

Rapport spécial

sur le financement public
des investissements hospitaliers



Cour des comptes
Grand-Duché de Luxembourg

Table des matières

I. LES CONSTATATIONS ET RECOMMANDATIONS DE LA COUR DES COMPTES	7
1. PRÉSENTATION DU CONTRÔLE DE LA COUR	7
1.1. INTRODUCTION	7
1.2. CHAMP ET OBJECTIFS DE CONTRÔLE	7
1.3. CADRE LÉGAL	8
1.4. SITUATION FINANCIÈRE DU FONDS POUR LE FINANCEMENT DES INFRASTRUCTURES HOSPITALIÈRES.....	8
1.5. ECHANTILLON DE CONTRÔLE	10
2. CHRONOLOGIE DES TRAVAUX DE CONTRÔLE	13
3. DÉROULEMENT PROCÉDURAL DU FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS HOSPITALIERS	15
3.1. DOSSIER D'INTENTION ET AUTORISATION DE PRINCIPE	15
3.2. AUTORISATION DÉFINITIVE.....	16
3.3. LOI DE FINANCEMENT	17
3.4. CONVENTION DE FINANCEMENT	17
3.5. AUTORISATIONS PUBLIQUES	19
3.6. SUIVI FINANCIER DES INVESTISSEMENTS HOSPITALIERS	19
4. PARTICIPATION DE L'ÉTAT AU FINANCEMENT DE LA MODERNISATION, DE L'AMÉNAGEMENT OU DE LA CONSTRUCTION DE CERTAINS ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS	21
4.1. INTRODUCTION	21
4.2. LOI DE FINANCEMENT	22
4.3. CONSTATATIONS	24
4.3.1. Exécution de la loi de financement de 1999.....	24
4.3.2. Absence de saisie de la Chambre des députés en cas de changement des programmes de construction	26
4.3.3. Absence de saisie de la Chambre des députés en cas de dépassement de l'aide financière arrêtée par la loi modifiée du 21 juin 1999	26
4.3.4. Absence de présentation des décomptes finaux des projets de construction et/ou de modernisation.....	27
5. DISPOSITIONS LÉGALES ET RÉGLEMENTAIRES : CONSTATATIONS	29
5.1. ABSENCE DE CONVENTION DE FINANCEMENT	29
5.2. ABSENCE DE CERTIFICATION PAR LE RÉVISEUR AUX COMPTES	29
5.3. SUBVENTIONNEMENT DE TRAVAUX NON AUTORISÉS PRÉALABLEMENT PAR LE MINISTRE DE LA SANTÉ	30
5.4. APPLICATION DE LA LOI SUR LES MARCHÉS PUBLICS – ABSENCE DE CONTRÔLES MINISTÉRIELS.....	31



Table des matières (suite)

5.5. ABSENCE DE RÈGLEMENT GRAND-DUCAL PRÉVU PAR LA LOI	33
5.6. COMMISSAIRE DE GOUVERNEMENT AUX HÔPITAUX	34
6. SUIVI DES PROJETS DE CONSTRUCTION ET/OU DE MODERNISATION : CONSTATATIONS	37
6.1. ABSENCE D'EXPERT DE L'ÉTAT	37
6.2. ABSENCE DE RAPPORTS TRIMESTRIELS	37
6.3. INCOHÉRENCES AU NIVEAU DU SUIVI FINANCIER DES PROJETS SUBVENTIONNÉS	38
6.4. ADAPTATION DU BUDGET DES PROJETS D'INVESTISSEMENT HOSPITALIERS : APPROCHES DIVERGENTES ET ABSENCE DE CONTRÔLES MINISTÉRIELS.....	39
7. DEMANDES DE REMBOURSEMENT.....	43
7.1. PROCÉDURE DE REMBOURSEMENT	43
7.1.1. Description de la procédure de remboursement	43
7.1.2. Constatations	44
7.1.2.1. Absence de preuves de paiement.....	44
7.1.2.2. Méthodes divergentes dans le domaine de la TVA intracommunautaire et des retenues de garanties	44
7.1.2.3. Remboursement erroné	44
7.2. INTERVENANTS DANS LE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS HOSPITALIERS.....	45
7.2.1. Division de la médecine curative et de la qualité en santé de la Direction de la santé.....	45
7.2.2. Commissaire de Gouvernement aux hôpitaux	46
7.2.3. Division des affaires hospitalières et extrahospitalières du ministère de la Santé	46
7.2.4. Commission permanente pour le secteur hospitalier	47
7.2.5. Constatations	47
7.2.5.1. Différentes entités en charge de l'autorisation et du subventionnement des projets	47
7.2.5.2. Contrôle des demandes de remboursement par un seul fonctionnaire.....	48
7.3. NON-RESPECT DU TAUX DE FINANCEMENT DE 80%	48
7.4. ÉLÉMENTS « NON SUBVENTIONNABLES PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ »	51
7.4.1. Définition des éléments non subventionnables.....	51
7.4.2. Prise en compte d'éléments non subventionnables dans le calcul de l'aide financière de l'Etat	52
7.5. ELIGIBILITÉ DES DÉPENSES	53
7.5.1. Absence de critères d'éligibilité des dépenses	53
7.5.2. Travaux de remise en état et acquisitions complémentaires.....	54
II. LA PRISE DE POSITION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ.....	57



I. LES CONSTATATIONS ET RECOMMANDATIONS DE LA COUR DES COMPTES

1. Présentation du contrôle de la Cour

1.1. Introduction

L'article 5, paragraphe (2) de la loi modifiée du 8 juin 1999 portant organisation de la Cour des comptes prévoit que la Cour peut, de sa propre initiative, présenter ses constatations et recommandations portant sur des domaines spécifiques de gestion financière sous forme d'un rapport spécial.

En exécution de la précédente disposition, la Cour a prévu dans son programme de travail pour l'exercice 2017 un contrôle portant sur le financement public des investissements hospitaliers.

Des entretiens avec les responsables des entités contrôlées ainsi qu'une analyse des documents mis à disposition de la Cour ont constitué les instruments utilisés pour identifier, recueillir et valider les informations nécessaires à l'établissement des constatations et recommandations du présent rapport.

1.2. Champ et objectifs de contrôle

Les objectifs poursuivis par la Cour sont définis par la loi modifiée du 8 juin 1999 portant organisation de la Cour des comptes. A l'article 3 (1), il est précisé que « la Cour des comptes examine la légalité et la régularité des recettes et des dépenses ainsi que la bonne gestion financière des deniers publics ».

Le présent rapport vise principalement une période qui couvre les années 2007 à 2017.

La Cour a examiné, moyennant échantillonnage, le système de comptabilité, notamment le système de refacturation, mis en place au niveau des établissements hospitaliers afin de vérifier s'il satisfait aux obligations découlant du règlement grand-ducal du 18 avril 2001 établissant le modèle de la convention avec les hôpitaux fixant les modalités de la participation de l'Etat dans les investissements hospitaliers.

La Cour a ensuite analysé l'efficacité et la cohérence des mécanismes de contrôle mis en place par le ministère de la Santé pour valider les demandes de remboursement introduites par les établissements hospitaliers.

1.3. Cadre légal

Pour ce qui concerne le cadre légal, il y a notamment lieu de se référer aux lois et règlements principaux suivants :

- Loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers ;
- Loi modifiée du 21 juin 1999 autorisant l'Etat à participer au financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction de certains établissements hospitaliers ;
- Règlement grand-ducal du 18 avril 2001 établissant le modèle de la convention avec les hôpitaux fixant les modalités de la participation de l'Etat dans les investissements hospitaliers ;
- Règlement grand-ducal du 13 mars 2009 établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures ;
- Loi du 16 avril 2015 autorisant l'Etat à participer au financement des travaux de modernisation et d'extension de la ZithaKlinik ;
- Loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;
- Loi du 1^{er} août 2018 autorisant l'Etat à participer au financement des travaux de construction du « Südspidol ».

A noter que la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers a été abrogée par la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière qui est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2018.

1.4. Situation financière du Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières

D'après l'article 15 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, « *il est institué un fonds pour le financement des infrastructures hospitalières (...).*

Le fonds est destiné à honorer les engagements pris par l'Etat, y compris les frais financiers.

Le fonds est placé sous l'autorité du ministre de la Santé et alimenté par des dotations budgétaires annuelles.

Les dépenses imputables au fonds font l'objet d'une programmation pluriannuelle par le gouvernement.

Les aides prévues à la présente loi sont accordées sur base de conventions avec les maîtres d'ouvrages respectifs et dans la limite des moyens du fonds.

Ces conventions prévoient notamment les modalités de contrôle par rapport à la conformité des investissements autorisés et de la liquidation des aides consenties.

La liquidation, à charge du fonds, des aides accordées au titre d'un projet d'investissement déterminé est effectuée, le cas échéant, après déduction des avances éventuellement déjà accordées au titre du même projet d'investissement. »

Le tableau ci-après présente la situation financière du Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières pour la période de 2011 à 2017.

Tableau 1 : Situation financière du Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières

Exercice	Excédent au début de l'exercice	Recettes	Dépenses	Excédent à la fin de l'exercice
2011	108.966.237,18	36.000.000,00	43.814.677,47	101.151.559,71
2012	101.151.559,71	37.800.000,00	33.500.656,91	105.450.902,80
2013	105.450.902,80	28.000.000,00	37.445.418,08	96.005.484,72
2014	96.005.484,72	30.000.000,00	28.373.838,43	97.631.646,29
2015	97.631.646,29	35.000.000,00	31.494.848,15	101.136.798,14
2016	101.136.798,14	35.000.000,00	26.599.316,38	109.537.481,76
2017	109.537.481,76	40.423.166,93	29.450.323,74	120.510.324,95

Sources chiffres (en euros) : comptes généraux de l'Etat ; tableau : Cour des comptes

Les dépenses imputées à charge du Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières peuvent être regroupées en quatre parties, à savoir la participation de l'Etat aux :

- frais d'investissement des projets en cours de réalisation, c'est-à-dire les travaux, fournitures et prestations de service des projets de construction et/ou de modernisation subventionnés ;
- frais d'études des projets en vue de l'établissement de l'avant-projet sommaire, de l'avant-projet détaillé, du dossier d'autorisation, du dossier projet de loi et les honoraires de tout genre revenant à des experts commandités par l'hôpital ;
- frais des experts chargés par l'Etat du contrôle général de la mise au point de l'exécution des projets d'investissement hospitaliers subventionnés ;

- frais financiers et intérêts débiteurs des lignes de crédit servant au préfinancement des investissements.

Tableau 2 : Ventilation des dépenses du Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières

Exercice	Frais d'investissement	Frais d'études	Frais d'experts	Frais financiers
2011	39.899.548,74	2.032.574,76	294.440,14	1.588.113,83
2012	32.528.651,66	94.395,02	263.728,97	613.881,26
2013	36.629.185,06	328.186,56	386.018,05	102.028,41
2014	27.220.095,66	830.714,97	77.285,90	245.741,90
2015	30.126.982,70	1.299.642,04	16.907,40	51.316,01
2016	22.511.426,29	3.892.425,17	157.056,74	38.408,18
2017	21.679.333,15	7.668.432,27	52.743,37	49.814,95

Sources chiffres (en euros) : budgets de l'Etat, comptes généraux de l'Etat, SAP ; tableau : Cour des comptes

1.5. Echantillon de contrôle

L'échantillon de contrôle des projets d'investissement a été déterminé sur base de différents critères de sélection, à savoir l'importance de l'investissement (enjeu financier), le type de projet (nouvelle construction, extension, mise en conformité,...) et le statut juridique de l'établissement hospitalier.

Les projets suivants ont été retenus :

- Centre Mère-Enfant (CHL) (nouvelle construction), établissement public ;
- Clinique Ste Marie (mise en conformité), fondation ;
- Centre François Baclesse (extension), association sans but lucratif ;
- Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation (nouvelle construction), établissement public.

Le tableau suivant présente les informations et chiffres clefs des quatre projets de l'échantillon de contrôle.

Tableau 3 : Présentation des projets de l'échantillon de contrôle

	Centre Mère-Enfant (CHL)	Clinique Ste Marie	Centre François Baclesse	Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation
Base légale	loi modifiée du 28 août 1998 - article 16	loi modifiée du 21 juin 1999 - tiret 3	loi modifiée du 21 juin 1999 - tiret 16	loi modifiée du 21 juin 1999 - tiret 6
Participation de l'Etat (base légale ou convention)	32.242.587 (indice 677,18)	14.184.046 (indice 503,26)	17.169.315 (indice 503,26)	60.053.312 (indice 503,26)
Budget adapté (*)	35.493.708	16.498.290	28.596.399	70.275.000
Participation de l'Etat liquidée (*)	32.706.888	16.071.152	26.688.555	72.834.496
Inauguration / fin du chantier	inauguration le 30 juin 2015	fin du chantier en juillet 2015	inauguration le 23 mai 2011	inauguration le 2 février 2007
Etat du dossier de subventionnement	en cours (litiges)	clôturé	clôturé (litige)	clôturé

Sources chiffres (en euros) : (*) fichier « relevés projets hosp. 30.03.18 » du ministère de la Santé ; tableau : Cour des comptes

A noter qu'aussi bien les frais des experts chargés par l'Etat du contrôle général de la mise au point et de l'exécution des projets d'investissement hospitaliers subventionnés que les intérêts débiteurs des lignes de crédit et autres frais financiers ne sont pas inclus dans la participation de l'Etat présentée ci-avant.

En ce qui concerne le Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation, la Cour a demandé en date du 17 mai 2018 des documents complémentaires, tels que la certification de l'imputation correcte des dépenses sur le projet par le réviseur aux comptes, la déclaration d'éligibilité conjointe du ministre de la Santé et du ministre du Budget concernant les dépenses engagées ou payées par l'établissement avant la date de signature de la convention de financement et les conventions relatives à une mise en location des installations sportives à des tiers, y compris des renseignements sur les recettes générées par ces locations.

Par ailleurs, la Cour a demandé des informations supplémentaires concernant la prise en compte de la participation financière de l'exploitant de la cuisine dans le calcul de l'aide financière de l'Etat ainsi que des précisions concernant la méthode de calcul de la répartition des coûts entre les parties A à D (voir ci-dessous au point 3.4).

La Cour note que malgré plusieurs rappels (11 juin 2018, 13 juillet 2018, 14 août 2018), aucune suite n'a été donnée à ses demandes.

2. Chronologie des travaux de contrôle

1 ^{er} mars 2017	Lettre d'information à la Ministre de la Santé ;
26 avril 2017	Réunion auprès du ministère de la Santé ;
15 juin 2017	Réunion auprès du ministère de la Santé ;
20 juin 2017	Réunion auprès de la Caisse nationale de santé ;
1 ^{er} février 2018	Réunion auprès du ministère de la Santé ;
6 février 2018	Réunion auprès de la Direction de la santé ;
16 mars 2018	Réunion auprès du Centre Hospitalier de Luxembourg ;
19 mars 2018	Contrôle sur place auprès du Centre Hospitalier de Luxembourg ;
23 mars 2018	Réunion auprès du Centre François Baclesse à Esch-sur-Alzette ;
23 avril 2018	Réunion auprès du Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation à Luxembourg-Kirchberg ;
9 mai 2018	Contrôle sur place auprès du Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation à Luxembourg-Kirchberg ;
15 mai 2018	Réunion auprès de la Clinique Ste Marie à Esch-sur-Alzette ;
28 mai 2018	Contrôle sur place auprès des Hôpitaux Robert Schuman à Luxembourg (projet Clinique Ste Marie) ;
5 juin 2018	Réunion avec la Direction du contrôle financier ;
20 juin 2018	Contrôle sur place auprès du Centre Hospitalier Emile Mayrisch à Niederkorn (projet Centre François Baclesse).

3. Déroulement procédural du financement des investissements hospitaliers

L'article 11 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers dispose que, « l'Etat participe à raison de 80% aux frais des investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers autorisés par le ministre de la Santé, la commission permanente pour le secteur hospitalier demandée en son avis ». A noter que cette loi a été abrogée, et que l'article 15 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière reprend cette disposition.

Lorsque ces frais d'investissement sont opposables à la Caisse nationale de santé, en vertu de la Convention entre la Caisse nationale de santé et la Fédération des hôpitaux luxembourgeois, conclue en exécution de l'article 74 et suivants du Code de la sécurité sociale, celle-ci prend en charge la quote-part qui lui est opposable (20%).

Le subventionnement par l'Etat des projets de construction et/ou de modernisation introduits par les établissements hospitaliers se fait par l'intermédiaire du Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières, qui est placé sous l'autorité du ministre de la Santé. A relever que ces projets doivent être conformes au plan hospitalier national.

Ceci dit, les établissements hospitaliers sont dans l'obligation de suivre une procédure qui comprend un certain nombre d'étapes qu'il s'agit de respecter afin de pouvoir bénéficier des aides accordées par l'Etat.

3.1. Dossier d'intention et autorisation de principe

Lorsqu'un établissement hospitalier envisage la réalisation d'un projet d'infrastructure, il fait parvenir un dossier d'intention au ministère de la Santé. Ce dossier comprend une description sommaire du projet, en illustre l'utilité et en établit l'échéancier.

En cas d'avis favorable du ministre de la Santé et du Conseil de gouvernement selon l'importance du projet, le maître d'ouvrage est habilité à poursuivre les études pour le projet en question.

Ces études se composent essentiellement des études préliminaires (expertises environnementales), des études de faisabilité, de l'organisation du concours d'architecte, de l'élaboration du programme spatial général (« Raumprogramm »), de l'avant-projet sommaire et de l'avant-projet détaillé. De plus, un coordinateur du projet est désigné par le maître d'ouvrage.

L'étude de faisabilité permet de jauger la pertinence, la viabilité, l'opportunité et l'économicité du projet. A ce stade, le ministère de la Santé fait intervenir ses consultants internes.

Les consultants internes du ministère de la Santé sont attachés à la Division de la médecine curative et de la qualité en santé de la Direction de la santé.

Le ministère de la Santé se fait également conseiller par des experts externes (experts en architecture et experts pour les installations techniques).

L'étude de faisabilité est remise au ministre qui, en cas d'avis favorable de ses consultants internes et des experts externes, sollicite l'aval du Conseil de gouvernement.

Si l'autorisation est accordée par le gouvernement en conseil sous forme d'un accord de principe, le maître d'ouvrage est alors habilité à lancer un concours d'architectes sur base du programme spatial général.

3.2. Autorisation définitive

L'architecte retenu devra élaborer, en concertation avec le maître d'ouvrage, un avant-projet sommaire et, le cas échéant, un avant-projet détaillé.

Le ministre de la Santé soumet l'avant-projet sommaire à ses consultants internes et aux experts externes et le transmet à la commission permanente pour le secteur hospitalier.

La commission exerce, entre autres, une fonction consultative auprès du ministre de la Santé et elle est habilitée par la loi à aviser les demandes de subventions financières des établissements hospitaliers. Cet organe regroupe douze experts, à savoir :

- deux représentants du ministre ayant dans ses attributions la Santé,
- deux représentants du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale,
- un représentant du ministre ayant dans ses attributions le Budget,
- trois représentants de la Caisse nationale de santé,
- deux représentants proposés par le groupement le plus représentatif des hôpitaux luxembourgeois,
- deux représentants des professions de la santé.

Le commissaire de Gouvernement aux hôpitaux assiste également aux réunions de la commission avec voix consultative.

En principe, le ministre de la Santé suit l'avis de la commission. En cas d'avis favorable du ministre de la Santé, celui-ci invite le maître d'ouvrage à lui présenter l'avant-projet détaillé.

A l'instar de la procédure relative à l'avant-projet sommaire, le ministre de la Santé soumet également l'avant-projet détaillé à ses consultants internes et aux experts externes et le transmet à la commission.

A noter que cet avis complémentaire de la commission n'est pas nécessairement sollicité pour les projets de moindre envergure.

Le ministre prend sa décision sur base des avis des experts. En cas d'avis favorable du ministre de la Santé, il y a lieu d'élaborer une convention de financement et, le cas échéant, de rédiger un projet de loi spéciale.

3.3. Loi de financement

Selon la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'Etat, les projets d'infrastructure hospitalière dont la participation financière de l'Etat dépasse la somme de 40.000.000 euros¹, doivent être autorisés par une loi spéciale. Les maîtres d'ouvrage ne sont pas habilités à débiter les travaux avant l'entrée en vigueur de la loi de financement.

Pour entamer les travaux d'infrastructure, une convention de financement devra être conclue entre l'établissement hospitalier et l'Etat.

3.4. Convention de financement

En vertu de l'article 15 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers : « les aides prévues à la présente loi sont accordées sur base de conventions avec les maîtres d'ouvrages respectifs et dans la limite des moyens du fonds. Ces conventions prévoient notamment les modalités de contrôle par rapport à la conformité des investissements autorisés et de la liquidation des aides consenties ».

Le règlement grand-ducal du 18 avril 2001 établissant le modèle de la convention avec les hôpitaux fixant les modalités de la participation de l'Etat dans les investissements hospitaliers fournit dans son annexe le modèle de convention qui doit être adapté pour tenir compte des spécificités de chaque projet d'infrastructure hospitalière.

La convention de financement doit être signée par le ministre de la Santé, par le ministre ayant le Budget dans ses attributions et par l'établissement hospitalier ayant introduit la demande de subventionnement du projet d'infrastructure en question.

¹ Le montant initial de 7.500.000 euros a d'abord été remplacé par celui de 9.950.000 euros par le règlement grand-ducal du 18 mars 2009 modifiant l'article 80 de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'Etat et ensuite par celui de 40.000.000 euros par la loi du 29 mai 2009 portant modification de l'article 80 de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'Etat.

La convention de financement contient entre autres :

- le montant de la participation financière de l'Etat par le biais du Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières (Art. 1^{er}) ;
- le coût global du projet et sa ventilation en différentes parties ainsi que la possibilité de réviser celui-ci en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la construction (Art. 4) ;
- l'obligation d'ouvrir une ligne de crédit dédiée aux montants subventionnables par l'Etat, à savoir 80% des factures tombant sous la partie A ou B (Art. 6).

Dans la pratique, l'établissement hospitalier procède à l'ouverture de deux lignes de crédit. Le premier de ces comptes est réservé à la quote-part prise en charge par le ministère de la Santé (80%) et le second à la quote-part prise en charge par la Caisse nationale de santé (20%). L'ensemble des frais ainsi que les intérêts débiteurs engendrés sur ces deux lignes de crédit sont donc pris en charge par le Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières et par la Caisse nationale de santé.

Par ailleurs, l'annexe 2 du modèle de convention prévoit de ventiler le coût global du projet d'infrastructure en quatre parties distinctes, à savoir :

- Partie A : cette partie est subventionnable par le ministère de la Santé à hauteur de 80% et opposable à la Caisse nationale de santé à hauteur de 20%. Cette partie est donc entièrement financée par des organes publics. Il s'agit des frais ayant un lien direct avec la réalisation du projet (TVA et honoraires inclus) ainsi que du premier équipement de la nouvelle infrastructure.
- Partie B : cette partie est subventionnable par le ministère de la Santé mais n'est pas opposable à la Caisse nationale de santé. Il s'agit du surcoût des chambres de 1^{ière} classe.
- Partie C : cette partie n'est pas subventionnable par le ministère de la Santé mais est opposable à la Caisse nationale de santé. Il s'agit, le cas échéant, de la cuisine, de la buanderie ou de la centrale de cogénération.
- Partie D : cette partie n'est ni subventionnable par le ministère de la Santé, ni opposable à la Caisse nationale de santé et est donc intégralement financée par les établissements hospitaliers. Il s'agit de surfaces susceptibles de générer des recettes aux établissements hospitaliers, dont voici une liste non-exhaustive :
 - locaux mis à la disposition des médecins et des secrétaires médicales pour l'activité de consultation des médecins ;

- locaux mis à la disposition des professionnels de la santé en exercice libéral ;
- locaux loués à des tiers pour leurs activités de service (kiosque, magasin de fleurs, salon de coiffure,...) ;
- cafétérias ;
- parkings.

Ce règlement grand-ducal prévoit également que les dépenses payées par l'établissement hospitalier préalablement à la signature de la convention de financement soient remboursées par le Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières, à condition que celles-ci soient déclarées éligibles à l'aide de l'Etat sur base d'un décompte certifié par le réviseur aux comptes (Art. 8).

3.5. Autorisations publiques

Finalement, le maître d'ouvrage devra solliciter les autorisations publiques suivantes :

- autorisation d'exploitation (commodo/incommodo),
- autorisation de bâtir du bourgmestre,
- autorisation du ministre de l'Intérieur si nécessaire.

3.6. Suivi financier des investissements hospitaliers

Le suivi financier des projets d'infrastructure hospitalière est assuré par le ministère de la Santé et, plus précisément, par la Division des affaires hospitalières et extrahospitalières.

A cette fin, l'article 7 de l'annexe du règlement grand-ducal du 18 avril 2001 dispose que, « *l'hôpital adresse au Ministre de la Santé et au Ministre du Budget chaque trimestre un rapport mettant en évidence :*

- (1) *l'état de réalisation par rapport aux plans et l'échéancier autorisés ;*
- (2) *l'état financier par rapport à l'évolution du projet en relation avec les devis, l'échéancier et l'enveloppe autorisés ;*
- (3) *les éventuelles modifications, dûment motivées et autorisées, ou à autoriser, par rapport à 1) et/ou 2) ci-avant ».*

Les établissements hospitaliers qui bénéficient d'un subventionnement sont également invités à transmettre un décompte trimestriel reprenant l'original des factures imputées à charge des

projets qui font l'objet d'une convention de financement, accompagnées des preuves de paiement y relatives. Ces factures doivent être préalablement vérifiées et certifiées exactes par le maître d'ouvrage.

Au sein du ministère de la Santé, ces documents sont contrôlés par un fonctionnaire de la Division des affaires hospitalières et extrahospitalières. S'il estime que ces dépenses sont éligibles, il procède à l'ordonnancement de la partie subventionnée par le ministère de la Santé. Ensuite, il les transmet au contrôleur financier pour validation. En cas de visa du contrôleur financier, ces montants sont liquidés et le Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières est débité à hauteur de 80% du montant de ces factures. Les factures originales sont retournées à l'établissement hospitalier.

En cas d'inéligibilité ou d'irrégularité constatée par le ministère de la Santé et/ou par le contrôleur financier, les établissements hospitaliers sont alors contraints de payer ces montants à partir de leurs fonds propres.

A noter qu'actuellement, la Caisse nationale de santé se base sur les contrôles effectués au sein du ministère de la Santé.

Par ailleurs, contrairement au ministère de la Santé, la Caisse nationale de santé ne rembourse les établissements hospitaliers que lorsque les travaux sont achevés et que les projets sont finalisés. Les établissements hospitaliers sont alors tenus de lui fournir un plan d'amortissement dont la durée dépend de l'ampleur et de la nature de l'investissement. La Caisse nationale de santé procède alors selon cet échéancier au remboursement du capital et des intérêts de la ligne de crédit ouverte par les établissements hospitaliers pour financer les frais opposables.

4. Participation de l'Etat au financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction de certains établissements hospitaliers

4.1. Introduction

L'article 11 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers dispose qu'« en vue d'assurer au pays une infrastructure sanitaire conforme aux besoins réels l'Etat participe à raison de 80% aux frais des investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers autorisés par le ministre de la Santé, la commission permanente pour le secteur hospitalier demandée en son avis ». Jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé et modifiant : 1. le Code de la sécurité sociale ; 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, l'article 16 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers prévoyait qu'« une loi spéciale fixe, pour chaque projet individuellement, le montant des aides à charge du fonds à ne pas dépasser. »

Cet article 16 a été abrogé par la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé.

Le commentaire des articles du projet de loi 6196 relatif à l'abrogation du précité article indiquait que « l'abrogation de l'article 16 de la loi hospitalière vise à abolir l'obligation de confectionner un projet de loi pour des projets d'importance mineure. Il est entendu qu'il ne restera pas moins obligatoire de confectionner un projet de loi pour tout projet dépassant le seuil de droit commun fixé en application de l'article 99 de la Constitution. »

Ainsi, à partir du 1^{er} janvier 2011 (date d'entrée en vigueur de la loi du 17 décembre 2010), l'article 80 de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'Etat est applicable. Selon cette disposition toute réalisation au profit de l'Etat d'un projet d'infrastructure ou d'un bâtiment dont le coût total dépasse la somme de 40.000.000 euros doit être autorisée par une loi.

Par ailleurs, la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient a rétabli l'article 16 précité dans la teneur suivante: « Pour chaque projet dépassant le seuil fixé à l'article 80 de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'Etat, une loi spéciale fixe le montant des aides à charge du fonds à ne pas dépasser. »

4.2. Loi de financement

La loi modifiée du 21 juin 1999 a autorisé l'Etat à participer au financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction de certains établissements hospitaliers.

L'article 1^{er} de cette loi cite 15 projets différents faisant l'objet d'un subventionnement étatique et atteignant la somme de 19.767,9 millions de francs, soit 490 millions d'euros, à la valeur 503,26 de l'indice annuel des prix à la construction en vigueur au moment du vote de la loi. D'après le commentaire des articles, les montants inscrits représentent la participation de l'Etat, soit 80% du coût des projets.

Ainsi, le législateur avait choisi en 1999 de regrouper dans une seule loi de financement tous les établissements hospitaliers qui, à l'époque, avaient présenté des projets de construction et/ou de modernisation. Tous ces projets ne se retrouvaient pas au même niveau de développement. Pour certains projets, différentes phases n'étaient pas encore autorisées par le ministre de la Santé au moment du dépôt du projet de loi. Six projets bénéficiaient seulement d'une autorisation de principe par le gouvernement en conseil. Trois projets étaient au stade de préprojet, deux au stade de projet et un à l'état d'un concept seulement.

Le Conseil d'Etat, dans son avis du 27 avril 1999 sur le projet de loi 4507 en question, note que « la documentation fournie à l'appui des différents projets d'investissements hospitaliers est très sommaire. Si certains projets ou phases de projet sont autorisés par le ministre compétent, d'autres sont à l'état d'un « préprojet » ou même seulement d'un « concept ». Le projet de loi sous avis n'est dès lors pas cohérent avec les dispositions de l'article 11 de la loi précitée du 28 août 1998 qui subordonne la participation financière de l'Etat aux projets d'investissements hospitaliers, autorisés par le ministre de la Santé, la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandée en son avis. » D'après le Conseil d'Etat, au lieu de regrouper plusieurs projets d'investissements hospitaliers dans un seul projet de loi, « il serait préférable de présenter dans des lois spécifiques les différents projets dans la mesure où les préalables requis, à savoir l'existence d'un plan hospitalier, l'avis de la Commission permanente pour le secteur hospitalier et l'approbation du projet par le ministre auront été remplis. » Cette manière de faire aurait affiché une plus grande transparence et permis un contrôle plus efficace du législateur.

Et même s'il a été répondu aux prescriptions formelles de l'article 99 de la Constitution (« Toute acquisition par l'Etat d'une propriété immobilière importante, toute réalisation au profit de l'Etat d'un grand projet d'infrastructure ou d'un bâtiment considérable, tout engagement financier important de l'Etat doivent être autorisés par une loi spéciale. »), « le Conseil d'Etat doit cependant émettre de très nettes réserves quant à la démarche choisie par les auteurs du projet. »

Il existe par ailleurs un avis séparé du Conseil d'Etat en relation avec le projet de loi 4507. D'après celui-ci, « il est manifeste que la majorité des projets de construction ou de modernisation d'établissements hospitaliers ne sont pas prêts à être autorisés par le ministre de la Santé et à faire l'objet d'une convention de financement à signer par le ministre et les promoteurs. » En outre, d'après cet avis séparé, *« l'article 99 de la Constitution relatif à l'autorisation à donner au Gouvernement par le législateur, par une loi spéciale, pour des engagements financiers importants, ne peut intervenir à un moment où ces projets ne sont pas encore prêts, notamment en ce qui concerne les plans définitifs, les devis précis et définitifs, pour être autorisés par le ministre de la Santé et faire l'objet d'une convention de financement. »*

Le législateur doit pouvoir contrôler si toutes les formalités requises pour les différentes lois sont remplies avant de donner l'autorisation de financement, sinon l'article 99 de la Constitution risque d'être vidé de tout sens. En conséquence, le Conseil d'Etat doit s'opposer formellement au projet de loi sous rubrique. »

L'avis séparé du Conseil d'Etat continue : « La procédure envisagée en l'espèce – d'abord le financement, puis la ou les autorisations ministérielles définitives, et finalement la signature d'une convention – ne permet plus à la Chambre des députés de contrôler si toutes les conditions légales préalables au financement ont été respectées. »

Comme les différents projets de la loi autorisant l'Etat à participer au financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction de certains établissements hospitaliers ont évolué dans le temps, cette loi du 21 juin 1999 a été modifiée par les lois successives du 18 juillet 2003, du 19 décembre 2003, du 21 décembre 2004 et du 23 mars 2009 en précisant les libellés des projets, en adaptant leur montant et en ajoutant deux projets supplémentaires.

A noter que le Conseil d'Etat revient sur sa préférence de traiter séparément les différents projets de financement par l'Etat, notamment dans son avis du 3 juin 2003 en relation avec le projet de loi 5073 : *« Lors de l'élaboration de la loi du 21 juin 1999 précitée, le Conseil d'Etat avait exprimé dans son avis du 27 avril 1999 de fortes critiques à l'égard du projet lui soumis. Si entre-temps la mise à jour du plan hospitalier par le règlement grand-ducal du 18 avril 2001 permet d'établir la cohérence entre la stratégie en matière de politique hospitalière et les investissements à réaliser, il n'en demeure pas moins que le législateur doit procéder à des engagements financiers très importants sur base d'éléments qui sont très sommaires. Le Conseil d'Etat n'est pas en mesure d'apprécier les montants des augmentations proposées au vu des données qui lui ont été transmises. Aussi se limitera-t-il à apprécier les aspects juridiques du projet. »*

Même s'il ne s'était pas opposé à regrouper dans un projet unique différents projets d'investissements, le Conseil d'Etat avait signalé dans son avis précité du 27 avril 1999 sa préférence pour des projets spécifiques pour chaque établissement hospitalier. Les arcanes juridiques des auteurs du texte proposé démontrent ex post l'exactitude d'une telle approche, d'autant plus que l'exposé des motifs signale que « Le présent projet ne vise pas l'amendement, à terme inéluctable, des montants de certains autres projets, actuellement en voie de finalisation ». »

L'exécution d'une telle loi de financement relative à des projets non arrêtés définitivement ne pouvait que difficilement se faire de manière satisfaisante.

4.3. Constatations

4.3.1. Exécution de la loi de financement de 1999

Il y a lieu de préciser qu'actuellement la plupart des projets sont clôturés, dans le sens que l'enveloppe financière légale a été épuisée, mais, pour les raisons évoquées ci-avant, on ne peut cependant pas conclure que ces projets aient été réalisés en respectant ce qui avait été autorisé par la loi de 1999. D'autres projets ne sont pas encore clôturés, presque vingt ans après le vote de la loi.

La Cour constate qu'au moment de la rédaction du présent rapport aucun bilan financier reprenant une comparaison entre les coûts des projets autorisés par la loi de 1999 et les coûts effectifs de ces investissements, y compris des justifications sur les éventuels dépassements financiers excédant les hausses légales, n'a été présenté par le ministère de la Santé. D'après la Cour, la Chambre des députés aurait dû être régulièrement informée de l'exécution de cette loi de financement autorisant des projets pour un montant total de 490 millions d'euros, à la valeur de l'indice des prix de l'époque.

La Cour recommande d'une manière générale que des procédures similaires à celles mises en œuvre pour les grands projets de travaux publics soient adoptées. Pour les travaux tombant sous la responsabilité de l'Administration des bâtiments publics, la planification est arrêtée par le Conseil de gouvernement sur base d'un programme d'investissement pluriannuel périodiquement mis à jour et régulièrement présenté à la Chambre des députés. Ainsi, la Cour recommande au ministère de la Santé d'informer périodiquement la Chambre des députés du progrès des grands projets d'investissement hospitaliers financés par l'Etat.

En guise d'illustration, il est renvoyé aux travaux de modernisation et d'extension de la ZithaKlinik. Par une loi du 16 avril 2015, l'Etat a été autorisé à participer au financement desdits travaux pour un montant ne pouvant dépasser 55.593.942 euros (indice 749,40). Or, le coût total relatif à la réalisation de ce projet à charge du Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières s'élève à 62.680.060 euros (indice 677,18), soit 69.364.773 euros (indice 749,40).

Le projet de loi 6598 y relatif explique que la différence a déjà été financée par le biais du pré-dit Fonds, alors que ce montant correspondait au solde restant au titre de l'enveloppe indiquée au 12^e tiret de la loi modifiée du 21 juin 1999 autorisant l'Etat à participer au financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction de certains établissements hospitaliers de sorte qu'une nouvelle loi de financement reste uniquement nécessaire pour le montant restant. Dans l'optique d'une transparence accrue, il aurait été préférable d'indiquer

au niveau de la loi du 16 avril 2015 le montant total des coûts subventionnés tout en faisant abstraction d'un restant d'une loi votée 15 ans auparavant.

Un autre projet, à savoir le projet « Rehaklinik » du Centre hospitalier neuro-psychiatrique à Ettelbruck (CHNP) ne fait l'objet au moment de la rédaction du présent rapport que d'un avant-projet sommaire, soit presque vingt ans après le vote de la loi de financement initiale. Il va sans dire que ce projet, qualifié de concept, n'était pas suffisamment défini à l'époque.

Le Conseil de gouvernement du 13 mai 2016 a donné son accord afin d'autoriser le CHNP à continuer la planification de la nouvelle construction de sa Rehaklinik. Selon cet accord, il n'est pas nécessaire de confectionner une nouvelle loi de financement pour la construction de la nouvelle Rehaklinik du CHNP, alors que l'article 1^{er}, tiret 13, de la loi du 21 juin 1999 autorisant l'Etat à participer au financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction de certains établissements hospitaliers (qui n'a jamais été abrogé) constitue la loi de financement autorisant l'Etat à participer au financement du prédit projet pour un montant maximal de 68.291.102 euros (indice 753,63 d'avril 2015).

Ce montant est d'ailleurs déjà prévu au Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières de sorte qu'aucune dotation supplémentaire n'est à prévoir dans le prédit fonds en vue de l'exécution de ce projet de construction.

Tout d'abord, la Cour note que ledit tiret 13 de la loi modifiée du 21 juin 1999 concerne la construction d'un nouvel hôpital à Ettelbruck et servait de base légale pour la construction du Centre Hospitalier du Nord, achevée en 2003.

Par ailleurs, le tiret 14 traite du CHNP et autorise « la modernisation du Centre hospitalier neuropsychiatrique à Ettelbruck, pour autant qu'il s'agit des lits et structures aigus et de réadaptation, pour un montant qui ne peut dépasser 1.905.269.000 francs ». La Cour constate qu'actuellement une construction nouvelle est envisagée et non pas une modernisation partielle d'immeubles du CHNP. Par conséquent, le projet diffère de la base légale évoquée par la Ministre et, d'après la Cour, une nouvelle loi de financement s'imposerait.

La Cour estime qu'une telle manière de procéder ne permet pas un contrôle adéquat par le pouvoir législatif, étant donné qu'aucun détail du projet de construction actuel n'a pu être connu au moment du vote de la loi de financement de 1999.

4.3.2. Absence de saisie de la Chambre des députés en cas de changement des programmes de construction

La Cour constate que la Chambre des députés n'a pas été saisie dans le cadre des changements intervenus dans les programmes de construction faisant l'objet de la loi de financement de 1999. Dans ce contexte, la Cour renvoie aux procédures en vigueur au niveau de la Chambre des députés en ce qui concerne les projets d'infrastructure du ministère des Travaux publics ou du ministère des Transports. Ces procédures indiquent que tout changement important de programme survenant après le vote d'une loi de financement devra faire l'objet d'un nouvel examen par la Chambre des députés. D'autre part, un nouveau projet de loi devra être déposé chaque fois que les dépenses pour un projet dépassent 5% du montant autorisé. Un dépassement inférieur à 5% du coût global doit être autorisé dans le cadre de l'approbation de la loi concernant les recettes et les dépenses de l'Etat pour l'exercice suivant.

Ces notions sont reprises au niveau de l'article 102 du règlement de la Chambre des députés qui dispose que « (2) *Tout changement important de programme survenant après le vote de la loi doit faire l'objet d'un nouvel examen par la Chambre des Députés.*

(3) Un nouveau projet de loi doit être déposé chaque fois que les dépenses pour un projet dépassent 5% du montant autorisé. Un dépassement inférieur à 5% du coût global doit être autorisé dans le cadre de l'approbation de la loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice suivant. »

4.3.3. Absence de saisie de la Chambre des députés en cas de dépassement de l'aide financière arrêtée par la loi modifiée du 21 juin 1999

La loi modifiée du 21 juin 1999 a autorisé l'Etat à participer, conformément aux dispositions des articles 11 et 13 et suivant les modalités prévues aux articles 15 à 17 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, au financement de l'extension d'un établissement hospitalier, pour un montant ne pouvant dépasser 17.169.315 euros à la valeur 503,26 de l'indice annuel des prix à la construction.

En date du 28 avril 2006, le gouvernement en conseil se déclare d'accord avec un dépassement budgétaire de l'ordre de 5.502.226 euros, qui concerne un groupement de deux établissements hospitaliers. 245.695 euros (indice 503,26) de ce montant sont dédiés à la réalisation des travaux d'extension dudit établissement. La Cour note que cette rallonge budgétaire n'a pas été soumise à l'approbation de la Chambre des députés.

Le 10 août 2006, le ministre de la Santé a réservé une suite favorable à l'avant-projet détaillé et a accordé une aide financière de l'Etat de 17.917.335 euros (indice 503,26) compte tenu de la nouvelle répartition des coûts entre les deux établissements de ce groupement telle qu'exposée dans

la demande d'autorisation du 13 juillet 2006. La Cour constate que le ministre de la Santé a alloué une aide financière de l'Etat dépassant le montant maximal autorisé par la loi de financement.

Au cours de l'exécution du projet, le ministre de la Santé a émis des avis favorables sur différentes acquisitions supplémentaires d'équipements médico-techniques et des travaux complémentaires, à savoir :

- l'autorisation ministérielle du 21 décembre 2011 portant sur le remplacement supplémentaire d'un accélérateur linéaire (EX 120) et les travaux de transformation et d'adaptation de deux bunkers, subventionnables à hauteur de 1.823.666 euros (indice 702,03) ;
- l'autorisation ministérielle du 20 juin 2013 portant sur l'acquisition d'un accélérateur linéaire robotisé de la deuxième génération (Cyberknife M6) et accordant une aide financière supplémentaire de 480.000 euros (indice 734,91) par rapport à l'autorisation ministérielle du 14 mars 2011 concernant l'acquisition d'un accélérateur linéaire robotisé de première génération.

La Cour constate que le ministre de la Santé a autorisé des travaux de construction et d'aménagement de l'établissement hospitalier pour un montant total de 19.553.356 euros à la valeur 503,26 de l'indice des prix à la construction. Les autorisations ministérielles dépassent donc l'enveloppe légale de 2.384.041 euros, soit de 13,89%.

Vu qu'à la demande de la Cour, aucune procédure concernant les dépassements des aides financières autorisées par une loi de financement ne lui a été transmise par le ministère de la Santé, la Cour renvoie aux procédures en vigueur au niveau de la Chambre des députés en ce qui concerne les projets d'infrastructure du ministère des Travaux publics ou du ministère des Transports (voir ci-dessus au point 4.3.2).

La Cour recommande que le ministère de la Santé mette en place une procédure analogue pour les dépassements des enveloppes légales relevant de sa compétence.

4.3.4. Absence de présentation des décomptes finaux des projets de construction et/ou de modernisation

Par ailleurs, aucun décompte n'a été présenté à la Chambre des députés pour des projets déjà clôturés.

La Cour des comptes estime qu'à l'instar des procédures déployées par l'Administration des bâtiments publics par exemple, chaque projet individuel repris au niveau de la loi modifiée du 21 juin 1999 autorisant l'Etat à participer au financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction de certains établissements hospitaliers, devrait faire l'objet d'un décompte à présenter à la Chambre des députés. Ce décompte devrait comporter

une comparaison entre ce qui avait été prévu au moment du vote de la loi et ce qui a été réalisé effectivement ainsi que les modifications éventuelles du programme de construction et les raisons y relatives.

Cette manière de procéder permettrait au pouvoir législatif d'exercer un contrôle de la réalité des investissements opérés et de s'assurer de l'économicité des dépenses à charge de l'Etat effectuées dans ce domaine.

Or, force est de constater que, suite à l'absence de plans détaillés de construction pour la plupart des projets visés par la loi modifiée du 21 juin 1999 au moment du vote de la loi, ces projets ont été définis par la suite et la seule limite imposée constitue le montant maximal inscrit dans le texte de la loi. Pour ce qui est des conventions sur base desquelles les aides prévues par la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers sont déterminées, elles ne sont pas rédigées pour tous les projets (voir ci-dessous au point 5.1).

5. Dispositions légales et réglementaires : constatations

5.1. Absence de convention de financement

D'après l'article 15 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, *« les aides prévues à la présente loi sont accordées sur base de conventions avec les maîtres d'ouvrages respectifs et dans la limite des moyens du fonds. »*

Ces conventions prévoient notamment les modalités de contrôle par rapport à la conformité des investissements autorisés et de la liquidation des aides consenties. »

L'article 1^{er} de la loi modifiée du 21 juin 1999 autorisant l'Etat à participer au financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction de certains établissements hospitaliers précise qu'« un règlement grand-ducal établit le modèle de la convention à conclure avec les maîtres d'ouvrage et détermine les modalités de la participation de l'Etat dans les investissements hospitaliers. »

Le règlement grand-ducal du 18 avril 2001 établit le modèle de la convention avec les hôpitaux fixant les modalités de la participation de l'Etat dans les investissements hospitaliers.

La Cour constate toutefois qu'aucune convention n'a été conclue pour certains projets hospitaliers dont notamment l'extension d'un établissement hospitalier subventionnée à hauteur de 27 millions d'euros et la stérilisation centrale d'un autre établissement financée par l'Etat à raison de 8 millions d'euros.

5.2. Absence de certification par le réviseur aux comptes

L'article 4 (5) de l'annexe du règlement grand-ducal du 18 avril 2001 établissant le modèle de la convention avec les hôpitaux fixant les modalités de la participation de l'Etat dans les investissements hospitaliers dispose que « l'imputation correcte des dépenses sur le projet est certifiée par le réviseur aux comptes de l'hôpital à l'occasion de la certification par celui-ci des comptes annuels de l'hôpital. »

En outre, l'article 8 (2) du modèle de convention indique que « les dépenses déjà engagées ou payées par l'hôpital à cette date [entrée en vigueur de la convention] et se rapportant au projet visé à l'article 1 peuvent être déclarées éligibles à l'aide de l'Etat dans le cadre du montant du coût fixé en vertu de l'article 4, par décision conjointe du Ministre de la Santé et du Ministre du Budget émis sur la base d'un décompte certifié par le réviseur aux comptes à présenter par l'hôpital à l'occasion de sa plus prochaine révision annuelle, à partir de la signature de la présente. »

La Cour constate que seuls les frais éligibles encourus avant la signature de la convention de financement sont validés par les réviseurs d'entreprises mandatés par les établissements hospitaliers. Par conséquent l'imputation correcte des dépenses payées après la date de signature de la convention n'est pas certifiée par un réviseur aux comptes, telle que prévue à l'article 4 (5) du modèle de convention.

Par ailleurs, pour un projet de l'échantillon de contrôle, l'Etat a participé aux dépenses payées avant la date de signature de la convention et certifiées par le réviseur d'entreprises bien que la déclaration d'éligibilité conjointe du ministre de la Santé et du ministre du Budget fasse défaut.

En ce qui concerne un autre projet, la Cour ne peut pas se prononcer sur la vérification des dépenses payées avant la date de signature de la convention, étant donné que ni la certification du réviseur d'entreprises, ni la déclaration d'éligibilité n'ont été présentées à la Cour.

5.3. Subventionnement de travaux non autorisés préalablement par le ministre de la Santé

L'article 11 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers dispose que pour les projets de construction et/ou de modernisation des établissements hospitaliers, l'Etat participe aux frais des investissements, sous condition que ces projets soient autorisés par le ministre de la Santé et que la commission permanente pour le secteur hospitalier soit demandée en son avis.

Cette loi précise également que les aides sont allouées par une décision conjointe du ministre de la Santé et du ministre ayant dans ses attributions le Budget sur base d'une convention conclue avec les maîtres d'ouvrage respectifs. Ces conventions prévoient notamment les modalités de contrôle par rapport à la conformité des investissements autorisés et de la liquidation des aides consenties.

Pour un projet de l'échantillon de contrôle, la commission permanente pour le secteur hospitalier a rendu son avis définitif en date du 29 février 2008, le ministre de la Santé a autorisé le projet en date du 25 août 2008 et la convention de financement conclue entre l'Etat et l'établissement hospitalier a été signée le 8 février 2010.

Cependant, au courant des années 2005 à 2008, des travaux de rénovation ont déjà été réalisés sur ce site, à savoir :

- le réaménagement du 7^{ème} étage en bureaux (2005 : coûts des travaux 416.453,30 euros) ;
- la réalisation du projet pharmacie (2005-2006 : coûts des travaux 76.356,88 euros) ;

- le remplacement du groupe de production d'eau glacée (2006-2007 : coûts des travaux 60.651,85 euros) ;
- la mise en conformité des salles d'opération (2007-2008 : coûts des travaux : 350.906,03 euros).

La Cour constate que ces travaux, subventionnés à hauteur de quelque 720.000 euros, ont été réalisés sans autorisation préalable et formelle du ministre de la Santé.

Par ailleurs, selon l'article 3 (5) de la convention de financement du 8 février 2010, « toute modification des plans, échéanciers, devis et autres éléments définitivement autorisés par le Ministre de la Santé, ainsi que des conditions attachées à cette autorisation, devra faire l'objet d'une autorisation préalable du Ministre de la Santé ».

Pour tenir compte des travaux additionnels, rencontrés lors de la rénovation de cet établissement hospitalier, le ministre de la Santé a donné, en date du 5 décembre 2011, son accord pour une rallonge budgétaire, sans toutefois dépasser l'enveloppe légale. La demande d'autorisation de l'établissement hospitalier était étayée par un relevé de coûts additionnels de 1.266.100 euros et par un rapport du coordinateur du projet détaillant chacune des mesures. La Cour note que ces travaux complémentaires n'ont pas été avisés par la commission permanente pour le secteur hospitalier.

Au courant des années 2014 à 2016, l'établissement hospitalier a réalisé d'autres travaux supplémentaires, tels que la modification de la ventilation au 8^{ème} étage et le déplacement du groupe électrique y compris les travaux accessoires, à savoir le remplacement partiel du groupe, l'aménagement des locaux techniques et les modifications du câblage électrique y associées.

A nouveau, la Cour constate que ces travaux supplémentaires, subventionnés à hauteur de quelque 660.000 euros, ont été réalisés sans autorisation préalable et formelle du ministre de la Santé.

5.4. Application de la loi sur les marchés publics – absence de contrôles ministériels

Pour la période de contrôle de la Cour, la loi modifiée du 25 juin 2009 sur les marchés publics était en vigueur. Selon l'article 22 de ladite loi, le livre II, c'est-à-dire les dispositions particulières relatives aux marchés publics d'une certaine envergure, s'applique notamment à la passation :

- des marchés portant sur les travaux de bâtiment relatifs aux hôpitaux, subventionnés directement à plus de 50% par des pouvoirs adjudicateurs et dont la valeur estimée, hors TVA, égale ou dépasse 5.548.000 euros ;

- des marchés de services en relation avec des marchés de travaux décrits ci-avant, subventionnés directement à plus de 50% par des pouvoirs adjudicateurs et dont la valeur estimée, hors TVA, égale ou dépasse 221.000 euros.

Cet article précise également que les pouvoirs adjudicateurs qui octroient ces subventions veillent à faire respecter les dispositions législatives lorsque ces marchés sont passés par une ou plusieurs entités autres qu'eux-mêmes.

De plus, lorsqu'un ouvrage envisagé donne lieu à des marchés passés en même temps par lots séparés, la valeur globale estimée de la totalité de ces lots est prise en compte. Lorsque ce montant dépasse le seuil de 5.548.000 euros, le livre II s'applique à la passation de chaque lot. Toutefois, les pouvoirs adjudicateurs peuvent déroger à cette application pour des lots :

- de travaux de valeur estimée hors TVA inférieure à 1.000.000 euros et pour autant que le montant cumulé de ces lots n'excède pas 20 pour cent de la valeur cumulée de la totalité des lots ;
- de services de valeur estimée hors TVA inférieure à 80.000 euros et pour autant que le montant cumulé de ces lots n'excède pas 20 pour cent de la valeur cumulée de la totalité des lots.

Des dispositions similaires figuraient déjà au niveau de la loi abrogée du 30 juin 2003 sur les marchés publics, de la loi abrogée du 4 avril 1974 concernant le régime des marchés publics de travaux et de fournitures et du règlement grand-ducal abrogé du 27 janvier 1994 portant application en droit luxembourgeois des directives CEE relatives aux marchés publics de travaux, de fournitures et de services.

Au sujet des quatre projets de l'échantillon de contrôle, le taux de subventionnement du ministère de la Santé est supérieur à 50% et le coût global de l'ouvrage dépasse les seuils prévus aux successives lois sur les marchés publics. Par conséquent, ces établissements hospitaliers sont soumis au respect des dispositions de la législation sur les marchés publics.

Selon les interlocuteurs de la Cour auprès des établissements hospitaliers de l'échantillon de contrôle, la législation sur les marchés publics est appliquée lors de l'exécution de leurs projets de modernisation et/ou de construction subventionnés. A ce propos, la Cour tient à signaler qu'elle n'a pas procédé à un contrôle approfondi sur pièces dans le cadre du présent rapport spécial.

Pour les projets de modernisation et/ou de construction autorisés par le biais de la loi modifiée du 21 juin 1999, l'expert externe de l'Etat procédait entre autres à un contrôle des cahiers des charges.

La Cour note que le modèle de convention avec les hôpitaux fixant les modalités de la participation de l'Etat dans les investissements hospitaliers repris à l'annexe du règlement grand-ducal du 18 avril 2001 ne contient aucune disposition obligeant les bénéficiaires des subventions de l'Etat à respecter la législation sur les marchés publics et par conséquent la Cour recommande de prévoir pareille disposition dans les futures conventions de financement.

Par ailleurs, la Cour constate qu'actuellement les services du ministère de la Santé n'effectuent pas de contrôle systématique concernant la mise en œuvre de la loi sur les marchés publics par les établissements hospitaliers. Le ministère de la Santé ne respecte donc pas les obligations légales énoncées à l'article 22 de la loi modifiée du 25 juin 2009 sur les marchés publics.

5.5. Absence de règlement grand-ducal prévu par la loi

L'article 13 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers dispose qu'« en vue d'obtenir une aide conformément aux dispositions qui précèdent, l'intéressé doit présenter une demande au Ministre de la Santé. La demande doit être accompagnée des pièces justificatives. Elle est instruite par la commission permanente pour le secteur hospitalier conformément aux dispositions de l'article 19. »

Ledit article a été modifié par la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé, en introduisant qu'« un règlement grand-ducal détermine les modalités détaillées de la procédure de demande, notamment en ce qui concerne :

- les délais et modalités d'instruction du dossier ;
- les pièces justificatives à joindre ;
- les cas dans lesquels une étude des besoins et de l'impact sur le système de santé est requise, ainsi que l'étendue et les modalités de cette étude. »

Il est à noter qu'une disposition similaire a été reprise à l'article 17 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

La Cour constate toutefois que le règlement en question n'a pas été adopté.

5.6. Commissaire de Gouvernement aux hôpitaux

L'article 18 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers définit le rôle du commissaire de Gouvernement aux hôpitaux en disposant :

« Il est institué un commissaire de Gouvernement aux hôpitaux, qui est nommé par le Gouvernement en Conseil sur proposition du ministre ayant dans ses attributions la Santé.

La mission du commissaire consiste à :

- *contrôler l'affectation des subventions publiques ;*
- *contrôler la gestion administrative et financière des hôpitaux ;*
- *faire des propositions en relation avec une meilleure utilisation des ressources ;*
- *faciliter les projets d'intérêt commun des établissements hospitaliers ;*
- *tenir, sur base des informations à fournir par les établissements hospitaliers, le registre des médecins agréés dans les différents services hospitaliers.*

Le commissaire de gouvernement peut prendre connaissance sans déplacement, des livres, procès-verbaux, factures et généralement de toutes les écritures relatives aux opérations administratives et financières de l'établissement. Il peut assister avec voix consultative aux délibérations de toute commission ou organe consultatif sous tutelle du ministre ayant dans ses attributions la Santé, lorsqu'un tel organe est saisi d'une question concernant le secteur hospitalier.

Il rend notamment compte de sa mission au ministre ayant dans ses attributions la Santé au moyen d'un rapport annuel qu'il adresse avant le 1^{er} avril de l'année suivant l'exercice budgétaire visé. »

L'article 19 de ladite loi indique que « le commissaire de gouvernement assiste aux réunions de la commission (permanente pour le secteur hospitalier) avec voix consultative. »

En particulier, l'article 3 de la loi du 20 avril 2009 portant création de l'établissement public « Centre Hospitalier du Nord » dispose que « le commissaire aux hôpitaux peut assister aux réunions du conseil d'administration avec voix consultative. »

Afin d'assurer le suivi des différents projets du secteur hospitalier et de veiller au respect des procédures en vigueur, le commissaire de Gouvernement devrait avoir accès à tout type d'information financière des établissements hospitaliers ayant bénéficié de subventions publiques. A cet égard, il est d'usage qu'il assiste aux réunions des conseils d'administration de ces

établissements. Or, d'après le commissaire de Gouvernement en place, certains établissements hospitaliers refusent que le commissaire participe aux réunions de leur conseil d'administration.

A cet égard, le programme gouvernemental de 2013 prévoit une extension des compétences du commissaire aux hôpitaux. En effet, selon ce programme, « les missions du commissaire aux hôpitaux seront redéfinies notamment afin de pouvoir assurer la défense des intérêts de l'Etat au sein de tous les établissements hospitaliers bénéficiant d'une aide publique. Le commissaire sera habilité à assister comme observateur aux conseils d'administration des établissements hospitaliers. »

A noter que la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière dispose en son article 21 que :

« (2) *Les missions du commissaire consistent à :*

- 1. exercer un droit d'information et de contrôle sur l'activité des établissements hospitaliers ainsi que sur leur gestion technique, administrative et financière ;*
- 2. contrôler le respect des dispositions de la présente loi et de ses règlements d'exécution ;*
- 3. contrôler l'affectation des subventions publiques versées au titre de l'article 15 ;*
- 4. faire toute proposition en relation avec une meilleure utilisation des ressources ;*
- 5. faciliter les projets d'intérêt commun ou de mutualisation des établissements hospitaliers.*

Pour l'exécution de sa mission le commissaire peut requérir l'assistance des services d'un établissement hospitalier. Il a le droit, aussi souvent qu'il le juge utile, de demander rapport aux organes de direction et de gestion des établissements hospitaliers ainsi que de prendre connaissance, même sans se déplacer, des livres, comptes et autres documents des établissements hospitaliers.

(3) Le commissaire assiste avec voix consultative aux assemblées générales et aux réunions des organismes gestionnaires de tous les établissements hospitaliers. Les avis de convocation contenant l'ordre du jour de ces assemblées et réunions lui sont adressés en même temps qu'aux membres des organes statutaires. Il obtient tous les documents et renseignements fournis à ces membres. Il doit être entendu en ses observations à chaque fois qu'il le demande.

Le commissaire suspend l'exécution des décisions d'un organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier, lorsqu'il estime que celles-ci sont contraires aux lois, aux règlements et aux conventions conclues avec l'État. Il fait acter son veto. Si, dans le mois de la suspension, l'organisme gestionnaire de l'établissement hospitalier visé n'a pas été informé des suites que le ministre a réservées à ce veto, la suspension est présumée levée et la décision peut être mise à exécution. »

6. Suivi des projets de construction et/ou de modernisation : constatations

6.1. Absence d'expert de l'Etat

Vu la complexité des projets de modernisation et/ou de construction d'infrastructures hospitalières, le ministère de la Santé se fait régulièrement assister par des experts externes ayant des connaissances spécifiques en la matière et disposant d'une certaine expérience dans le domaine hospitalier. Ces bureaux d'experts étrangers sont chargés par l'Etat du contrôle général de la mise au point de l'exécution des projets d'investissement hospitaliers et ont notamment pour mission l'analyse de l'avant-projet sommaire, de l'avant-projet détaillé ainsi que des différentes estimations du coût des projets. En plus du suivi des travaux par la maîtrise d'œuvre, l'expert de l'Etat procède également à un suivi du projet pendant la phase d'exécution des travaux.

La Cour note que pour deux projets de l'échantillon de contrôle, le ministère de la Santé n'a pas eu recours à un expert externe. Selon la Direction de la santé, il s'agissait de projets de moindre complexité dû au fait qu'ils ne comprenaient pas de blocs opératoires ou de salles de dialyses.

Or, pour un projet l'absence d'expert externe a eu comme conséquence que la commission permanente pour le secteur hospitalier n'était pas en mesure d'émettre un avis définitif sur ce projet et elle a précisé dans son avis du 5 mai 2003 qu'elle « ne se voit pas à même de se prononcer par rapport au coût du projet ».

Au vu de ce qui précède et afin d'assurer un contrôle adéquat des projets de modernisation et/ou de construction d'infrastructures hospitalières, la Cour recommande que tous les projets soient avisés en bonne et due forme par des experts externes ou bien par une équipe d'experts internes à mettre en place.

6.2. Absence de rapports trimestriels

Selon l'article 7 de l'annexe du règlement grand-ducal du 18 avril 2001, « *l'hôpital adresse au Ministre de la Santé et au Ministre du Budget chaque trimestre un rapport mettant en évidence :*

- (1) *l'état de réalisation par rapport aux plans et l'échéancier autorisés ;*
- (2) *l'état financier par rapport à l'évolution du projet en relation avec les devis, l'échéancier et l'enveloppe autorisés ;*
- (3) *les éventuelles modifications, dûment motivées et autorisées, ou à autoriser, par rapport à 1) et/ou 2) ci-avant. »*

D'après les responsables du ministère de la Santé, peu d'établissements hospitaliers respectent actuellement cette obligation de communication.

Pour les quatre projets de l'échantillon de contrôle, la Cour constate cependant que les gestionnaires de projet établissent régulièrement des rapports sur l'avancement des travaux sans que ceux-ci ne soient systématiquement adressés au ministère. Afin d'améliorer le suivi ministériel des projets hospitaliers, la Cour recommande que le ministère précise les informations à mettre à sa disposition et en exige la transmission régulière.

6.3. Incohérences au niveau du suivi financier des projets subventionnés

Selon l'article 15 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, « les dépenses imputables au fonds [pour le financement des infrastructures hospitalières] font l'objet d'une programmation pluriannuelle par le gouvernement. »

Dans le cadre du budget des recettes et des dépenses de l'Etat, le ministère de la Santé établit un tableau reprenant pour tous les projets en cours de planification et d'exécution, l'aide financière prévue (loi de financement ou convention), l'aide financière adaptée à l'indice des prix à la construction ainsi qu'un plan de paiement reprenant les propositions de dépenses sur une période quinquennale, les liquidations effectuées à charge des exercices antérieurs et les liquidations prévues à charge des exercices ultérieurs.

En complément à cette programmation pluriannuelle, le ministère de la Santé établit pour chaque établissement hospitalier, un tableau de suivi des projets subventionnés, reprenant les dates de l'avis de la commission permanente pour le secteur hospitalier, de l'approbation du projet par le ministre de la Santé et de la signature de la convention de financement, une référence à la base légale ainsi que l'aide financière autorisée, l'aide financière adaptée à l'indice des prix à la construction, la somme des liquidations imputées sur le projet, les frais des experts chargés par l'Etat, les frais financiers (intérêts), le numéro d'engagement dans le système SAP et une référence sur l'état d'avancement du projet.

Lors de l'analyse de ces tableaux de suivi, la Cour a relevé des incohérences et des erreurs dont voici une énumération non exhaustive. Pour certains projets,

- la date de signature de la convention précède la date d'autorisation ministérielle ;
- le montant autorisé dépasse le montant retenu au niveau de la loi de financement ou de la convention ;
- le montant liquidé dépasse le montant retenu au niveau de la loi de financement ou de la convention ;

- le total des frais d'un projet, des frais des experts chargés par l'Etat ou/et des frais financiers diverge par rapport au montant comptabilisé dans le système SAP ;
- le taux de conversion officiel du franc luxembourgeois en euro n'est pas appliqué ;
- le budget adapté à l'indice des prix à la construction n'est pas calculé ;
- les informations présentées sont incomplètes.

Suite au contrôle de la Cour, les responsables du ministère de la Santé ont déjà effectué plusieurs redressements. Néanmoins, des incohérences subsistent. C'est pourquoi la Cour recommande de revoir en détail les données présentées dans les tableaux de suivi.

Afin d'éviter les discordances entre la programmation pluriannuelle du Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières établie dans le cadre du budget des recettes et des dépenses de l'Etat et les tableaux de suivi des projets subventionnés, la Cour recommande au ministère de la Santé de se baser sur un seul instrument de suivi des projets.

6.4. Adaptation du budget des projets d'investissement hospitaliers : approches divergentes et absence de contrôles ministériels

La loi modifiée du 21 juin 1999 autorisant l'Etat à participer au financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction de certains établissements hospitaliers, précise à son article 2 que les participations de l'Etat au financement des projets d'investissement hospitaliers correspondent à la valeur 503,26 de l'indice annuel des prix à la construction et s'entendent sans préjudice de l'évolution de cet indice. Les autres lois de financement (ZithaKlinik et Südspidol) et conventions lient également la participation de l'Etat au financement des projets d'investissement hospitaliers à l'indice des prix à la construction.

Le règlement grand-ducal du 18 avril 2001 établissant le modèle de la convention avec les hôpitaux fixant les modalités de la participation de l'Etat dans les investissements hospitaliers renseigne sur la méthode préconisée pour calculer le budget adapté des projets d'investissement hospitaliers et l'article 4 (1) de son annexe dispose que le coût global du projet « est annuellement révisé en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la construction déduction faite des dépenses déjà réalisées. »

Ce règlement précise également que les frais des experts chargés par l'Etat du contrôle général de la mise au point de l'exécution des projets d'investissement hospitaliers ainsi que les intérêts et autres frais financiers ne sont pas inclus dans le coût global du projet. Pour les projets de l'échantillon de contrôle, ces dispositions ont été intégrées dans la convention de

financement conclue entre l'Etat et l'établissement hospitalier, pour autant qu'une convention signée existe.

Une note du 6 janvier 2006 de l'expert externe de l'Etat définit les lignes directrices du calcul de l'adaptation budgétaire des coûts des projets d'investissement hospitaliers et fournit des détails techniques pour sa mise en œuvre. La Cour note que cette méthode ne fournit pas de ligne directrice applicable aux rallonges budgétaires ou bien aux modifications de projets autorisées par le ministère de la Santé.

En pratique pour les quatre projets de l'échantillon de contrôle, le budget adapté et le budget restant des projets de construction et/ou de modernisation sont déterminés par l'établissement hospitalier, c'est-à-dire soit par son service financier, soit par le coordinateur du projet engagé par l'établissement, en se référant à la méthode de calcul proposée par l'expert externe de l'Etat.

Or, la Cour constate que les calculs des budgets adaptés transmis par les établissements hospitaliers présentent des approches divergentes quant à l'application de l'indice des prix à la construction (avant le début des travaux, après la fin des travaux, ...).

Par ailleurs, la Cour constate qu'actuellement les services du ministère de la Santé n'ont pas les moyens de déterminer avec précision le budget disponible d'un projet en cours de réalisation ou bien de contrôler les calculs avancés par les établissements hospitaliers.

Afin de permettre un suivi régulier des projets, la Cour recommande que le ministère de la Santé mette en place son propre outil de calcul du budget adapté des projets de construction et/ou de modernisation et de communiquer régulièrement le budget restant aux établissements hospitaliers.

Vu que le budget restant est calculé sur base des liquidations, la Cour recommande que les demandes de remboursement ne renseignent non seulement les frais des experts chargés par l'Etat et les frais financiers, mais que les relevés des factures imputées à charge du projet reprennent également la date des factures et le total des dépenses par année de facturation.

Finalement, la Cour tient encore à renvoyer à son rapport spécial sur l'adaptation du budget voté des grands projets d'infrastructure, où elle s'est exprimée en faveur d'une adaptation, semestrielle ou annuelle, du budget voté à l'évolution de l'indice des prix à la construction, déduction faite des dépenses engagées et à la lettre circulaire du ministère d'Etat du 14 août 2002 demandant à ce que l'ensemble des ministères et administrations utilisent une méthode basée sur l'engagement des dépenses.

A noter que dans le domaine contrôlé, l'adaptation se fait sur base des liquidations et non des engagements. Or, la loi du 1^{er} août 2018 autorisant l'Etat à participer au financement des

travaux de construction du « Südspidol » précise que « les dépenses engagées (...) ne peuvent pas dépasser le montant de 433.542.551 euros. (...) Déduction faite des dépenses déjà engagées par le pouvoir adjudicateur, ce montant est adapté semestriellement en fonction de la variation de l'indice des prix de la construction précité. »

7. Demandes de remboursement

7.1. Procédure de remboursement

7.1.1. Description de la procédure de remboursement

Dans le cadre d'un projet de construction et/ou de modernisation, les factures sont contrôlées par le coordinateur du projet et selon leur objet par l'architecte et/ou par les bureaux d'études en ingénierie. Après ces validations, elles sont transmises à l'établissement hospitalier, où elles transitent du service de coordination des travaux au service administratif et financier et sont finalement payées par le service de comptabilité.

Chaque facture génère deux à trois paiements à partir de comptes distincts. Le premier compte est réservé à la quote-part du ministère de la Santé (80%), le deuxième à la quote-part de la Caisse nationale de santé (20%) et le troisième à la quote-part de l'établissement hospitalier pour ce qui est des éléments non subventionnables par le ministère de la Santé et non opposables à la Caisse nationale de santé.

Des demandes de remboursement (décomptes), accompagnées de toutes les pièces justificatives telles que factures originales et preuves de paiement (extraits bancaires) ainsi qu'un relevé des factures sont envoyés en principe trimestriellement par le maître d'ouvrage au ministère de la Santé.

La Cour tient à noter que l'article 18 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière précise désormais que chaque établissement hospitalier fait « parvenir au ministre les factures dont il sollicite le remboursement au plus tard dans les six mois à compter de la date de la facture ou de la libération de garantie. » Ainsi un délai légal pour la présentation des demandes de remboursement a été fixé.

Après vérification, les décomptes sont transmis à la Direction du contrôle financier qui exerce son contrôle conformément à la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'Etat. En cas de visa du contrôleur financier, les remboursements sont effectués sur le compte bancaire spécialement ouvert à cet effet par l'établissement hospitalier.

7.1.2. Constatations

7.1.2.1. Absence de preuves de paiement

Suite au contrôle d'une sélection de demandes de remboursement des projets de l'échantillon de contrôle, la Cour constate que les preuves de paiement (extraits bancaires) n'ont pas été systématiquement transmises au ministère de la Santé. La Cour recommande que le ministère exige la transmission des preuves de paiement.

7.1.2.2. Méthodes divergentes dans le domaine de la TVA intracommunautaire et des retenues de garanties

Au sujet du remboursement de la TVA intracommunautaire, la Cour note que différentes méthodes ont été appliquées, à savoir le remboursement sur base d'une déclaration de TVA, l'ajout du montant de la TVA luxembourgeoise aux factures par le ministère de la Santé sans que ce montant n'ait été payé ou l'adaptation par le ministère du montant de la TVA facturée par les fournisseurs étrangers pour tenir compte des taux en vigueur au Luxembourg.

De plus, la Cour constate que certaines retenues de garanties ont été remboursées aux établissements hospitaliers alors qu'elles n'ont pas encore été payées aux fournisseurs.

A ce propos, la Cour recommande que le ministère de la Santé tienne compte des montants réellement payés par les établissements hospitaliers à ses fournisseurs et qu'il se donne une ligne de conduite pour le traitement de la TVA intracommunautaire.

7.1.2.3. Remboursement erroné

La Cour note que chaque demande de remboursement est traitée séparément par le ministère de la Santé. Etant donné qu'aucune vue d'ensemble des frais pris en charge par le ministère n'est établie, le risque d'un double remboursement d'une facture existe. Ainsi par exemple pour un projet de l'échantillon de contrôle des factures ont été remboursées à deux reprises et la situation a dû être régularisée par après. La Cour recommande donc que le ministère de la Santé mette en place un outil de contrôle pour limiter le risque d'une double prise en compte de factures présentées par les établissements hospitaliers.

Par ailleurs, la Cour tient à relever qu'en 2016, un remboursement erroné à hauteur de 414.673,69 euros a été réalisé par le ministère de la Santé. En effet, un établissement hospitalier a transmis au ministère une demande de remboursement présentant un solde en faveur de l'Etat compte tenu de la comptabilisation d'un autofinancement de l'établissement hospitalier et d'un don d'une Fondation pour l'acquisition d'un équipement médico-technique. Or, sans en tenir

compte, le ministère a remboursé 80% des factures présentées par l'établissement hospitalier. La situation a été régularisée en date du 24 août 2017.

7.2. Intervenants dans le financement des investissements hospitaliers

7.2.1. Division de la médecine curative et de la qualité en santé de la Direction de la santé

Selon l'article 4(4) de la loi modifiée du 21 novembre 1980 portant organisation de la Direction de la santé, la Division de la médecine curative et de la qualité en santé a notamment « compétence pour toutes les questions concernant la planification, l'organisation, l'évaluation de la performance et la surveillance des établissements hospitaliers et des soins primaires, des moyens et équipements de soins. »

Lors de la phase de planification de la construction et/ou de la modernisation d'un établissement hospitalier, la Direction de la santé analyse les besoins de l'établissement hospitalier sur base des interventions réalisées et prévisionnelles (par exemple : nombre d'opérations par jour, journées d'hospitalisation,...) et en concertation avec le maître d'ouvrage elle détermine les éléments clés du projet tels que le nombre de lits, de blocs opératoires, de salles de réanimation ou bien de salles de dialyse.

Suite à ces études, un programme spatial général (« Raumprogramm ») est mis sur pied par l'établissement hospitalier. Au fur et à mesure de l'avancement de la planification du projet, ce programme est détaillé. Il se compose d'une énumération des locaux à construire en précisant pour chaque local du projet, son utilisation, ses dimensions (surface, volume), son revêtement du sol, ses revêtements muraux, son mobilier ainsi que ses équipements sanitaires, électriques et médico-technique. Le programme spatial général est soumis à l'avis de la Direction de la santé.

Tant l'avant-projet sommaire que l'avant-projet détaillé du projet de construction et/ou de modernisation sont examinés par la Direction de la santé et les observations y relatives sont transmises ensemble avec le rapport de l'expert externe de l'Etat à la commission permanente pour le secteur hospitalier.

Après l'autorisation du projet par le ministre de la Santé, la Direction de la santé contrôle ponctuellement la bonne exécution sur le terrain des projets de modernisation et/ou de construction. Elle n'est pas habilitée à vérifier les demandes de remboursement ou bien les factures prises en charge par le ministère de la Santé.

7.2.2. Commissaire de Gouvernement aux hôpitaux

L'article 18 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers dispose que la mission du commissaire de Gouvernement aux hôpitaux consiste notamment à « contrôler l'affectation des subventions publiques ». Pour ce faire, « le commissaire de gouvernement peut prendre connaissance sans déplacement, des livres, procès-verbaux, factures et généralement de toutes les écritures relatives aux opérations administratives et financières de l'établissement. » De plus, « il rend notamment compte de sa mission au ministre ayant dans ses attributions la Santé au moyen d'un rapport annuel qu'il adresse avant le 1^{er} avril de l'année suivant l'exercice budgétaire visé. »

La Cour tient à relever qu'il s'agit de l'article 21 (2) de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière qui précise qu'une des missions du commissaire de Gouvernement aux hôpitaux consiste à « contrôler l'affectation des subventions publiques ».

Selon une note du commissaire de Gouvernement aux hôpitaux concernant ses missions, il assiste le gestionnaire du Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières de la Division des affaires hospitalières et extrahospitalières du ministère lorsque ce dernier « a des questions ou des difficultés spécifiques dans un dossier de subventionnement » et il « ne contrôle pas les relevés des factures ni les factures elles-mêmes concernant un projet de modernisation / construction qui ont fait l'objet d'une autorisation de subventionnement par le ministre. Ce contrôle est effectué par » la personne en charge de la gestion du Fonds spécial « qui soumet ensuite le dossier avec les pièces justificatives au contrôleur financier. »

Vu que la loi prévoit que le commissaire de Gouvernement aux hôpitaux joue un rôle primordial dans le processus de contrôle des demandes de remboursement, il importe qu'il soit en mesure de remplir pleinement les missions qui lui incombent. En effet, malgré le renforcement des pouvoirs du commissaire suite à la loi de 2018, la Cour estime que celui-ci n'est pas en mesure d'honorer entièrement ses missions à défaut de ressources humaines suffisantes.

7.2.3. Division des affaires hospitalières et extrahospitalières du ministère de la Santé

Un fonctionnaire de la Division des affaires hospitalières et extrahospitalières du ministère de la Santé est responsable de la gestion du Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières. Il analyse les demandes de remboursement, contrôle les factures et prépare les ordonnances de paiement.

Le but du contrôle ministériel des demandes de remboursement est de déterminer si les factures introduites par l'établissement hospitalier sont subventionnables au sens de la convention de

financement signée avec le ministère de la Santé. Ces contrôles comprennent une revue de toutes les pièces jointes notamment quant au libellé. La Cour note qu'une telle approche ne saurait apporter une assurance raisonnable quant au caractère éligible d'une dépense.

7.2.4. Commission permanente pour le secteur hospitalier

Les articles 11 et 19 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers disposent que la commission permanente pour le secteur hospitalier exerce des fonctions consultatives pour le ministre de la Santé. Elle a notamment pour mission d'aviser les demandes d'aide financière ayant trait aux grands projets de construction et/ou de modernisation, ainsi qu'aux équipements.

Cette commission se compose de 12 membres, dont deux représentants du ministre ayant dans ses attributions la Santé. De par la loi, il s'agit du directeur de la Santé qui préside également la commission. Actuellement le deuxième poste est occupé par le gestionnaire du Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières. En ce qui concerne le commissaire de Gouvernement aux hôpitaux, il assiste aux réunions de la commission avec voix consultative.

Après l'autorisation du projet par le ministre de la Santé, la commission permanente pour le secteur hospitalier n'a pas pour mission de contrôler les demandes de remboursement ou bien les factures prises en charge par le ministère de la Santé.

7.2.5. Constatations

7.2.5.1. Différentes entités en charge de l'autorisation et du subventionnement des projets

La Cour note que l'autorisation et le subventionnement des projets de modernisation et/ou de construction d'un établissement hospitalier sont effectués par des entités distinctes. En effet, la Division de la médecine curative et de la qualité en santé de la Direction de la santé est en charge d'autoriser les investissements hospitaliers et la personne en charge du Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières de la Division des affaires hospitalières et extrahospitalières du ministère de la Santé s'occupe du traitement des demandes de remboursement.

La Cour constate que les contacts entre ces deux divisions sont lacunaires, c'est-à-dire que la fréquence et le contenu des échanges entre ces deux divisions ne sont pas formalisés et sont laissés à la discrétion des responsables de ces deux entités. La Cour tient à souligner que les informations relatives aux autorisations sont d'une importance majeure pour la vérification de la conformité des demandes de remboursement présentées par les maîtres d'ouvrage.

De plus, la Cour constate que les contacts avec les établissements hospitaliers ne dépassent guère une communication par voie écrite et les contrôles sur place du responsable de la gestion du Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières sont quasiment inexistantes.

7.2.5.2. Contrôle des demandes de remboursement par un seul fonctionnaire

La Cour constate qu'un seul fonctionnaire de la Division des affaires hospitalières et extrahospitalières du ministère de la Santé est responsable du traitement des demandes de remboursement et du contrôle des factures quant à leur éligibilité. Certes, il est assisté occasionnellement par le commissaire de Gouvernement aux hôpitaux lorsqu'il a des questions ou des difficultés spécifiques dans un dossier de subventionnement.

Etant donné que le champ d'action dudit fonctionnaire couvre une panoplie de domaines différents (génie civil, construction, techniques spéciales (HVAC), équipements médico-techniques,...), le risque d'erreur n'est pas négligeable.

Au vu de l'envergure financière des projets d'investissement hospitaliers, il y a lieu d'optimiser le contrôle de la réalité des investissements opérés et de s'assurer de l'économicité des dépenses à charge du budget de l'Etat. La Cour recommande de regrouper les missions d'autorisation et de financement des projets de modernisation et/ou de construction au sein d'un centre de compétences à créer et d'y intégrer également les experts de l'Administration des bâtiments publics. En effet, un suivi rapproché et compétent est nécessaire pour les futurs projets d'envergure comme par exemple la construction du « Südspidol » à Esch-sur-Alzette, dont la participation de l'Etat s'élève à 433.542.551 euros (indice 779,82), d'après la loi du 1^{er} août 2018 autorisant l'Etat à participer au financement des travaux de construction du « Südspidol ».

7.3. Non-respect du taux de financement de 80%

L'article 11 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers dispose qu'« en vue d'assurer au pays une infrastructure sanitaire conforme aux besoins réels, l'Etat participe à raison de 80% aux frais des investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers autorisés par le ministre de la Santé ».

Par ailleurs, l'article 5 du règlement grand-ducal du 18 avril 2001 établissant le modèle de la convention avec les hôpitaux fixant les modalités de la participation de l'Etat dans les investissements hospitaliers précise que la participation de l'Etat est de 80% pour les parties A et B. A rappeler que, la partie A concerne les éléments « subventionnables par le ministère de la Santé » et « opposables à la Caisse nationale de santé » et la partie B concerne les éléments

« subventionnables par le ministère de la Santé » et « non opposables à la Caisse nationale de santé ».

Or, la Cour note que le ministre de la Santé a dérogé à plusieurs reprises à cette règle (taux de financement de 80% pour les parties A et B), à savoir :

- L'article 1^{er} de la convention du 8 février 2010 conclue entre l'Etat et un établissement hospitalier dispose que la participation de l'Etat prend en charge le solde de la totalité (100%) des frais et honoraires liés aux différentes propositions de projets d'investissement pour un montant total de 2.384.939 euros, dont 2.329.780,46 euros ont effectivement été liquidés.
- L'article 13 de la loi modifiée du 19 décembre 2003 portant création de l'établissement public « Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation » prévoit que le solde des dettes contractées par l'a.s.b.l. Rehazenter en vue de la réalisation d'un Centre de rééducation fonctionnelle et de réadaptation à Dudelange de 520.829,03 euros tel qu'il a été arrêté au 30 juin 2003 augmenté des intérêts courant jusqu'à la date de clôture du compte, sera pris en charge par le Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières. Au courant de l'exercice budgétaire 2004, 529.963,23 euros ont été versés à l'établissement public. La Cour tient à préciser qu'il s'agit en fait de 20% des frais d'investissement du projet Dudelange Frankelach qui étaient initialement destinés à être pris en charge par la Caisse nationale de santé.
- De plus, une dotation initiale de 4.636.821 euros à charge du Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières est accordée à l'établissement public. Selon le commentaire des articles du projet de loi 5222, ce montant correspond à 80% du montant des frais d'infrastructures ne relevant pas de la catégorie A. Il s'agit en l'occurrence des frais concernant le deuxième parking souterrain, la cuisine, la cafétéria et le kiosque à journaux. Au courant de l'exercice 2004, le montant de 4.636.821 euros a été versé à l'établissement public.
- Pour ce qui est de la nouvelle construction d'un établissement hospitalier, les espaces mis à disposition du service d'évaluation et de rééducation fonctionnelles, sont qualifiés de « D conventionné », c'est-à-dire que dans le cadre du projet de construction ces éléments sont « non subventionnables par le ministère de la Santé » et « non opposables à la Caisse nationale de santé ». Toutefois une convention de financement est conclue entre l'établissement hospitalier et le ministère de la Santé qui prévoit une contribution financière annuelle de l'Etat. Celui-ci prend en charge les frais de personnel du service, les frais de mise à disposition des lieux (loyers), les charges locatives (éclairage, chauffage, nettoyage,

assurances, ...), des frais divers (petit équipement, frais de secrétariat, frais de route, bibliothèque, campagne publicitaire,...) ainsi que les frais d'équipements du service. Ainsi à long terme, 100% des frais d'investissement mobiliers et immobiliers concernant ce service sont pris en charge par le ministère de la Santé.

- Pour la nouvelle crèche d'un établissement hospitalier, l'aide financière se base sur une proposition chiffrée de cet établissement, non avisée par un expert externe de l'Etat et acceptée par le ministère de la Santé.
- Etant donné que l'ancienne crèche était implantée sur le terrain prévu pour la nouvelle construction de l'établissement hospitalier une nouvelle crèche d'entreprise a dû être construite et l'ancienne crèche qui n'était que partiellement amortie a dû être démolie. La capacité de la nouvelle crèche augmente de 54 à 64 enfants. Sur base d'un devis de l'architecte, l'établissement hospitalier a proposé le financement suivant :
 - prise en compte par l'Etat de 80% des coûts relatifs aux dix places supplémentaires ;
 - prise en compte par l'Etat de 50% des coûts restants.
- La Cour constate qu'une grande partie des surfaces au niveau -1 de la nouvelle crèche a été aménagée en salle de musculation pour les besoins du personnel de l'établissement hospitalier.
- De plus l'article 17 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers dispose que « les bénéficiaires des aides financières prévues par la présente loi perdent les avantages leur consentis si avant l'expiration d'un délai courant à partir de leur octroi ils aliènent les constructions, équipements, installations ou appareillages en vue desquels l'aide de l'Etat a été accordée ou s'ils ne les utilisent pas ou cessent de les utiliser aux fins des conditions prévues. Ce délai est de trois ans pour les investissements mobiliers et de quinze ans pour les investissements immobiliers. Dans ces cas, les bénéficiaires doivent rembourser les subventions versées à leur profit. »
- La Cour note que la proposition de financement de l'établissement hospitalier ne tient pas compte de l'aide financière réellement perçue dans le cadre de la construction de l'ancienne crèche dédiée au personnel de l'établissement hospitalier ainsi que de son amortissement effectif.

7.4. Eléments « non subventionnables par le ministère de la Santé »

7.4.1. Définition des éléments non subventionnables

L'annexe du règlement grand-ducal du 18 avril 2001 établissant le modèle de la convention avec les hôpitaux fixant les modalités de la participation de l'Etat dans les investissements hospitaliers précise que le coût d'un projet de modernisation, d'aménagement ou de construction d'un établissement hospitalier est réparti en quatre parties (A-D) en fonction du croisement des deux critères « subventionnable par le ministère de la Santé » et « opposable à la Caisse nationale de santé ».

Selon les annexes au modèle de convention, la partie D, c'est-à-dire les éléments « non subventionnables par le ministère de la Santé » et « non opposables à la Caisse nationale de santé », regroupe les locaux mis à la disposition des médecins et des secrétaires médicales pour l'activité de consultation des médecins, les locaux mis à la disposition de kinésithérapeutes en exercice libéral, les locaux loués à des tiers pour leurs activités de services (ex: kiosque, magasin de fleurs, salon de coiffure) et la cafétéria ouverte au public. De plus, la note concernant « les principes de financement des projets d'investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers » établie en 2017 par le ministère de la Santé précise qu'il s'agit en fait des surfaces non opposables au financement par la Caisse nationale de santé qui peuvent générer des recettes au profit de l'exploitant. L'énumération est complétée par les locaux mis à la disposition de professionnels de la santé en exercice libéral, les parkings, les parcs aménagés spécifiques et ouverts au public, les bornes de recharge publique pour voitures électriques et les installations photovoltaïques raccordées au réseau public de distribution d'électricité en injection.

Dans le cadre de son contrôle, la Cour constate qu'au courant des exercices budgétaires 2007 à 2010, des frais de location des installations sportives ont été payés par l'Etat pour un montant total d'au moins 157.136 euros à un établissement hospitalier. Bien que ce cas ne soit pas traité explicitement par les procédures internes du ministère, il s'agit de surfaces non opposables au financement par la CNS qui génèrent des recettes au profit de l'exploitant. La Cour recommande de considérer partiellement ces installations sportives comme surface de type D.

Par ailleurs, la Cour recommande de compléter cette liste notamment par les espaces réservés aux services bancaires ou postaux et par la surface additionnelle des chambres individuelles de luxe, se caractérisant par la combinaison d'une chambre patient individuelle avec un séjour séparé et équipé d'un salon pour laquelle une refacturation au patient d'un surcoût pour la prestation de confort, supérieure à la tarification appliquée pour les chambres individuelles simples en 1^{ère} classe, est effectuée.

7.4.2. Prise en compte d'éléments non subventionnables dans le calcul de l'aide financière de l'Etat

Selon l'annexe du règlement grand-ducal du 18 avril 2001, les conventions de financement doivent être accompagnées d'une attestation par l'expert du ministre, sur base des devis calculés par les architectes, du coût global du projet réparti en parties.

Pour un des deux projets de l'échantillon de contrôle renseignant une partie D, l'attestation de l'expert du ministre a été présentée à la Cour. Pour l'autre projet un calcul de la répartition était annexé à la convention, mais l'attestation faisait défaut, étant donné que ce projet n'a pas été avisé par l'expert externe de l'Etat.

Pour deux projets de l'échantillon de contrôle, l'attestation de l'expert externe ne renseignait aucun élément non subventionnable. Or, la Cour constate que pour l'un des deux projets l'aménagement d'une zone de parking provisoire pour neuf emplacements a été subventionné à hauteur de quelque 17.000 euros par le ministère de la Santé.

L'article 6 (5) du modèle de convention dispose que « pour les parties du projet ou les corps de métiers pour lesquels une séparation à la base n'est pas ou difficilement possible, le décompte sera effectué à la fin des travaux concernés ».

La Cour tient à relever que pour un établissement hospitalier de l'échantillon de contrôle, uniquement les frais liés au parking sous-terrain ont été réévalués à la fin du projet et l'établissement hospitalier a demandé un remboursement supplémentaire à hauteur de 553.279 euros. Ce supplément était motivé par le fait que le coût réel du parking était inférieur au montant budgétisé suite à des économies substantielles réalisées au niveau du gros-œuvre du parking. Au moment de la rédaction du présent rapport, ce dossier est toujours en suspens et un remboursement supplémentaire n'a pas été effectué par le ministère de la Santé.

Pour ce même projet, le calcul détaillé de la répartition du coût global en parties prévoyait une surface non subventionnable de 416 m² consacrée au service pour adolescents et évaluée à 1.527.714 euros. Or, ce service n'a pas été mis en place. Vu qu'une réévaluation de la répartition du coût global en parties n'a pas été présentée à la fin du projet, la Cour ignore l'affectation effective des surfaces initialement consacrées au service pour adolescents.

De plus, il y a lieu de noter que pour un autre établissement hospitalier de l'échantillon de contrôle, les coûts des parties C et D, ont été réévalués par le coordinateur du projet vers la fin des travaux. Cependant cette adaptation se base en partie sur un taux de répartition des coûts arrêtés au début des travaux et ne prend donc pas en compte les frais réellement encourus. Cette manière de procéder n'a pas été contestée par le ministère de la Santé.

Dans le cadre du présent contrôle, la Cour ne peut pas se prononcer sur la pertinence de la répartition des coûts entre les parties A à D, étant donné que diverses précisions au sujet de la méthode de calcul de cette répartition ainsi que la participation financière de l'exploitant de la cuisine n'ont pas été communiquées à la Cour par l'établissement hospitalier.

La Cour recommande qu'afin de tenir compte des transferts de surface entre parties ou bien des modifications de projet, il y a lieu de procéder à la fin du chantier à une réévaluation de toutes les parties et de présenter un décompte se basant sur les frais réellement encourus. Suite à la vérification de ce décompte, le ministère de la Santé devra déterminer si cette réévaluation conduit à des remboursements supplémentaires ou bien à des restitutions de la part de l'établissement hospitalier.

7.5. Eligibilité des dépenses

7.5.1. Absence de critères d'éligibilité des dépenses

L'article 11 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers dispose qu'« en vue d'assurer au pays une infrastructure sanitaire conforme aux besoins réels, l'Etat participe à raison de 80% aux frais des investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers autorisés par le ministre de la Santé ».

L'article 4 (5) de l'annexe du règlement grand-ducal du 18 avril 2001 établissant le modèle de la convention avec les hôpitaux fixant les modalités de la participation de l'Etat dans les investissements hospitaliers précise que « des règles d'éligibilité uniformes pour tous les hôpitaux peuvent être arrêtées par le Ministre de la Santé ».

La Cour note que le ministre de la Santé n'a pas arrêté de règles d'éligibilité uniformes applicables à tous les établissements hospitaliers.

Dans le cadre de son contrôle, la Cour a cependant décelé certaines dépenses effectuées par les établissements hospitaliers et remboursées à hauteur de 80% par le ministère de la Santé, qu'elle qualifie comme non éligibles, à savoir du matériel de bureau, des articles publicitaires, différents biens consommables, du linge, des vêtements de sport, des jouets, des œuvres d'art, des fontaines décoratives et les frais de diverses fêtes (pose de la première pierre, bouquet, fin de chantier, inauguration).

Par ailleurs, des frais de fonctionnement à hauteur de 129.798,71 euros (frais de personnel, frais de location et de nettoyage des bureaux ainsi que frais de gestion) du maître d'ouvrage responsable d'un projet, ont été pris en charge par l'Etat.

D'autre part, sur présentation d'une note de calcul établie par un établissement hospitalier, des surcoûts de quelque 80.000 euros ont été pris en charge par l'Etat pour le chauffage à l'aide d'une ancienne chaudière à mazout temporairement remise en service. Cette remise en service était devenue nécessaire en raison de la déconnexion de certains bâtiments du réseau de chauffage urbain suite aux travaux de construction d'un nouveau bâtiment subventionné.

Certaines de ces dépenses prises individuellement ne sont pas très importantes d'un point de vue financier. Cependant, il y a lieu de souligner que le cumul des dépenses non éligibles peut être conséquent.

La Cour recommande d'établir une liste des frais d'investissement non éligibles au subventionnement du ministère de la Santé dans le cadre des projets de construction et/ou de modernisation des établissements hospitaliers, de fixer le cas échéant des limites financières pour certains types de dépenses et d'intégrer cette énumération dans les futures conventions de financement.

7.5.2. Travaux de remise en état et acquisitions complémentaires

Vu la durée importante de plusieurs années entre la mise en service des infrastructures et la clôture du dossier de subventionnement, certains travaux de remise en état se sont entretemps avérés nécessaires.

Ainsi, des travaux de rénovation dus à l'usure à court terme des infrastructures subventionnées (par exemple : réparation revêtement de sol dans les salles d'accouchement, adaptation des portes en bois des réfrigérateurs, réparation de chaises, travaux d'électricité complémentaire, ...) et l'acquisition d'équipements complémentaires (par exemple : équipements médico-techniques, mobiliers, ...) ont été pris en charge par le ministère de la Santé.

Pour un projet de l'échantillon de contrôle, le rapport trimestriel du 31 décembre 2017 précise que les travaux réalisés en 2017 ne concernent plus le projet initial, mais qu'il s'agit de travaux d'amélioration de l'isolation acoustique ou bien du système de climatisation. Ces travaux ont été financés par le biais des réserves financières du projet, générées par le calcul de l'adaptation du budget à l'indice des prix à la construction.

Un autre établissement hospitalier a remis au ministère en 2010, soit presque quatre ans après sa mise en service, un relevé de travaux additionnels à hauteur d'environ 820.000 euros (subvention de l'Etat de l'ordre de 656.000 euros) à prendre en compte dans le cadre du budget du projet de construction. Cette demande était motivée par le fait que le budget du projet de construction, adapté à l'indice des prix à la construction, n'était pas entièrement consommé.

La Cour recommande de limiter le subventionnement des investissements hospitaliers aux travaux initialement autorisés par le ministre de la Santé.

Ainsi délibéré et arrêté par la Cour des comptes en sa séance du 15 novembre 2018.

La Cour des comptes,

Le Secrétaire général,
s. Marco Stevenazzi

Le Président,
s. Marc Gengler

II. LA PRISE DE POSITION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Luxembourg, le 22 janvier 2019

4. Participation de l'Etat au financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction de certains établissements hospitaliers

Aux points 4.1 « Introduction » et 4.2 « Loi de financement », la Cour des Comptes revient sur la genèse de la loi modifiée du 21 juin 1999 qui a autorisé l'Etat à participer au financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction de certains établissements hospitaliers.

La Cour reprend les réserves que le Conseil d'Etat avait émises à l'époque, notamment en ce qui concerne le fait de regrouper dans une seule loi de financement quinze projets de construction/modernisation/extension différents qui faisaient l'objet d'un subventionnement pour un montant de 490 millions d'euros à la valeur de l'indice du prix de la construction de 1998 (503,26) alors que ces projets se trouvaient à l'époque souvent à l'état d'un « pré-projet » ou même seulement d'un « concept ».

En effet, jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé, l'article 16 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers prévoyait *« qu'une loi spéciale fixe, pour chaque projet individuellement, le montant des aides à charge du fonds à ne pas dépasser. »*

La prédite loi modifiée du 21 juin 1999 constituait cette loi spéciale par laquelle étaient financés tous les projets de construction/modernisation/extension subventionnés par le Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières (fonds hospitalier).

4.3.1. Exécution de la loi de financement de 1999

La Cour estime que *« la Chambre des députés aurait dû être régulièrement informée de l'exécution de cette loi de financement autorisant des projets pour un montant total de 490 millions d'euros, à la valeur de l'indice des prix de l'époque. »*

Par ailleurs, au même point, *« la Cour recommande d'une manière générale que des procédures similaires à celles mises en œuvre pour les grands projets de travaux publics soient adoptées. Pour les travaux tombant sous la responsabilité de l'Administration des bâtiments publics, la planification est arrêtée par le Conseil de gouvernement sur base d'un programme d'investissement pluriannuel périodiquement mis à jour et régulièrement présenté à la Chambre des députés. Ainsi, la Cour recommande au ministère de la Santé*

d'informer périodiquement la Chambre des députés du progrès des grands projets d'investissement hospitaliers financés par l'Etat. »

Tout d'abord, il convient de se demander ce que la *Cour* entend par un « grand » projet de construction/modernisation/extension. Cette notion peut avoir des interprétations très divergentes. S'agit-il de tous les projets de construction/modernisation/extension ou seulement de ceux dépassant un certain seuil financier ?

Il existe une différence fondamentale par rapport à l'Administration des bâtiments publics (mise à part le nombre de personnel élevé dont dispose ladite Administration par rapport au personnel du Ministère de la Santé ou de la Direction de la Santé en charge des dossiers de construction/modernisation/extension des constructions hospitalières). L'Administration des bâtiments publics est maître d'ouvrage des projets dont elle a la charge contrairement aux projets de construction/modernisation/extension des établissements hospitaliers pour lesquels les établissements hospitaliers restent maîtres d'ouvrages et non le Ministère de la Santé.

Par ailleurs, depuis le 1^{er} janvier 2011, la législation relative au financement des infrastructures hospitalières a été modifiée comme décrit en dessous.

Depuis l'entrée en vigueur de la prédite loi modifiée du 21 juin 1999 jusqu'au 1^{er} janvier 2011 (date d'entrée en vigueur de la loi du 17 décembre 2010), tous les projets de construction ou de modernisation des établissements hospitaliers entamés avant cette date étaient financés sur le fondement de la seule loi de 1999 indépendamment de l'envergure du montant de leur enveloppe de subventionnement (cf. points 4.1 et 4.2).

Lors de la réforme des soins de santé par la loi du 17 décembre 2010 le législateur a abrogé l'article 16 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Le commentaire des articles du projet de loi portant réforme du système de soins de santé (*doc. parl. 6196*) précisait en ce qui concerne cette abrogation que:

« L'abrogation de l'article 16 de la loi hospitalière vise à abolir l'obligation de confectionner un projet de loi pour des projets d'importance mineure. Il est entendu qu'il ne restera pas moins obligatoire de confectionner un projet de loi pour tout projet dépassant le seuil de droit commun fixé en application de l'article 99 de la Constitution. »

Comme le souligne correctement la Cour des Comptes, à partir du 1^{er} janvier 2011 (date d'entrée en vigueur de la loi du 17 décembre 2010), l'article 80 de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'Etat est applicable.

Selon cette disposition toute réalisation au profit de l'Etat d'un projet d'infrastructure ou d'un bâtiment dont le coût total dépasse la somme de 40.000.000 euros (à la valeur de 669,88 de l'indice annuel des prix à la construction) doit être financé par une loi de financement spécifique.

L'élaboration d'une telle loi de financement est de facto soumise à la procédure législative, discutée et votée à la Chambre des députés.

Ainsi depuis le 1^{er} janvier 2011, deux lois de financement ont été présentées, discutées et votées à la Chambre des députés, à savoir la loi du 16 avril 2015 autorisant l'État à participer au financement des travaux de modernisation et d'extension de la ZithaKlinik ainsi que de la loi du 1^{er} août 2018 autorisant l'État à participer au financement des travaux de construction du « Südspidol ».

A contrario, depuis le 1^{er} janvier 2011, tout projet de construction/modernisation/extension d'un établissement hospitalier dont le coût total est inférieur au montant de 40 millions d'euros ne doit pas être autorisé par une loi de financement (ou par la loi du 21 juin 1999 qui n'a jamais été abrogée), mais un tel projet suit la procédure applicable à tous les projets de construction/modernisation/extension des établissements hospitaliers (accord de principe, avant-projet sommaire (APS), avis de la Commission permanente pour les secteur hospitalier (CPH) relatif à cet APS, avant-projet définitif (APD), avis de la CPH relatif à cet APD, convention de financement, autorisation ministérielle).

Par ailleurs, les subventionnements étatiques par le biais du fonds hospitalier de tous les projets de construction/modernisation/extension des établissements hospitaliers en cours ou projetés dans les cinq années suivant l'année budgétaire en cours sont regroupés par établissement hospitalier et discutés (notamment lors de l'examen contradictoire des propositions budgétaires avec l'Inspection générale des finances) dans le tableau d'investissement pluriannuel du prédict fonds (tableau prévoyant la dotation annuelle du Fonds hospitalier sur 5 années). Ce tableau fait partie intégrante du budget annuel de l'Etat qui est également discuté et voté à la Chambre des députés. Le prédict tableau est également présenté tout comme discuté annuellement à la Commission Santé de la Chambre des députés.

Au même point la Cour fait référence aux travaux de modernisation et d'extension de la ZithaKlinik. Aussi bien le Conseil de Gouvernement tout comme la Chambre des députés lors de la discussion et du vote du projet ont été informés que « *le coût total relatif à la réalisation dudit projet de modernisation et d'extension de la ZithaKlinik à charge du fonds pour le financement des infrastructures hospitalières s'élève à 62.680.060 euros (indice 677,18).*

Or, un montant de 12.443.730 euros (indice 677,18) a déjà été financé par le biais du prédict fonds, alors que ce montant correspondait au solde restant au titre de l'enveloppe indiquée au 12^e tiret de la loi du 21 juin 1999 autorisant l'Etat à participer au financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction de certains

établissements hospitaliers de sorte qu'une nouvelle loi de financement reste uniquement nécessaire pour un montant de 50.236.330 euros (indice 677,18) qui sera encore à charge du fonds pour le financement des infrastructures hospitalières en vue de la réalisation du projet de modernisation et d'extension de la ZitbaKlinik. » (doc. parl 6598)

Ni le Conseil d'Etat dans son avis du 8 octobre 2013 relatif à cette loi de financement (qui a même fait siennes les observations de l'exposé des motifs citées-ci avant ; *doc. parl 6598-01A*), ni les discussions y relatives à la Chambre des députés n'ont fait état d'une quelconque opposition à cette procédure.

En ce qui concerne le financement de la nouvelle *Rehaklinik* du CHNP sur son site d'Ettelbruck, le Conseil de Gouvernement a dans sa séance du 13 mai 2016 donné son accord afin d'autoriser le CHNP à continuer la planification de celle-ci sans avoir à recourir à une nouvelle loi de financement à condition que le montant à charge du Fonds spécial pour les investissements hospitaliers ne dépasse pas le montant de 68.291.102 euros (indice 753,63 d'avril 2015) et ce sur fondement du solde restant et prévu pour la modernisation du CHNP sur son site d'Ettelbruck dans le cadre de la prédite loi du 21 juin 1999.

La Cour estime qu'une « nouvelle » loi de financement est nécessaire pour subventionner ce projet du CHNP. Le MiSa entend suivre la recommandation de la Cour des Comptes et soumettra dès lors à la procédure législative un tel projet de loi de financement dès que l'APD aura été avisé par la CPH et validé par le Ministre (actuellement le ministère est saisi d'un APS relatif à ce projet).

4.3.3. Absence de saisie de la Chambre des députés en cas de dépassement de l'aide financière arrêtée par la loi modifiée du 21 juin 1999

La Cour des Comptes recommande que le ministère de la Santé mette en place une procédure analogue [à celle appliquée par l'Administration des bâtiments publics] pour les dépassements des enveloppes légales relevant de sa compétence.

Les projets infrastructurels dont le montant de l'aide financière fixé par la loi de financement du 21 juin 1999 a été dépassé ont fait l'objet d'un amendement de la loi afférente.

Ceci était le cas pour :

- Les projets du CHL portant sur la modernisation de la Clinique pédiatrique et de la Maternité (loi du 18 juillet 2003)
- La modernisation de la Clinique d'Eich (loi du 18 juillet 2003)

- La construction de la Clinique Dr Bohler (loi du 18 juillet 2003)
- L'extension du Centre national de radiothérapie François Baclesse (loi du 18 juillet 2003)
- La construction de l'Hôpital Kirchberg (loi du 19 décembre 2003)
- La construction du nouvel hôpital à Ettelbruck (loi du 19 décembre 2003)

La loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière (loi hospitalière) dispose dans son article 22 (2) que le maître d'ouvrage doit saisir la CPH dans les deux mois de la constatation d'un dépassement du montant global arrêté dans la convention de financement d'un projet de modernisation ou de construction, si ce dépassement est de 5 % au minimum et supérieur à 50.000 euros. Le subventionnement de ce dépassement est ensuite soumis au Ministre de la Santé pour autorisation. Cette procédure s'applique ainsi tant aux projets pour lesquels une loi de financement a été votée (à partir de 40 millions d'euros), que pour ceux dont la participation de l'Etat est inférieure au montant précité.

Pour les projets ayant fait l'objet d'une loi de financement, la Cour des Comptes recommande au MiSa d'élaborer un amendement de cette loi en cas d'un dépassement supérieur à 5 % du coût global du projet afférent et de solliciter l'autorisation d'un dépassement inférieur à 5 % dans le cadre de l'approbation de la loi concernant les recettes et les dépenses de l'Etat pour l'exercice suivant.

Le MiSa peut se rallier à cette proposition.

En ce qui concerne plus précisément l'autorisation ministérielle du 21 décembre 2011 pour l'acquisition d'un accélérateur linéaire et les travaux de transformation et d'adaptation de deux bunkers, celle-ci se basait sur un avis favorable de la CPH daté du 9 décembre 2011. Par ailleurs, l'enveloppe budgétaire allouée dans la loi de financement de 1999 à l'établissement visé n'était à ce moment pas encore épuisée.

Pour ce qui est de l'acquisition de l'accélérateur linéaire robotisé (*Cyberknife*), l'établissement concerné a été informé en 2012 que l'équipement ayant fait l'objet de la première autorisation ministérielle du 14 mars 2011 n'existait plus et serait à remplacer par un appareil de nouvelle génération, dont le coût d'acquisition a dépassé celui du premier devis de 600.000 euros (soit 480.000 à charge du fonds hospitalier). Le Ministre de la Santé a donné son autorisation pour la prise en charge de ce coût supplémentaire à charge du fonds par courrier du 20 juin 2013.

Finalement, il y a lieu de rendre attentif au fait que suite à l'abrogation de l'article 16 de la loi modifiée du 28 août 1998 par la loi du 17 décembre 2010 portant réforme des soins de santé,

l'acquisition des équipements dont question aux alinéas précédents ne nécessitait pas d'autorisation de la part du législateur.

Le MiSa aurait ainsi dû procéder à des engagements distincts des différentes subventions allouées pour l'acquisition des équipements à raison de 3,5 millions d'euros pour le *Cyberknife* et de 1,3 millions d'euros pour l'accélérateur linéaire, ainsi que de l'aide étatique de 500.000 euros pour la transformation des deux bunkers les plus anciens, au lieu de les imputer à charge de l'enveloppe budgétaire de la loi de financement de 1999.

Le dépassement de l'enveloppe légale mentionné par la Cour des Comptes à raison de 2.384.041 euros est survenu par la subvention du *Cyberknife* en 2013, mais, comme développé à l'alinéa précédent, ne constitue qu'un dépassement théorique.

4.3.4. Absence de présentation des décomptes finaux des projets de construction et/ou de modernisation

Il est vrai que des décomptes finaux des projets de construction et/ou de modernisation n'ont pas été présentés à la Chambre des députés. Toutefois, dans le cadre de l'élaboration budgétaire annuelle, la programmation pluriannuelle du fonds a toujours été présentée à la Commission de la Santé, programmation qui reprend tant l'ensemble des projets imputés à charge du fonds, que le total des aides allouées aux établissements hospitaliers pour les différents projets.

Pour tous les projets en relation avec la loi de financement de 1999 du CHEM, un rapport sur l'utilisation des trois enveloppes (« *Kassensturz* ») a été présenté au MiSa, dont un, à savoir celui du service de stérilisation centrale à Niederkorn, fut transféré à la Cour à titre d'illustration.

Pour la modernisation du site Dudelange, il existe par ailleurs un décompte final séparé.

Les projets du CHL ont tous fait l'objet de rapports trimestriels réguliers et d'un rapport final.

Pour tous les projets imputés à charge des crédits du fonds, il existe un suivi régulier dressé par la Division des Affaires hospitalières et extrahospitalières, dont question au point 6.3. du rapport de la Cour.

Par ailleurs, le consultant chargé du volet architectural des projets visés par la loi de financement de 1999 a dressé des rapports réguliers et finaux, sur base de ses visites et contrôles effectués sur place.

5.1. Absence de convention de financement

En ce qui concerne l'extension d'un établissement hospitalier subventionnée à hauteur de 27 millions citée par la Cour des Comptes, il est vrai qu'aucune convention de financement n'a été signée. Le dossier afférent contient un projet de convention qui, au moment de son élaboration en 2006, n'a pas été signé, alors qu'il n'était pas encore clarifié si la convention devait être signée par l'établissement concerné ou par le groupement d'intérêt économique (G.I.E) qui allait être créé pour assurer la gestion du projet. En effet le projet portait sur les infrastructures de deux hôpitaux différents. En fin de compte, il a été omis de faire signer la convention par le G.I.E. susmentionné.

En ce qui concerne le service de stérilisation centrale d'un établissement financé à raison de 8 millions par le biais du fonds, la nécessité de faire signer une nouvelle convention n'a pas été reconnue au moment de l'autorisation du projet, étant donné que le subventionnement de ce projet fut imputé à charge d'une des enveloppes allouées aux hôpitaux par la loi financement du 21 juin 1999 et que pour l'établissement en cause, une convention avait été signée en date du 21 octobre 2005.

Le MiSa tient d'ailleurs à souligner qu'en 2013, une nouvelle procédure a été mise en place, qui consiste d'un côté à procéder à un engagement séparé pour chaque projet pris en charge par le fonds hospitalier, et de l'autre à signer pour chaque projet une convention de financement distincte. Ceci permet de suivre l'utilisation du budget alloué en toute transparence et de procéder annuellement à l'indexation des montants liquidés, comme ceci est prévu par l'article 4 du modèle de la convention avec les hôpitaux fixant les modalités de la participation de l'Etat dans les investissements hospitaliers (règlement grand-ducal du 18 avril 2001) et est relevé à juste titre par la Cour des Comptes.

5.2. Absence de certification par le réviseur aux comptes

L'imputation correcte des dépenses payées après la date de la signature de la convention n'est effectivement pas systématiquement certifiée par un réviseur aux comptes, tel que prévu à l'article 4(5) du modèle de convention établi par règlement grand-ducal du 18 avril 2001.

Cependant chaque établissement hospitalier fait l'objet d'un audit annuel de l'ensemble de ses dépenses.

Pour le projet de l'échantillon de contrôle pour lequel la déclaration d'éligibilité fait défaut, il y a lieu de préciser que la première demande de remboursement à charge de l'enveloppe afférente prévue par la loi de financement de 1999 a été liquidée en date du 21 novembre 2005 et concerne des factures payées entre juillet 2004 et mars 2005, donc après la signature de la convention datée du 29 juin 2004.

5.3. Subventionnement de travaux non autorisés préalablement par le ministre de la Santé

La réalisation du projet de l'échantillon de contrôle mentionné par la Cour des Comptes au point 5.3. a effectivement duré de 2005 à 2016.

Tout d'abord, le MiSa tient à souligner que la Cour confirme le fait que l'enveloppe légale n'a pas été dépassée.

Ensuite, il convient de noter qu'il est dans la nature des projets de modernisation d'anciennes structures qu'au début des travaux, il n'est pas toujours possible de prévoir en détail toutes les mesures qui deviendront nécessaires au cours de la phase d'exécution.

Ayant été conscient de la spécificité de ce projet et du grand risque d'imprévu, le MiSa avait demandé au maître de l'ouvrage de lui faire régulièrement parvenir un rapport tant sur l'état des travaux que sur la situation de l'enveloppe budgétaire afférente, sous condition de ne pas dépasser cette dernière.

L'établissement concerné s'est conformé à cette exigence et a introduit plusieurs mises à jour de la demande initiale comportant une liste de travaux additionnels et initialement imprévisibles, dont la dernière est datée du 20 janvier 2014.

Le MiSa tient par ailleurs à informer que le projet en question a été suivi de près par son consultant externe, qui a établi régulièrement des rapports de visite de chantier ainsi que des rapports sur l'évolution de l'enveloppe budgétaire en question.

5.4. Application de la loi sur marchés publics – absence de contrôles ministériels

En ce qui concerne le **point 5.4.** relatif aux contrôles de la législation sur les marchés publics, il est rappelé que le Conseil d'Etat avait estimé dans son avis du 26 septembre 2017 relatif à la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière que :

« Comme l'État participe à raison de 80 pour cent aux frais des investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers, le Conseil d'État estime que ces établissements hospitaliers doivent relever du contrôle de la Cour des comptes et respecter la législation sur les marchés publics. Il préconise donc de compléter l'article 17 par un deuxième paragraphe qui prendra la teneur suivante :

« (2) Les dispositions de la loi du 25 juin 2009 sur les marchés publics s'appliquent aux établissements hospitaliers. Tout établissement hospitalier est soumis au contrôle de la Cour des comptes quant à l'emploi conforme des concours financiers publics qui lui sont affectés.»

Il est à remarquer à cet endroit qu'il est impossible au service visé du MiSa de contrôler tous les marchés publics qui sont élaborés par les établissements hospitaliers dans le cadre des travaux de construction/modernisation/extension, alors que le MiSa n'est pas maître d'ouvrage et que le nombre de cahiers de charges qui seraient à examiner pour ce genre de projet est très élevé (p. ex. pour un projet de construction comme le « Südspidol », plusieurs centaines de marchés publics seront élaborés par le maître d'ouvrage).

Par ailleurs, les établissements hospitaliers se font souvent accompagner par des études d'avocats ou des bureaux d'experts comptables pour organiser leurs marchés publics dans le respect de la législation afférente (c'est notamment le cas dans le cadre du projet « Südspidol »).

5.5. Absence de règlement grand-ducal prévu par la loi

L'article 13 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers disposait qu'« un règlement grand-ducal détermine les modalités détaillées de la procédure de demande, notamment en ce qui concerne :

- les délais et modalités d'instruction du dossier ;
- les pièces justificatives à joindre ;
- les cas dans lesquels une étude des besoins et de l'impact sur le système de santé est requise, ainsi que l'étendue et les modalités de cette étude. »

Une disposition similaire a effectivement été reprise à l'article 17 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Il est vrai que ce règlement n'a pas été élaboré, mais un « Vadémécum à l'attention des maîtres d'ouvrage relatif aux procédures applicables aux projets de construction et de modernisation » a été rédigé. Il est prévu de soumettre ce Vadémécum à l'avis de la CPH, de sorte qu'il pourra servir de fondement à la rédaction du prédit règlement grand-ducal.

6.3. Incohérences au niveau du suivi régulier des projets subventionnés

La Cour a relevé un certain nombre d'incohérences et d'erreurs au niveau des tableaux de suivi dressés par la Division des Affaires hospitalières et extrahospitalières :

- *La date de la signature de la convention précède la date d'autorisation ministérielle*

Il s'agit en l'occurrence des projets réalisés sur le site d'Esch-sur-Alzette du Centre Hospitalier Emile Mayrisch (CHEM), comme p.ex. la réfection de la façade et de la toiture au bâtiment dit NB 80 /Buggi, où il y avait d'importantes infiltrations d'eau.

La loi de financement de 1999 prévoit une somme de 67.187.573.60 euros (2.710.340.000 francs) pour la modernisation de l'Hôpital de la Ville d'Esch-sur-Alzette, qui est aujourd'hui exploité par le CHEM.

La convention de financement du 28 novembre 2001 couvre l'intégralité de l'enveloppe mentionnée à l'alinéa précédent, de sorte que jusqu'à l'introduction de la nouvelle procédure en 2013, les projets de modernisation sur l'ensemble du site ont été imputés à charge de cette convention. L'autorisation des différents projets a eu lieu entre 2006 et 2012, donc effectivement 5, voire 10 ans après la signature de convention.

- *Le montant autorisé dépasse le montant retenu au niveau de la loi de financement ou de la convention*
- *Le taux de conversion officiel de franc luxembourgeois en euro n'est pas appliqué*

Dans les tableaux de suivi en question, la Division des Affaires hospitalières et extrahospitalières s'est basée sur le texte coordonné publié au Code de la Santé, qui indique pour un certain nombre de projets (CHEM Esch, Niederkorn et Dudelange, Centre François Baclesse, Clinique Sainte-Marie, Clinique Sainte Thérèse, Saint Louis Ettelbruck, Saint Joseph Wiltz, CHNP Ettelbruck) les sommes telles que modifiées en vertu de la loi du 1^{er} août 2001 relative au basculement en euro (Mém. A – 117 du 18 septembre 2001, p. 2440, doc. parl. 4722).

Ces montants sont légèrement supérieurs à ceux inscrits dans la loi de financement 1999 et ne correspondent effectivement pas exactement à celui que l'on obtient en utilisant le taux de conversion officiel du franc luxembourgeois en euro.

- *Le montant liquidé dépasse le montant retenu au niveau de la loi de financement ou de la convention*
- *Le budget adapté à l'indice des prix n'est pas calculé*

Ceci est le cas pour certains projets, pour lesquels l'indexation de l'enveloppe n'a pas été effectuée, alors que le montant liquidé ne dépasse que de très peu le montant retenu dans la loi de financement ou de la convention. Un projet dont la réalisation s'étale sur plusieurs années engendre d'office une adaptation du budget en raison de l'augmentation biannuelle de l'indice des prix à la construction. Donnons à titre d'exemple le projet de la modernisation du service de stérilisation centrale sur le site du

CHEM à Esch-sur Alzette : Les travaux ont duré de 2013 à 2017, le budget alloué est de 989 257 euros à l'indice 707,11 (octobre 2011) et le montant liquidé se chiffre à 1 025 231 euros. L'enveloppe indexée, qui s'obtient en prenant la moyenne des indices annuels entre 2013 et 2017, serait de 1.058.200 euros, de sorte que les liquidations ne dépassent pas l'enveloppe indexée.

- *Le total des frais d'un projet, des frais des experts chargés par l'Etat ou/ et des frais financiers diverge par rapport au montant comptabilisé dans le système SAP*

Les données saisies dans les différents tableaux remontent à l'année 2001, c'est-à-dire au moment de la création du fonds pour le financement des infrastructures hospitalières. De 2001 jusqu'au mois de novembre 2006, d'autres fonctionnaires du MiSa étaient en charge de la gestion du fonds et des projets infrastructurels. Durant cette période, les établissements ont introduit des décomptes tout projet confondu, de sorte qu'il n'était a priori pas évident de retracer quel montant était à imputer à quel projet. Ceci est avant tout le cas des dix projets distincts effectués sur le site du CHEM à Esch-sur-Alzette. Les premiers paiements concernent même des factures ayant été payées par le CHEM à la fin des années 1990. Toutefois, le MiSa et le CHEM ont ensemble essayé de réconcilier les différents remboursements. Les totaux des paiements à charge des enveloppes de 1999 en relation avec les trois sites du CHEM sont identiques aux montants que l'on retrouve dans le système SAP. Cependant, le MiSa ne cache pas le fait que des divergences minimales persistent entre ses chiffres et ceux du CHEM en ce qui concerne un certain nombre de projets de moindre envergure.

- *Les informations présentées sont incomplètes*

La Division des Affaires hospitalières et extrahospitalières a suivi la recommandation de la Cour des Comptes et a revu en détail les différents tableaux de suivi.

Pour ce qui est de la programmation pluriannuelle, celle-ci est difficilement à présenter de la même façon que les tableaux dont question à l'alinéa précédent. En effet, le tableau de la programmation pluriannuelle regroupe plusieurs projets d'un même établissement hospitaliers dans une ligne pour que les données nécessaires à la planification budgétaire ne prennent pas plus que deux pages. En revanche, les tableaux de suivi transmis à la Cour des Comptes, reprennent pour chaque établissement hospitalier l'ensemble des projets financés par le biais du fonds. Néanmoins, le MiSa se concertera avec l'Inspection générale des finances pour essayer de mettre en place un instrument de planification permettant de faire un lien direct avec les tableaux de suivi.

6.4. Adaptation du budget des projets d'investissement hospitaliers : approches divergentes et absence de contrôles ministériels

La Cour recommande que le MiSa mette en place son propre outil de calcul du budget adapté des projets de construction / et ou de modernisation

La note sur les principes de financement des projets d'investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers établie en 2017 et transmise à la Cour des Comptes prévoit au chapitre relatif à l'adaptation du budget à l'indice des prix à la construction une simulation d'indexation d'une enveloppe de financement.

Ce calcul tient compte des liquidations annuelles pour définir le solde disponible sur l'enveloppe en fin d'exercice et ne prend pas en considération les dépenses engagées, mais les remboursements effectués par l'Etat à raison de 80 %.

Entretemps, la Division des Affaires hospitalières et extrahospitalières a élaboré une méthode de calcul qui est semblable à celle préconisée par la Cour des Comptes, dans la mesure où elle consiste également à adapter en fin d'exercice le budget voté et/ou autorisé, en déduisant du solde de l'enveloppe les liquidations adaptées à l'indice des prix à la construction de l'année correspondante. Toutefois cette méthode, qui n'a pas encore été présentée aux hôpitaux, diffère de la recommandation de la Cour, alors qu'elle ne déduit pas les dépenses engagées, mais, par analogie au procédé retenu dans la note de 2017 susmentionnée, les liquidations effectuées par le MiSa à charge du fonds.

Le MiSa donne à considérer que la méthode favorisée par la Cour des Comptes, à savoir celle qui est basée sur l'engagement des dépenses, ne semble pas être réalisable sans avoir recours à des chiffres mis à disposition par les établissements hospitaliers.

7.1.2.2. Méthodes divergentes dans le domaine de la TVA intracommunautaire et des retenues de garantie

TVA : Le MiSa suit en principe la recommandation de la Cour de ne rembourser que des montants réellement payés par les établissements hospitaliers. Pour les factures en provenance d'un fournisseur étranger ne disposant pas d'un numéro d'identification à la TVA, le remboursement de la TVA luxembourgeoise à un établissement hospitalier ne pourra ainsi seulement avoir lieu sur présentation de la déclaration annuelle.

Toutefois il convient de noter que cette procédure se traduit par une lourde démarche administrative, étant donné que le contrôleur financier exige non seulement la présentation de la déclaration de TVA, mais aussi de toutes les factures et pièces afférentes. Ainsi les factures en provenance de fournisseurs étranger devraient lui être transmises en deux étapes.

Pour éviter cette procédure fastidieuse, le MiSa s'était déclaré d'accord à rembourser les factures en cause toutes taxes comprises.

En ce qui concerne les retenues de garantie, le MiSa n'a pas connaissance d'avoir remboursé des retenues de garantie non remboursées par les établissements hospitaliers.

7.2.2. Commissaire de Gouvernement aux hôpitaux

et

7.2.5. Constatations

La Cour invoque « *un défaut de ressources humaines suffisantes* » pour couvrir tous les aspects de contrôle du subventionnement d'un projet de construction/modernisation/extension d'un établissement hospitalier et elle recommande également « *de regrouper les missions d'autorisation et de financement des projets de modernisation et/ou de construction au sein d'un centre de compétences à créer et d'y intégrer également les experts de l'Administration des bâtiments publics.* »

Tout d'abord, il y a lieu de préciser que depuis le 16 août 2018, le fonctionnaire de la Division des affaires hospitalières et extrahospitalières en charge du contrôle des décomptes hospitaliers est assisté par une collaboratrice à temps plein qui le soutient dans toutes les tâches ayant trait aux demandes de remboursement. Ainsi il sera dorénavant en mesure de faire des contrôles occasionnels sur place tel que préconisé par la Cour des Comptes. Il est vrai que de tels contrôles n'ont pas eu lieu de manière systématique et sont devenus de plus en plus rares au courant des dernières années en raison du nombre croissant de dossiers à traiter. Toutefois, le consultant ayant été en charge du contrôle des projets visés par la loi de financement de 1999 s'est rendu régulièrement sur place pour vérifier l'exécution des travaux et était à plusieurs reprises accompagné par le fonctionnaire de la Division des affaires hospitalières. De tels contrôles sur place ont notamment eu lieu à la Clinique Sainte-Marie, la Nouvelle Maternité, au Centre Baclesse et au Centre Hospitalier du Nord à Wiltz. Néanmoins, le MiSa estime que, pour être vraiment efficaces, de tels contrôles devraient être effectués ou au moins supervisés par des architectes ou des ingénieurs, afin de vérifier la conformité des travaux aux devis et plans autorisés.

En ce qui concerne le contrôle du caractère éligible d'une dépense, le MiSa souhaite souligner que ce contrôle relève aussi de la responsabilité du maître de l'ouvrage, qui doit faire certifier les factures par le coordinateur ou l'architecte du projet et attester ainsi l'existence de vérifications internes.

L'organisation interne au sein du Ministère/de la Direction de la Santé et la collaboration entre la Division de la Médecine curative et de la qualité en santé et la Division des Affaires

hospitalières et extrahospitalières fait actuellement l'objet d'un audit effectué par des consultants externes, en vue d'optimiser le processus de suivi des projets de construction hospitalière et de définir clairement les missions de chacun des intervenants à l'avenir.

Par ailleurs une cellule de construction hospitalière regroupant tant les agents concernés du MiSa que de la DiSa a été mise en place au début de l'année 2019 et se réunira une fois par semaine pour discuter sur les projets en cours.

Quant aux contacts entre le MiSa et les établissements hospitaliers, il est à noter que dans le cadre du contrôle des décomptes, un échange régulier a lieu entre la Division des Affaires hospitalières et extrahospitalières et les établissements concernés, pour joindre au dossier des pièces manquantes, fournir des explications supplémentaires en cas d'incohérences, etc.

7.3. Non-respect du taux de financement de 80 %

Le Cour des Comptes fait état d'un certain nombre de dérogations au taux de subventionnement de 80% prévu par la loi hospitalière. A cet égard, le MiSa peut fournir les explications suivantes :

- *Frais et honoraires liés aux différentes propositions de projets d'investissement*

Les frais d'études et les factures relatifs aux projets de construction, de modernisation et d'extension sont en principe seulement remboursés à raison de 80 % par le biais du fonds pour le financement des infrastructures hospitalières. Le cas cité par la Cour des Comptes concerne des études de projets qui en fin de compte n'ont pas été poursuivis. En effet, lorsque dans le cadre du lancement d'un projet de construction, des frais d'études sont engagés par un maître d'ouvrage afin d'étudier différentes variantes d'un projet et qu'aucune de ces variantes n'est réalisée, le remboursement des honoraires relatifs à ces études par le fonds est de 100 %, alors que dans pareille hypothèse, la Caisse nationale de santé (CNS) refuse d'y contribuer à raison de 20 %. La CNS participe seulement à concurrence de 20 % aux frais pris en charge par le MiSa à raison de 80 % (art. 27 de la convention entre la CNS et la FHL conclue en exécution de l'article 74 et suivants du Code de la sécurité sociale).

Toutefois, au moment de la signature de la convention de financement, le MiSa s'est assuré que l'enveloppe mise à disposition de l'établissement concerné par la loi du 21 juin 1999 autorisant l'Etat à participer au financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction de certains établissements hospitaliers, ne soit pas dépassée par ce subventionnement supplémentaire.

- *Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation (CNRFR)*

Dans un courrier du 1^{er} juillet 2003 adressé au Ministre du Trésor et du Budget, le Ministre de la Santé a justifié la nécessité de l'inscription de la dotation initiale mentionnée par la Cour des Comptes à raison de 5.154.376 euros par le fait que « l'asbl Rehazenter, composé de mandataires des autres établissements hospitaliers, n'a pas de fonds propres et sera relayé, dès le vote de la loi afférente, par le conseil d'administration CNRFR ».

Comme soulevé par la Cour des Comptes, l'apport de l'Etat se composait :

- de la somme de 4.636.821 euros, soit 80% de 5.796.026 euros, relative aux coûts ne relevant pas de la catégorie A (2^{ème} parking souterrain, cuisine, cafétéria et kiosque) , mais ne pouvant pas être pris en charge par le maître de l'ouvrage, qui, nous l'avons dit, ne disposait pas de fonds propres. Les 20 % restants ont d'ailleurs été financés par l'établissement public au moyen d'un prêt à terme, qui a été résorbé par les gains de location des locaux en cause
- de l'apurement du solde au 31 mars 2003 du compte « Dudelage Frankelach », à hauteur de 520.963,23 euros et des intérêts encourus jusqu'à la date de clôture du compte (9.963,23 euros), soit un total de 529.963,23 euros.

En adoptant le projet de loi 5222, qui est devenu la loi du 19 décembre 2003 portant création de l'établissement public CNRFR, le législateur a suivi l'argumentation du ministre de la Santé.

Le paiement de 4.636.821 euros dont question au premier point et ne relevant pas de la catégorie A, ainsi que celui de 529.963,23 dont question au 2^e point et correspondant à 20 % des frais d'investissement du projet Dudelage-Frankelach, ont ainsi eu lieu en conformité à la loi du 19 décembre 2003 précitée (article 13).

- *Service d'évaluation et de rééducation fonctionnelles*

Il s'agit en l'occurrence d'un subside alloué annuellement sur base d'une convention de financement conclue entre l'établissement concerné et le MiSa, et non pas d'un projet de construction, modernisation ou extension de surfaces hospitalières qui pourrait être financé par le fonds. Ce principe est également d'application pour d'autres services conventionnés du MiSa dès lors que l'activité médicale n'est pas opposable à la CNS. Il a été retenu de financer les coûts fixes d'infrastructures non pas par le biais d'un subventionnement à raison de 80 % des surfaces construites à charge du fonds, mais par mise à disposition et financement de 100 % des surfaces sur base d'un loyer à charge du ministère. La CNS n'intervient pas directement dans le financement de cette surface. Ainsi, rien n'empêche le MiSa à prendre en charge les frais de personnel, les frais

d'exploitation et les frais d'équipement de ce service à raison de 100 % à charge des crédits d'un article budgétaire spécifique portant le code économique 33.

- *Crèche pour les besoins d'un établissement hospitalier*

Les modalités de financement de la nouvelle crèche pour les besoins de l'établissement hospitalier cité par la Cour a été avisé favorablement par la CPH dans son avis du 9 juin 2011, qui mentionne : « Considérant que le rapprochement de la maternité vers le service national de néonatalogie intensive constitue une exigence de santé publique réalisée aussi dans les autres pays, la CPH pense que la répartition du financement pour la nouvelle crèche proposée par le maître d'ouvrage (1.542.858 euros ttc pour l'Etat, 665.897 euros ttc pour la CNS et 1.120.727 euros ttc assurés par les fonds propres du maître de l'ouvrage) peut être considérée comme acceptable.» L'autorisation ministérielle et la convention de financement afférentes reprennent exactement le partage des frais de construction de la crèche entre l'Etat, la CNS et le maître de l'ouvrage tel que mentionné dans l'avis de la CPH.

La proposition de ces modalités de financement avait à la base été soumise aux experts du MiSa afin de tenir compte de la démolition anticipée de l'ancienne crèche, comme elle bloquait le site de construction de la Nouvelle Maternité.

- *Salle de musculation aménagée aux surfaces du niveau -1 de la nouvelle crèche*

Le projet autorisé prévoit une surface de réserve qui a été maintenue dans le sous-sol du bâtiment crèche pour permettre une augmentation ultérieure du nombre d'enfants pris à charge. L'autorisation d'exploitation de la crèche accordée par le Ministère de la Famille se limite à 64 enfants.

En attendant un besoin ultérieur et afin de ne pas laisser la surface non utilisée pendant une dizaine d'années, la surface réserve a été aménagée en tant que salle de sport / musculation sur base d'un financement intégral de l'aménagement par les fonds propres du maître de l'ouvrage. Le service sécurité et santé au travail a accompagné l'aménagement fonctionnel de la salle. Elle permet ainsi au personnel hospitalier de prévenir les maladies de travail.

Dès besoin d'utilisation des surfaces réserve la salle de sport sera transférée vers le bâtiment du Lycée Technique pour Professions de Santé adjacent.

7.4.1. Définition des éléments non subventionnable

En ce qui concerne les frais de location d'installations sportives payées par l'Etat entre 2007 et 2010 à raison de 157.136 euros, l'établissement hospitalier en question nous a informés que la Caisse nationale de santé a déduit les recettes générées par ces locations dans le cadre du budget annuel mis à disposition du CNRFR pour un total de 155.760 euros, ventilé comme suit :

- Décompte 2007 :

Déduction de 13.416 euros du budget du CNRFR suite à des paiements du Ministère des Sports

- Décompte 2008 :

Pas de déduction en lien avec le Ministère des Sports, mais déduction de 10.581 euros pour l'utilisation de la piscine et du gymnase par diverses organisations

- Décompte 2009 :

Déduction de 48.132 euros du budget du CNRFR suite à des paiements du Ministère des Sport

Déduction 16.865€ pour l'utilisation de la piscine et du gymnase par diverses organisations

- Décompte 2010 :

Déduction de 48.523€ du budget du CNRFR suite à des paiements du Ministère des Sport

Déduction 18.243€ pour l'utilisation de la piscine et du gymnase par diverses organisations

Depuis des années, tant la piscine que le gymnase sont mis à disposition gratuitement à des associations sportives.

7.5.1. Absence de critères d'éligibilité des dépenses

Le Misa reconnaît l'utilité d'établir des règles d'éligibilité uniformes applicables à tous les projets de construction et de modernisation et suivra la recommandation de la Cour des Comptes. Il faudra par ailleurs procéder à un toilettage du règlement grand-ducal du 18 avril 2001 établissant le modèle de la convention avec les hôpitaux fixant les modalités de la participation de l'Etat dans les investissements hospitaliers.

Nous tenons pourtant à mentionner qu'une liste de dépenses éligibles, établie avec la Direction du contrôle financier (DCF) en 2010, a été remise à la Cour des Comptes. Depuis, le contrôle des factures introduites par les établissements hospitaliers a été effectué par la Division des affaires hospitalières et extrahospitalières sur base de la prédite liste.

Par ailleurs, la note concernant « *les principes de financement de projets d'investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers* », établie en 2017 sur base des conclusions d'un groupe de travail restreint de la CPH, a d'ores et déjà clarifié un certain nombre d'aspects qui ne se trouvent pas réglés par ledit règlement grand-ducal.

Pour ce qui est des dépenses citées par la Cour des Comptes à titre d'exemple, le MiSa estime que les vêtements de sport et les jouets ont été subventionnés dans le cadre de la mise en place d'un Hôpital de jour de psychiatrie juvénile.

La remise en service d'une ancienne chaudière à mazout est à considérer comme une dépense connexe au chantier de construction de la Nouvelle Maternité, comme il n'était pas possible de mettre hors exploitation le bâtiment de la Clinique Pédiatrique en raison des travaux d'aménagement des réseaux à la suite de la nouvelle construction.

Les frais à hauteur de 129.798,71 euros concernent les frais de fonctionnement de l'année 2002 de l'asbl. qui avait été constituée avant la mise en place du conseil d'administration de l'établissement public en question. Depuis le 1^{er} janvier 2003, l'établissement concerné a été budgétisé au sein de l'Union des Caisses de maladie (CNS). La somme en cause fait partie du montant de 60 millions retenu pour l'établissement dans la loi de financement modifiée de 1999. La demande pour une prise en charge par le biais du fonds fut adressée au Ministre du Trésor et du Budget dans le courrier du 1^{er} juillet 2003 dont question au point 7. 3..

La subvention des frais en rapport avec diverses fêtes (pose de la première pierre, bouquet, fin de chantier, inauguration) n'a pas été remise en cause par la DCF, à condition de fixer des plafonds pour cette catégorie de dépenses.

Il en est de même des objets d'art que la DCF a bien considérés comme éligibles à l'aide de l'Etat, tout en proposant, là aussi, de prévoir une limite financière.



Cour des comptes
Grand-Duché de Luxembourg

2, avenue Monterey
Téléphone : (+352) 47 445 6-1

L-2163 Luxembourg
Fax : (+352) 47 21 86



cour-des-comptes@cc.etat.lu