



## **Commission du Contrôle de l'exécution budgétaire**

### **Procès-verbal de la réunion du 29 avril 2019**

#### Ordre du jour :

1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 1er avril 2019
2. Rapport spécial sur le financement public des investissements hospitaliers
  - Présentation du rapport par la Cour des comptes

\*

Présents : Mme Diane Adehm, M. André Bauler, M. Eugène Berger, Mme Djuna Bernard, M. Alex Bodry, M. Sven Clement, M. Frank Colabianchi, M. Yves Cruchten remplaçant M. Claude Haagen, M. Mars Di Bartolomeo, M. Gast Gibéryen, M. Jean-Marie Halsdorf, Mme Octavie Modert, M. Gilles Roth, M. Roberto Traversini, M. Claude Wiseler

M. Marc Gengler, Président de la Cour des comptes, M. Patrick Graffé, Vice-Président de la Cour des comptes, M. Luc Schammel, de la Cour des comptes

Mme Francine Cocard, de l'Administration parlementaire

Excusé : M. David Wagner, observateur délégué

\*

Présidence : Mme Diane Adehm, Présidente de la Commission

\*

#### **1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 1er avril 2019**

L'approbation du projet de procès-verbal est reportée à une réunion ultérieure.

#### **2. Rapport spécial sur le financement public des investissements hospitaliers**

**- Présentation du rapport par la Cour des comptes**

##### **1. Introduction**

La Cour a prévu dans son programme de travail pour l'exercice 2017 un contrôle portant sur le financement public des investissements hospitaliers.

### **1.1. Champ et objectifs de contrôle**

Le rapport spécial de la Cour des comptes 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.

### **1.2. 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. »*

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 1 : 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

### 1.3. Echantillon de contrôle

L'échantillon de contrôle des projets d'investissement a été déterminé sur base de différents critères de sélection. 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.

**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 de documents complémentaires.

## 2. Un chapitre entier du rapport spécial de la Cour des comptes est dédié au déroulement procédural du financement des investissements hospitaliers

### 2.1. Constatations

#### 2.1.1. 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 la Cour 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.**

### **2.1.2. 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.

### **2.1.3 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.

**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.

**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.**

#### **2.1.4 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.

#### **Dispositions légales et réglementaires : constatations**

#### **2.2. 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<sup>er</sup> 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.

### **2.3. 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.

### **2.4. 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.

**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<sup>ème</sup> 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.

## **2.5. 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.

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.

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.

## **2.6. Absence de règlement grand-ducal prévu par la loi**

La loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé, prévoit 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.**

## **2.7. 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. 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. »

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. A noter que la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière fixe en son article 21 les *missions du commissaire* et prévoit qu'il assiste aux réunions des conseils d'administration des hôpitaux subventionnés.

## **3. Suivi des projets de construction et/ou de modernisation : constatations**

### **3.1. 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.**

### **3.2. 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.

### **3.3. 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.

#### **3.4. 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<sup>er</sup> 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. »

## **4. Demandes de remboursement**

### **4.1. Procédure de remboursement**

#### **4.1.1. 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.

#### **4.1.2. Constatations**

##### *4.1.2.1. 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.

##### *4.1.2.2. 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.**

##### *4.1.2.3. 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.

## **4.2. Intervenants dans le financement des investissements hospitaliers**

### **4.2.1. 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-techniques. 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.

### **4.2.2. 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<sup>er</sup> 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.

#### **4.2.3. 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.

#### **4.2.4. 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.

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.

## 4.2.5. Constatations

### 4.2.5.1. *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 que les contrôles sur place du responsable de la gestion du Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières sont quasiment inexistantes.

### 4.2.5.2. *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<sup>er</sup> août 2018 autorisant l'Etat à participer au financement des travaux de construction du « Südspidol ».

## 4.3. 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).

**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.

#### **4.4. Eléments « non subventionnables par le ministère de la Santé »**

##### **4.4.1. 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.

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.

La Cour **recommande** de considérer partiellement les 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<sup>ère</sup> classe, est effectuée.

##### **4.4.2. 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.

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.

#### **4.5. Eligibilité des dépenses**

##### **4.5.1. 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).

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.

#### 4.5.2. 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 du 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.

\* \* \*

**La prise de position du Ministère de la Santé en date du 22 janvier 2019** et figure intégralement dans le rapport spécial de la Cour des comptes.

#### Echange de vues

En début de discussion, plusieurs députés informent qu'ils siègent au conseil d'administration d'un hôpital (Mme Aehm - Administrateur Fondation Hôpitaux Robert Schuman et HRS – Hôpitaux Robert Schuman S.A.; M. Jean-Marie Halsdorf au conseil d'administration du CHEM, en tant que représentant de la Ville de Pétange. M. Bodry indique qu'il y a siégé jusqu'en 2015).

M. Alex Bodry (LSAP) note qu'il faut faire une distinction entre les projets de construction effectués par le biais d'un fonds d'investissement et les projets où l'Etat figure comme maître d'ouvrage. 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. M. le Président de la Cour des comptes répond que la question mérite d'être discutée. Il faudrait néanmoins garantir que le législateur puisse contrôler l'utilisation des fonds publics. Dans ce contexte, il serait préférable, dans un souci d'un parallélisme des formes, de prévoir le même type de procédure que pour les

investissements effectués par l'Administration des Bâtiments publics, les Ponts et Chaussées, le Fonds Belval ou les CFL.

M. Mars Di Bartolomeo (LSAP) renvoie à la réponse du Ministère de la Santé qui a rappelé dans sa réponse qu'à partir du 1<sup>er</sup> 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 qui prévoit que 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.

Ainsi depuis le 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> août 2018 autorisant l'État à participer au financement des travaux de construction du « Südspidol ».

Les représentants de la Cour répondent que leurs recommandations ont pour but de conseiller à la Chambre des députés de s'informer régulièrement sur l'exécution de cette loi de financement. La Cour recommande donc d'une manière générale que des procédures similaires à celles mises en œuvre pour les grands projets de travaux publics soient adoptées.

M. Sven Clement (Piratent) souhaite avoir des précisions sur le rôle des « consultants ». Les représentants de la Cour des comptes renvoient à la réponse du Ministre de la Santé qui a expliqué 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. »

M. Di Bartolomeo (LSAP) croit se souvenir que la planification des projets de construction s'est faite en collaboration avec un ou des consultants.

M. Di Bartolomeo (LSAP) demande si les contrôles en matière de constructions doivent être effectués par le Ministère de la Santé ou s'il n'est pas préférable de les faire effectuer par le Ministère des Travaux publics. Les représentants de la Cour des comptes répondent que le Ministère des Travaux publics aurait apparemment refusé cette responsabilité, vu qu'il n'est pas en charge de toutes les étapes en relation avec la réalisation des bâtiments.

M. Bodry estime que les projets d'envergure devraient tous être suivis par des experts.

La question de M. André Bauler (DP) porte sur les différentes natures juridiques des différents hôpitaux. Les représentants de la Cour des comptes expliquent que la forme juridique ne joue pas lors de l'adjudication de marchés.

M. Di Bartolomeo demande si des hôpitaux sont encore constitués en a.s.b.l. Les représentants de la Cour des comptes expliquent que le « Centre François Baclesse (Centre National de Radiothérapie) », constitué le 16 juin 1995, a la forme d'une association sans but lucratif vu qu'il a été créé par plusieurs établissements hospitaliers luxembourgeois.

Suite à une autre question de M. Bauler, les représentants de la Cour des comptes expliquent que la Cour ne contrôle pas si les a.s.b.l. respectent toutes les obligations légales qui les concernent (dépôt des statuts, des rapports de l'assemblée, de la liste des membres, etc.).

Plusieurs questions portent sur les conventions de financement et les dépenses éligibles. Les représentants de la Cour des comptes expliquent que l'on pourrait dire que certaines dépenses ne sont pas éligibles à être remboursées. Dans sa réponse, le Ministère de la Santé souligne 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.

M. Alex Bodry (LSAP) propose que la ComExBu élabore une règle commune pour le suivi de tous les projets de construction indépendamment de leur nature. Plusieurs membres de la commission se rallient à cette vue.

M. Sven Clement (Piraten) se demande si les factures ne devraient pas être digitalisées afin d'éviter les problèmes naissant d'une manipulation manuelle.

**M. Frank Colabianchi est désigné rapporteur du projet de rapport de la Commission du Contrôle de l'exécution budgétaire.**

\* \* \*

Luxembourg, le 29 mai 2019

La Secrétaire-administratrice,  
Francine Cocard

La Présidente de la Commission du Contrôle de  
l'exécution budgétaire,  
Diane Adehm