RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/198/2020-EXPLOI **ATA/447/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre administrative

Arrêt du 27 avril 2021

dans la cause

A_____
représentée par Me Romain Jordan, avocat

contre

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

EN FAIT

1) A_____ (ci-après : la clinique ou A_____) est au bénéfice d'une autorisation d'exploiter un établissement médical privé depuis le 2 novembre 2011.

Le Docteur B_____ en est l'administrateur avec signature individuelle.

2) L'Institut suisse des produits thérapeutiques Swissmedic (ci-après : Swissmedic) a effectué, le 16 mars 2017, une inspection à la clinique au sujet du retraitement et de la maintenance des dispositifs médicaux et a rendu une décision le 15 avril 2019. Au moins onze déviations avaient été identifiées lors de cette inspection.

Il ressort de ladite décision que la clinique avait informé Swissmedic avoir renoncé à implémenter les mesures correctives nécessaires afin de pouvoir effectuer le retraitement des dispositifs médicaux dans les conditions conformes aux exigences légales et avoir arrêté toute activité de retraitement, sauf de pré-désinfection, ce à partir du 14 juin 2017. Elle avait confié cette tâche à l'entreprise C_____. Swissmedic avait dès lors ordonné qu'en cas de reprise de l'activité de retraitement, la clinique devait l'en informer et s'assurer de satisfaire aux exigences légales.

3) Swissmedic et les inspecteurs du service du médecin cantonal de Genève (ci-après : SMC ou le médecin cantonal) ont fait une inspection non annoncée le 21 novembre 2019 pour vérifier le respect des dispositions entreprises.

Vu les constats de non-conformité et le péril en la demeure, Swissmedic avait prononcé, sur place, une interdiction immédiate de toute activité de retraitement des dispositifs médicaux, décision dont la confirmation écrite du 18 décembre 2019 précisait que les manquements constatés faisaient peser un risque immédiat et grave sur la santé publique, dès lors qu'ils augmentaient considérablement le risque d'infections et d'autres dangers. L'objectif du processus de retraitement des dispositifs médicaux était en effet de supprimer tout risque infectieux qui leur soit imputable et occupait une place essentielle dans la lutte contre les infections associées aux soins et visant à garantir des interventions médicales plus sûres.

4) À la suite de cette inspection, la direction générale de la santé (ci-après : DGS), par courrier du 29 novembre 2019, a imparti à la clinique un délai au 4 décembre 2019 pour se déterminer sur la non-conformité des locaux ainsi que les déviations majeures et critiques constatées lors de l'inspection du 21 novembre 2019. Cette inspection était à mettre en perspective avec d'autres inspections

intervenues les années précédentes ayant donné lieu à des demandes de mise en conformité par le SMC restées lettre morte.

En effet, l'ensemble des blocs opératoires ne satisfaisait non seulement pas aux règles de base requises en matière d'organisation, d'hygiène, de santé et de sécurité des patients, mais leur état était en outre susceptible de mettre en danger la sécurité sanitaire de ces derniers. Les déviations constatées au cours de la dernière inspection du Groupe risque pour l'état de santé et inspectorat (ci-après : GRESI) concernaient notamment :

- l'architecture (vestiaires, présence de locaux inappropriés tels que WC et stérilisation interne au bloc, impossibilité de respecter la règle professionnelle dite de « la marche en avant ») ;

- l'aménagement (revêtement des sols, murs et plafonds dégradés et pas désinfectables) ;

- l'exploitation (modalités de stockage de dispositifs médicaux et déchets non appropriées, défaut de contrôle de la propreté particulaire, de la température, du taux d'humidité et des pressions, modalités inadéquates de désinfection postopératoire des locaux) ;

- le personnel (carence de certaines qualifications professionnelles liées à l'activité des blocs opératoires, défaut d'application des règles professionnelles).

Compte tenu des violations graves de la loi sur la santé du 7 avril 2006 (LS - K 1 03) constatées, il était envisagé d'interdire l'exploitation des blocs opératoires et de limiter en conséquence l'autorisation d'exploitation de la clinique.

5) Il ressort du rapport du 16 décembre 2019, établi à la suite de l'inspection du 21 novembre 2019, qu'il s'agissait de procéder à une vérification par échantillonnage. Aussi, les déviations constatées n'étaient pas forcément représentatives de l'intégralité des déviations existantes. Grâce au système d'assurance de la qualité en place, l'établissement devait être en mesure d'assurer que les processus se déroulent de manière à satisfaire en tout temps aux exigences légales. On distinguait trois degrés de criticité pour chacune des déviations observées, à savoir la non-conformité critique, soit une déviation grave liée au non-respect des prescriptions légales, une action correctrice rapide étant indispensable, une non-conformité, soit une déviation par rapport aux bonnes pratiques et aux normes applicables, une action correctrice étant nécessaire à moyen terme et, enfin, une situation inappropriée où une recommandation d'amélioration était soumise. Dans le cas où aucune mesure correctrice n'était prise, une justification devait être fournie.

L'inspection avait en l'espèce identifié seize déviations, dont sept de non-conformité critique, sept de non-conformité et deux recommandations. Sur ces seize déviations, douze avaient déjà été identifiées en 2017. Une activité de retraitement importante avait été observée par rapport aux besoins de la clinique, laquelle n'était pas effectuée conformément aux exigences légales. Plusieurs déviations présentaient des risques importants mettant en question la conformité des dispositifs médicaux retraités. Au rang des non-conformités critiques apparaissaient :

- l'absence de traitement systématique des déviations constatées lors de l'inspection 17 mars 2017 ; le responsable n'avait pas connaissance du rapport de l'inspection ;

- l'unité de retraitement disposait d'un local comme zone sale et comme zone propre ; les deux avaient des dimensions qui ne permettaient pas une logistique efficiente ; les conception et construction n'étaient ni adaptées aux exigences de qualité concernées ni aux conditions de travail du personnel et par conséquent n'étaient pas conformes à l'état actuel de la technique et de la science. Quelques exemples non exhaustifs étaient donnés : les locaux étaient trop étroits, les surfaces de travail n'étaient en partie pas lisses et d'une coloration inadaptée, plusieurs fissures étaient présentes ; le climatiseur de la zone propre présentait un tuyau avec un bras mort où l'eau de condensation s'accumulait et était libérée dans une fuite ouverte ; du matériel de nettoyage des locaux (balai) était stocké dans la zone propre ;

- au niveau des contrôles de fonctionnalité, il manquait des loupes, des microscopes et/ou autre matériel pour la vérification visuelle des « DM » après la stérilisation ;

- au niveau du contrôle de routine des paramètres de stérilisation, il n'existait pas d'instructions permettant aux collaborateurs de vérifier et d'évaluer les résultats obtenus (par exemple : valeur de la pression, température et durée à atteindre) pour effectuer la libération de la charge correctement ;

- la mise en place d'une procédure de surveillance et de mesures formalisées dans le cadre d'un système de qualité fonctionnel (par exemple : enregistrement et maîtrise des non-conformités, service de réclamations, résultats d'audits internes, rapports de qualité etc.) n'avait pas pu être démontrée ;

- au niveau du processus de traitement des endoscopes thermolabiles, le produit utilisé pour la pré-désinfection n'était pas adapté pour le retraitement des endoscopes flexibles, selon l'indication de l'étiquette affichée dans la salle propre ;

- les endoscopes retraités étaient emballés dans du non-tissé et stockés en position horizontale pour une durée indéterminée. Avant leur utilisation, ils subissaient une désinfection de haut niveau selon la procédure.

6) Par décision du 19 décembre 2019, le SMC a interdit à A_____, à titre de mesures provisionnelles, d'utiliser l'ensemble de ses blocs opératoires jusqu'à leur mise en conformité totale. Tous les patients devant subir une intervention chirurgicale devaient être transférés au plus vite vers d'autres établissements médicaux. Cette décision était déclarée exécutoire nonobstant recours.

Bon nombre de déviations critiques par rapport aux normes en vigueur avaient été constatées au cours de l'inspection du 21 novembre 2019, susceptibles d'engendrer des risques notamment infectieux et par conséquent de mettre en danger la sécurité sanitaire des patients. Il résultait plus particulièrement du rapport d'inspection considéré les déviations suivantes :

- le bloc opératoire du 1er étage avait été aménagé sans annonce à l'office des autorisations de construire (ci-après : OAC) et exploité sans autorisation de la DGS ;

- des WC, un vestiaire et des locaux utilisés pour la stérilisation se situaient de manière inappropriée à l'intérieur des blocs opératoires ;

- la règle dite de « la marche en avant » qui permettait de limiter l'introduction de particules potentiellement contaminantes dans les locaux à atmosphère contrôlée ne pouvait pas être respectée du fait de l'architecture du bloc opératoire. Par exemple, il n'y avait pas de « sas d'aération » pour accéder au bloc opératoire du sous-sol ;

- les revêtements des sols, des murs et des plafonds des blocs opératoires (joints minéraux pour le carrelage, plinthes et sols en bois ou en agglomérés, rideaux en tissu et crépis muraux) étaient dégradés et non conformes aux normes, car non désinfectables ;

- un plafond d'une salle d'opération n'était pas étanche, favorisant ainsi la dissémination de particules dans ladite salle ;

- l'escalier et l'ascenseur permettant d'accéder aux blocs opératoires étaient dépourvus de système de contrôle d'accès, ce qui permettait l'entrée intempestive de collaborateurs, visiteurs ou patients ;

- dans le bloc opératoire du 1er étage, il n'y avait pas de vestiaire pour le personnel distinct de celui des patients, avec une séparation entre les zones propre et sale ;

- le contrôle de la température et de l'hygrométrie n'était pas assuré à l'intérieur des blocs opératoires, conformément aux normes en vigueur ;

- les mesures nécessaires concernant la conformité du système de ventilation n'avaient pas été effectuées pour l'ensemble des locaux qui composaient un bloc opératoire situé au sous-sol ;

- les flux ou pressions entrant et sortant de la salle de pré-désinfection au sous-sol, n'étaient pas mesurés, de même qu'au 1er étage dans une partie des locaux internes au périmètre du bloc opératoire ;

- la responsable de la stérilisation et des blocs opératoires, aide de bloc, ne disposait pas des formations requises pour exercer ces responsabilités ;

- un grand nombre de dispositifs médicaux, de type boîtes de chirurgies et autres dispositifs disponibles pour des interventions médicales avaient une date limite de stérilisation dépassée depuis plusieurs mois ;

- il n'existait pas de local pour le stockage transitoire des déchets médicaux.

En outre, les dispositifs médicaux utilisés pour les chirurgies au sein de la clinique étaient stérilisés sur place, de manière non conforme, et ce malgré l'interdiction de cette activité formulée par Swissmedic en 2017.

En conséquence, A_____ ne remplissait plus l'ensemble des conditions pour bénéficier d'une autorisation d'exploiter une institution de santé prévues à l'art. 101 al. 2 LS. Les déterminations de la clinique reçues le 17 décembre 2019 n'avaient apporté aucune réponse aux griefs soulevés, ni solution légalement admissible pour pallier les graves manquements constatés le 21 novembre 2019.

7) La clinique a formé recours le 13 janvier 2020 devant la chambre administrative de la Cour de justice (ci-après : la chambre administrative) contre cette décision (cause A/198/2020). Elle a conclu préalablement à la restitution de l'effet suspensif au recours et, au fond, à l'annulation de cette décision.

La mesure litigieuse mettait en danger sa survie économique. Pour la période du 1er novembre au 18 décembre 2019, plus de deux cents opérations avaient été pratiquées à la clinique. Pour celle du 19 décembre 2019 au 31 janvier 2020, pas moins de septante étaient planifiées. Il existait ainsi un préjudice irréparable selon l'art. 57 let. c de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10). Contrairement à ce que la DGS affirmait, les précédentes inspections, des 24 février, 19 mars, 25 juin et 28 juillet 2015, puis 7 et 19 avril 2016 et les demandes de correction n'étaient pas restées sans suite. Les blocs opératoires étaient régulièrement examinés et la DGS n'avait jamais dit que la sécurité des patients était compromise. Il n'y avait aucun fait nouveau

justifiant de retenir le contraire et de prendre une mesure urgente, avec retrait de l'effet suspensif.

Si la clinique avait l'intention d'apporter des améliorations le plus rapidement possible, ce qu'elle avait commencé à faire, elle contestait que la sécurité des patients fût atteinte, aucun incident n'étant au demeurant intervenu, justifiant l'interdiction d'opérer. L'urgence n'était pas donnée. La DGS avait régulièrement contrôlé les blocs opératoires, sans jamais tirer la sonnette d'alarme, et la A_____ avait répondu à ses demandes. Certaines des critiques faites remettaient en question l'architecture même des blocs opératoires, problème qui n'avait pas été soulevé lors des inspections précédentes. Un architecte avait été mandaté pour effectuer les travaux nécessaires et pour contrôler les accès qui devaient l'être, dont certains avaient déjà été réalisés, telle la suppression de WC dans un bloc opératoire. Elle avait décidé d'installer des digicodes d'accès. Les inspecteurs ne formulaient aucune critique sur les salles d'opération.

La clinique avait produit avec ses observations à la DGS du 13 décembre 2019 et versait à la procédure nombre de documents attestant de son sérieux et de son souci de la sécurité des patients en particulier concernant leur préparation avant l'intervention, leur descente au bloc, la préparation « pré-op » chirurgie, l'entretien des blocs opératoires, la « check-list » nettoyage des salles d'opération, le bio-nettoyage des blocs opératoires, l'hygiène des mains au bloc opératoire, la marche à suivre en cas d'accident d'exposition au sang/liquides biologiques, les procédures de maintenance externe et corrective des dispositifs médicaux, ainsi que divers rapports de contrôle quant à la qualité de l'air, au contrôle des connexions de fluides, aux filtres et aux installations électriques.

La DGS avait produit des photos des locaux mettant en évidence quelques dégradations qu'il s'imposait de corriger, ce qui avait mené la clinique à notamment supprimer les toilettes des blocs opératoires.

8) La DGS a conclu, le 30 janvier 2020, au rejet du recours et à la confirmation du retrait de l'effet suspensif dont le médecin cantonal avait assorti la décision querellée, ce dans l'attente d'une décision au fond.

La clinique avait largement eu la possibilité de se conformer aux demandes du SMC et seule sa propre inaction avait mené au prononcé de la mesure querellée, rendue indispensable par une nette dégradation des conditions des blocs opératoires, faisant craindre pour la sécurité et la prise en charge des patients. Dans la mesure où ces derniers ne venaient y suivre que des soins de confort, la fermeture de la clinique ne créait pas de pénurie sanitaire pour des personnes rencontrant des urgences médicales.

Le SMC démontrerait au fond que non seulement les blocs opératoires étaient non conformes du point de vue sanitaire, mais également de la police des

constructions. Les autorisations nécessaires à leur transformation n'avaient jamais été sollicitées pour les blocs n^{os} 1 et 2. Pire, le bloc n^{o} 3 n'avait jamais été annoncé au département compétent et une demande d'autorisation n'avait été déposée que le 17 janvier 2020, suite à une rencontre entre le GRESI et des représentants de la clinique, soit après le prononcé des mesures provisionnelles attaquées. Son existence même était dès lors illégale.

Une urgence pouvait résulter de la survenance d'un fait nouveau grave, mais également de la dégénérescence progressive d'une situation de gravité moindre, aboutissant à un danger sanitaire imminent. La clinique faisait grief au médecin cantonal de n'avoir jamais « tiré la sonnette d'alarme » ; c'était précisément pour ne pas avoir à le faire que les recommandations du GRESI étaient émises et devaient être suivies. La clinique ne pouvait se soustraire à ses responsabilités en alléguant qu'il appartenait au SMC d'agir, alors même que des rapports d'inspection successifs n'avaient cessé d'attirer son attention sur le non-respect des normes et sur son devoir d'y remédier. La succession des inspections avait démontré qu'au lieu d'une amélioration, une détérioration des conditions sanitaires prévalait. L'autorité ne pouvait évidemment pas attendre qu'un incident se produise pour agir. Il avait, de façon récurrente, été constaté que du personnel non formé ou ne disposant pas de la formation adéquate intervenait dans la clinique et dans les blocs opératoires, que des personnes étaient présentes dans la zone des blocs dans une tenue inappropriée ou encore que le conditionnement des produits thérapeutiques n'était pas conforme. Par ailleurs, A_____ n'avait pas davantage donné suite aux injonctions de Swissmedic, en indiquant au contraire de façon sciemment mensongère qu'elle avait cessé toute activité de retraitement des dispositifs médicaux, créant ainsi volontairement une situation de danger sanitaire pour les patients.

Dans ce contexte de risque infectieux grandissant, la mesure prononcée s'avérait nécessaire à la sauvegarde des intérêts des patients. Suite au prononcé de ladite mesure, loin de la contester sérieusement, la clinique semblait avoir entamé une partie des travaux devant permettre sa mise en conformité. La suspension partielle de l'autorisation d'exploiter et le retrait de l'effet suspensif devaient être maintenus jusqu'à ce que l'exploitation soit, d'une part avalisée par le département compétent et, d'autre part que le SMC ait donné un préavis positif.

9) Le 5 février 2020, la clinique a produit un certain nombre de documents visant à démontrer qu'elle avait corrigé plusieurs points litigieux. Une société extérieure avait été mandatée depuis 2017 afin de procéder à la stérilisation des dispositifs médicaux ; aucune stérilisation n'était réalisée à la clinique même. Une requête en autorisation de construire, en procédure accélérée, avait été déposée le 17 janvier 2020.

10) La DGS a présenté sa réponse sur le fond le 19 février 2020 et a conclu, à la forme, à l'irrecevabilité du recours et, au fond, subsidiairement à son rejet.

La clinique n'expliquait pas dans son recours en quoi la décision du médecin cantonal serait véritablement contestable, preuves à l'appui, se bornant à affirmer que l'urgence, et donc la mesure provisionnelle ne serait pas fondée, puisque les patients n'encouraient aucun danger, dès lors qu'aucun accident ne serait survenu, ce qui ne constituait en aucun cas un élément probant. À plus forte raison, on ne comprenait pas dans quelle mesure elle recourait contre la décision litigieuse dans la mesure où, postérieurement à celle-ci, des travaux étaient envisagés pour la mise en conformité de l'ensemble des blocs opératoires, le dépôt d'une demande d'autorisation de construire étant effectivement intervenu. Le recours ne satisfaisait dès lors pas aux exigences de l'art. 65 al. 2 LPA.

À compter de l'année 2015, les rapports d'inspection du GRESI faisaient état de problèmes persistants en relation avec les blocs opératoires, allant en s'aggravant. Aucune de ces inspections n'avait pu être exhaustive, du fait d'activités chirurgicales en cours. La DGS détaillait les diverses inspections et les constats faits, pièces produites à l'appui, jusqu'à celle du 21 novembre 2019 ayant permis pour la première fois l'inspection des blocs opératoires dans leur quasi-totalité. Des déviations avaient été constatées dans plusieurs domaines, notamment architectural, d'aménagement, d'exploitation et de ressources humaines. La DGS détaillait le processus ayant précédé le prononcé de la mesure provisionnelle litigieuse, comprenant les diverses déterminations de la clinique et la communication à cette dernière de l'intégralité du dossier.

Le SMC, à l'instar d'autres services de l'État, avait été contacté par l'OAC pour donner un préavis sur les plans des travaux prévus visant la mise en conformité des blocs opératoires. Le 31 janvier 2020, le GRESI avait diligenté une inspection visant à vérifier la non utilisation des blocs opératoires. Selon le rapport y relatif, aucune activité chirurgicale n'était pratiquée et des travaux de rafraîchissement avaient été réalisés dans le bloc du sous-sol. Le 10 février 2020, l'OAC avait transmis à la clinique le préavis de la DGS sur les plans déposés le 17 janvier 2020, avec une demande de modification détaillant les travaux envisagés dans les blocs opératoires.

L'Unité d'hygiène, prévention et contrôle de l'infection du Centre hospitalier universitaire vaudois (HPCi-CHUV) mettait à disposition des institutions de soins toutes les recommandations et les informations sur l'hygiène, la prévention et le contrôle des infections. Dans un document issu de son site Internet www.hbci.ch, elle rappelait les principes, notamment architecturaux, qu'il convenait de respecter dans les blocs opératoires afin d'éviter les risques infectieux. Il en ressortait, en particulier du document intitulé « Bloc opératoire et risque infectieux » :

> « Plusieurs éléments tels l'organisation/architecture des locaux, les systèmes de ventilation, la tenue vestimentaire et l'activité humaine jouent un rôle non négligeable sur la qualité microbiologique de l'environnement du bloc opératoire.

« La qualité de l'air dans l'enceinte peut être à l'origine d'infections si le système est mal conçu, mal entretenu ou son fonctionnement perturbé (portes ouvertes, va-et-vient intempestifs en salle d'opération,…) […] La qualité de l'air en salle d'opération joue un rôle non négligeable lors d'interventions avec mise en place d'implants.

« Les matériaux utilisés pour les revêtements horizontaux et verticaux doivent être choisis de manière à optimiser le nettoyage (lisses, sans aspérités ni saillies, avec le moins de joints possibles résistants aux produits nettoyants-désinfectants utilisés). »

Les risques infectieux, dont il était question dans ce document, étaient entre autres ceux constatés à la clinique le 21 novembre 2019 ayant donné lieu à la décision querellée. Nonobstant les corrections de certains défauts depuis lors, une mise en conformité des blocs opératoires propre à écarter tout risque infectieux nécessitait des modifications architecturales et techniques plus substantielles. Ces modifications concernaient le système de flux de ventilation pour assurer la propreté de l'air des blocs opératoires, la qualité des revêtements en place, afin de respecter les normes de nettoyage et de désinfection des blocs opératoires et les zones d'accès du personnel, des patients, du matériel chirurgical et de l'élimination des déchets. En effet, les problèmes de température, d'hygrométrie, de flux de pression des blocs opératoires n'avaient pas encore été résolus, ce qui constituait un point primordial à corriger d'autant plus dans le cas d'une clinique spécialisée dans la pose d'implants dans les domaines de l'orthopédie et de la chirurgie esthétique. Les revêtements des sols, des murs et des plafonds des blocs opératoires n'étaient toujours pas désinfectables. Bien que des revêtements muraux et de sol aient été posés dans la zone de stockage du bloc opératoire du sous-sol, postérieurement au 19 décembre 2019, ils étaient non lisses au niveau des jointures et par conséquent non conformes. Il n'y avait toujours pas de sas d'aération pour accéder aux blocs opératoires, ce qui était indispensable pour pouvoir respecter la règle dite de « la marche en avant » permettant de limiter l'introduction de particules contaminantes dans les locaux à atmosphère contrôlée.

Il était établi que l'intérêt des patients et la sauvegarde de leur santé primaient sur celui de la clinique, ce d'autant plus que celle-ci n'établissait nullement que les améliorations apportées tendraient à rendre les locaux conformes en écartant les risques infectieux. Ainsi, la suspension partielle de l'autorisation d'exploitation lui interdisant d'utiliser les blocs opératoires était justifiée et devait être confirmée jusqu'à leur mise en conformité totale.

11) Dans sa réplique du 25 février 2020, A_____ a souligné que, depuis le 21 novembre 2019, l'intégralité de l'activité de retraitement des dispositifs médicaux était confiée à une société externe, ce point étant retenu à charge par Swissmedic dans son rapport. De plus, suite à son interpellation le 11 février 2020, le médecin cantonal avait précisé que les modifications nécessaires

concernaient le système de flux de ventilation pour assurer la propreté de l'air des blocs opératoires, la qualité des revêtements en place afin de respecter les normes de nettoyage et de désinfection des blocs opératoires et, enfin, les zones d'accès du personnel, des patients, le matériel chirurgical et l'élimination des déchets. Des tests de ventilation avaient été réalisés, dont les résultats étaient bons, un rapport complet devant être encore produit. La qualité des revêtements était déjà démontrée par les photos produites. Des digicodes avaient été installés pour contrôler les accès aux blocs opératoires. Une société avait été mandatée pour l'élimination des déchets.

Les postes d'une cinquantaine d'employés, en l'état rémunérés sans travailler, étaient en jeu.

12) La chambre administrative a, par décisions des 7 et 28 février 2020, rejeté les requêtes de restitution de l'effet suspensif liées à ce recours.

13) Un transport sur place est intervenu le 9 mars 2020.

Il ressort du procès-verbal établi à cette occasion qu'une requête d'autorisation de construire était en cours d'instruction, avec l'aide d'un architecte spécialisé dans les blocs opératoires. Il avait été renoncé à une précédente demande d'autorisation de construire en procédure accélérée (APA), déposée en 2017, pour créer un nouveau bloc opératoire.

Depuis le rez-de-chaussée, pour descendre dans le bloc opératoire du sous-sol, un digicode permettait l'ouverture de la porte donnant sur les escaliers et un autre celle de l'ascenseur. Les escaliers desservant le sous-sol avaient été refaits. En arrivant au sous-sol, une porte comportait l'indication « accès interdit » et l'autre « accès au vestiaire blocs ». Un stock de vêtements se trouvait sur une étagère à l'extérieur du vestiaire du bloc opératoire. Le Dr B_____ avait précisé que lesdits vêtements n'étaient utilisés qu'à l'extérieur. Le représentant du SMC avait relevé que le risque que ces vêtements soient introduits et utilisés dans le bloc en étant contaminés existait. Le Dr B_____ s'était dit d'accord de les entreposer ailleurs.

Le médecin cantonal avait relevé ne pas avoir vu dans les rapports de D_____ de mesures concernant la circulation d'air dans le vestiaire.

Le Dr B_____ était d'accord de différencier par leur couleur les vêtements, soit les chasubles, sabots et autres, des chirurgiens et du personnel du bloc, portés durant les pauses, respectivement à l'intérieur du bloc.

Le médecin cantonal avait relevé que la dimension des vestiaires ne permettait pas de réellement séparer la zone où l'on se changeait en enlevant les vêtements hypothétiquement contaminés de celle située devant l'entrée dans le bloc, où l'on revêtait les vêtements propres. Le lavabo devrait être plus profond,

soit être muni d'une barre anti-projections afin d'éviter que l'eau contaminée ne gicle sur les tenues, soit être uniquement une zone de désinfection avec un lavabo situé à l'intérieur des deux vestiaires. Le Dr B_____ avait indiqué être d'accord de faire les modifications nécessaires, à affiner avec l'architecte.

L'ascenseur s'ouvrait avec un système de double porte et permettait de recevoir un lit assis. Selon le SMC, l'arrivée des patients en ascenseur et leur passage entre le chariot d'étage et le brancard du bloc se faisait dans une zone qui devrait être en limite de zone propre. Le Dr B_____ avait précisé que le patient changeait de chariot à la sortie de l'ascenseur, en zone sale, et était pris en charge par des personnes rattachées au bloc opératoire.

Le médecin cantonal avait demandé le remplacement des appliques et le nettoyage des fissures des peintures sur le mur face à l'ascenseur. Il fallait aussi s'assurer que pendant la descente de l'ascenseur et lors de l'ouverture de sa porte, le flux d'air se dirige depuis le bloc opératoire vers la cage de l'ascenseur et non l'inverse. Moyennant ces modifications et leur vérification, le transfert du patient à la sortie de l'ascenseur, selon les modalités décrites par le Dr B_____, serait admissible.

Selon le médecin cantonal, un marquage au sol, délimitant la zone éventuellement contaminée devant la sortie de l'ascenseur de la zone propre, et ne devant être franchie que par les personnes « propres », était souhaitable.

Le Dr B_____ a rappelé que les pièces de stérilisation étaient en l'état désaffectées. Le SMC a précisé que, pour être fonctionnelles, elles devraient être déplacées et utilisées comme un sas entre le bloc et l'extérieur. Le Dr B_____ s'est dit prêt à les condamner.

À l'intérieur de la première salle d'opération, le SMC a relevé que les deux armoires devraient toucher le plafond pour éviter des dépôts de poussière sur leur sommet. Le Dr B_____ s'est dit d'accord de faire le nécessaire. Le médecin cantonal a ajouté que selon le type de chirurgie, les armoires n'étaient pas autorisées dans la salle opératoire, ou plus exactement devaient pouvoir être sorties entre chaque opération pour une désinfection complète des sols voire des parois. Le Dr B_____ a répondu que c'était parfaitement envisageable.

Le SMC a noté la présence d'une boîte de protection de prise un peu « bricolée » en recommandant qu'une calle métallique soit posée en dessous de cette prise. Certains chariots étaient dans un état (rouille) empêchant leur désinfection, l'idée sous-jacente étant que tout puisse être réellement désinfecté de façon stricte. Le Dr B_____ s'est dit d'accord de procéder à ces modifications.

Selon le SMC, les petits trous décoratifs dans la poubelle étaient des dépôts à saleté. Les poubelles devaient donc être changées. La porte automatique de la

salle opératoire, ce qui valait également pour la seconde salle, était problématique car elle était posée à l'intérieur de la salle et que son mécanisme de coulissement n'était pas accessible. Elle devrait être installée à l'extérieur et sans coffre, afin de pouvoir être parfaitement désinfectée. La peinture à l'entrée du bloc avait été refaite mais il doutait qu'elle fût effectivement désinfectable, ce à quoi le Dr B_____ a répondu qu'elle était lessivable.

Les meubles de la salle de réveil avaient été haussés jusqu'au plafond avec un joint. Le trou du sol avait été bouché. Un chauffage avait été enlevé. Le SMC suggérait donc de fermer et d'isoler les anciennes zones de stérilisation jusqu'à ce qu'elles aient une autre affectation.

Les regards permettant d'accéder à des installations (drain ?) (sic) sous le sol devraient être recouverts pour empêcher le dépôt de poussière, tout en restant repérables au cas il faudrait les ouvrir.

Le Dr B_____ a précisé que les catelles et le tapis du dépôt de matériel avaient été changés pour des modèles nettoyables. Le SMC a émis un doute quant au fait que lesdits revêtements soient effectivement adaptés au bloc et a demandé leur description technique pour vérifier ce point.

Au niveau de la seconde salle opératoire, des WC avaient été enlevés. Selon le SMC, la petite pièce se situant avant les anciennes toilettes, ainsi que ces dernières, devaient être remises aux normes pour ne pas avoir de surface pouvant recevoir de la poussière. Le cas échéant, il faudrait condamner la porte. Le Dr B_____ était d'accord de le faire. Le même problème de regard existait sur le sol. Le SMC a souligné que tout le matériel dans la salle opératoire devait pouvoir être sorti entre chaque opération pour sa désinfection. Le Dr B_____ a expliqué qu'il était alors stocké dans la salle de dépôt, où des revêtements devaient être vérifiés.

Selon le Dr B_____, les surfaces de l'ancienne chambre noire de radiologie avaient été remplacées par des lambris en plastique PVC ou autre. Le médecin cantonal a précisé que ce dépôt devrait aussi respecter les normes du bloc et donc avoir des plafonds étanches, aucun tuyau le traversant, etc. ou être condamné.

Le bureau, utilisé comme salle de repos, était équipé d'une fenêtre et d'un système d'élévateur permettant l'entrée et la sortie de personnes à mobilité réduite. Le SMC a précisé que soit un sas devait séparer ce local du bloc, soit il devait être considéré comme faisant partie du bloc et en conséquence respecter les normes strictes des surfaces intérieures s'y trouvant, ce qui n'était en l'état pas le cas.

Un même système, avec une entrée donnant vers un vestiaire puis une sortie en zone propre, délimitée par des marques au sol, caractérisait le bloc du 1er étage.

Les patients prenaient le raccourci entre la zone « sale » et la zone propre, séparées par un volet coulissant de 80 cm de haut. Le médecin cantonal a relevé qu'il ne devait pas y avoir de parquet flottant, y compris dans la zone d'entrée du bloc opératoire. Le Dr B_____ a précisé qu'il était prévu de changer les portes coulissantes en bois séparant le vestiaire. Le médecin cantonal a noté qu'il n'y avait pas de lavabo ou de zone de désinfection des mains entre le vestiaire et la zone propre. Les sols étaient refaits. Les trappes devraient être couvertes pour éviter tout dépôt. On entrait dans la salle opératoire après la zone de réveil. Le SMC a relevé des fissures de revêtement à la limite entre le sol et les murs.

Le Dr B_____ a insisté sur le fait que les analyses faites par D_____ démontraient qu'il n'y avait aucune bactérie. Selon le médecin cantonal, les prélèvements avaient probablement été faits alors que tout était calme, après nettoyage. Or, l'utilisation de la pièce risquerait de faire voler les germes se trouvant dans ces fissures. Le Dr B_____ a insisté sur la présence d'un flux laminaire de haut en bas qui chasserait les éventuels germes à l'extérieur.

Pour le médecin cantonal, la zone du lit où était couché le patient était de meilleure qualité sécuritaire dans cette salle d'opération que dans celles du sous-sol. Elle pourrait recevoir de la chirurgie avec implants, sous réserve de la mise en conformité de l'environnement de cette zone. Il regrettait que la porte soit encastrée derrière des armoires, ce qui interdisait l'accès pour nettoyer l'arrière du coffre. Il doutait que les rideaux de la salle de réveil soient désinfectables entre chaque patient. Le système d'éclairage risquait de devenir un dépôt de poussière. Les plinthes en bois et les revêtements sur les murs de la salle de réveil avaient reçu des coups de chaises.

La pièce de stockage contenant du matériel, située de l'autre côté de la salle d'opération, à l'extrémité opposée de la maison, n'était plus utilisée. Le SMC a fait remarquer que des armoires sur roulettes s'y trouvant pourraient être utilisées dans les blocs du sous-sol. Cet espace étant aussi situé à l'intérieur du bloc, les autres règles de sécurité pour l'éclairage, le dépôt de poussière, etc. s'appliquaient. Tous les éléments en bois susceptibles de devenir des nids de bactéries devaient être enlevés. Des bases de chariots à tiroirs rouillés ne devraient pas se trouver dans un bloc opératoire. Le médecin cantonal a aussi insisté sur les graves problèmes posés par le sas d'entrée du vestiaire, ne permettant pas réellement la séparation hommes/femmes, de déshabillage et d'habillage, de même qu'en lien avec le flux d'air et les planchers suspendus.

La discussion s'est poursuivie dans la salle de conférences. Le médecin cantonal a relevé, en référence à la pièce 42 (du chargé de A_____ du 25 février 2020), que le rapport se référait à l'exigence SICC VA 105-01:2015 type 1b, qui devrait être type 1a pour permettre de la chirurgie avec implants. La norme de type 1b permettrait, dans la zone opératoire stricte, c'est-à-dire sur la table d'opération, de faire de la chirurgie sans implants, moyennant toutefois que les

autres modifications du bloc opératoire soient faites. En référence à la pièce 39, un taux de renouvellement de dix par heure était admis pour la salle de réveil. Dans la salle opératoire, il en faudrait vingt-cinq par heure. Les rapports de D_____ ne donnaient pas d'indication sur les flux d'air dans l'ascenseur ainsi que dans les vestiaires pour les deux salles d'opération du sous-sol, ni d'ailleurs pour celle du 1er étage. La question de l'ascenseur pouvait être problématique.

14) À l'issue du transport sur place, il a été convenu que la DGS étudierait s'il était possible d'esquisser une proposition transitoire permettant une remise en service partielle des blocs opératoires de la clinique et déterminant les mesures à prendre pour aller dans ce sens.

15) Le 19 mars 2020, la clinique a fait quelques observations suite à la réception du procès-verbal de transport sur place.

16) La DGS a, le 23 mars 2020, émis une proposition allant dans le sens d'une utilisation partielle des salles, lorsque la crise sanitaire liée au COVID-19 le permettrait, assortie de conditions, laquelle a donné lieu à un échange de correspondance entre les parties et à un rapport de contrôle de la société D_____, mandatée par la clinique, après qu'elle avait procédé à des tests le 21 avril 2020 s'agissant du taux de renouvellement de l'air.

17) Le 23 avril 2020, le GRESI s'est rendu, à la demande du SMC, à la clinique pour une visite inopinée.

Selon rapport du 28 avril 2020, il avait été constaté que des aménagements non architecturaux étaient en cours de réalisation dans les blocs opératoires. Cependant, certains revêtements demeuraient non conformes et le GRESI n'avait reçu aucune information concernant leurs qualifications techniques. Le rapport des mesures complémentaires de la qualité particulaire de l'air, faites par D_____, serait analysé une fois en possession du SMC.

18) Par décision ATA/504/2020 du 22 mai 2020, la chambre administrative a autorisé la reprise partielle de l'exploitation de la clinique selon les modalités fixées par le courrier de la DGS du 23 mars 2020 ainsi que dans ses annexes à savoir :

« - pas d'utilisation du bloc opératoire du 1er étage, qui doit d'abord bénéficier d'une mise en conformité.

- Sous réserve des compétences des autres services et offices, pendant le temps de mise en conformité et pour une durée limitée à fin décembre 2020, une utilisation partielle du bloc opératoire du sous-sol sera soumise aux conditions ci-dessous pour que la sécurité sanitaire des patients soit respectée au mieux, soit :

- seule la salle d'opération n° 1 sera utilisable pour les « grosses chirurgies » (avec la salle de préparation / surveillance poste-interventionnelle) selon les modalités suivantes :

§ chirurgies sans implants,

§ création préalable d'un vestiaire d'accès temporaire pour le personnel (les deux anciens locaux de la stérilisation). Ceci nécessite l'ouverture du mur qui les sépare. La Clinique doit effectuer les demandes nécessaires auprès de l'office des autorisations de construire.

NB : les mesures de la propreté particulaire de l'air et des flux (pièce numéro 44 [de la recourante] sont conformes pour l'utilisation de cet espace restreint.

- Salle d'opération n° 2 uniquement utilisée pour les actes de chirurgie des tissus superficiels (ablation de nævus, reprise de cicatrice…)

§ la création d'un sas d'accès doit être assurée (les locaux sont adaptés pour le faire sans travaux architecturaux).

Ces deux salles n'étant pas reliées par une zone protégée, elles seront considérées comme deux blocs indépendants (en personnel et en matériel notamment).

Lesdites salles d'opération doivent en outre répondre aux conditions suivantes :

- l'activité chirurgicale ne peut y avoir lieu qu'en présence constante dans le bloc opératoire des professionnel-le-s de santé suivants (au minimum) :

§ anesthésiste ;

§ chirurgien ;

§ aide de bloc opératoire et/ou infirmier dûment qualifié (selon l'article 84 LS notamment)

NB : à compléter selon l'activité prévue, comme l'utilisation de la salle de soins post-interventionnels.

§ Responsable du bloc opératoire (infirmier-e diplômé-e du domaine opératoire) qui doit être présent et disponible au sous-sol (idem point précédent).

- Les procédures précisant les spécificités de l'activité dans ces locaux doivent être créés, transmises au SMC pour validation de leur conformité.

- La liste anonymisée des patients, mentionnant la chirurgie et l'anesthésie prévues, doit être transmise au SMC la semaine précédant les actes et aussi souvent que nécessaire selon les demandes du SMC.

- Une inspection avant reprise de l'exploitation sera réalisée par le GRESI.
- Des inspections inopinées pourront avoir lieu.
- Le non-respect de ces règles entraînera l'arrêt immédiat de l'activité.

Sous réserve des compétences des autres services et offices, les travaux finalisés du bloc opératoire du 1er étage (salle 3) bénéficieront d'une inspection avant exploitation (par le GRESI selon la procédure habituelle).

Dès la mise en exploitation de la salle 3, le bloc opératoire du sous-sol (salles 1 et 2) sera fermé pour mise en conformité (pas d'exploitation des deux blocs opératoires en même temps avant mise en conformité complète). »

19) La clinique a formé recours contre cette décision auprès du Tribunal fédéral (cause 2C_542_2020).

20) Par courrier du 30 juin 2020 à la chambre administrative, A_____ a rappelé ses requêtes en production des règles précises sur lesquelles l'autorité intimée se basait pour chacune de ses exigences et des rapports concernant les autres cliniques privées de Genève, notamment sous l'angle de la cohérence de sa pratique. Au regard de l'évolution de la situation et du changement de juge délégué, elle sollicitait un nouveau transport sur place. Il se justifiait d'autant plus qu'elle avait mandaté un expert pour évaluer les demandes de l'autorité et pour faire superviser les travaux de modification en cours, ainsi que les opérations à mener. Ses premières conclusions confirmaient la position de la clinique en ce sens que les demandes encore litigieuses n'étaient pas justifiées. Pire, elles étaient « curieuses » de l'avis de l'ingénieur mandaté, anciennement en charge du bloc opératoire aux Hôpitaux universitaires de Genève, s'agissant du flux du personnel et des vestiaires qui n'avaient pas à être identifiés comme zone classée au sens de la norme ISO 14644-1, dont ils remplissaient quoiqu'il en fût les exigences, du flux du matériel et de sa désinfection et des cascades de pression. Sur ce dernier plan, la clinique, spontanément et conformément aux recommandations de son expert, ferait installer des compteurs de différentiel de pression permettant d'objectiver la surpression.

La fermeture complète des blocs opératoires, tout comme les innombrables modifications effectuées à la demande de l'autorité intimée, quand bien même elles étaient encore contestées, apparaissaient totalement disproportionnées et violaient le principe de la liberté économique. La clinique avait remis toutes les attestations nécessaires, notamment sur les peintures utilisées, étant relevé qu'il était plus que douteux que les autres cliniques genevoises aient à se conformer à des exigences de documentation aussi pointilleuses. Les locaux de l'ancienne stérilisation avaient été complètement vidés. L'office cantonal de l'inspection et des relations du travail (ci-après : OCIRT) avait par ailleurs émis un préavis

positif aux modifications plus globales en cours, validant le plan de mesures échelonnées dans le temps, sur une période de cinq ans. Ainsi, tout démontrait que la clinique faisait son maximum pour offrir les garanties, particulièrement exigeantes, posées par la DGS, étant rappelé qu'il était question de sa survie, dans la mesure où elle était fermée depuis sept mois. C'était une évidence que d'affirmer que si la visite de novembre 2019 avait lieu aujourd'hui, à aucun moment A_____ ne serait fermée et donc la démonstration que la fermeture n'était plus justifiée.

21) Par décision du 7 septembre 2020, la DGS, notant que la clinique avait remédié à bon nombre des manquements constatés en son sein et que les conditions pour une utilisation partielle des blocs opératoires étaient réunies, en a autorisé l'ouverture dans la mesure et aux conditions reprises par la chambre administrative dans sa décision du 22 mai 2020, avec quelques modifications ce, jusqu'au 31 décembre 2020.

22) Lors d'une nouvelle inspection du GRESI à la A_____ le 13 octobre 2020, faisant suite à deux précédentes inspections des 15 et 22 septembre 2020 où nombre de déviations avaient été constatées, et après que le SMC avait écrit le 7 octobre 2020 à la clinique qu'elle devait remédier sans délai aux défauts constatés, faute de quoi il serait contraint de refermer les blocs, il est ressorti, selon rapport du 15 octobre suivant :

- au niveau du bloc opératoire n° 1 :

  - une discordance concernant la procédure dédiée aux tenues vestimentaires dans la mesure où la procédure mentionnait une tenue blanche ou civile pour la circulation hors bloc opératoire, alors que du personnel était en tenue bleu papier dans la zone de circulation hors bloc ;

  - l'organisation du vestiaire du personnel ne correspondait pas aux bonnes pratiques dès lors que beaucoup de tenues étaient stockées dans les casiers réservés à la dépose des affaires personnelles ;

  - les tenues de collaborateurs étaient disposées sur le sol ou sur une chaise ;

  - un masque et une charlotte manifestement utilisés avaient été laissés dans un casier contenant des tenues propres ;

  - les procédures d'entretien du bloc et de la salle de réveil, notamment celle du nettoyage du coffre de la porte coulissante de la salle d'opération, n'étaient pas accessibles aux collaborateurs ;

- au niveau du bloc n° 2, en activité :

- le local se situant en face comptait à la fois du matériel sale (nécessaire de ménage notamment) et du matériel propre, ce qui n'était pas conforme en termes de bonnes pratiques ;

- dans la salle de pré-désinfection en face du stock de l'arsenal stérile, il n'y avait aucune procédure de dilution des produits pour les pré-désinfections ;

- les bacs de pré-désinfection n'étaient pas étiquetés ;

- aucun chronomètre n'était disponible pour connaître le temps de trempage des instruments ;

- le matériel nécessaire pour effectuer la pré-désinfection, selon les directives Swissmedic, n'était pas présent au complet ;

- il n'y avait aucune poubelle dans le local, alors que des papiers jetables étaient utilisés pour le séchage ;

- aucune solution hydroalcoolique ni savon liquide pour le lavage des mains n'étaient disponibles ;

- aucune infirmière n'était disponible pour le bloc opératoire, alors qu'un patient y avait été opéré le matin-même.

Le GRESI avait encore observé dans les classeurs de procédure que la traçabilité des filtres antimicrobiens pour l'eau de l'auge chirurgicale n'était pas respectée, dans la mesure où aucun changement de filtre n'avait eu lieu depuis le 7 février 2020, alors qu'il devait être effectué le premier jour de chaque mois.

Il était conclu que les améliorations restaient insuffisantes pour atteindre la conformité de l'activité dans le bloc opératoire.

23) Le 27 octobre 2020, le SMC a rendu une décision interdisant à la clinique d'utiliser ses blocs opératoires et limitant en conséquence son autorisation d'exploiter, ordonnant le transfert immédiat de patients hospitalisés vers d'autres établissements et ordonnant le maintien des mesures provisionnelles tant que la clinique ne serait pas en mesure de garantir les règles d'hygiène, décision déclarée exécutoire nonobstant recours et prononcée sous la menace des sanctions prévues par l'art. 292 du Code pénal suisse du 21 décembre 1937 (CP - RS 311.0).

Considérant après plusieurs visites effectuées sur place que les mesures préconisées par la DGS afin de permettre la réouverture partielle des blocs opératoires n^{os} 1 et 2 n'étaient toujours pas correctement mises en place et respectées par l'ensemble du personnel de la clinique, les demandes réitérées du SMC n'ayant pas été suivies d'effet malgré l'accompagnement depuis plus d'une année du GRESI et malgré le courrier adressé à la clinique au début du mois

d'octobre 2020, il convenait de considérer que ses conditions d'exploitation ne respectaient pas les règles de la LS, en particulier l'art. 101 al. 2 let. d LS, ce qui justifiait une mesure provisionnelle jusqu'à ce que les déviations constatées soient définitivement corrigées.

24) La clinique a formé recours le 9 novembre 2020 auprès de la chambre administrative contre la décision du 27 octobre 2020 et a conclu préalablement à la restitution de l'effet suspensif et, au fond, à l'annulation de ladite décision (cause A/3639/2020).

À titre d'actes d'instruction, elle demandait une comparution personnelle des parties et un transport sur place.

Les remarques faites par la DGS lors des inspections inopinées des 17 et 22 septembre, puis 15 octobre 2020, portaient la plupart sur des détails, lorsqu'elles ne concernaient pas du tout la question des blocs, qui avaient été immédiatement corrigés. Chacune des remarques soulevées, qui ne justifiait ni individuellement ni collectivement la fermeture litigieuse, semblait poursuivre des motifs douteux en sortant de son contexte tel ou tel constat pour ensuite en faire le reproche à la clinique. Pire, la DGS avait cherché à revenir sur les termes de la décision de la chambre administrative du 22 mai 2020, alors qu'elle n'en avait pas la compétence. La décision de fermeture litigieuse était dès lors impossible. Il convenait donc de restituer l'effet suspensif au recours.

Contrairement à ce que soutenait la DGS, toutes les mesures idoines avaient été mises en place pour permettre la réouverture partielle des blocs opératoires n^{os} 1 et 2. Pour le surplus, c'était en vain que l'on cherchait, à la date de la décision attaquée, des éléments factuels qui démontreraient que les règles d'hygiène n'étaient pas respectées. À cet égard, le simple fait qu'un chirurgien n'ait pas pris la peine de lire la nouvelle procédure, pourtant affichée dans les locaux à plusieurs endroits, n'était en rien probant.

La décision du 27 octobre 2020 consacrait une violation du droit d'être entendue de la clinique. Celle-ci n'avait en effet pas été invitée à se déterminer sur les éléments pris en compte avant qu'elle ne soit rendue. Cette décision violait également les principes de la liberté économique et de la proportionnalité. Ce n'était pas parce que la décision prise le 7 septembre 2020 réservait la possibilité de refermer les blocs que la moindre informalité justifiait cette mesure qui était une ultima ratio. La DGS avait, en refermant lesdits blocs plus de dix jours après sa dernière inspection, en quelque sorte « donné une leçon » à la A_____. Ce n'était toutefois pas comme cela que l'État de droit devait fonctionner. Pour le surplus, la décision n'était pas motivée et ne démontrait aucunement en quoi un danger existerait.

25) Répondant le 20 novembre 2020 sur la demande d'effet suspensif, la DGS a conclu à son rejet.

Il était clairement mentionné dans la décision ATA/504/2020 de la chambre de céans du 22 mai 2020 que le non-respect des règles édictées entraînerait l'arrêt immédiat de l'activité de la clinique. L'inspection menée le 15 septembre 2020 par le GRESI avait démontré des dysfonctionnements, notamment en matière d'hygiène hospitalière. En particulier, le vestiaire n'était pas utilisé de manière conforme, s'agissant de la séparation entre la zone propre et la zone sale ; le flux et le stockage des dispositifs propres et sales ainsi que les processus de retraitement du matériel n'étaient pas respectés ; il n'y avait pas de responsable de bloc opératoire sur place, son remplaçant ayant déclaré ne pas assumer cette fonction et ne pas être au courant des responsabilités ; les procédures mises en place n'étaient pas accessibles au personnel ; lors de l'inspection du 22 septembre 2020, s'étant déroulée dans le bloc opératoire n° 1 au sous-sol, des problèmes d'hygiène hospitalière avaient à nouveau été constatés : du personnel médical circulait en tenue dédiée au bloc opératoire (zone propre) dans des zones sales et ne connaissait pas les procédures mises en place au sein de la clinique à respecter s'agissant de l'hygiène ; de manière générale, les procédures mises en place concernant l'hygiène n'étaient pas connues et en tous cas pas appliquées par le personnel soignant.

Par courrier du 7 octobre 2020, la DGS avait invité la clinique à remédier sans délai aux défauts constatés au cours de ces deux inspections, à défaut de quoi ses blocs opératoires seraient fermés à nouveau, considérant que les conditions permettant leur exploitation n'étaient pas remplies. Elle rappelait également que selon la décision de réouverture, le non-respect d'une ou plusieurs des conditions y mentionnées entraînerait l'arrêt immédiat de l'activité.

Les problématiques ressortant de l'inspection du 13 octobre 2020 étaient rappelées. La décision du 27 octobre 2020 avait été rendue après avoir considéré que les mesures préconisées par la DGS afin de permettre la réouverture partielle des blocs opératoires n^{os} 1 et 2 n'étaient toujours pas correctement mises en place et respectées par l'ensemble du personnel.

Ainsi, entre le courrier du 7 octobre 2020 et la décision litigieuse, A_____ avait disposé de suffisamment de temps pour se déterminer de manière étayée, dès lors que l'inspection du 15 octobre 2020 ne faisait que confirmer ce qui avait déjà été constaté au cours des deux inspections de septembre 2020.

26) Dans sa réplique du 30 novembre 2020 sur la question de l'effet suspensif, A_____ a rappelé qu'elle avait été fermée pour la seconde fois en moins d'une année, alors qu'elle était en fonction depuis plusieurs dizaines d'années, au motif qu'il manquait ici un chronomètre, et là tel ou tel formulaire. La DGS présentait les faits de manière trompeuse, laissant entendre que les déviations relevées,

souvent de façon contradictoire d'une inspection à l'autre, n'auraient pas été corrigées et que ce serait une accumulation qui aurait motivé la nouvelle décision de fermeture. C'était totalement faux. Ainsi, elle omettait de prendre en compte les observations lui étant ayant été systématiquement transmises dans les heures ayant suivi chacune de ces inspections.

Le 15 septembre 2020, le GRESI s'était directement dirigé vers le bloc opératoire, où il avait été confronté à un employé effectuant sa première semaine, d'où il avait découlé moult incompréhensions dont la DGS avait immédiatement fait grand cas. Ces incompréhensions avaient toutefois été immédiatement levées par plusieurs correspondances ultérieures de A_____. D'ailleurs, cette dernière n'avait pas été fermée ensuite de cela, ce qui démontrait qu'il n'y avait rien de dirimant à son exploitation. Le procès-verbal de l'inspection du 22 septembre 2020 était contesté. A_____ avait, par plusieurs correspondances ultérieures, relevé des points réfutés, par exemple le fait que la DGS ait omis de rappeler qu'elle avait constaté que le personnel se changeait lorsqu'il allait dans le bloc, mais avait simplement une tenue d'une couleur du bloc pour en sortir avant l'opération du jour, en l'occurrence pour se rendre aux toilettes qui avaient été supprimées sur décision de l'autorité. À nouveau, la clinique n'avait pas été fermée ensuite de cela.

Le 13 octobre 2020, seuls des problèmes de couleur de tenues avaient été à nouveau soulevés. Pour le reste, aucun des problèmes n'était dirimant à l'exploitation du bloc opératoire n° 1. Le local face au bloc opératoire n° 2, pourtant scellé et inaccessible lors de l'utilisation dudit bloc, ne convenait désormais plus. L'omission du changement d'un filtre, après une fermeture de la clinique pendant neuf mois, avait été fustigée de façon assurément exagérée. Là aussi, rien ne justifiait de fermer la clinique.

Tous les médecins intervenant quotidiennement n'avaient pas compris cette décision, chacun ayant pu constater la parfaite conduite et rigueur hospitalière observée dans la clinique. Les motifs allégués, montés en épingle, confinaient au procès d'intention fondé sur un effet de nombre, l'autorité n'hésitant pas à présenter des positions différentes, au gré des inspections, comme par exemple sur la désinfection et sur les tenues dans le vestiaire. Dans un tel contexte, alors que la sécurité des patients n'était pas en jeu, l'intérêt à la survie de la clinique, au maintien des quarante collaborateurs, devait prévaloir.

27) Par décision ATA/1257/2020 du 10 décembre 2020, la vice-présidence de la chambre administrative a rejeté la requête en mesures provisionnelles dans la cause A/3639/2020.

28) Dans sa réponse sur le fond dans cette procédure, du 11 décembre 2020, la DGS s'est référée à ses écritures du 20 novembre 2020. Elle a conclu au rejet, dans la mesure de sa recevabilité, du recours du 9 novembre 2020.

Pour le surplus, le grief de A_____ portant sur une prétendue constatation inexacte ou incomplète des faits dans la décision querellée du 27 octobre 2020 tombait à faux et elle devait être déboutée de ses conclusions sur ce point. La clinique se contentait en l'espèce d'affirmer que cette décision était erronée, et à affirmer que les remarques émises par le SMC avaient été corrigées, sans le prouver. Or, les mesures préconisées afin de permettre la réouverture partielle des blocs opératoires n^{os} 1 et 2 n'étaient toujours pas mises en place et respectées par le personnel de la clinique. Trois inspections avaient permis de mettre en lumière, à chaque fois, que le respect des règles d'hygiène n'était pas appliqué (non-respect des zones propres et sales). La clinique ne le contestait d'ailleurs pas sérieusement. Par ailleurs, les demandes réitérées du médecin cantonal n'étaient toujours pas suivies d'effet permettant de corriger l'ensemble des déviations aux règles d'hygiène, malgré la présence régulière effective du SMC, toujours à sa disposition pour répondre aux questions et trouver des possibilités d'amélioration.

Le grief relatif à une violation du droit d'être entendu était mal fondé et devait être rejeté. La clinique n'ayant pas réagi à la deuxième inspection du 24 septembre 2020, la DGS avait écrit le courrier du 7 octobre 2020. Cela faisait près d'une année que A_____ était informée des déviations constatées, en particulier le non-respect des procédures relatives aux zones propres et sales et la nécessité de séparer strictement les activités y étant liées. Le service d'inspection était intervenu à plusieurs reprises et avait systématiquement proposé des solutions pragmatiques centrées sur les objectifs à atteindre, qui devaient permettre une réouverture rapide des blocs. Il avait fallu de nombreux mois pour que les démarches soient effectuées. Il avait été constaté que le personnel et les intervenants externes n'étaient toujours pas au clair sur les procédures et ne respectaient toujours pas les règles. La clinique avait ainsi été invitée à remédier sans délai aux déviations constatées, à défaut de quoi les blocs allaient être fermés, les conditions de leur exploitation n'étant plus remplies. Elle n'avait pas réagi à ce courrier. La décision du 27 octobre 2020 faisait suite à une nouvelle inspection du 15 octobre précédent lors de laquelle il avait à nouveau été constaté que les améliorations restaient insuffisantes pour atteindre la conformité d'activité dans le bloc opératoire. Ainsi, entre le courrier du 7 octobre et la décision du 27 octobre 2005, A_____ avait disposé de suffisamment de temps pour se déterminer de manière étayée, sans que l'autorité ne doive lui impartir un délai pour le faire. En conclusion, au regard des nombreux échanges intervenus entre les parties, tant par courrier que lors des inspections sur place, en présence de représentants de la clinique, des observations complémentaires n'auraient guère influé sur la décision à rendre. La DGS avait suffisamment d'arguments pour se forger son opinion et prendre la décision querellée. Si une violation du droit d'être entendu devait être retenue, elle devait être considérée comme réparée devant la chambre de céans en raison de son plein pouvoir d'examen.

Les griefs d'une violation des principes de la liberté économique et de la proportionnalité devaient également être rejetés. La décision querellée reposait sur une base légale claire, à savoir l'art. 127 al. 7 LS. Lors de son prononcé, des dysfonctionnements perduraient depuis des mois au sein de la clinique de façon continue, malgré les différentes demandes d'y remédier, et constituaient des manquements graves et inadmissibles ne pouvant plus être tolérés. La décision était donc non seulement légitime, mais également justifiée compte tenu de la situation sanitaire constatée et de la nécessité d'agir pour protéger la sécurité et la santé des patients. La clinique ne pouvait se soustraire à ses responsabilités alors même que les rapports d'inspection successifs n'avaient cessé d'attirer son attention sur le non-respect des normes et sur son devoir d'y remédier. Les problèmes mis en exergue étaient loin d'être anodins et susceptibles d'avoir des conséquences sur la santé des personnes opérées. Cet intérêt évident des patients primait sur l'intérêt privé de la clinique, ce d'autant plus que celle-ci ne prouvait nullement que tous les problèmes relevés dans les trois derniers rapports d'inspection avaient été corrigés.

Enfin, dans la mesure où des travaux étaient en cours dans les deux blocs opératoires, aucune activité de soins n'était réalisée actuellement à la clinique, de sorte que la perte d'activité dont elle se plaignait n'était pas liée à la décision dont était recours.

A_____ se plaignait d'un manque de motivation de la décision attaquée sans s'expliquer plus avant. Elle ne pouvait être suivie dans la mesure où ladite décision comportait une argumentation détaillée permettant de comprendre pourquoi la DGS l'avait prise. Elle avait donc été en mesure de comprendre les griefs retenus à son encontre, sur lesquels elle s'était exprimée devant le Tribunal fédéral, pendant les trois inspections et dans le cadre du recours à la chambre administrative. Ce grief devait donc également être écarté.

29) Le 14 décembre 2020, le juge délégué a tenu une audience de comparution personnelle des parties dont le procès-verbal a été versé dans les deux procédures pendantes, avec leur accord.

La DGS a précisé que l'exploitation des deux blocs en sous-sol avait été autorisée avec des comportements et des processus stricts pour limiter les risques, soit en particulier en matière d'hygiène, puisque leur architecture demeurait non conforme. À l'inverse, il n'était toujours pas possible pour A_____ d'exploiter le bloc du 1er étage dont les défaillances de l'architecture étaient importantes au point qu'il n'était pas possible d'y pallier par des mesures strictes.

Des suites des contrôles de septembre et octobre 2020, des conditions strictes devaient être mises en œuvre et notamment en lien avec le comportement des collaborateurs dans les locaux concernés. Lors de ses trois passages, elle avait constaté des manquements dans l'application de ces procédures. Elle avait pensé et

eu l'espoir que les procédures nécessaires à la réouverture soient aisément applicables. Elle avait dû déplorer et constater l'inverse lors de ses trois passages sur place. Tant lors de l'inspection précédant la réouverture que lors de ces trois contrôles, elle avait rappelé les processus et en particulier les risques infectieux en cas de non-respect. Malgré cela, il y avait une banalisation des risques du côté de A_____.

La DGS était passée à la clinique en août 2020, à sa demande, pour discuter du cadre à mettre en place pour limiter les risques infectieux. Elle avait alors effectivement constaté une amélioration sensible des installations, ce qui avait d'ailleurs permis la réouverture de la clinique. Améliorations ne voulait toutefois par dire corrections. En septembre 2020, au moment de l'ouverture partielle, l'organisation prévue semblait conforme. Les trois inspections inopinées portaient d'ailleurs sur les conditions d'exploitation et non sur la conformité des locaux concernés par l'exploitation partielle. Lors de la première inspection du 15 septembre 2020, il avait été constaté que les règles de base devant prévaloir dans un bloc opératoire n'étaient pas respectées, à savoir un va et vient des personnes et de matériel sans respecter la zone propre et la zone sale. Ce jour-là, cela concernait au moins trois personnes sur les sauf erreur six présentes. Des vêtements sales (par opposition à la tenue du bloc) étaient posés parterre à l'entrée du bloc alors que le principe était de les stocker dans le vestiaire. La deuxième fois, le vestiaire, de petite taille, était surchargé de tenues propres d'étage, qui n'étaient donc pas destinées au bloc, de sorte que les personnes ayant procédé à l'inspection n'avaient pas pu y déposer leurs propres effets et avaient dû les mettre par terre. Les tenues de ville comportaient une charge particulaire importante susceptible de polluer l'atmosphère du bloc opératoire. Ces habits devaient être posés dans les vestiaires et placés dans les armoires, sans quoi ils continuaient à polluer l'air ambiant.

M. B_____ a indiqué ne jamais avoir rencontré de problème de type infectieux dans la clinique, en particulier de maladies nosocomiales, depuis juin 2011. Il y avait deux portes coulissantes, soit l'une à la sortie du vestiaire et l'autre à l'entrée de la zone propre, laquelle était un couloir. La DGS a constaté, sur un plan présenté par A_____, qu'il y avait une porte supplémentaire qu'elle-même n'avait toutefois jamais vue fermée. Les tenues d'étage devaient être stockées, comme c'était convenu, dans l'ancien vestiaire.

Le chirurgien croisé lors de la deuxième inspection était sorti du bloc dans sa tenue pour apparemment se rendre aux toilettes. En revenant, il avait revêtu une nouvelle tenue de bloc. Il était cependant ressorti dans la zone sale pour se rendre sauf erreur dans la future salle de repos. Le même jour, le responsable et le responsable adjoint du bloc opératoire en étaient sortis en tenue de bloc et faisaient des aller-retour entre la zone propre et la zone sale dans cette même tenue. Ils avaient uniquement changé de sabots.

M. B_____ a précisé que c'était à la fin de l'intervention et qu'ils n'étaient donc pas retournés dans le bloc, ce à quoi la DGS a relevé que le M. B_____ n'était pas présent lors de cette inspection et que l'intervention n'était pas terminée. M. B_____ a répondu qu'il était présent, tant le 15 que le 22 septembre 2020, dans ce second cas, à l'arrivée de l'ascenseur, et avait discuté avec Monsieur E_____ (représentant de la DGS) en présence d'une infirmière qui avait dit que l'intervention était terminée.

La DGS a relevé que dans la mesure où elle avait observé deux responsables du bloc adopter un comportement non conforme à l'utilisation d'un bloc, ceci était d'autant plus grave. C'était ce qui avait motivé son courrier du 7 octobre 2020. Le 13 octobre 2020, la succession de problèmes de comportement, de matériel et d'application des processus exigés pour la réouverture des blocs avait mené à sa décision. Il n'était pas faux de dire qu'à chaque fois, elle avait constaté de nouveaux manquements, telle l'absence d'un chronomètre pour la pré-désinfection, ce qui pris isolément, pourrait être un détail.

M. B_____ a relevé que le département n'avait jamais dit à la clinique comment faire, ce que la DGS a fermement contesté, soulignant que le GRESI l'avait accompagnée et était même allé au-delà de ce qu'il aurait dû faire dans un tel cas.

Selon la DGS, suite à la première visite du 15 septembre 2020, des améliorations avaient effectivement été constatées. En particulier, le suivi documentaire était réalisable s'agissant par exemple des listes des opérations et de certaines procédures. Elle avait reçu de la clinique les documents demandés. En fait, les constats avaient peu porté sur les procédures, hormis celle de la désinfection du matériel. La problématique était en revanche l'application de ces procédures. Autrement dit, il y avait un décalage entre la règle et la façon dont elle devait être appliquée. À la dernière inspection, il n'y avait par exemple pas de désinfectant à proximité de l'activité. Or, on devait pouvoir se désinfecter les mains avant par exemple de toucher les poignées de porte. Un local, sauf erreur l'ancienne chaufferie, comportait du matériel stocké tant propre que sale, alors que les deux devaient être entreposés dans des lieux distincts. La DGS n'avait pas donné d'instructions de mise en œuvre de règles contradictoires. Vu la spécificité de la problématique, la mise en place des mesures et leur contrôle devaient être confiés à une personne maîtrisant ces questions, par exemple à M. F_____, ingénieur sécurité rencontré à la clinique le 7 août 2020.

Le cumul de ces constats avait amené à la décision de fermeture du 27 octobre 2020, pour protéger la population. Les deux semaines séparant l'inspection du 13 octobre 2020 de la décision du 27 octobre 2020 tenaient à une situation contextuelle, soit la crise sanitaire actuelle. Ce laps de temps n'enlevait rien à la gravité de la problématique. Il était réjouissant de constater que tous les blocs étaient en travaux, ce que la DGS avait observé lors d'un passage le

1er décembre 2020. Elle avait alors répondu à des questions de l'architecte. L'office des autorisations de construire avait donné un délai à fin mars 2021 à la clinique pour terminer ces travaux. Il y aurait alors une inspection de fin de travaux conformément à la LS, ce qui permettrait ensuite la réouverture de la clinique.

Les problèmes relevés auraient pu trouver une solution et la DGS se demandait pourquoi la clinique n'avait pas contacté le SMC. Les représentants de la DGS et du département se sont ensuite, à la demande du conseil de la clinique, exprimés sur le processus décisionnel.

A_____ a indiqué que la fermeture du 27 octobre 2020 avait été un coup de massue. Le Dr G_____, anesthésiste, avait écrit immédiatement au SMC pour s'en étonner, de même qu'à l'association des médecins de Genève. Elle avait acquis et placé dans un classeur vert les normes 14-644.

Ses équipes fonctionnaient à raison de cinq personnes par bloc à savoir : un médecin anesthésiste, une infirmière anesthésiste, une instrumentiste, une infirmière circulante et un remplaçant infirmier. Ces personnes étaient en RHT après avoir pris leurs vacances. À la suite de la décision du 27 octobre 2020, un ou deux patients avaient été transférés vers d'autres établissements. En décembre 2019, cinquante-trois opérations avaient dû être annulées dans une semaine. En automne 2020, sachant qu'il n'y avait qu'une salle d'opération en fonction, il y avait une opération le matin et une l'après-midi.

Le département a indiqué avoir obtenu, en novembre 2019, une liste du personnel faisant état d'une trentaine d'employés, travaillant dans leur grande majorité à temps partiel. Certains avaient été licenciés depuis, dont une responsable du bloc.

M. B_____ a répondu plébisciter le temps partiel en particulier pour que les infirmières aient congé le mercredi. Il ignorait à combien de postes à plein temps cela correspondait à l'automne 2020, probablement vingt à vingt-cinq.

30) Le 19 janvier 2021, la DGS a pris acte de ce que, conformément à ce qui avait été dit lors de l'audience du 14 décembre 2020, l'ensemble des blocs opératoires était inutilisable depuis le 1er décembre 2020 en raison des travaux de réfection, persistant en tout état de cause dans sa réponse au recours du 11 décembre 2020.

31) A_____, le 19 janvier 2021 également, faisant référence à la cause A/198/2020, a indiqué que par économie de procédure elle se déterminerait lorsque la jonction des causes aurait été décidée.

32) La chambre de céans a, par arrêt ATA/97/2021 du 26 janvier 2021, après que les parties ont eu l'occasion de se déterminer sur la question, ordonné la

jonction des causes n^os^ A/198/2020 et A/3639/2020 sous le n^o^ A/198/2020 et réservé le sort des frais de la procédure jusqu'à droit jugé.

33) Le Tribunal fédéral a, par ordonnance du 3 février 2021 2C_542/2020 rayé la cause du rôle, devenue sans objet vu les décisions de la DGS des 7 septembre - de réouverture partielle - et 27 octobre 2020 - d'interdiction à nouveau d'utiliser les blocs opératoires - de sorte que la décision du 19 décembre 2019 n'était plus en vigueur. En conséquence, A_____ n'avait plus d'intérêt actuel et pratique digne de protection au recours au sens de l'art. 89 al. 1 let. c de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) et les conditions pour que le Tribunal fédéral entre, ce nonobstant, exceptionnellement en matière n'étaient pas réunies.

Au considérant 2.2 de cette ordonnance, le Tribunal fédéral a émis diverses critiques quant à l'intitulé et à la motivation de la décision – attaquée devant lui – de la présidence de la chambre administrative du 22 mai 2020.

34) Dans une ultime écriture du 16 février 2021, la clinique a constaté que les deux décisions attaquées n'étaient pas motivées et n'établissaient nullement, au-delà d'assertions non prouvées ni même réellement alléguées, qu'il était justifié de procéder à sa fermeture forcée. Les critiques émises par le Tribunal fédéral dans son ordonnance du 3 février 2021 valaient mutatis mutandis s'agissant des deux décisions attaquées, lesquelles ne contenaient pas même de références précises à des normes applicables, dont elle-même fournissait un tirage en annexe. Au regard de la gravité de la mesure prononcée et du désastre économique en découlant, un tel manquement était d'autant moins admissible.

Après dix ans d'activité sans souci, soudainement, l'autorité intimée qui la visitait régulièrement, avait décidé que moult problèmes se posaient. Lors de l'audience du 14 décembre 2020, la DGS n'avait pas contesté avoir donné des indications contradictoires dans le temps, indiquant par exemple lors d'une inspection qu'il était possible de laisser des habits sales dans l'ancien vestiaire, l'important étant de passer en tenue propre dans le vestiaire provisoire, pour ensuite reprocher la présence d'habits sales dans l'ancien vestiaire. Il en était de même avec les tenues propres qui étaient en trop grand nombre dans ledit vestiaire, au point que les inspecteurs avaient dû placer leurs habits par terre, mais toujours en zone sale du vestiaire, alors que de la place demeurait, avec un minimum de bonne foi et de bonne volonté. On reprochait encore aux responsables de bloc, à la fin de l'intervention, alors que le patient avait quitté le bloc, de sortir de la zone blanche sans se changer, alors qu'il avait été expressément indiqué qu'à la fin de l'intervention, il n'était pas nécessaire de se rechanger. On reprochait l'absence de désinfectant, pourtant installé à moins d'un mètre de la zone litigieuse, de même que d'un chronomètre, au demeurant nullement imposé par les normes, alors qu'une horloge était installée en face de la zone de pré-désinfection. Ces injonctions contradictoires, suivies d'un constat

général et non motivé, violaient tant l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), que l'art. 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101). Dans la mesure où il s'agissait d'une procédure disciplinaire, le principe *in dubio pro reo* trouvait application quoi qu'il en fût.

À aucun moment les patients n'avaient été mis en danger, ce que tous les médecins étant intervenus aux blocs pouvaient au besoin attester par voie testimoniale. Le processus décisionnel était resté des plus nébuleux, les personnes présentes à cette audience s'étant totalement dérobées quant à leur éventuel rôle de préparation des décisions litigieuses. Plus encore, l'autorité intimée avait totalement tu les retours quasiment immédiats que la clinique lui faisait suite à des inspections, se défendant de façon précise et documentée, respectivement rappelant à son personnel les mesures nécessaires à prendre.

Autant dire que l'autorité avait systématiquement cherché à construire des fautes ou déviations qui n'avaient en réalité aucune pertinence, pour ensuite en tirer argument pour fonder la décision de fermeture.

Sauf à vider de sa substance le contrôle judiciaire ouvert en pareil cas, il incombait à la chambre administrative de procéder à un véritable contrôle des prétendus motifs avancés. Or, comme relevé par le Tribunal fédéral, ce contrôle était impossible à effectuer, de sorte que les décisions attaquées devaient être annulées.

35) La DGS, dans son ultime détermination du 22 février 2021, a relevé que les considérants de l'ordonnance du Tribunal fédéral du 3 février 2021 ne pouvaient se répercuter sur les décisions prises par les autorités sanitaires genevoises, lesquelles avaient toujours été motivées en fait et en droit.

Les manquements reprochés à la clinique avaient été clairement mentionnés dans la décision du SMC du 19 décembre 2019 et le rapport d'inspection y annexé mentionnait explicitement les normes de la série EN SN 14644 « Salles propres et environnements maîtrisés apparentés » violées en ce qui concernait l'hygiène, la conception, la construction et la ventilation des blocs opératoires. Cette annexe faisait également référence aux normes ISO 14698-1 « Salles propres et environnements maîtrisés apparentés - Maîtrise de la biocontamination - Partie 1 : principes généraux et méthodes » et ISO 14698-3 « Salles propres et environnements maîtrisés apparentés - Maîtrise de la bio contamination - Partie 3 : méthodes de mesurage de l'efficacité des procédés », en ce qui concernait les surfaces désinfectables devant être utilisées dans les blocs opératoires.

Par la suite, au cours du transport sur place, ces manquements avaient été expliqués de manière circonstanciée par le médecin cantonal à la chambre

administrative et aux responsables de la clinique. Par courrier du 30 avril 2020, le SMC avait clairement détaillé ce qui devait encore être corrigé dans la clinique pour une ouverture partielle de ses blocs opératoires et les raisons pour lesquelles l'ouverture totale n'était pas possible. Il y était en particulier précisé que la pureté de l'air obtenue dans les blocs opératoires pouvait être exprimée en classes de propreté selon la norme ISO 14644-1 « Salles propres et environnements maîtrisés apparentés – Partie 1 : classification de la propreté particulaire de l'air » (ISO-1 à ISO-8, ISO-1 un étant l'exigence la plus élevée), tout en soulignant que les chirurgies avec implant ostéoarticulaire nécessitaient une salle d'opération de classe ISO-5, ce qui ne correspondait pas à la classification de la salle d'opération n° 1 de la clinique. Elle avait ajouté que, par contre, pour les opérations de la cataracte, la classe ISO-7 suffisait et que la salle d'opération pouvait être utilisée à cette fin.

La DGS rappelait enfin que la clinique était toujours en travaux de sorte que ses blocs opératoires étaient fermés indépendamment de sa volonté.

36) Les parties ont produit nombre de pièces sur lesquelles il sera revenu dans la partie en droit dans la mesure utile.

37) Elles ont été informées le 23 février 2021 que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1) Interjetés en temps utile devant la juridiction compétente, les deux recours sont recevables de ces points de vue (art. 132 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 - LOJ - E 2 05 ; art. 62 al. 1 let. b de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10 ; art. 135 LS).

2) La DGS soutient que le recours du 13 janvier 2020 ne serait pas recevable sous l'angle de l'art. 65 al. 2 LPA, faute de contenir la motivation nécessaire pour déterminer en quoi la décision du médecin cantonal du 19 décembre 2019 serait contestable, preuves à l'appui, la recourante se bornant à affirmer que l'urgence ne serait pas avérée, et donc la mesure provisionnelle ne serait pas justifiée, puisque les patients n'encourraient aucun danger, dès lors qu'aucun accident ne serait survenu. À plus forte raison, on ne comprenait pas dans quelle mesure elle recourait contre la décision litigieuse dans la mesure où, postérieurement à celle-ci, des travaux étaient envisagés et avaient même été entrepris pour la mise en conformité de l'ensemble des blocs opératoires.

a. Selon l'art. 65 al. 1 LPA, l'acte de recours contient, sous peine d'irrecevabilité, la désignation de la décision attaquée et les conclusions de la

personne recourante. En outre, il doit contenir l'exposé des motifs ainsi que l'indication des moyens de preuve. Les pièces dont dispose la personne recourante doivent être jointes. À défaut, un bref délai pour satisfaire à ces exigences est fixé à la personne recourante, sous peine d'irrecevabilité (art. 65 al. 2 LPA).

b. Compte tenu du caractère peu formaliste de cette disposition, il convient de ne pas se montrer trop strict sur la manière dont sont formulées les conclusions de la personne recourante. Le fait que ces dernières ne ressortent pas expressément de l'acte de recours n'est pas en soi un motif d'irrecevabilité, pourvu que le tribunal et la partie adverse puissent comprendre avec certitude les fins de la personne recourante. Une requête en annulation d'une décision doit par exemple être déclarée recevable dans la mesure où la personne recourante a de manière suffisante manifesté son désaccord avec la décision, ainsi que sa volonté qu'elle ne développe pas d'effets juridiques (ATA/721/2020 du 4 août 2020 consid. 2b).

c. En l'espèce, le recours du 13 janvier 2020 contient des conclusions formelles en annulation de la décision de la DGS du 19 décembre 2019.

L'acte ne contient en revanche effectivement pas de griefs spécifiques en lien avec les motifs de la décision litigieuse. On comprend ainsi de l'acte de recours que la recourante était en désaccord avec le caractère provisionnel de la décision, mais pas, de manière étayée, avec son bien-fondé.

La question de la recevabilité de son recours sous cet angle souffrira toutefois de demeurer indécise vu ce qui suit.

3) a. À teneur de l'art. 60 let. a et b LPA, les parties à la procédure qui a abouti à la décision attaquée et toute personne qui est touchée directement par une décision et a un intérêt personnel digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, sont titulaires de la qualité pour recourir (ATA/805/2020 du 25 août 2020). Un intérêt digne de protection suppose un intérêt actuel à obtenir l'annulation de la décision attaquée (ATF 138 II 42 consid. 1 ; 137 I 23 consid. 1.3). L'existence d'un intérêt actuel s'apprécie non seulement au moment du dépôt du recours, mais aussi lors du prononcé de la décision sur recours (ATF 142 I 135 consid. 1.3.1 ; 137 I 296 consid. 4.2) ; si l'intérêt s'éteint pendant la procédure, le recours, devenu sans objet, doit être simplement radié du rôle ou déclaré irrecevable (ATF 142 I 135 consid. 1.3.1).

Un intérêt actuel et pratique fait en particulier défaut lorsque l'acte de l'autorité a été exécuté (ATF 125 I 394 consid. 4) ou a perdu son objet ou encore lorsque l'admission du recours ne permettrait pas la réparation du préjudice subi (arrêt du Tribunal fédéral 2C_863/2019 du 14 avril 2020 consid. 3.2). De cette manière, les tribunaux sont assurés de trancher uniquement des questions concrètes et non de prendre des décisions à caractère théorique, ce qui répond à un

souci d'économie de procédure (ATF 136 I 274 consid. 1.3 ; ATA/1094/2020 du 3 novembre 2020 consid. 2 ; ATA/373/2018 du 24 avril 2018).

b. Les décisions incidentes ne sont susceptibles de recours que si elles peuvent causer un préjudice irréparable ou si l'admission du recours peut conduire immédiatement à une décision finale qui permet d'éviter une procédure probatoire longue et coûteuse (art. 57 let. c LPA).

c. L'art. 57 let. c LPA a la même teneur que l'art. 93 al. 1 let. a et b LTF. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, le préjudice irréparable suppose que la recourante ou le recourant ait un intérêt digne de protection à ce que la décision attaquée soit immédiatement annulée ou modifiée (ATF 127 II 132 consid. 2a ; 126 V 244 consid. 2c). Un préjudice est irréparable lorsqu'il ne peut être ultérieurement réparé par une décision finale entièrement favorable à la recourante ou au recourant (ATF 138 III 46 consid. 1.2 ; 134 III 188 consid. 2.1 et 2.2). Un intérêt économique ou un intérêt tiré du principe de l'économie de la procédure peut constituer un tel préjudice (ATF 127 II 132 consid. 2a ; 126 V 244 consid. 2c).

La chambre administrative a précisé à plusieurs reprises que l'art. 57 let. c LPA devait être interprété à la lumière de ces principes (ATA/1832/2019 du 17 décembre 2019 consid. 4 ; ATA/1362/2019 du 10 septembre 2019 consid. 6c ; cette interprétation est critiquée par certains auteurs qui l'estiment trop restrictive (Stéphane GRODECKI/Romain JORDAN, Code annoté de procédure administrative genevoise, 2017, n. 659 ss ad art. 57 LPA ; Stéphane GRODECKI/Romain JORDAN, Questions choisies de procédure administrative, SJ 2014 II p. 458 ss), mais a néanmoins été confirmée par le Tribunal fédéral (arrêt du Tribunal fédéral 2C_1156/2018 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et les arrêts cités).

d. Lorsqu'il n'est pas évident que la recourante ou le recourant soit exposé à un préjudice irréparable, il lui incombe d'expliquer dans son recours en quoi elle ou il serait exposé à un tel préjudice et de démontrer ainsi que les conditions de recevabilité de son recours sont réunies (ATF 136 IV 92 consid. 4).

4) En l'espèce, les décisions attaquées des 19 décembre 2019 et 27 octobre 2020 ont, à titre de mesure provisionnelle, interdit à la recourante d'utiliser l'ensemble de ses blocs opératoires, au nombre de trois, et limité en conséquence son autorisation d'exploiter.

Certes, la réouverture partielle des deux blocs du sous-sol uniquement, à compter de l'autorisation donnée par le SMC le 7 septembre 2020 jusqu'à fin décembre 2020, suite à la décision de la chambre de céans du 22 mai 2020 et aux contrôles de conformité préalablement effectués, a rendu dans la même proportion sans objet le premier recours. Le second recours l'est à son tour devenu dès le

début des travaux touchant l'intégralité des blocs opératoires au mois de décembre 2020. Toutefois, la recourante conserve a priori un intérêt à la modification ou à l'annulation des deux décisions dans la mesure où elles sont susceptibles d'avoir des conséquences sur ses activités futures, en matière de précédents qui pourraient lui être opposés en cas de nouvelle mesures provisionnelles et/ou dans le cadre des autorisations nécessaires à son exploitation.

La question de la recevabilité des deux recours sous cet angle peut néanmoins souffrir de demeurer ouverte vu ce qui suit.

5) La chambre de céans a procédé à tous les actes d'instruction requis par la recourante, à l'exception d'un second transport sur place, motivé le 30 juin 2020 par l'évolution de la situation et le changement de juge délégué, demande réitérée le 9 novembre 2020.

a. Tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., 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 influer sur la décision à rendre (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 1B_539/2019 du 19 mars 2020 consid. 3.1 et les arrêts cités). 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 2C_41/2020 du 24 juin 2020 consid. 5.1.1). Le droit d'être entendu ne contient pas non plus d'obligation de discuter tous les griefs et moyens de preuve du recourant ; il suffit que le juge discute ceux qui sont pertinents pour l'issue du litige (ATF 141 III 28 consid. 3.2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_245/2020 du 12 juin 2020 consid. 3.2.1).

b. Un transport sur place est effectivement intervenu le 9 mars 2020, sous l'autorité du précédent juge délégué, et a donné lieu à un conséquent et détaillé procès-verbal figurant à la procédure. Depuis lors, les choses ont évolué et nombre de modifications sont intervenues, lesquelles ont notamment permis une réouverture partielle des blocs opératoires durant environ trois mois. Ces modifications sont dûment documentées. La procédure contient ainsi nombre de rapports d'inspection de l'autorité, mais aussi des plans des lieux, des rapports techniques, des photos et des échanges de correspondances entre les parties permettant à la chambre de céans de se faire une idée précise des griefs faits à la recourante par l'autorité compétente et des corrections partiellement apportées par la clinique au fil des critiques émises. Les parties ont pu s'exprimer par oral, y compris devant la nouvelle juge déléguée, et par écrit devant la chambre de céans.

Enfin, les trois blocs étant en travaux depuis le mois de décembre 2020, un transport sur place ne permettrait désormais plus de se faire une idée précise de la situation prévalant au moment de la notification des deux décisions litigieuses, seul moment pertinent pour juger de leur bien-fondé.

La chambre de céans considère ainsi que le dossier est complet et en état d'être jugé, de sorte qu'il ne sera pas donné une suite favorable à cette demande d'acte d'enquête.

6) Dans un premier grief, la recourante se plaint de ce que les décisions litigieuses seraient entachées de vices formels. Elle se plaint d'une violation de son droit d'être entendue sous deux aspects, à savoir un manque de motivation, en fait et en droit, des deux décisions, respectivement l'absence d'occasion donnée pour se déterminer avant que ne soit rendue celle du 27 octobre 2020. Elle met encore en cause le processus décisionnel.

a. Le droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.) comprend, notamment, le droit pour l'intéressé de prendre connaissance du dossier, de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise et de participer à l'administration des preuves ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat (ATF 143 III 65 consid. 3.2 ; 142 II 218 consid. 2.3).

b. Il comprend également le droit d'obtenir une décision motivée. L'autorité n'est toutefois pas tenue de prendre position sur tous les moyens des parties ; elle peut se limiter aux questions décisives. Il suffit, de ce point de vue, que les parties puissent se rendre compte de la portée de la décision prise à leur égard et, le cas échéant, recourir contre elle en connaissance de cause (ATF 129 I 232 consid. 3.2 ; 126 I 97 consid. 2). Savoir si la motivation présentée est convaincante est une question distincte de celle du droit à une décision motivée. Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision, le droit à une décision motivée est respecté, même si la motivation présentée est erronée (arrêt du Tribunal fédéral 4A.25/2007 du 25 mai 2007 consid. 3 ; ATA/1021/2020 du 13 octobre 2020 consid. 4a).

c. Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond. Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 p. 226). La réparation d'un vice de procédure en instance de recours et, notamment, du droit d'être entendu, n'est possible que lorsque l'autorité dispose du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1). Elle dépend toutefois de la gravité et de l'étendue de l'atteinte portée au droit d'être entendu et doit rester l'exception (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 126 I 68 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 6B_819/2018 du

25 janvier 2019 consid. 3.8) ; elle peut cependant se justifier en présence d'un vice grave lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; ATA/1194/2019 du 30 juillet 2019 consid. 3c et les arrêts cités).

En outre, la possibilité de recourir doit être propre à effacer les conséquences de cette violation. Autrement dit, la partie lésée doit avoir le loisir de faire valoir ses arguments en cours de procédure contentieuse aussi efficacement qu'elle aurait dû pouvoir le faire avant le prononcé de la décision litigieuse (ATA/1108/2019 du 27 juin 2019 consid. 4c et les arrêts cités).

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 LPA). Celui-ci implique la possibilité de guérir une violation du droit d'être entendu, même si l'autorité de recours n'a pas la compétence d'apprécier l'opportunité de la décision attaquée (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral du 12 mai 2020 8C_257/2019 consid. 2.5 et les références citées), sous réserve que ledit vice ne revête pas un caractère de gravité (arrêts du Tribunal fédéral 8C_541/2017 du 14 mai 2018 consid. 2.5).

d. En l'occurrence, la recourante ne saurait être suivie lorsqu'elle prétend que les deux décisions querellées souffriraient d'un manque de motivation. Au contraire, elles contiennent toutes deux les griefs spécifiques qui lui étaient faits et les dispositions de la LS applicables. Ainsi, celle du 19 décembre 2019 énonçait précisément les déviations constatées, en treize points différents, à la suite de l'inspection du 21 novembre 2019, étant relevé que les déterminations de la clinique subséquentes, reçues par le SMC le 17 décembre 2019, n'y avaient apporté aucune réponse. Il y était aussi précisé que les déviations constatées dans ses blocs mettaient manifestement en danger la sécurité des patients et étaient totalement contraires aux règles de bonnes pratiques et d'hygiène admissibles pour une prise en charge adéquate. Enfin, étaient annexées à cette décision les normes de la série EN SN 14644 « Salles propres et environnements maîtrisés apparentés », ISO 14698-1 « Salles propres et environnements maîtrisés apparentés - Maîtrise de la biocontamination - Partie 1 : principes généraux et méthodes » et ISO 14698-3 « Salles propres et environnements maîtrisés apparentés - Maîtrise de la bio contamination - Partie 3 : méthodes de mesurage de l'efficacité des procédés ».

Il en est de même pour la décision du 27 octobre 2020, mentionnant à nouveau expressément les problèmes relevés lors des inspections inopinées des locaux les 15 septembre 2020 (usage non conforme du vestiaire par le personnel, en particulier non-respect de la séparation entre zone propre et sale ; non-conformité des conditions d'hygiène hospitalière, par exemple du stockage des dispositifs propres et sales, ainsi que le processus de retraitement du matériel ; absence du responsable du bloc opératoire ; non accessibilité au personnel des

procédures mises en place) et 22 septembre 2020 (non-respect des zones propres et sales par les collaborateurs circulant en zone sale en tenue de bloc), puis le 13 octobre 2020 (non-respect des règles d'hygiène et des bonnes pratiques). À nouveau, cette décision énonce expressément les dispositions applicables de la LS.

Dans ces circonstances, il ne peut être valablement soutenu que les deux décisions querellées n'avaient pas une teneur et une motivation suffisantes pour que sa destinataire en comprenne les termes et enjeux. La clinique a au demeurant, par ses diverses écritures devant la chambre de céans notamment, qui jouit d'un plein pouvoir d'examen, démontré cette pleine compréhension et a pu y développer ses arguments en toute connaissance de cause.

e. Enfin, s'il est exact qu'aucun délai n'a été imparti à la clinique pour faire valoir son point de vue entre le courrier du SMC du 7 octobre 2020 et la décision du 27 octobre 2020, les choses doivent être replacées dans leur contexte. Celle-ci n'avait en effet pas réagi dans le sens attendu suite à l'inspection du 22 septembre 2020. Le 7 octobre 2020, elle a partant, une nouvelle fois, été invitée à remédier sans délai aux défauts constatés au cours des inspections des 15 et 22 septembre 2020, à défaut de quoi ses blocs opératoires seraient refermés, considérant que les conditions permettant leur exploitation n'étaient pas remplies. Ce courrier lui rappelait en outre que selon la décision de réouverture du 7 septembre 2020, le non-respect d'une ou plusieurs des conditions y mentionnées entrainerait l'arrêt immédiat de l'activité.

De plus, en octobre 2020, cela faisait près d'une année que la recourante était informée des déviations constatées, en particulier le non-respect des procédures relatives aux zones propres et sales et la nécessité de séparer strictement les activités y étant liées. Ainsi, durant des mois, et ce qui vaut au demeurant depuis l'inspection de février 2015, il ressort du dossier que le GRESI est non seulement intervenu sur place à plusieurs reprises, a clairement indiqué les points critiqués tant dans les rapports y ayant fait suite que dans des correspondances, mais que les parties ont eu nombre d'échanges démontrant que l'autorité a constamment cherché à l'orienter et a répondu à ses questions. Des solutions pragmatiques centrées sur les objectifs à atteindre ont été proposées par le SMC des suites de l'invitation qui lui a été faite par le juge délégué lors du transport sur place du 9 mars 2020 pour permettre une réouverture rapide des blocs depuis leur fermeture à fin 2019. Lors dudit transport sur place, nombre de déviations étaient encore présentes, malgré plusieurs mois au cours desquels la clinique a certes procédé à des modifications, mais insuffisantes selon le SMC.

Dans ces conditions, il ne saurait être fait grief à l'autorité intimée de ne pas avoir une nouvelle fois donné l'occasion à la recourante de faire valoir son point de vue avant de décider de fermer derechef les blocs opératoires. La recourante connaissait alors tant les conditions imposées pour l'exploitation de ses blocs,

moyennant le respect strict des règles posées dans la mesure où l'architecture des blocs n'était toujours pas aux normes, que la décision qui serait prise en cas de non-conformité. Force est de retenir que dans cette situation, de nouvelles observations de la clinique n'auraient eu aucune influence sur la décision à rendre.

Ce grief sera partant également rejeté.

f. Bien que la recourante ait posé plusieurs questions aux personnes présentes lors de l'audience du 14 décembre 2020 quant au processus décisionnel, elle ne développe nullement dans ses écritures en quoi ledit processus aurait été vicié, se contentant de le qualifier de « nébuleux » et de reprocher aux intervenants du 14 décembre 2020 de s'être « dérobés » quant à leur éventuel rôle de préparation des décisions litigieuses.

Le dossier ne trouve pour le surplus nulle assise pour fonder ce reproche au demeurant dénué de substance.

Ce grief, pour autant que recevable, sera partant également rejeté.

7) La recourante conteste le bien-fondé des décisions des 19 décembre 2019 et 27 octobre 2020. Elle soutient que l'autorité intimée a échoué à démontrer que déviations il y aurait eu, respectivement qu'elles appelaient l'interdiction d'utiliser l'ensemble de ses blocs opératoires jusqu'à mise en conformité.

a. La LS a pour but de contribuer à la promotion, à la protection, au maintien et au rétablissement de la santé des personnes, des groupes de personnes, de la population et des animaux, dans le respect de la dignité, de la liberté et de l'égalité de chacun (art. 1 al. 1 LS).

L'exploitation des institutions de santé est régie par la LS (art. 3 al. 2 let. g LS).

L'art. 100 LS dispose que par institution de santé, on entend tout établissement, organisation, institut ou service qui a, parmi ses missions, celle de fournir des soins (al. 1). Le Conseil d'État détermine les catégories d'institutions de santé (al. 2).

b. En l'absence de dispositions transitoires, la règle générale prévaut selon laquelle s'appliquent aux faits dont les conséquences juridiques sont en cause, les normes en vigueur au moment où lesdits faits se sont produits, sous réserve, en matière de sanctions disciplinaires ou d'amendes administratives, que le nouveau droit soit plus favorable (ATA/956/2020 du 29 septembre 2020 consid. 4 ; ATA/410/2020 du 30 avril 2020 consid. 3).

En l'espèce, les faits litigieux, respectivement les décisions attaquées, concernent une période antérieure et postérieure à la modification du règlement

sur les institutions de santé du 22 août 2006 (RISanté - K 2 05.06), applicable dès lors dans ses versions en vigueur au 1er janvier 2015 (ci-après : aRISanté), respectivement du 9 septembre 2020, selon ce qu'il vise à appréhender.

c. L'art. 1 aRISanté et RISanté, énumère parmi les institutions de santé les établissements médicaux privés et publics (let. a). L'autorisation doit être demandée au médecin cantonal (art. 1A al. 1 let. b aRISanté ; art. 1 art. 2 al. 1 let. b RISanté).

d. L'art. 101 LS dispose que, afin de protéger la santé des patients et de la population et de garantir des soins appropriés de qualité, la création, l'extension, la transformation et l'exploitation de toute institution de santé sont soumises à autorisation (al. 1). L'autorisation d'exploitation est délivrée par le département lorsque l'institution, compte tenu de sa mission, est dirigée par une ou des personnes responsables qui possèdent la formation ou les titres nécessaires (al. 2 let. a), est dotée d'une organisation adéquate (al. 2 let. b), dispose du personnel qualifié nécessaire ayant reçu une formation professionnelle adéquate (al. 2 let. c), dispose des locaux et de l'équipement nécessaires répondant aux exigences d'hygiène et de sécurité des patients (al. 2 let. d), participe à l'établissement des statistiques et des autres moyens de mesures nécessaires à la réalisation et à l'évaluation de la planification sanitaire cantonale (al. 2 let. e) et garantit, s'il y a lieu, la fourniture adéquate en médicaments (al. 2 let. f). L'autorisation d'exploitation indique la mission de l'institution de santé. Elle peut fixer un nombre maximal de personnes que l'institution peut prendre en charge (al. 3). Le Conseil d'État définit, selon la nature des prestations offertes, pour chaque catégorie d'institution, les conditions spécifiques d'octroi de l'autorisation d'exploitation qui visent notamment l'aménagement des locaux, l'effectif et la qualification du personnel, ainsi que les exigences à l'égard du ou des répondants. Il peut charger le département de régler le détail de cette matière (al. 4).

e. Le département s'assure que les conditions d'octroi de l'autorisation d'exploitation d'une institution de santé sont respectées, en effectuant ou en faisant effectuer les contrôles nécessaires (art. 105 LS).

Selon l'art. 9 aRISanté, correspondant à l'art. 12 RISanté, afin de s'assurer du respect de la législation en vigueur, l'autorité compétente peut inspecter ou faire inspecter tout local d'une institution de santé (al. 1). Pour contrôler que l'exploitation est conforme aux règles en vigueur, l'inspecteur peut consulter tout document ou élément lié à l'activité de l'institution. Il rédige un rapport d'inspection et communique par écrit ses observations à l'exploitant ou au responsable. Le cas échéant, il requiert les modifications nécessaires (al. 2).

En cas de violation des dispositions de la LS ou de ses dispositions d'exécution, le département peut prendre toute mesure utile afin de faire cesser un état de fait contraire au droit. Il peut en particulier ordonner la fermeture de locaux

(art. 126 al. 1 let. c LS). Le coût de ces mesures est à la charge des personnes responsables (art. 126 al. 4 LS).

En outre, la LS prévoit la possibilité d'infliger des sanctions disciplinaires notamment aux institutions de santé (art. 127 al. 3 LS). Selon l'art. 127 al. 7 LS, des mesures provisionnelles peuvent être prises contre des institutions de santé pendant la durée de la procédure disciplinaire par le département ou, sur délégation, par le médecin cantonal ou le pharmacien cantonal, permettant de limiter l'autorisation d'exploiter, l'assortir de charges ou la retirer.

8) a. En l'espèce, comme déjà relevé, la recourante n'a pas contesté spécifiquement les motifs ayant fondé la décision du 19 décembre 2019 et tenant, après une inspection par le GRESI le 21 novembre 2019, selon rapport du 29 novembre 2019 suivant, notamment à l'aménagement au 1er étage d'un bloc sans autorisation de construire ni de la DGS, à la présence inappropriée de WC à l'intérieur des blocs opératoires, à l'absence d'un sas d'aération pour accéder au bloc du sous-sol de sorte que « la marche en avant » ne pouvait pas être respectée, à des revêtements des sols, murs et plafonds des blocs opératoires (joints minéraux pour le carrelage, plinthes et sols en bois ou en agglomérés, rideaux en tissu et crépis muraux) dégradés et non conformes, car non désinfectables, à l'absence d'étanchéité d'un plafond d'une salle d'opération, favorisant ainsi la dissémination de particules dans ladite salle, à l'absence de systèmes de contrôles d'accès, par l'escalier et l'ascenseur, aux blocs opératoires, de sorte que quiconque pouvait y accéder à tout moment, à l'absence de vestiaire distinct pour les patients et le personnel, respectivement de séparation entre les zones propre et sale, au niveau du bloc opératoire du 1er étage, à l'absence de contrôle de la température et de l'hygrométrie à l'intérieur des blocs opératoires, conformément aux normes en vigueur, à l'absence de mesures nécessaires concernant la conformité du système de ventilation pour l'ensemble des locaux composant un bloc opératoire au sous-sol, à l'absence de mesures des flux ou pressions entrant et sortant de la salle de pré-désinfection au sous-sol, et au 1er étage dans une partie des locaux internes au périmètre du bloc opératoire, l'absence des formations requises des responsables de la stérilisation et des blocs opératoires et de l'aide de bloc, à la péremption depuis plusieurs mois d'un grand nombre de dispositifs médicaux pour des interventions médicales, et enfin à l'absence de local pour le stockage transitoire des déchets médicaux.

Il n'existe aucun élément au dossier permettant de douter de la fiabilité du constat du SMC sur ces points lors de son inspection du 21 novembre 2019. Il sera relevé qu'elle faisait suite, à compter à tout le moins du 24 février 2015, à pas moins de cinq inspections du GRESI, à savoir à cette première date, puis les 25 juin et 28 juillet 2015, les 7 et 19 avril 2016, auxquelles s'est ajoutée une inspection du 16 mars 2017 de Swissmedic au cours de laquelle onze déviations ont été identifiées au sujet du retraitement et de la maintenance des dispositifs

médicaux. L'intégralité de ces inspections a donné lieu à des demandes de remédiation de défauts, de manière récurrente, notamment au niveau des blocs opératoires. Le SMC a toutefois déploré, dans sa lettre à la clinique du 29 novembre 2019, que nombre de demandes de mise en conformité soient restées lettre morte.

Dans ces conditions, la clinique ne saurait être suivie lorsqu'elle soutient que son exploitation s'est déroulée sans difficulté depuis 2011 et que l'autorité aurait échoué à démontrer l'existence de motifs ayant conduit à une première fermeture de ses blocs selon décision du 19 décembre 2019. Il sera encore relevé que, comme justement relevé par le SMC, la clinique a poursuivi une activité de retraitement et de maintenance du matériel chirurgical, ce qui a été constaté par le SMC lors de l'inspection du 21 novembre 2019, alors même que Swissmedic avait pris note de ce qu'elle confiait cette tâche à une entreprise extérieure du fait des carences constatées en mars 2017 et lui avait fait injonction de l'informer si elle comptait reprendre cette tâche, ce dont elle s'est abstenue.

b. S'agissant de la décision du 27 octobre 2020, comme déjà relevé, elle a fait notamment suite à une première fermeture des blocs opératoires en décembre 2019 en raison de seize déviations, dont sept de non-conformité critique et est fondée sur nombre de déviations constatées à l'occasion de l'inspection du 13 octobre 2020 au niveau des deux blocs opératoires du sous-sol, dont le rapport est documenté par diverses photographies. Ainsi, au niveau du bloc opératoire n° 1, il a été constaté notamment que les tenues vestimentaires du personnel n'étaient pas respectées en fonction de leur circulation hors ou dans ledit bloc, l'organisation du vestiaire du personnel ne correspondait pas aux bonnes pratiques dès lors que beaucoup de tenues étaient stockées dans les casiers réservés à la dépose des affaires personnelles, un masque et une charlotte manifestement utilisés, ce qui ressort des photos, le masque portant en particulier la déformation concave due à son port, avaient été laissés dans un casier contenant des tenues propres, et les procédures d'entretien du bloc et de la salle de réveil, notamment celle du nettoyage du coffre de la porte coulissante de la salle d'opération, n'étaient pas accessibles aux collaborateurs.

Le local se situant en face du bloc n° 2 comptait à la fois du matériel sale (nécessaire de ménage notamment) et du matériel propre, ce qui n'était pas conforme aux bonnes pratiques. Il n'y avait aucune procédure de dilution des produits pour les pré-désinfections dans la salle ad hoc, les bacs de pré-désinfection n'étaient pas étiquetés, aucun chronomètre n'était disponible pour connaître le temps de trempage des instruments et le matériel nécessaire pour effectuer la pré-désinfection, selon les directives Swissmedic, n'était pas au complet. Ce local ne comportait aucune poubelle, alors que des papiers jetables étaient utilisés pour le séchage, ni solution hydroalcoolique ou savon liquide pour

le lavage des mains. Aucune infirmière n'était disponible pour le bloc opératoire, alors qu'un patient y avait été opéré le matin-même.

Le GRESI avait encore observé dans les classeurs de procédure que la traçabilité des filtres antimicrobiens pour l'eau de l'auge chirurgicale n'était pas respectée, dans la mesure où aucun changement de filtre n'avait eu lieu depuis le 7 février 2020, alors qu'il devait être effectué le premier jour de chaque mois. À cet égard, l'argument selon lequel ce reproche serait exagéré compte tenu de la fermeture des blocs durant plusieurs mois ne résiste pas à l'examen. En effet, dans la mesure où l'ouverture partielle des blocs a été autorisée à compter du 7 septembre 2020, au 13 octobre 2020, à tout le moins un changement de filtre aurait dû intervenir.

Certes, la clinique a cherché à relativiser l'importance de ces déviations devant la chambre de céans ou a indiqué qu'elles étaient sans fondement. Toutefois, rien ne permet de remettre en doute la fiabilité des constats faits par l'autorité, dûment étayés dans son rapport et le fait qu'ils soient dirimants à une activité chirurgicale dans l'intérêt et la sécurité des patients. Quand bien même l'autorité intimée a concédé, lors de l'audience du 14 décembre 2020, que si des déviations avaient été corrigées, ce qui a permis une réouverture partielle des blocs, d'autres ont été relevées sans que tel fût le cas jusque-là, c'est bien le cumul des constats, depuis à tout le moins le 21 novembre 2019, mais dans un contexte problématique depuis le mois de février 2015 déjà, et alors que la clinique était expressément avertie depuis la décision du 7 septembre 2020, que toute déviation entraînerait une nouvelle fermeture, que dite fermeture est intervenue le 27 octobre 2020.

Il ressort de ce qui précède que les deux décisions querellées étaient fondées. Reste à examiner si, comme le soutient la recourante, elles violeraient les principes de la liberté économique et de la proportionnalité.

9) a. Invocable tant par les personnes physiques que morales, la liberté économique (art. 27 Cst.) protège toute activité économique privée, exercée à titre professionnel et tendant à la production d'un gain ou d'un revenu (ATF 137 I 167 consid. 3.1 ; 135 I 130 consid. 4.2).

Des restrictions sont compatibles avec le droit à la liberté économique dans la mesure où elles reposent sur une base légale, sont justifiées par un intérêt public et respectent le principe de la proportionnalité (art. 36 Cst. ; ATA/53/2015 précité consid. 2c).

b. Le principe de la proportionnalité, consacré de manière générale à l'art. 5 al. 2 Cst. et, en lien avec les restrictions de liberté – ici la liberté économique –, exige qu'une mesure restrictive soit apte à produire les résultats escomptés (règle de l'aptitude) et que ceux-ci ne puissent être atteints par une mesure moins

incisive (règle de la nécessité); en outre, il interdit toute limitation allant au-delà du but visé et il exige un rapport raisonnable entre celui-ci et les intérêts publics ou privés compromis (principe de la proportionnalité au sens étroit, impliquant une pesée des intérêts ; ATF 142 I 76 consid. 3.5.1).

c. Les deux décisions querellées trouvent leur base légale à l'art. 127 al. 7 LS, ce qui n'est pas disputé en l'espèce. L'intérêt public est indéniable s'agissant de la protection de la santé des patients amenés à se faire opérer à la clinique et l'accès à des soins de qualité.

Après toutes les inspections susmentionnées, les demandes de mise en conformité et les remédiations lacunaires, respectivement les nouvelles défaillances de fonctionnement découvertes, seule une fermeture des blocs opératoires était à même d'atteindre le but de sécurisation des patients.

La clinique ne saurait être suivie lorsqu'elle laisse entendre qu'il eût fallu attendre un cas d'infection/de maladie nosocomiale pour décider desdites fermetures. En matière de santé, ce qui correspond à l'un des buts de la LS (art. 1 al. 1), le principe de précaution, sous la forme de la protection de la santé des personnes, prévaut.

Enfin, force est de relever qu'il a fallu attendre début décembre 2020 pour que la clinique entreprenne les travaux, soumis à autorisation, assistée d'un architecte spécialisé, de mise en conformité des trois blocs opératoires.

Dans ces conditions, ses derniers griefs, et en définitive les deux recours, sont infondés et seront rejetés.

10) Vu l'issue du litige, un émolument de CHF 3'000.-, tenant compte des diverses décisions sur mesures provisionnelles et des frais de transport sur place sera mis à la charge de A_____ (art. 87 al. 1 LPA) et aucune indemnité de procédure ne sera allouée (art. 87 al. 2 LPA).

* * * * *

PAR CES MOTIFS
LA CHAMBRE ADMINISTRATIVE

rejette, dans la mesure de leur recevabilité, les recours interjetés les 13 janvier 2020 et 9 novembre 2020 par A_____ contre les décisions de la direction générale de la santé des 19 décembre 2019 et 27 octobre 2020 ;

met un émolument de CHF 3'000.- à la charge de A_____, y compris les frais de transport sur place ;

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

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

communique le présent arrêt à Me Romain Jordan, avocat de la recourante, ainsi qu'à la direction générale de la santé.

Siégeant : M. Mascotto, président, Mmes Payot Zen-Ruffinen, Krauskopf, Lauber et Tombesi, juges.

Au nom de la chambre administrative :

la greffière-juriste :	le président siégeant :
F. Cichocki	C. Mascotto

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties.

Genève, le la greffière :