des médecins du SST et de l'OCAI depuis plusieurs années, avis établis en concertation avec le médecin traitant de la recourante.

Les limitations, telles qu'elles ressortaient du rapport du Dr L_____ du 6 mai 2024, ne permettaient pas à une collaboratrice d'assumer la fonction d'infirmière au lit du patient, que ce soit dans une activité future au sein du service F_____ ou dans son activité actuelle au centre de X_____. Dans le cadre de la fermeture de ce centre, d'emblée connue des collaborateurs et désormais projetée pour la fin de l'année 2025 ou le début de l'année 2026, il avait été proposé aux membres du personnel infirmier du centre, s'ils n'entendaient pas postuler dans la structure privée, de rester affectés au service F_____ en vue de constituer une équipe d'infirmiers, non spécialisés en anesthésie, qui soit polyvalente et puisse intervenir dans les salles de réveil post-interventionnelles et péri-interventionnelles. Il s'agissait toutefois de secteurs relativement lourds, avec des patients souvent agités

et de grosses pathologies, nécessitant des mobilisations importantes et régulières, ce qui n'était pas compatible avec les limitations de A_____.

Au demeurant, au vu des limitations, une poursuite de son affectation au sein du centre de X_____ n'aurait pas été envisageable. À l'été 2021, avant la survenance de son nouveau problème de santé et de la nouvelle limitation relative à l'élévation des membres supérieurs, elle était déjà apparue très fatiguée et amaigrie dans le cadre de l'évaluation de son reclassement. De plus, depuis 2022, l'activité s'était accrue et complexifiée – avec des patients à mobilité réduite – rendant la fonction difficilement compatible avec son état de santé. Son courriel de l'été 2022 adressé à sa hiérarchie démontrait ces difficultés. Enfin, une activité supplémentaire d'antalgie interventionnelle depuis le mois de mars 2023 s'était ajoutée, laquelle avait notablement augmenté la charge en soins au centre de X_____.

La force probante du certificat médical établi le 3 septembre 2024 par le médecin traitant de A_____ était contestée. Il avait été produit pour les besoins de la cause. Renseignements pris auprès de la CPEG, cette dernière avait versé des prestations provisoires d'invalidité à partir du 6 juillet 2024, estimant ainsi que la recourante était inapte à sa fonction habituelle. En outre, le SMR de l'OCAI avait retenu, dans son avis du 23 septembre 2024, que son état de santé s'était aggravé et que sa capacité de travail dans son activité habituelle d'infirmière au lit du patient était nulle. Les limitations fonctionnelles retenues étaient identiques à celles relevées par leur médecin-conseil.

À plusieurs reprises, lorsque les HUG lui avaient proposé des affectations *a priori* compatibles avec les restrictions de santé de l'intéressée, des arrêts de travail pour cause de maladie étaient survenus, confirmant si besoin était son inaptitude à la fonction d'infirmière spécialisée ou d'infirmière.

A_____ pourrait très éventuellement assumer une fonction d'infirmière de recherche ou un poste analogue de nature plus administrative. De tels postes étaient toutefois rares au sein des HUG et très recherchés, en particulier par les collaborateurs souffrant de problèmes de santé. Malgré les efforts des HUG, aucun poste pérenne n'avait pu être trouvé. C'était donc à juste titre que les HUG avaient comptabilisé la période au-delà du 3 juin 2024, et plus particulièrement du 1^{er} juillet 2024, en tant qu'incapacité de travailler pour raison de santé, ce nonobstant l'avis du médecin traitant de l'intéressée.

Ainsi, le droit au traitement de la part des HUG était arrivé à échéance le 5 juillet 2024, puisqu'elle avait cumulé depuis le 6 juillet 2021, soit pendant une période de 1'095 jours, 730 jours d'incapacité d'exercer sa fonction en raison de son état de santé.

d. Le 7 avril 2025, les HUG ont informé la chambre administrative qu'une audience de conciliation serait vouée à l'échec compte tenu de toutes les démarches déjà entreprises.

e. Le 5 mai 2025, dans le cadre de la procédure contre la décision de résiliation des rapports de service, les HUG ont repris leurs conclusions préalables formulées dans la cause A/106/2025. Principalement, le recours devait être rejeté.

Son droit d'être entendue avait été respecté au vu des différents échanges intervenus entre l'intéressée et tous les différents interlocuteurs à propos de sa situation. À l'entretien de service, elle avait été informée qu'une résiliation des rapports de service était susceptible d'intervenir compte tenu de son inaptitude à exercer la fonction d'infirmière spécialisée ou non et de l'échec de la procédure de reclassement. De plus, au cours de la collaboration, elle avait consulté plusieurs fois son dossier, la dernière fois le 11 juin 2024. À sa demande, l'intégralité de celui-ci avait été adressé à son conseil le 4 septembre 2024. Elle avait ainsi été en possession des dernières pièces de son dossier lorsqu'elle s'était déterminée par écrit sur le compte rendu de l'entretien de service. Enfin, son recours circonstancié démontrait qu'elle avait compris les raisons de son licenciement. En tout état, une éventuelle violation de son droit d'être entendue serait réparée par la procédure de recours.

La direction générale des HUG était compétente pour prononcer la résiliation des rapports de service. Selon la jurisprudence, les signatures du directeur général et du directeur des RH des HUG étaient suffisantes pour admettre la validité de la résiliation des rapports de service.

Il n'y avait pas de divergence d'appréciation entre les médecins-conseils des HUG mais une péjoration de l'état de santé de l'intéressée au fil des années. Au vu des derniers avis médicaux, elle était durablement inapte non seulement à sa fonction d'infirmière spécialisée en C_____ mais également à celle d'infirmière en milieu hospitalier. Les nombreuses limitations médicales – tant sous l'angle du port de charge que de l'élévation des membres supérieurs, voire de l'alternance des positions – n'étaient plus compatibles avec l'activité actuelle du centre de X_____, avant même sa fermeture prévue pour la fin de l'année 2025 ou le début de l'année 2026. La force probante des certificats médicaux établis par son médecin traitant ne pouvait qu'être niée. L'inaptitude durable à assumer sa fonction pour raisons de santé constituait un motif fondé de résiliation des rapports de service au sens de la loi, que ce soit sous l'angle de l'inaptitude à remplir les exigences du poste ou de la disparition durable d'un motif d'engagement. Depuis 2015, elle avait accumulé un nombre important de jours d'absence pour cause de maladie et d'accident. Entre les 6 juillet 2021 et 5 juillet 2024, soit pendant une période de 1'095 jours, elle s'était trouvée – à des taux variables mais principalement à 100% – incapable d'exercer sa fonction en raison de son état de santé durant 730 jours. Une telle situation entravait sans nul doute le bon fonctionnement des HUG.

La procédure prévue par la LPAC avait été respectée. Le médecin-conseil de la CPEG avait été interpellé mais n'avait pas donné suite.

En 2018, A_____ avait bénéficié d'un premier accompagnement par une spécialiste des RH en vue d'une réorientation professionnelle. Elle avait également été suivie par une conseillère en réadaptation professionnelle de l'OCAI et avait

bénéficié de mesures professionnelles AI. Dans ce cadre, plusieurs missions temporaires lui avaient été confiées. Elle s'était néanmoins trouvée à plusieurs reprises en incapacité de travailler. À l'automne 2019, les HUG lui avaient proposé une nouvelle affectation au sein de l'entité de X_____. Il s'agissait d'une mission d'infirmière au sein du bloc opératoire ambulatoire. Elle avait toutefois conservé son titre d'infirmière spécialisée, sa classe de fonction ainsi que la progression de ses annuités. Cette affectation n'était pas pérenne dans la mesure où elle avait d'emblée été informée que ce centre devrait fermer. Ce reclassement n'avait jamais été confirmé compte tenu de la pandémie de COVID-19 en 2020, des problèmes de comportement identifiés en mars 2021, de la péjoration de son état de santé et de ses nouvelles incapacités de travailler dès le printemps 2021. Dès le 4 octobre 2021, elle s'était trouvée en incapacité de travailler pour cause de maladie d'abord à 100%, puis à des taux variables, avec quelques reprises d'activités à 100%, avant de se retrouver à nouveau durablement totalement incapable de travailler pour cause de maladie dès le 14 mars 2023. Dans la perspective de la fermeture du centre de X_____, il lui avait été proposé, en juin 2023, de bénéficier d'un nouvel accompagnement par une spécialiste des RH en gestion de carrière en vue d'une mobilité. Elle avait été invitée à s'inscrire à la formation « construire son projet professionnel ». En juin 2024, tous les intervenant contactés par les HUG, en vue d'un reclassement, avaient répondu n'avoir aucun poste susceptible de correspondre au profil de l'intéressée et à ses limitations. Malgré tous les efforts entrepris par les HUG et les mesures initiées au fil des années, aucun poste pérenne correspondant à ses limitations n'avait pu être trouvé, étant relevé qu'elle ne pouvait prétendre à la création d'un poste *ad hoc* aménagé. Enfin, elle n'avait pas collaboré à son reclassement, se contentant de prétendre pouvoir reprendre son poste au sein du centre de X_____.

f. Le 13 août 2025, A_____, dans la cause A/106/2025, a relevé que le poste qu'elle occupait au centre de X_____ était toujours existant contrairement à ce que soutenaient les HUG jusqu'au dépôt de leur mémoire de réponse. Son état de santé était identique à celui qui prévalait lors de sa prise de poste en 2020. Les HUG n'avaient pas explicité les changements du cahier des charges conduisant à retenir son inaptitude pour ce poste.

Les échanges de courriels avec le médecin-conseil des HUG du 28 juin 2024 ne figuraient pas au dossier remis. Son droit d'être entendue avait été violé. De plus, l'avis du médecin-conseil ne permettait pas de contester la force probante du certificat médical établi par son médecin traitant. Ils s'accordaient sur l'existence des limitations décrites depuis 2017 et ayant conduit à son reclassement en février 2020. Ses limitations ne l'empêchaient par conséquent pas d'effectuer les tâches du poste qu'elle occupait depuis lors.

g. Le 18 août 2025, A_____, dans la cause A/661/2025, a développé son argumentation sur la violation de son droit d'être entendue par rapport à son dossier remis à son conseil le 9 septembre 2024, lequel n'était pas complet.

La décision de résiliation des rapports de service était nulle dès lors qu'elle aurait dû être soumise au processus décrit à l'art. 26 LPAC relatif à l'invalidité et faire l'objet d'une délibération du conseil d'administration.

Les modalités de reprise décrites par le SST dans sa fiche établie le 14 février 2024 correspondaient dans les faits à la reprise du travail préconisée par le médecin traitant, selon les certificats médicaux établis par elle entre mai et septembre 2024. De plus, il était évident que si le poste occupé jusqu'alors avait évolué, les HUG en auraient informé le SST. À partir du printemps 2024, elle se trouvait dans une situation médicale similaire à celle qui avait conduit à son reclassement en 2020. En juin 2022, le SST avait précisé que le poste occupé « [était] parfaitement adapté et respect[ait] les limitations » et qu'au vu du « projet de fermeture du centre de X_____ en 2024, un nouveau projet professionnel [devait] être envisagé ». Ce courriel démontrait que ce poste était adapté à ses limitations fonctionnelles et que la réelle volonté des HUG était de la licencier en raison de la suppression à venir du service qui l'occupait.

Elle n'avait pas été informée des démarches en vue de son reclassement. Les courriels envoyés aux différents services avaient été envoyés seulement un mois avant la fin du traitement. De plus, aucune relance ou nouvelle investigation n'avait été effectuée. Les courriels échangés les 5 et 6 juin 2024 entre les RH et les autres départements ne constituaient qu'une pure formalité administrative, sans véritable démarche visant à son reclassement. Compte tenu de son arrêt maladie, elle n'avait pas pu bénéficier de l'accompagnement proposé en juin 2023 par la spécialiste RH. L'absence de réelles démarches de reclassement ressortait du compte rendu de l'entretien de service puisqu'il était écrit qu'au moment de la reddition du rapport du médecin-conseil des HUG, il ne restait plus assez de temps pour permettre des mesures d'accompagnement efficaces. Enfin, le poste au centre de X_____ était toujours ouvert et la fermeture dudit centre était reportée à 2026.

h. Le 1^{er} septembre 2025, les HUG ont sollicité l'audition de l'adjoint responsable des soins du service d'anesthésie et du responsable des RH du département.

i. Les 2, 5 et 26 septembre 2025, la Dre G_____ a informé la chambre administrative qu'il ne lui était pas possible de témoigner compte tenu du « secret professionnel ».

j. Le 22 septembre 2025, la chambre administrative a tenu une audience de comparution personnelle et d'enquêtes.

j.a A_____ a confirmé qu'elle n'avait plus travaillé au centre de X_____ depuis février 2023. Elle avait été empêchée de travailler depuis mars 2023 en raison d'une autre affection de la santé (syndrome hyperéosinophilique), différente des séquelles des accidents subis auparavant. Ce syndrome était traité depuis lors et elle était en voie de guérison. Depuis juillet 2024, tous les symptômes avaient disparu et elle aurait donc pu reprendre le travail.

Elle était capable d'accomplir le travail attendu au centre de X_____. Les séquelles de ses accidents précédents, qui n'avaient connu aucun changement depuis 2017, ne s'opposaient pas à l'accomplissement de son travail. Le problème d'élévation des bras au-dessus du niveau des épaules n'était pas nouveau. Il avait déjà été identifié par le médecin-conseil des HUG. Actuellement, l'interdiction de port de charges de plus de 5 kg était toujours d'actualité. En revanche, la nécessité d'alterner les positions assis/debout ne l'était plus, et ce, depuis deux ans au moins.

À la fermeture du centre de X_____, elle souhaitait être replacée dans n'importe quel poste au sein des HUG. Lors de ce transfert, les RH lui avaient assuré qu'un poste lui serait trouvé lors de la fermeture de ce centre.

Elle percevait des prestations provisoires de la CPEG dans l'attente d'une décision de l'AI. Elle ne s'estimait pas invalide.

Le diagnostic de syndrome hyperéosinophilique avait été posé environ deux semaines après son rendez-vous avec le Dr L_____. Les symptômes étaient un état de fatigue, une perte de poids, des nausées et des vomissements. Elle avait bénéficié d'un traitement d'injections sous-cutanées, qui avait été efficace immédiatement.

Au centre de X_____, typiquement en janvier et février 2023, elle devait accueillir les patients, les habiller, préparer le bloc opératoire et poser des voies veineuses. Après l'opération, elle devait refaire les pansements, poser des sondes, faire de la surveillance, servir le petit-déjeuner et nettoyer les fauteuils et cabines. Les patients étaient toujours déplacés en fauteuil roulant. Elle était capable sans problème de pousser les patients en fauteuil roulant et s'en occupait avec l'assistance des collaborateurs du bloc opératoire.

j.b La juriste des HUG a précisé que le centre de X_____ existait toujours sous sa forme actuelle. Un nouveau centre, fruit d'un partenariat avec le secteur privé, était prévu pour la fin de l'année 2025 ou le début de l'année 2026.

Les HUG ne pouvaient pas dire s'il y avait eu un changement du cahier des charges des infirmières travaillant au centre de X_____ entre début 2023 et mai 2024. La patientèle avait toutefois évolué en se complexifiant, avec des patients plus vulnérables et moins mobiles.

j.c Le Dr L_____, médecin-conseil des HUG, a indiqué avoir vu A_____ le 6 mai 2024 pendant 1h30 et avoir procédé à une anamnèse. Plusieurs limitations ressortaient des documents qui lui avaient été transmis. Il avait constaté qu'une limitation concernant le temps de trajet n'était plus d'actualité. Les examens pratiqués dans son cabinet confirmaient que le port d'un tabouret d'un peu plus de 6 kg ravivait des douleurs du côté droit. L'impossibilité de soulever des charges de plus de 5 kg était donc confirmée, de même que la nécessité d'alterner les positions assis/debout. Un test avait révélé que l'élévation des bras au-dessus du niveau des épaules ravivait des douleurs, en particulier du côté droit.

Les limitations étaient pérennes, ce qui signifiait qu'elles existaient depuis longtemps et que, pour lui, elles allaient encore durer longtemps. La situation de

A_____ n'était pas stable. De nombreux médecins spécialistes (rhumatologue, cardiologue, pneumologue, centre de la douleur, gastro-entérologue, neurologue et médecin interne) étaient également impliqués. La Dre G_____ la suivait également.

Au terme de son rapport, il avait fait une appréciation de la capacité de travail future de l'intéressée. Il avait estimé qu'elle pourrait être apte de manière générale dans une activité respectant les limitations décrites. Si les limitations étaient respectées, la personne était apte au travail dans le cas précis.

Concernant A_____, il y avait un certain nombre d'autres problématiques de santé pour lesquelles elle était traitée. Ces autres pathologies en cours de traitement pourraient ne plus faire obstacle à la reprise d'une activité pleine après un certain temps, pour autant que cette activité respecte les limitations préexistantes mentionnées. Pour lui, les douleurs ressenties par la patiente étaient liées aux séquelles de son accident et non aux autres pathologies. L'élément majeur était les douleurs et elle prenait des traitements relativement lourds contre celles-ci. Certaines pathologies étaient en cours d'investigation lesquelles portaient sur une hyperéosinophilie ainsi qu'une anémie ferriprive.

Le certificat médical de la Dre G_____ du 28 mai 2024 reprenait les limitations mentionnées dans son rapport du 6 mai 2024. La reprise dans les conditions prononcées lui semblait être tout à fait plausible.

Le 28 juin 2024, les HUG lui avaient transmis un nouveau certificat médical établi par la Dre G_____ le 27 juin 2024. Il avait d'abord répondu qu'il n'avait pas d'objection à une reprise du travail à 100% pour autant que les limitations soient respectées. Dans un second temps, et après un entretien avec la Dre G_____, il avait confirmé aux HUG que celle-ci soumettrait également une reprise complète de l'activité au respect des limitations résultant de son rapport.

Il n'était pas un médecin du travail et ne connaissait pas les environnements de travail spécifiques. Il ne pouvait donc pas s'exprimer sur la possibilité de concilier certaines activités particulières avec les limitations de A_____.

k. Le 23 octobre 2025, A_____ a remis les pièces utiles reçues de l'AI et les décisions de la CPEG.

Selon le projet de décision de l'AI du 29 août 2025, dès le 1^{er} septembre 2024, elle avait droit à une demi-rente entière d'invalidité pour un degré d'invalidité similaire à 56%. L'OCAI reconnaissait une incapacité de travail de 100%, dans toute activité professionnelle, dès le 14 mars 2023. À l'échéance du délai d'attente, son incapacité était toujours entière. Cependant, les éléments du dossier confirmaient une aptitude à la réadaptation. Il était médicalement reconnu qu'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était raisonnablement exigible à 80% dès le 2 juillet 2024.

Le 16 septembre 2025, ayant reçu le projet de décision de l'AI précité, la CPEG a reconnu son invalidité dans la même mesure que l'AI et a adapté sa rente mensuelle

dans cette mesure. Le 15 novembre 2024, la CPEG a informé A_____ qu'elle lui verserait des prestations provisoires d'invalidité dès le 6 juillet 2024.

Le rapport SMR du 23 septembre 2024 était également joint.

I. Le 3 novembre 2025, la chambre administrative a tenu une audience d'enquêtes.

I.a M_____, adjoint responsable des soins au service F_____ depuis 2022, a expliqué qu'il était responsable soignants pour l'ensemble des activités impliquant l'anesthésie au sein des HUG. Le centre de X_____ était une petite structure avec originellement huit fauteuils et dix actuellement. Les patients arrivaient, étaient préparés pour la salle d'opération dans des vestiaires adjacents et attendaient d'être appelés, étaient opérés et revenaient au centre où ils étaient surveillés avant de retourner chez eux. Normalement, il s'agissait de patients autonomes qui allaient bien.

Au cours des cinq dernières années, le nombre de patients ambulatoires représentant un risque de gravité 3 (sur une échelle de six niveaux) avait plus que doublé, passant de 1'000 environ en 2020 à 2'300 environ en 2024. Ces patients avaient besoin de plus d'aide et de soutien avant de pouvoir rentrer chez eux après leur opération, par exemple pour s'habiller, se lever ou se déplacer. Il en résultait une plus grande complexité de l'activité des employés du centre. Cette complexité avait été « remontée » au cours du temps par les équipes, notamment par A_____ dans ses courriels. Depuis 2024, le centre traitait également les antalgies interventionnelles, soit les interventions faites par un médecin anesthésiste consistant à pratiquer des infiltrations avec un produit anti-douleur sous échographie.

Le *ratio* de personnel soignant par patient était d'environ une infirmière pour quatre patients, éventuellement cinq s'il s'agissait de patients légers. Ce chiffre pouvait être comparé au *ratio* en salle de réveil, où les patients étaient plus lourds puisqu'ils sortaient d'une opération chirurgicale et que le score de risque de gravité pouvait être beaucoup plus élevé.

La complexification intervenue depuis quelques années n'avait pas nécessité une modification du cahier des charges. Les tâches exigées du personnel (par exemple aider au premier lever, aider pour la mobilité) n'avaient pas changé non plus, elles étaient simplement devenues plus fréquentes.

Sur le principe, une infirmière capable de travailler dans ce secteur en 2019 était donc toujours capable de le faire actuellement. Le travail était toutefois plus dense et donc plus physique. Le risque d'un événement imprévu était aussi plus élevé. Des interventions rapides nécessitaient des contraintes physiques (par exemple pousser des lits ou des fauteuils roulants). Ces contraintes avaient certes toujours existé mais le personnel soignant était plus fréquemment mis à contribution actuellement. Il pouvait, par exemple, arriver qu'un patient « tombe dans les pommes », ce qui supposait que deux infirmières devaient le placer sur un lit et l'amener à la salle de réveil.

L'ouverture du nouveau centre était dorénavant prévue pour le mois de juin 2026. Il s'agissait d'un partenariat public-privé et le personnel soignant serait employé sous statut de droit privé. Un plan mobilité avait été ouvert pour aider les personnes du centre à changer de poste. Il avait été proposé aux infirmières qui le souhaitaient de rejoindre la salle de réveil et les soins intermédiaires. Toutefois, ces postes étaient plus lourds. Une aide avait été proposée si ces personnes souhaitaient postuler pour le nouveau centre ou pour trouver une autre activité aux HUG.

L'activité impliquait de pouvoir porter des charges de plus de 5 kg et de pouvoir manipuler les patients (premier lever, mobilité, contraintes physiques). Une entraide entre infirmières paraissait actuellement plus difficile. Au vu des limitations de A_____, l'activité à l'unité n'était pas envisageable compte tenu de la complexification progressive des prises en charge.

Il n'avait pas directement collaboré avec A_____.

m. Le 28 novembre 2025, les HUG ont remis leurs conclusions après enquêtes, persistant dans leurs conclusions.

Ils ont repris leur précédente argumentation sur la fin du droit au traitement de A_____, notamment par rapport au manque de force probante des certificats médicaux établis par la Dre G_____. L'adjoint responsable des soins au service F_____ avait souligné l'incompatibilité de son activité d'infirmière en soins généraux au centre avec les limitations de la recourante, à plus forte raison avec la complexification de la prise en charge de la patientèle en ambulatoire constatée ces dernières années. En outre, la CPEG avait également estimé qu'elle était inapte à sa fonction habituelle selon sa décision. Le SMR avait en outre retenu, dans son avis du 23 septembre 2024, que son état de santé s'était aggravé et que sa capacité de travail dans son activité habituelle d'infirmière au lit du patient était nulle. Les HUG étaient donc en droit de comptabiliser la période au-delà du 3 juin 2024 et plus particulièrement du 1^{er} juillet 2024 en tant qu'incapacité de travailler pour raisons de santé. Son droit au traitement était donc arrivé à échéance le 5 juillet 2024.

Ils ont également repris le parcours professionnel de A_____ et leurs arguments par rapport à l'existence d'un motif fondé. Les limitations identifiées ne lui permettaient pas d'assumer la fonction d'infirmière en soins généraux au sein de l'unité. Lors de son audition, elle avait admis devoir, à l'époque déjà, demander de l'aide à ses collègues pour accomplir certaines tâches. A_____ avait elle-même signalé, dans un courriel adressé à sa hiérarchie à l'été 2022, les difficultés qu'elle rencontrait dans certaines prises en charge, alors que le cahier des charges des infirmières dans l'unité n'avait pas été modifié, seules les contraintes physiques s'étant accentuées. L'adjoint responsable des soins au service F_____ avait confirmé que les limitations médicales pérennes n'étaient plus compatibles avec son activité actuelle au sein de l'unité, avant même sa fermeture prévue à l'été 2026. Il n'était pas non plus envisageable qu'elle puisse bénéficier d'une affectation en qualité d'infirmière en soins généraux aux HUG lorsque l'unité fermerait. Les

documents établis par la CPEG et l'OCAI allaient dans le même sens. Elle avait perçu des prestations provisoires d'invalidité à 100% dès le 5 juillet 2024. Enfin, malgré les efforts entrepris par les HUG et l'accompagnement prodigué, aucun poste pérenne correspondant à la problématique de santé n'avait pu être trouvé. Les HUG étaient donc en droit de résilier les rapports de service pour raisons de santé.

n. Le même jour, A_____ a transmis ses observations après enquêtes.

Les enquêtes n'avaient pas permis d'établir une augmentation significative des patients traités en ambulatoire et la lourdeur de leur prise en charge, vu l'absence de données portant uniquement sur le service de A_____. L'unité était en outre composée de fauteuils et non de lits. Un risque de gravité 3 équivalait à des patients souffrant d'angine de poitrine modéré, de diabète, d'hypertension, d'une dépendance à l'alcool ou disposant d'un *pacemaker*. L'audition de l'adjoint responsable des soins au service F_____ démontrait que le cahier des charges depuis 2022 n'avait pas été modifié.

Le médecin-conseil des HUG avait expliqué qu'une activité respectant les limitations de A_____ conduirait à son aptitude. L'inaptitude temporaire relevée par le SST le 14 février 2024 faisait référence à la situation médicale ponctuelle. Elle avait toutefois bénéficié d'un traitement efficace conduisant à une amélioration rapide de son état, expliquant ainsi sa reprise en juillet 2024. Après l'introduction du traitement contre le syndrome hyperéosinophilique, les douleurs en lien avec les levées de bras avaient disparu.

La procédure devant l'OCAI était toujours pendante. L'OCAI avait considéré que la capacité de travail était pleine dans une activité adaptée.

L'ouverture du nouveau centre avait été systématiquement repoussée. Elle n'avait pas bénéficié, ni avait été informée, du plan de mobilité et de l'accompagnement mentionnés par l'adjoint responsable des soins au service F_____, ce qui constituait une violation du principe de l'égalité de traitement, en sus de l'obligation de reclassement.

Elle demandait l'audition de N_____, la responsable des RH des HUG et des médecins ayant traité le syndrome hyperéosinophilique (docteur O_____) et du centre de la douleur (docteur P_____).

o. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées par courrier du 1^{er} décembre 2025.

EN DROIT

1. Interjetés en temps utile devant la juridiction compétente, les recours sont recevables (art. 132 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 - LOJ - E 2 05 ; art. 62 al. 1 let. a et 63 al. 1 let. c de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).

-
2. Selon l'art. 70 al. 1 LPA, l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune.

2.1 En l'occurrence, les procédures A/106/2025 et A/661/2025 concernent les mêmes parties et le même complexe de faits, les questions juridiques posées par les deux recours étant en outre fortement imbriquées. Il se justifie ainsi de joindre ces deux causes sous le numéro A/106/2025.

3. La recourante conclut à une tentative de conciliation entre les parties.

3.1 L'art. 65A al. 1 LPA prévoit que les juridictions administratives peuvent en tout temps procéder à une tentative de conciliation.

3.2 En l'espèce, les intimés ont indiqué, le 7 avril 2025, avoir déjà entrepris toutes les démarches qu'il était possible d'entreprendre. Partant, il apparaît qu'une tentative de conciliation serait vouée à l'échec, étant précisé que l'art. 65A al. 1 LPA est de nature potestative.

Il ne sera en conséquence pas donné suite à la requête de tenue d'une audience de conciliation.

4. La recourante sollicite son audition, celle des médecins-conseils des HUG, de son médecin traitant et des médecins ayant traité le syndrome hyperéosinophilique et du centre de la douleur ainsi que l'audition de la responsable des RH des HUG. Elle souhaite également que les intimés produisent son dossier personnel comprenant l'ensemble des avis médicaux du médecin-conseil entre 2019 et 2022, ainsi que ceux du SST établis en 2024. Les HUG demandent la production de la décision de la CPEG ainsi que tous les échanges intervenus avec cette dernière. Ils souhaitent également entendre l'adjoint responsable des soins au service F_____ et le responsable des RH du département.

4.1 Tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour l'intéressé d'offrir des preuves pertinentes, de prendre connaissance du dossier, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, 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 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). En outre, il n'implique pas le droit à l'audition orale ni à celle de témoins (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1).

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 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). Cela n'implique pas une audition personnelle de l'intéressé, celui-ci devant simplement disposer d'une occasion de se déterminer sur les éléments

propres à influencer sur l'issue de la cause (art. 41 LPA ; ATF 148 II 73 consid. 7.3.1 ; 145 I 167 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 1C_372/2021 du 26 janvier 2023 consid. 2.3 ; ATA/583/2024 du 14 mai 2024 consid. 2.1).

4.2 En l'espèce, la chambre de céans a procédé à des audiences de comparution personnelle et d'enquêtes au cours desquelles ont notamment été entendus la recourante, le Dr L_____, médecin-conseil des HUG et l'adjoint responsable des soins au service F_____. Les intimés ont joint à leurs réponses de nombreuses pièces dont les avis médicaux des médecins-conseils entre 2019 et 2022 ainsi que l'ensemble des avis médicaux du SST établis en 2024. La recourante a pour sa part produit la décision de la CPEG.

Les demandes respectives des parties en ce sens sont donc devenues sans objet.

Bien que convoquée pour être entendue, la Dre G_____ a écrit trois fois pour annoncer qu'elle ne pourrait pas témoigner pour des motifs de secret professionnel notamment. Outre le fait qu'il aurait appartenu à la recourante de délier son médecin du secret professionnel, les différents certificats établis par celle-ci suffisent à connaître sa position. L'audition de l'ancien médecin-conseil n'apparaît pas non plus nécessaire dans la mesure où, d'une part, celui-ci l'a examinée en juillet 2019, septembre 2021 et en janvier 2022, soit plusieurs années avant les nouvelles limitations de la recourante. D'autre part, les pièces médicales figurant au dossier permettent de traiter les griefs soulevés en toute connaissance de cause. De la même façon, l'audition des médecins ayant traité le syndrome hyperéosinophilique et du centre de la douleur n'apparaît pas nécessaire compte tenu des pièces figurant au dossier et des éléments recueillis à l'occasion des auditions des autres témoins par la chambre de céans, comme il sera expliqué ci-dessous. Enfin, les auditions de la responsable des RH des HUG, du responsable des RH du département, de même que la production des échanges intervenus avec la CPEG sont inutiles au vu des pièces figurant au dossier.

La chambre de céans considère ainsi que le dossier contient tous les éléments utiles pour statuer sur les griefs formulés par la recourante, sans qu'il soit nécessaire de procéder à des actes d'instruction supplémentaires.

- 5.** La recourante soutient qu'elle était apte à réintégrer son poste dès le 1^{er} juillet 2024, de sorte que les intimés n'étaient pas en droit de mettre un terme au versement de son traitement après le 5 juillet 2024.

5.1 Les HUG sont des établissements publics médicaux du canton de Genève (art. 1 al. 1 de la loi sur les établissements publics médicaux du 19 septembre 1980 - LEPM - K 2 05). Les membres de leur personnel sont soumis à la LPAC et à son règlement d'application du 24 février 1999 (RPAC - B 5 05.01), sous réserve de dispositions particulières figurant dans la LEPM, et au statut du personnel des HUG du 16 décembre 1999 (ci-après : le statut). Les HUG sont également soumis au règlement relatif à l'organisation des Hôpitaux Universitaires de Genève approuvé

par le conseil d'administration des HUG le 3 juin 2019 (ci-après : règlement des HUG).

5.2 Selon l'art. 5 du statut, le membre du personnel doit jouir d'un état de santé lui permettant de remplir les devoirs de sa fonction (al. 1). Il peut en tout temps être soumis à un examen médical pratiqué sous la responsabilité d'un médecin-conseil de l'établissement (al. 3). À la suite d'un examen médical, le médecin-conseil requis remet à l'intéressé et à la direction, une attestation d'aptitude, d'aptitude sous conditions ou d'inaptitude à occuper la fonction. Il précise les contre-indications qui justifient son attestation. Le respect du secret médical est garanti (al. 4).

Les art. 55 et 56 du statut, qui régissent le traitement des fonctionnaires des HUG, reprennent respectivement les art. 53 al. 1 RPAC, 10 al. 1 de la loi concernant le traitement et les diverses prestations alloués aux membres du personnel de l'État, du pouvoir judiciaire et des établissements hospitaliers du 21 décembre 1973 (L'Trait - B 5 15) et 53 al. 2 RPAC, ainsi que l'art. 54 RPAC – dans son ancienne teneur jusqu'au 4 juin 2025 – en ce qui concerne les absences pour cause de maladie ou d'accident.

L'art. 55 al. 2 du statut prévoit que le fonctionnaire a droit à son traitement dès le jour où il occupe sa fonction et jusqu'au jour où il cesse de l'occuper pour cause de démission ou pour toute autre cause.

Selon l'art. 56 al. 1 du statut, en cas d'absence pour cause de maladie ou d'accident attestée par un certificat médical, le traitement est remplacé par une indemnité pour incapacité de travail. Moyennant une prime payée par le fonctionnaire, l'établissement garantit la totalité du traitement à concurrence de 730 jours civils (520 jours de travail) (art. 56 al. 2 du statut).

Lorsqu'une absence a dépassé 30 jours civils sur une période d'observation de trois mois, un médecin-conseil de l'établissement peut prendre contact avec le médecin traitant du fonctionnaire et décide de toute mesure pour respecter tant la mission du médecin traitant que l'intérêt de l'établissement. Le médecin-conseil requis remet à l'intéressé, et à la direction, une attestation d'aptitude, d'aptitude sous conditions ou d'inaptitude à occuper la fonction. Il précise les contre-indications qui justifient son attestation (art. 56 al. 3 du statut). La durée des prestations prévues à l'al. 2 ne peut dépasser 730 jours civils (520 jours de travail) au total sur une période de 1'095 jours civils (780 jours de travail) (art. 56 al. 5 du statut).

5.3 L'art. 52 al. 2 des directives d'application du statut entrées en vigueur le 15 mai 1992, mises à jour le 15 octobre 2020 (ci-après : les directives) précise que l'incapacité de travail soit totale ou partielle, chaque absence compte pour une journée : toutefois, en cas de reprise partielle à titre de convalescence après une maladie ou un accident, la durée d'absence réelle sera décomptée durant les quatre premiers mois.

5.4 D'après la jurisprudence, afin d'assurer l'application uniforme de certaines dispositions légales, l'administration peut expliciter l'interprétation qu'elle leur

donne dans des directives. Celles-ci n'ont pas force de loi et ne lient ni les administrés, ni les tribunaux, ni même l'administration. Elles ne dispensent pas cette dernière de se prononcer à la lumière des circonstances du cas d'espèce (ATF 145 II 2 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 1C_658/2020 du 20 janvier 2022 consid. 3.2). Par ailleurs, elles ne peuvent sortir du cadre fixé par la norme supérieure qu'elles sont censées concrétiser. En d'autres termes, à défaut de lacune, elles ne peuvent prévoir autre chose que ce qui découle de la législation ou de la jurisprudence (ATF 148 V 144 consid. 3.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 1C_387/2021 du 20 février 2023 consid. 3.2.4 ; ATA/129/2023 du 7 février 2023 consid. 4c).

5.5 Il ressort des dispositions rappelées ci-dessus que les indemnités versées en cas d'absence pour maladie remplacent le traitement auquel les fonctionnaires et employés n'ont droit que tant qu'ils occupent une fonction au sein de l'État (ATA/648/2020 du 7 juillet 2020 consid. 4c et l'arrêt cité).

5.6 Selon la jurisprudence, il découle de l'ancien art. 54 al. 3 RPAC une obligation pour les médecins du service de santé du personnel de l'État de signaler toute situation problématique affectant l'aptitude d'un collaborateur à remplir la fonction pour laquelle il a été engagé, à défaut de quoi l'État risquerait lui-même de se voir reprocher de ne pas être intervenu pour protéger la santé de l'agent public concerné (ATA/876/2016 du 18 octobre 2016 consid. 7c et ATA/1299/2015 du 8 décembre 2015 consid. 10d).

Le rôle du médecin-conseil consiste à aborder la question de l'aptitude au travail sous un angle plus large qu'un médecin psychiatre par exemple, puisque son examen peut porter sur tous les aspects médicaux en lien avec le cas qui lui est soumis (ATA/1327/2018 du 11 décembre 2018 consid. 3b), en connaissance des besoins et risques concrets afférents aux fonctions concernées, et que les différents paramètres qu'il prend en considération ne sont pas nécessairement de nature à changer au cours du temps (ATA/876/2016 du 18 octobre 2016 consid. 7c).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; ATA/48/2020 du 20 janvier 2020 ; ATA/983/2018 du 25 septembre 2018 consid. 7).

En matière d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concernait la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux, sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves. Ainsi, l'élément déterminant pour la valeur probante d'un certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des

interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Le juge ne saurait écarter des résultats convaincants qui ressortent d'une expertise d'un médecin indépendant établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. Le simple fait qu'un certificat médical soit établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 701/2004 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.1 ; ATA/1327/2018 du 11 décembre 2018 consid. 3a).

5.7 En l'espèce, la recourante ne remet pas en cause la teneur des décomptes produits par les intimés selon lesquels elle a présenté un total de 730 jours civils d'absence sur une période d'observation de 1'095 jours, s'étendant du 6 juillet 2021 au 5 juillet 2024. Quand bien même pendant certaines périodes son absence n'aurait été que partielle, un jour d'absence compte comme un jour entier, quel que soit le taux d'absence, sous réserve de la période entre les 18 octobre 2021 et 15 février 2022 où ces 120 jours à 50% ont été décomptés à durée réelle en application de l'art. 52 al. 2 des directives.

La recourante a été engagée en qualité d'infirmière en soins généraux dès le 1^{er} mai 2001, puis promue infirmière spécialisée en C_____ avec effet au 1^{er} juillet 2004. Elle a rencontré ses premiers soucis de santé en 2012 et 2014 à la suite d'accidents non professionnel et professionnel. Entre août 2017 et mars 2018, elle a été en incapacité totale de travailler pour cause de maladie. Elle a ensuite recouvré partiellement sa capacité de travailler, avec des arrêts maladie, à des taux variables jusqu'en janvier 2019. Suivie par différents médecins et les RH, elle a effectué différentes missions temporaires au sein des HUG entre mars et juin 2018, juin et septembre 2018, septembre 2018 à septembre 2019, octobre 2019 et le 1^{er} février 2020, date de son reclassement effectif et formel au sein du centre de X_____ au service F_____.

Ce reclassement était dû au fait que la recourante n'était définitivement plus apte à exercer sa fonction d'infirmière en C_____. Elle ne pouvait plus en effet assumer le port de charges, capacité requise pour transférer des patients. Elle pouvait toutefois assumer une fonction d'infirmière dans un service de médecine ambulatoire et était apte à assumer une autre fonction hors des soins si cette activité ne requérait pas de port de charge selon le rapport du médecin-conseil des HUG du 31 juillet 2019.

À partir du 4 octobre 2021, la recourante a été en incapacité de travailler pour cause de maladie d'abord à 100%, puis à des taux variables, avec quelques reprises d'activité à 100% (du 19 décembre 2022 au 13 mars 2023 par exemple), avant de se retrouver à nouveau en incapacité totale de travail pour raison de maladie dès le 14 mars 2023.

Dans ce cadre, la recourante a été examinée à plusieurs reprises par le médecin-conseil des intimés et le SST :

- une première fois le 17 septembre 2021 par le médecin-conseil des intimes, selon lequel le problème qui avait motivé la consultation en 2019 et les restrictions alors émises étaient pérennes et donc la poursuite des adaptations à respecter toujours d'actualité. La recourante présentait un nouveau problème de santé qui faisait l'objet d'investigations en cours. Elle a été revue par le même médecin-conseil le 13 janvier 2022, lequel a confirmé que l'arrêt de travail partiel en cours était justifié pour une durée qu'il n'était pas possible de prédire. Enfin, elle a été reçue une troisième fois le 6 mai 2024. À l'issue de ce nouvel examen, le médecin-conseil des intimes a indiqué que la limitation de la durée des trajets de travail n'était plus d'actualité. Il a toutefois constaté la pérennité des autres limitations déjà identifiées, soit pas de port de charges de plus de 5 kg et une alternance la plus fréquente possible de position assis/debout, ainsi que l'existence d'une nouvelle limitation pérenne, à savoir l'absence d'élévation des membres supérieurs au-dessus du niveau de l'épaule. Elle était inapte de façon définitive au poste d'infirmière en C_____ et actuellement inapte à la fonction d'infirmière ou à tout autre travail. Elle serait possiblement apte à travailler d'ici quelques semaines à la fonction d'infirmière, après avoir commencé d'autres thérapies, mais en respectant ces limitations, et avec une éventuelle reprise par paliers progressifs. Il n'était pas possible d'envisager une reprise sans restriction ;

- le SST a reçu la recourante le 14 juin 2022 et il a été retenu que son poste F_____ en X_____ était parfaitement adapté et respectait ses limitations (pas de port de charges lourdes, alternance le plus possible de position assis/debout et un trajet de travail n'excédant pas 30 minutes). Elle a été reçue une deuxième fois le 23 février 2023 et il a été retenu que son poste d'alors était toujours adapté aux restrictions pérennes sur le port de charges et les transferts patients posées par le médecin-conseil en juillet 2019. Les troisième et quatrième fois, les 28 août 2023 et 14 février 2024, elle était inapte temporairement.

Le 3 janvier et lors d'un entretien du 21 mai 2024, il a été rappelé à la recourante que son droit au traitement prendrait fin le 5 juillet 2024.

Alors que depuis le 28 novembre 2023, la médecin traitante de la recourante avait régulièrement délivré des certificats médicaux certifiant une incapacité totale temporaire de travail, elle a attesté, le 28 mai 2024, que l'état de santé de sa patiente lui permettrait de reprendre partiellement son travail à raison de 20% du 3 au 9 juin 2024 (deux fois deux heures), à 30% du 10 au 16 juin 2024 (trois fois deux heures), à 55% du 17 au 23 juin 2024 (une fois dix heures et une fois douze heures) et à 85% du 24 au 30 juin 2024 (une fois dix heures et 2 fois douze heures) avec les restrictions prévues par le médecin-conseil des HUG le 6 mai 2024. Puis, le 27 juin 2024, la médecin traitante de la recourante a indiqué, dans un nouveau certificat, que son état de santé lui permettait de reprendre son travail à temps complet dès le 1^{er} juillet 2024 sans plus de précision.

À cet égard, il convient de relever que cet avis, qui émane de la médecin traitante de la recourante, a été donné peu avant la date de la fin de son droit au traitement.

Sa portée doit donc être relativisée. De surcroît, cet avis est pour le moins surprenant, dans la mesure où il préconise une reprise immédiate et à taux complet de l'activité alors que la recourante présentait une incapacité totale de travail depuis plus d'un an. De plus, certains des certificats médicaux sont lacunaires dans la mesure où ils ne font pas état des limitations fonctionnelles pourtant établies depuis quelques années. Le certificat médical du 3 septembre 2024 signé par le médecin traitant, produit dans le cadre des observations après l'entretien de service, n'est pas davantage convaincant dans la mesure où il ne comporte pas l'ensemble des restrictions pourtant posées par les autres médecins et se limite à indiquer que la restriction sur le port de charge n'a pas d'impact sur le déplacement des patients et qu'elle peut pousser des chaises roulantes.

À la suite de ces certificats médicaux, le médecin-conseil a été interpellé par les intimés les 4 et 28 juin 2024 pour qu'il les renseigne. Le Dr L_____ leur a répondu qu'il n'était pas nécessaire qu'il revoie la recourante et que les limitations contenues dans son rapport du 6 mai 2024 étaient maintenues. Après discussion avec la Dre G_____, cette dernière lui avait confirmé une reprise possible à 100% avec ces limitations.

Entendu en audience, le Dr L_____ a déclaré que la recourante pourrait être apte à travailler de manière générale dans une activité respectant les limitations décrites. Les autres pathologies en cours de traitement pourraient ne plus faire obstacle à la reprise d'une activité après un certain temps. Pour lui, la reprise dans les conditions prononcées semblait tout à fait faire sens. Il a par ailleurs confirmé avoir informé les HUG le 28 juin 2024 ne pas avoir d'objection à une reprise du travail à 100% pour autant que les limitations soient respectées. Sur ce point, il a toutefois souligné qu'il ne connaissait pas l'environnement de travail de la recourante, et que l'examen de la compatibilité de l'activité avec les limitations identifiées relevait du médecin du travail, ce qu'il n'était pas. De plus, celui-ci a expliqué que l'élément majeur concernant la situation médicale de la recourante était les douleurs. Or, il ressort du dossier de l'OCAI et plus particulièrement du rapport SMR que, selon le document médical établi le 2 juillet 2024 par la Dre P_____, du centre de la douleur du Centre hospitalier Q_____, la recourante souffre d'une névralgie cervico-brachiale chronique à bascule avec douleurs chroniques cervicales et contractures douloureuses paravertébrales associées, mobilité cervicale réduite de même que force des membres supérieurs avec limitation de leur utilisation pour réduction des douleurs. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charge de plus de 5 kg, manipulation des patients impossible, élévation des bras au-delà de l'horizontale impossible. Aucune capacité de travail dans l'activité habituelle d'infirmière n'était envisageable mais une capacité de travail de 80-100% dans une activité réputée adaptée.

S'agissant de la compatibilité de ces limitations avec une activité d'infirmière au sein du centre de X_____ du service F_____, il ressort des explications délivrées en audience par l'adjoint responsable de ce service qu'une telle activité s'était

complexifiée depuis quelques années, en ce sens que les patients avaient besoin de plus d'aide et de soutien, par exemple pour s'habiller, se lever ou se déplacer, ce type de tâches étant devenu plus fréquent. Des interventions rapides pouvaient parfois se révéler nécessaires, demandant des contraintes physiques de la part du personnel soignant. Dans un courriel du 29 août 2022 adressé à sa hiérarchie, la recourante a du reste elle-même fait état d'une patiente en fauteuil roulant demandant de l'aide pour s'habiller, se déshabiller, se mobiliser et aller aux toilettes. À l'époque, elle avait d'ailleurs dû aider un autre patient à s'habiller. Or, une telle activité, de par les contraintes physiques qu'elle comporte, ne peut être considérée comme compatible avec les limitations fonctionnelles de la recourante telles qu'elle ressortent du rapport du Dr L_____ du 6 mai 2024 et du document établi le 2 juillet 2024 par la Dre P_____, s'agissant notamment de la limitation à 5 kg de la capacité de portage – déjà identifiée de longue date – et de la limitation de mobilité et de force des membres supérieurs, nouvellement identifiée dans le rapport du Dr L_____.

C'est partant à juste titre que les intimés ont constaté que la recourante, nonobstant les certificats médicaux établis par sa médecin traitante, est demeurée au-delà du 3 juin 2024 inapte à exercer sa fonction d'infirmière au service F_____ du centre de X_____, avec pour conséquence que son droit au traitement devait prendre fin au 5 juillet 2024, soit la date d'échéance du délai de 730 jours civils prévus par l'art. 56 al. 2 du statut.

- 6.** La recourante soutient que la décision de résiliation des rapports de service est nulle, dans la mesure où elle a été prise par une autorité incompétente.

6.1 L'art. 29 al. 1 Cst. prévoit que toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. La jurisprudence a tiré de cette disposition un droit à ce que l'autorité administrative qui statue le fasse dans une composition correcte et impartiale (ATF 142 I 172 consid. 3.2 et les références citées). En outre, l'autorité administrative qui statue doit le faire dans une composition conforme à la loi (ATF 131 I 31 consid. 2.1.2.1).

6.2 La composition de l'autorité est définie selon les règles du droit de procédure ou d'organisation. Celui-ci prévoit généralement des quorums afin d'assurer le fonctionnement des autorités collégiales. L'autorité est ainsi valablement constituée lorsqu'elle siège dans une composition qui correspond à ce que le droit d'organisation ou de procédure prévoit. Si l'autorité statue alors qu'elle n'est pas valablement constituée, elle commet un déni de justice formel. Le droit constitutionnel à une composition correcte de l'autorité décisionnelle est de nature formelle. Sa violation, quelles que soient les chances de succès du recours sur le fond, conduit à l'annulation de l'arrêt entrepris (ATF 142 I 172 consid. 3.2 et les références citées).

6.3 Une décision ne saurait être valable si elle a été rendue par une autorité qui n'était pas habilitée par l'ordre juridique à la prononcer. La conséquence de

l'incompétence de l'auteur d'une décision peut varier suivant les circonstances : nullité ou simple annulabilité (ATA/49/2025 du 14 janvier 2025 consid. 4.3 ; ATA/778/2022 du 9 août 2022 consid. 2c et la référence citée).

Entrent avant tout en considération comme motifs de nullité l'incompétence fonctionnelle et matérielle de l'autorité appelée à statuer, ainsi qu'une erreur manifeste de procédure (ATF 149 IV 9 consid. 6.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 7B_526/2025, 7B_636/2025, 7B_637/2025 et 7B_638/2025 du 3 novembre 2025 consid. 4.1). Le Tribunal fédéral indique à cet égard que l'incompétence fonctionnelle ou matérielle, si elle est manifeste ou du moins aisément reconnaissable, peut constituer un motif de nullité, à moins que l'autorité qui a pris la décision ne dispose dans le domaine en cause d'un pouvoir général de décision ou que la reconnaissance de la nullité soit incompatible avec la sécurité du droit (ATF 136 II 489 consid. 3.3).

6.4 À teneur de l'art. 17 LPAC, le conseil d'administration est compétent pour prononcer la fin des rapports de service d'un membre du personnel d'un établissement public médical (al. 1). Il peut déléguer cette compétence à la direction générale de l'établissement (al. 4) ou, s'agissant de membres du personnel n'ayant pas la qualité de fonctionnaire, la sous-déléguer aux services de l'établissement (al. 6). Selon le règlement des HUG, le conseil d'administration a délégué la compétence de prononcer des licenciements pour motif fondé à la direction générale (art. 17.1), restant lui-même compétent en matière de fin des rapports de service pour raisons de santé ou d'invalidité (art. 9.2).

6.5 Les rapports de service d'un fonctionnaire peuvent être résiliés pour motif fondé (art. 21 al. 3 LPAC), à savoir lorsque, selon l'art. 22 LPAC, la continuation des rapports de service n'est plus compatible avec le bon fonctionnement de l'administration, notamment en raison de l'insuffisance des prestations (let. a), l'inaptitude à remplir les exigences du poste (let. b) ou la disparition durable d'un motif d'engagement (let. c). Il ne s'agit pas de démontrer que la poursuite des rapports de service est rendue difficile ou impossible, mais qu'elle n'est plus compatible avec le bon fonctionnement de l'administration (ATA/325/2021 du 16 mars 2021 consid. 3b ; ATA/287/2018 du 27 mars 2018 consid. 3a et références). L'intérêt public au bon fonctionnement de l'administration cantonale, déterminant en la matière, sert de base à la notion de motif fondé, lequel est un élément objectif indépendant de la faute du membre du personnel. La résiliation pour motif fondé est une mesure administrative qui ne vise pas à punir, mais à adapter la composition de la fonction publique dans un service déterminé aux exigences relatives à son bon fonctionnement (ATA/950/2023 du 5 septembre 2023 consid. 4.2 ; ATA/253/2018 du 20 mars 2018 consid. 4a et références).

6.6 En vertu de l'art. 26 al. 1 LPAC, le conseil d'administration peut aussi mettre fin aux rapports de service lorsqu'un fonctionnaire n'est plus en mesure de remplir les devoirs de sa fonction pour des raisons de santé ou d'invalidité. Contrairement à l'art. 17 LPAC, cette disposition ne réserve pas la délégation de cette compétence.

Dans un arrêt de principe (ATA/348/2019 du 2 avril 2019), la chambre administrative a retenu à propos de l'articulation entre les art. 21 et 26 LPAC que le licenciement d'un fonctionnaire en raison de son état de santé peut être appréhendé tant à l'aune des art. 21 al. 3 et 22 let. c LPAC que de l'art. 26 LPAC. Le membre du personnel doit jouir d'un état de santé lui permettant de remplir les devoirs de sa fonction (art. 5 al. 1 RPAC) et la disparition durable du motif d'engagement au sens de l'art. 22 let. c LPAC peut englober l'incapacité, pour des raisons de santé ou d'invalidité, de remplir les devoirs de sa fonction au sens de l'art. 26 al. 1 LPAC.

Selon l'arrêt précité, la règle spécifique prévue à l'art. 26 al. 3 LPAC doit être respectée quel que soit le fondement légal choisi par l'employeur public pour licencier un fonctionnaire pour un motif lié à son état de santé. Selon cette disposition, l'incapacité de remplir les devoirs de service doit, à moins qu'elle ne soit reconnue d'un commun accord, être constatée au terme d'un examen médical approfondi par le médecin-conseil de l'État, du pouvoir judiciaire ou de l'établissement en collaboration avec le médecin de la caisse de prévoyance et le ou les médecins traitants (al. 3). Ceci compte tenu de la *ratio legis* de l'art. 26 al. 3 LPAC, qui est d'assurer un lien entre la perte du salaire due à une atteinte à la santé du fonctionnaire et les prestations de la caisse de pension, afin d'assurer, le plus tôt possible, un traitement global, cohérent et juste de la situation médicale du fonctionnaire concerné dont les droits, que ce soit à l'égard de l'employeur ou de la caisse de prévoyance, sont ainsi, sous réserve d'une évolution de son état de santé, préservés (ATA/348/2019 précité consid. 6e).

Si, en vertu de l'art. 26 al. 3 LPAC, le médecin-conseil de l'autorité publique envisageant de résilier les rapports de service d'un fonctionnaire pour raisons de santé doit donc contacter, en sus des médecins traitants, le médecin-conseil de la CPEG, ce dernier reste libre de sa réponse dans chaque situation individuelle. S'il a été interpellé mais qu'il n'a pas été possible d'obtenir son avis, l'on ne saurait, selon la jurisprudence de la chambre administrative, reprocher à l'employeur public d'avoir violé l'art. 26 al. 3 LPAC, sous peine de rendre impossible la résiliation des rapports de service (ATA/950/2023 précité consid. 7.3).

6.7 En l'espèce, il ressort des écritures des intimés que la raison de la résiliation était, uniquement, l'inaptitude médicale de la recourante à remplir les exigences du poste. De plus, la lettre de licenciement ne se réfère pas à l'art. 26 LPAC mais aux art. 20 à 22 let. b et c LPAC, ce qui est admissible au regard de l'arrêt de principe susmentionné. Les rapports de service de la recourante n'ont ainsi pas été résiliés en vertu de l'art. 26 LPAC et il ne résulte pas de l'arrêt précité qu'en dérogation à l'art. 17 al. 4 LPAC, la compétence exclusive du conseil d'administration prévue à l'art. 26 al. 1 LPAC s'appliquerait à tout type de résiliation pour motifs de santé, à la différence de la règle spéciale de l'al. 3 de cette disposition, qui répond à une *ratio* spécifique. C'est le lieu de relever que l'art. 9.2 du règlement des HUG reprend les mêmes termes que l'art. 26 LPAC, dont il est le pendant, et qu'il doit être lu et compris conformément à cette disposition. La LEPM attribue au conseil

d'administration la compétence de révoquer les fonctionnaires, mais ne prévoit pas de règle similaire pour les licenciements. La compétence pour licencier la recourante se détermine par conséquent selon l'art. 17 LPAC et, conformément à son al. 4 et à l'art. 17.1 du règlement des HUG, elle revient à la direction générale des HUG, et non à son conseil d'administration.

La recourante ne saurait être suivie lorsqu'elle soutient que la lettre de licenciement aurait dû être signée par les deux membres de la direction générale des HUG, soit aussi par le directeur général adjoint, et non par le directeur des ressources humaines. À la différence de l'affaire qui a fait l'objet de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_561/2017 du 13 août 2018, selon lequel la directrice des ressources humaines des HUG, qui n'était pas membre de la direction générale, n'était pas compétente pour prononcer seule le licenciement d'un fonctionnaire de l'établissement (consid. 4.3), la résiliation n'émane ici pas du seul directeur des ressources humaines *ad interim*, le directeur général ayant lui-même signé la lettre de licenciement. La jurisprudence de la chambre de céans confirme que les signatures du directeur général et du directeur des ressources humaines des HUG sont suffisantes pour admettre la validité de la résiliation des rapports de service (ATA/295/2025 du 25 mars 2025 consid. 5.6 et l'arrêt cité).

La décision attaquée a dès lors été rendue par l'autorité compétente, en application des art. 21 al. 3 et 17 al. 4 LPAC et de l'art. 17.1 du règlement des HUG.

Le grief sera écarté.

7. La recourante soutient que son droit d'être entendue a été violé au motif qu'elle n'avait pas pris connaissance de son dossier avant l'entretien de service, que le dossier transmis par la suite était lacunaire, qu'elle n'a pas eu droit à un nouvel entretien de service, qu'elle n'a pas pu se déterminer sur les éléments manquants, qu'il n'a pas été fait mention de la base légale sur laquelle se fonderait la résiliation des rapports de service lors de l'entretien de service et que la décision attaquée ne mentionne pas clairement les motifs ayant conduit à la résiliation des rapports de service.

7.1 Tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., le droit d'être entendu comprend également le droit pour l'intéressé d'offrir des preuves pertinentes, de prendre connaissance du dossier, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, 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 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

Le droit d'être entendu implique, pour l'autorité, l'obligation de motiver sa décision, afin que, d'une part, le destinataire puisse la comprendre, l'attaquer utilement s'il y a lieu et, d'autre part, que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. L'autorité doit ainsi mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la partie intéressée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en

connaissance de cause. Elle ne doit toutefois pas se prononcer sur tous les moyens des parties mais peut se limiter aux questions décisives pour l'issue du litige (ATF 147 IV 249 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 2C_278/2023 du 10 janvier 2024 consid. 5.1).

7.2 En matière de rapports de travail de droit public, la jurisprudence admet que des occasions relativement informelles de s'exprimer avant le licenciement peuvent remplir les exigences du droit constitutionnel d'être entendu, pour autant que la personne concernée ait compris qu'une telle mesure pouvait entrer en ligne de compte à son encontre (ATF 144 I 11 consid. 5.3 in fine ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_176/2022 du 21 septembre 2022 consid. 4.1). La personne concernée ne doit pas seulement connaître les faits qui lui sont reprochés, mais doit également savoir qu'une décision allant dans une certaine direction est envisagée à son égard (arrêt du Tribunal fédéral 8C_158/2009 du 2 septembre 2009 consid. 5.2, non publié aux ATF 136 I 39, et les arrêts cités).

7.3 Le droit d'être entendu n'est pas une fin en soi. Il constitue un moyen d'éviter qu'une procédure judiciaire débouche sur un jugement vicié en raison de la violation du droit des parties de participer à la procédure, notamment à l'administration des preuves. Lorsqu'on ne voit pas quelle influence la violation du droit d'être entendu a pu avoir sur la procédure, il n'y a pas lieu d'annuler la décision attaquée (ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 7B_240/2025 et 7B_241/2025 du 3 septembre 2025 consid. 4.1.2 ; 7B_662/2024 du 9 octobre 2024 consid. 3.2.2).

La violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1). Le recours à la chambre administrative ayant un effet dévolutif complet, celle-ci dispose d'un libre pouvoir d'examen en fait et en droit (art. 61 al. 1 et 67 LPA), permettant la guérison d'une violation du droit d'être entendu (ATF 145 I 167 consid. 4.4 et 137 I 195 consid. 2.3.2).

7.4 L'autorité compétente peut résilier les rapports de service du fonctionnaire pour un motif fondé. Elle motive sa décision (art. 21 al. 3 1^{ère} et 2^e phr. LPAC).

7.5 Selon l'art. 44 RPAC, un entretien de service entre le membre du personnel et son supérieur hiérarchique a pour objet les manquements aux devoirs du personnel (al. 1). La convocation précise la nature, le motif de l'entretien et les personnes présentes pour l'employeur. Elle rappelle le droit de se faire accompagner (al. 3). À la demande d'un des participants, un compte rendu d'entretien est établi dans les sept jours. Les divergences éventuelles peuvent y figurer ou faire l'objet d'une note

rédigée par le membre du personnel dans un délai de quatorze jours, dès réception du compte rendu de l'entretien de service (al. 5).

7.6 En l'espèce, il ressort des pièces de la procédure que le secrétaire syndical, représentant la recourante jusqu'à la constitution de son avocat, a consulté son dossier le 11 juin 2024 et effectué des copies de certains documents, soit avant le 4 septembre 2024, date de l'entretien de service. Dans ce cadre déjà, la recourante a pu prendre connaissance des pièces de son dossier.

Il est néanmoins exact que le conseil de la recourante n'a reçu copie de l'intégralité du dossier personnel de sa mandante que le 10 septembre 2024, soit après la tenue de l'entretien de service. Cela étant, elle a pu faire valoir, le 24 septembre 2024, ses observations sur le compte rendu après réception et prise de connaissance de son dossier, conformément à l'art. 44 al. 5 RPAC, et surtout avant la décision de résiliation des rapports de service. En toute hypothèse, même si le dossier remis était lacunaire par rapport à celui produit par les intimés, la violation de son droit d'être entendue aurait été réparée par la présente procédure dans la mesure où la chambre de céans dispose d'un plein pouvoir d'examen en fait et en droit (art. 61 al. 1 LPA).

Selon le compte rendu de l'entretien de service, la recourante a été informée qu'une résiliation des rapports de service pourrait être décidée. Il ressort également de la convocation à cet entretien que le motif de celui-ci était son état de santé et son aptitude à exercer sa fonction. Même si la base légale sur laquelle reposerait la résiliation des rapports de service n'a pas été évoquée lors de cet entretien, la lecture du compte rendu permet de saisir que la problématique de la recourante s'inscrit dans un contexte d'inaptitude à remplir les exigences du poste (art. 22 let. b LPAC). La convocation à l'entretien de service est d'ailleurs claire sur ce point. Les intimés n'avaient donc pas à annoncer la base légale sur laquelle serait fondée leur décision.

Par ailleurs, outre le fait que l'art. 44 al. 1 RPAC n'impose pas aux intimés de fixer plusieurs entretiens de service, ils étaient en droit, par une appréciation anticipée des preuves qui leur étaient encore proposées, d'estimer qu'un nouvel entretien de service s'avérerait inutile et ne modifierait pas leur position.

Enfin, si certes les motifs à l'origine du licenciement litigieux ne figurent pas explicitement dans la décision attaquée, celle-ci fait clairement référence à l'entretien de service du 4 septembre 2025, dont le contenu a été reproduit dans le compte rendu y relatif, et sur lequel la recourante a pu émettre ses observations. Dès lors, cette dernière pouvait tout-à-fait comprendre les raisons pour lesquelles les intimés avaient décidé de mettre fin à leur relation de travail et attaquer cette décision en toute connaissance de cause devant la chambre administrative, ce qu'elle a d'ailleurs fait. Celle-ci peut au surplus dûment exercer le contrôle judiciaire, vu que le compte rendu de l'entretien de service expose clairement les motifs du licenciement.

Le grief est infondé.

8. La recourante considère que son licenciement ne repose pas sur un motif fondé.

8.1 En vertu de l'art. 21 al. 3 LPAC, l'autorité compétente peut résilier les rapports de service du fonctionnaire pour un motif fondé. Elle motive sa décision. Elle est tenue, préalablement à la résiliation, de proposer des mesures de développement et de réinsertion professionnels et de rechercher si un autre poste au sein de l'administration cantonale correspond aux capacités de l'intéressé. Les modalités sont fixées par règlement.

Il y a motif fondé, selon l'art. 22 LPAC, lorsque la continuation des rapports de service n'est plus compatible avec le bon fonctionnement de l'administration, soit notamment en raison de : l'insuffisance des prestations (let. a) ; l'inaptitude à remplir les exigences du poste (let. b) ; la disparition durable d'un motif d'engagement (let. c).

8.2 L'élargissement des motifs de résiliation des rapports de service, lors de la modification de la LPAC entrée en vigueur le 31 mai 2007, n'implique plus de démontrer que la poursuite des rapports de service est rendue difficile, mais qu'elle n'est plus compatible avec le bon fonctionnement de l'administration (ATA/783/2016 du 20 septembre 2016). L'intérêt public au bon fonctionnement de l'administration cantonale, déterminant en la matière, sert de base à la notion de motif fondé, lequel est un élément objectif indépendant de la faute du membre du personnel. La résiliation pour motif fondé, qui est une mesure administrative, ne vise pas à punir, mais à adapter la composition de la fonction publique dans un service déterminé aux exigences relatives au bon fonctionnement dudit service (ATA/1471/2017 du 14 novembre 2017 ; ATA/674/2017 du 20 juin 2017).

8.3 Le législateur, considérant que l'état de santé fait partie des conditions d'engagement (art. 5 RPAC et 26 LPAC), a estimé que si une absence pour cause de maladie ou d'accident perdure sans qu'un remède y soit apporté ou ne puisse y être apporté, le motif fondé de la disparition durable d'un motif d'engagement est acquis (Mémorial du Grand Conseil [ci-après : MGC] 2005-2006/XI A 10'437).

8.4 S'agissant de l'inaptitude à remplir les exigences du poste au sens de la let. b de l'art. 22 LPAC, l'exemple cité dans les travaux préparatoires mentionne le cas d'un collaborateur incapable de s'adapter à un changement dans la manière d'exécuter sa tâche, telle que l'incapacité de se former à de nouveaux outils informatiques (Rapport de la commission ad hoc sur le personnel de l'État chargée d'étudier le projet de loi modifiant la LPAC du 29 septembre 2015, PL 7'526-F, p. 3, cité par exemple dans les ATA/346/2019 du 2 avril 2019 consid. 8c et ATA/287/2018 du 27 mars 2018 consid. 3a).

8.5 Aux termes de l'art. 26 LPAC, le conseil d'administration peut mettre fin aux rapports de service lorsqu'un fonctionnaire n'est plus en mesure, pour des raisons de santé ou d'invalidité, de remplir les devoirs de sa fonction (al. 1). Il ne peut être mis fin aux rapports de service que s'il s'est avéré impossible de reclasser l'intéressé dans l'administration, au sein des services centraux et des greffes du pouvoir

judiciaire ou dans l'établissement (al. 2). L'incapacité de remplir les devoirs de service, à moins qu'elle ne soit reconnue d'un commun accord par le conseil d'administration, la caisse de prévoyance et l'intéressé, doit être constatée à la suite d'un examen médical approfondi pratiqué par le médecin-conseil de l'établissement en collaboration avec le médecin de la caisse de prévoyance et le ou les médecins traitants (al. 3).

8.6 À la suite de l'arrêt de principe de la chambre des assurances sociales relatif à la même cause que celle traitée dans l'ATA/348/2019 précité (ATAS/655/2021 du 17 juin 2021), la chambre administrative a rappelé que l'art. 26 al. 3 LPAC ne prescrivait pas la procédure à suivre en cas de mise à l'invalidité réglementaire, mais posait les conditions nécessaires et cumulatives pour qu'un employeur public mette fin aux rapports de service d'un fonctionnaire en cas d'incapacité durable de travailler pour des raisons de santé ou d'invalidité. Le respect de l'art. 26 al. 3 LPAC imposait au médecin-conseil de l'employeur public de prendre contact avec le médecin-conseil de la CPEG, celui-ci restant libre de sa réponse dans chaque situation individuelle (ATA/950/2023 du 5 septembre 2023 consid. 7.2).

Dans la mesure où l'incapacité de remplir les devoirs de service de manière durable avait été établie par le médecin-conseil de l'employeur public, au terme d'un examen approfondi, en collaboration avec les médecins traitants de la fonctionnaire, après plusieurs interpellations infructueuses du médecin-conseil de la CPEG, il ne pouvait, dans ces circonstances, être reproché à l'employeur public d'avoir violé l'art. 26 al. 3 LPAC, sous peine de rendre impossible toute résiliation des rapports de service avant que la CPEG n'accepte d'entrer en matière sur une rente réglementaire, la question d'une rente AI ayant dans cette affaire été tranchée par la négative près de deux ans auparavant (ATA/950/2023 précité consid. 7.3).

Cette jurisprudence a été récemment confirmée (ATA/560/2025 du 20 mai 2025 consid. 6 ; ATA/295/2025 du 25 mars 2025 consid. 6).

8.7 Dans un arrêt 1C_120/2024 du 18 novembre 2024, le Tribunal fédéral a rejeté le recours d'une fonctionnaire contre la confirmation de son licenciement pour motif fondé au sens de l'art. 22 let. b LPAC en raison d'inaptitude à remplir les exigences du poste pour des raisons de santé. Le licenciement avait été prononcé en mars 2023, après des absences fréquentes et régulières de la collaboratrice depuis 2019 et de façon ininterrompue depuis le 3 juin 2020. Il découlait des divers avis médicaux du dossier qu'elle ne présentait pas un état de santé durablement affecté, ce qui avait amené la chambre administrative à exclure l'application de l'art. 26 al. 3 LPAC (ATA/10/2024 du 9 janvier 2024 consid. 6.3).

Selon le Tribunal fédéral, la manière dont la chambre administrative avait analysé l'articulation entre les art. 21 al. 3 (*cum* art. 22 let. b) LPAC et l'art. 26 LPAC n'était pas insoutenable. L'art. 21 al. 3 (*cum* art. 22 let. b) LPAC traitait de la résiliation pour motif fondé en raison de l'inaptitude à remplir les exigences du poste. Il n'était pas arbitraire de considérer qu'un fonctionnaire était inapte à remplir les exigences du poste lorsqu'il était inapte pour des raisons de santé à retourner au poste de

travail pour lequel il avait été engagé, bien qu'il ait été apte à exercer une autre activité. Quant à l'art. 26 LPAC, intitulé « Invalidité », il pouvait être compris comme s'appliquant aux personnes dont l'état de santé était durablement affecté. La référence à l'invalidité dans l'art. 26 LPAC pouvait confirmer le caractère définitif de l'inaptitude. Il n'était ainsi pas déraisonnable de considérer que les absences pour motif de santé, même longues, mais pas durables, n'étaient pas visées par l'art. 26 LPAC. Cette distinction qui permettait de traiter de manière plus approfondie les absences définitives pour cause de maladie n'était pas arbitraire (consid. 2.2.4).

8.8 Par ailleurs, dans l'ATA/1144/2024 du 1^{er} octobre 2024, la chambre administrative a retenu que, dans la mesure où la recourante était apte à exercer sa fonction de secrétaire médicale dans un autre service, l'employeur public ne pouvait pas fonder la résiliation des rapports de service sur l'art. 26 LPAC. Cela ne changeait toutefois rien au fait que les différents intervenants avaient tous considéré que la recourante présentait une incapacité de travail à exercer sa fonction de secrétaire au secrétariat des urgences, au contact de ses anciennes collègues et sous les ordres de son ancienne hiérarchie. Il existait donc une disparition durable du motif d'engagement (art. 22 let. c LPAC en lien avec l'art. 5 RPAC), justifiant d'engager la procédure prévue par cette disposition en vue d'une éventuelle résiliation des rapports de service (consid. 5.11).

Cette jurisprudence a été confirmée dans l'ATA/560/2025 du 20 mai 2025, au motif que l'état de santé de la fonctionnaire ne lui permettait plus d'exercer la fonction de veilleuse de nuit, poste pour lequel elle avait été engagée, mais qu'elle disposait d'une aptitude entière au travail de jour. L'incapacité à travailler de nuit avait été confirmée par la médecin traitant et la médecin du travail de l'employeur public. Le fait que dès le 1^{er} mars 2024 la médecin traitante ait attesté d'une reprise de travail « avec des horaires de nuit » contredisait ses précédentes attestations, sans que le changement d'aptitude au travail de nuit n'ait été justifié dans le certificat médical. Par ailleurs, le rapport de proximité entre la médecin traitante et sa patiente imposait de considérer avec retenue les certificats médicaux établis par celle-ci. En revanche, les appréciations de la médecin du travail reposaient sur des examens cliniques plus récents et avaient été établies en connaissance des besoins spécifiques – et risques associés – à la fonction occupée par l'intéressée. En se fondant sur les appréciations médicales de la médecin du travail et de la médecin-conseil, l'employeur public avait à juste titre retenu une inaptitude définitive au travail de nuit (consid. 5).

8.9 Il est rappelé que la résiliation pour motif fondé est une mesure administrative visant à assurer le bon fonctionnement de l'administration, en adaptant, dans l'intérêt public, la composition de celle-ci, indépendamment d'une éventuelle faute. Une autorité peut par exemple, sans abuser de son pouvoir d'appréciation, retenir l'inaptitude de travailler compte tenu d'absences en soi justifiées, mais multiples, réparties sur de nombreuses années et largement supérieures à la moyenne du taux

d'absentéisme, car celles-ci empêchent le membre du personnel de mettre son temps à disposition de son employeur et, partant, de fournir les prestations convenues (ATA/346/2019 du 2 avril 2019 consid. 9).

De jurisprudence constante, en matière de rapports de service, l'employeur public dispose d'un large pouvoir d'appréciation. La chambre administrative peut intervenir en cas de violation du droit, y compris d'abus ou d'excès du pouvoir d'appréciation, ou de constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents, mais n'est pas compétente pour apprécier l'opportunité de la décision attaquée (art. 61 al. 1 et 2 LPA ; ATA/325/2021 précité consid. 3d).

Les rapports de service étant soumis au droit public, la résiliation est en outre assujettie au respect des principes constitutionnels, en particulier ceux de la légalité, l'égalité de traitement, la proportionnalité et l'interdiction de l'arbitraire (ATA/347/2016 du 26 août 2016 consid. 5e ; ATA/1343/2015 du 15 décembre 2015 consid. 8).

8.10 En l'espèce, comme vu ci-dessus, la capacité de travail de la recourante était considérablement limitée depuis des années. Selon le relevé des absences, la recourante a cumulé 664.7 jours d'absence pour raison de maladie entre mars 2021 et le 5 juillet 2024 et a été incapable de travailler à des taux variant entre 20 et 100% durant cette période.

Les limitations fonctionnelles et son inaptitude à remplir les exigences du poste, au vu des différents documents médicaux recueillis, ont d'ores et déjà été analysées ci-dessus dans le cadre de la question de savoir si les intimés pouvaient mettre fin à son traitement le 5 juillet 2024. Il suffit d'y renvoyer.

Il résulte de ce qui précède que la recourante ne jouissait plus d'un état de santé lui permettant de remplir les devoirs de sa fonction, ce qui est susceptible de fonder une résiliation selon les 21 al. 3 LPAC et 22 let. b et let. c LPAC.

Enfin, contrairement à ce qu'elle soutient, il ressort des pièces du dossier que les intimés ont interpellé le 13 décembre 2024, sans succès, le médecin-conseil de la CPEG avant de licencier la recourante. Il s'ensuit que la condition de l'art. 26 al. 3 LPAC, explicitée par la jurisprudence précitée, doit être *in casu* considérée comme respectée.

9. L'incapacité durable de travailler du fonctionnaire est un motif susceptible de justifier son licenciement, sous réserve du résultat de la procédure de reclassement.

9.1 Préalablement à la décision de résiliation, l'autorité compétente est tenue de proposer au fonctionnaire qu'elle entend licencier des mesures de développement et de réinsertion professionnelle et de rechercher si un autre poste au sein de l'administration cantonale correspond à ses capacités (art. 21 al. 3 LPAC).

Selon l'art. 48A du statut, lorsque les éléments constitutifs d'un motif fondé de résiliation sont dûment établis lors de l'entretien de service, un reclassement selon l'art. 21 al. 3 LPAC est proposé pour autant qu'un poste soit disponible au sein des

établissements publics médicaux et que l'intéressé au bénéfice d'une nomination dispose des capacités nécessaires pour l'occuper (al. 1). Des mesures de développement et de réinsertion professionnels propres à favoriser le reclassement sont proposées (al. 2). L'intéressé est tenu de collaborer et peut faire des suggestions (al. 3). En cas de reclassement, un délai n'excédant pas six mois est fixé pour permettre à l'intéressé d'assumer sa nouvelle fonction (al. 5). En cas de refus, d'échec ou d'absence du reclassement, une décision motivée de résiliation des rapports de service pour motif fondé intervient.

L'art. 26 al. 2 LPAC prévoit également le reclassement du fonctionnaire, en ce sens qu'il « ne peut être mis fin aux rapports de service que s'il s'est avéré impossible de reclasser l'intéressé [dans l'établissement concerné] ».

9.2 Comme l'a déjà relevé la chambre administrative (ATA/1144/2024 du 1^{er} octobre 2024 consid. 6.2 ; ATA/726/2024 du 18 juin 2024 consid. 7.2), le reclassement prévu à l'art. 48A al. 1 du statut, règle spéciale applicable au personnel des HUG, est limité aux postes disponibles au sein des « établissements publics médicaux » ; il ne vise donc pas ceux de l'ensemble de l'administration cantonale comme le prévoit l'art. 46A RPAC.

9.3 Le principe du reclassement, applicable aux seuls fonctionnaires, est une expression du principe de la proportionnalité (art. 5 al. 2 Cst.) et impose à l'État de s'assurer, avant qu'un licenciement ne soit prononcé, qu'aucune mesure moins préjudiciable pour l'administré ne puisse être prise (arrêt du Tribunal fédéral 8C_381/2021 précité consid. 6.2 ; ATA/506/2022 du 17 mai 2022 consid. 9b). La loi n'impose toutefois pas à l'État une obligation de résultat, mais celle de mettre en œuvre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui (ATA/506/2022 précité consid. 9b). L'employeur est tenu d'épuiser les possibilités appropriées et raisonnables pour réincorporer l'employé dans le processus de travail et non de lui retrouver coûte que coûte une place de travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_381/2021 précité consid. 6.2).

L'État a l'obligation préalable d'aider l'employé et de tenter un reclassement, avant de prononcer la résiliation des rapports de service : il s'agit tout d'abord de proposer des mesures dont l'objectif est d'aider l'intéressé à retrouver ou maintenir son « employabilité », soit sa capacité à conserver ou obtenir un emploi, dans sa fonction ou dans une autre fonction, à son niveau hiérarchique ou à un autre niveau. Avant qu'une résiliation ne puisse intervenir, différentes mesures peuvent être envisagées et prendre de multiples formes, comme le certificat de travail intermédiaire, un bilan de compétences, un stage d'évaluation, des conseils en orientation, des mesures de formation et d'évolution professionnelles, un accompagnement personnalisé, voire un outplacement (ATA/78/2020 du 28 janvier 2020 consid. 4a).

Il n'existe pas d'obligation pour l'État d'appliquer dans chaque cas l'intégralité des mesures possibles et imaginables, l'autorité disposant d'un large pouvoir d'appréciation pour déterminer et choisir les mesures qui lui semblaient les plus

appropriées afin d'atteindre l'objectif de reclassement. L'intéressé peut faire des suggestions mais n'a pas de droit quant au choix des mesures entreprises (arrêts du Tribunal fédéral 1C_609/2023 du 24 mai 2024 consid. 4.1 ; 8C_381/2021 du 17 décembre 2021 consid. 6.2 et l'arrêt cité)

9.4 Selon la jurisprudence, l'autorité administrative est dispensée de l'obligation d'ouvrir une procédure de reclassement préalable à un licenciement si le médecin-conseil constate que le fonctionnaire n'est pas médicalement apte à reprendre un emploi quelconque au sein de l'État de Genève à court et moyen terme, même si le fonctionnaire concerné est prêt à collaborer à la mise en place de cette mesure alors que le délai de protection de la résiliation des rapports de service pour temps inopportun est échu (ATA/10/2024 du 9 janvier 2024 consid. 5.3.2 et les arrêts cités).

Hormis le cas précité de problème de santé, seules les circonstances particulières, dûment établies à satisfaction de droit, peuvent justifier une exception au principe légal du reclassement et faire primer l'intérêt public et privé de nombreux employés de l'État sur l'intérêt privé de la personne licenciée (ATA/1060/2020 du 27 octobre 2020 consid. 9c ; ATA/1579/2019 du 29 octobre 2019 consid. 12h).

9.5 En l'espèce, à la suite de sa première longue absence pour maladie survenue entre août 2017 et mars 2018, la recourante a été affectée à des postes autres que ceux de sa fonction d'engagement. Elle a ainsi effectué trois missions hors soins, de nature administrative, d'abord du 18 juin au 14 septembre 2018 à 50% vu sa situation médicale, puis du 17 décembre 2018 à fin septembre 2019 (d'abord à 50%, puis à 80% dès le 17 décembre 2018, puis à 100% dès le 18 janvier 2019), puis du 1^{er} octobre 2019 au 31 janvier 2020.

La situation professionnelle et médicale de la recourante a également été suivie par la spécialiste en « *case management* » et une conseillère en réadaptation professionnelle de l'OCAI et elle a bénéficié de mesures professionnelles de l'AI.

À l'automne 2019, elle a bénéficié d'un reclassement au poste d'infirmière au service F_____ au centre de X_____, lequel respectait alors ses limitations, avec un début d'activité prévu au 1^{er} février 2020.

Dans la perspective de la fermeture planifiée dudit centre, prévue dans un premier temps pour la fin de l'année 2025, les HUG ont proposé au personnel un accompagnement dans le cadre de la mobilité interne et l'inscription à une formation intitulée « Construire son projet professionnel ». Un courriel en ce sens a été adressé le 22 juin 2023 à la recourante. S'il est vrai qu'elle était alors en arrêt maladie, elle savait depuis plusieurs années déjà que la structure de X_____ serait amenée à évoluer dans le sens d'un partenariat public/privé dans le futur et qu'elle devait réfléchir à son devenir professionnel, comme indiqué dans son rapport de la revue de la performance de mars 2021. Elle a en outre, comme vu ci-dessus et comme cela ressort des différentes notes d'entretiens, bénéficié d'un suivi et de l'aide de professionnels tout au long de son parcours professionnel. Dans ces

circonstances, aucune violation du principe de l'égalité de traitement ne saurait être retenue, contrairement à ce qu'elle soutient.

En outre, il ressort du dossier que les intimés ont contacté, par courriel, les responsables RH de l'institution ainsi que divers départements de l'État et d'autres établissements publics afin de savoir si un poste correspondant au profil de la recourante était disponible. Ils ont reçu 17 réponses négatives. Il sied de relever que les intimés ont effectué une recherche plus large que ce que leur impose l'art. 48A al. 1 du statut.

Dans ces circonstances, on ne voit pas ce que les HUG auraient raisonnablement pu mettre de plus en œuvre pour tenter de reclasser la recourante, compte tenu de ses qualifications et restrictions médicales. Sa hiérarchie a, plusieurs fois, tenté de lui trouver un emploi adapté à ses compétences et à son état de santé. Le fait que, en 2020 et à la suite d'une première inaptitude d'origine médicale à remplir les exigences de son poste, un nouveau poste au centre de X_____ ait pu être trouvé, ne signifie pas qu'elle est en droit d'en obtenir un autre après qu'une nouvelle inaptitude à remplir les exigences de ce nouveau poste eut été établie. La seule obligation incombant à l'employeur public dans un tel cas est de mettre en œuvre tout ce qui est raisonnablement possible d'exiger de sa part pour permettre à son collaborateur de reprendre une fonction compatible avec ses restrictions médicales et ses qualifications.

Par conséquent, il y a lieu de retenir que les intimés ont tenté, à satisfaction de droit, de reclasser la recourante après avoir dûment constaté qu'il lui était impossible dès mai 2024 d'exercer la fonction d'infirmière, étant relevé que la recourante ne démontre pas avoir, de son côté, postulé à des postes en conformité avec son devoir de collaboration.

Dans ces circonstances, la procédure de reclassement a été menée de manière conforme au droit.

Dès lors, le grief sera écarté.

La décision attaquée a ainsi été prise valablement, un motif fondé de résiliation des rapports de service était donné et la procédure de reclassement a été respectée, mais a échoué. Par conséquent, les intimés n'ont pas violé le droit ni abusé de leur pouvoir d'appréciation en mettant un terme aux rapports de service de la recourante. En ces circonstances, il n'y a pas lieu d'examiner les conclusions tendant à la réintégration de la recourante ou au versement d'une indemnité.

Partant, les recours seront intégralement rejetés.

- 10.** Vu l'issue du litige, un émolument de CHF 2'000.- et l'indemnité de CHF 250.- versée au témoin seront mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 87 al. 1 LPA ; art. 36 LPA ; art. 1 let. b et 3 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03). Les intimés disposant d'un service juridique, aucune indemnité ne leur sera allouée (art. 87 al. 2 LPA ; ATA/1277/2025 du 18 novembre 2025 consid. 8 et l'arrêt cité).

Compte tenu des conclusions du recours, la valeur litigieuse est supérieure à CHF 15'000.- (art. 112 al. 1 let. d de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 - LTF - RS 173.110).

* * * * *

PAR CES MOTIFS
LA CHAMBRE ADMINISTRATIVE

préalablement :

ordonne la jonction des procédures A/106/2025 et A/661/2025 sous le numéro A/106/2025 ;

à la forme :

déclare recevables les recours interjetés les 10 janvier et 26 février 2025 par A_____ contre les décisions des Hôpitaux universitaires de Genève des 21 novembre 2024 et 24 janvier 2025 ;

au fond :

les rejette ;

met un émolument de CHF 2'000.- et l'indemnité versée au témoin de CHF 250.- à la charge de A_____ ;

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

dit que, conformément aux art. 82 ss LTF, 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, av. du Tribunal-Fédéral 29, 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 Sacha CAMPORINI, avocat de la recourante, ainsi qu'à Me Véronique MEICHTRY, avocate des intimés.

Siégeant : Claudio MASCOTTO, président, Florence KRAUSKOPF, Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN, Patrick CHENAUX, Michèle PERNET, juges.

Au nom de la chambre administrative :

la greffière-juriste :

M. MICHEL

le président siégeant :

C. MASCOTTO

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties.

Genève, le

la greffière :