

N° 6598

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2012-2013

PROJET DE LOI

**autorisant l'Etat à participer au financement des travaux
de modernisation et d'extension de la ZithaKlinik**

* * *

*(Dépôt: le 24.7.2013)***SOMMAIRE:**

	<i>page</i>
1) Arrêté Grand-Ducal de dépôt (21.6.2013).....	1
2) Texte du projet de loi.....	2
3) Exposé des motifs et commentaire de l'article unique.....	2
4) Fiche financière.....	4
5) Avis de la Commission permanente pour le secteur hospitalier sur l'avant-projet définitif.....	4
– Dépêche de la Présidente de la Commission permanente pour le secteur hospitalier au Ministre de la santé (8.4.2011).....	4
6) Avis du Collège médical.....	10
– Dépêche du Président et du Secrétaire du Collège médical au Ministre de la Santé (17.7.2013).....	10

*

ARRETE GRAND-DUCAL DE DEPOT

Nous HENRI, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Sur le rapport de Notre Ministre de la Santé et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

Article unique.– Notre Ministre de la Santé est autorisé à déposer en Notre nom à la Chambre des Députés le projet de loi autorisant l'Etat à participer au financement des travaux de modernisation et d'extension de la ZithaKlinik.

Palais de Luxembourg, le 21 juin 2013

Le Ministre de la Santé,
Mars DI BARTOLOMEO

HENRI

*

TEXTE DU PROJET DE LOI

Article unique. L'Etat est autorisé à participer, conformément aux dispositions des articles 11 et 13, 15 et 17 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, au financement des travaux de modernisation et d'agrandissement de la ZithaKlinik à Luxembourg pour un montant ne pouvant dépasser 50.236.330 euros.

Le montant mentionné à l'alinéa précédent correspond à la valeur indice 677,18 de l'indice semestriel des prix de la construction d'octobre 2009.

*

EXPOSE DES MOTIFS ET COMMENTAIRE DE L'ARTICLE UNIQUE

Une loi spécifique pour chaque grand projet de construction, de modernisation ou d'extension d'un établissement hospitalier

Selon l'article 11 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, l'Etat entend assurer au pays une infrastructure sanitaire conforme aux besoins réels du pays en participant à raison de 80% aux frais des investissements mobiliers et immobiliers et notamment des grands projets de construction ou de modernisation.

L'Etat honore ses engagements financiers au profit des différents projets d'investissement par le biais du fonds pour le financement des infrastructures hospitalières.

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.“

Ainsi, le législateur avait choisi en 1999 d'inclure dans une seule loi de financement, à savoir 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, tous les établissements hospitaliers qui, à l'époque, avaient présenté des projets de modernisation compatibles avec l'enveloppe globale fixée par le Gouvernement.

Le Conseil d'Etat estima déjà dans son avis du 27 avril 1999 (*doc. parl. 4507²*) que „même s'il ne s'oppose pas à regrouper plusieurs projets d'investissements hospitaliers dans un seul projet de loi, le Conseil d'Etat estime cependant, à l'instar des différentes instances consultées, qu'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. Cependant, le Conseil d'Etat a pu prendre connaissance de la volonté du Gouvernement de faire autoriser, pour des raisons qui sont les siennes, dans un seul projet l'ensemble de son programme d'investissement hospitalier au regard de l'article 99 de la Constitution, tout en reconnaissant que chaque projet isolé doit suivre, avant de pouvoir bénéficier d'une participation au financement, la procédure d'autorisation prévue par la loi du 28 août 1998.“

La prédite loi de financement du 21 juin 1999 a entretemps été modifiée en 2003, 2004 et 2009 afin d'augmenter les enveloppes financières attribuées à chaque établissement hospitalier.

Dans son avis du 3 juin 2003 (*doc. parl. 5073²*), le Conseil d'Etat répéta encore une fois sa préférence de voir élaborer un projet de loi spécifique pour chaque grand projet de construction, de modernisation ou d'extension d'un établissement hospitalier.

La loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé 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*) relatif à l'abrogation du prédit article 16 de la loi de 1998 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."

L'abrogation du précédent article 16 prend effet à la date d'entrée en vigueur de la loi du 17 décembre 2010, c'est-à-dire à partir du 1er janvier 2011.

Ainsi, depuis le 1er janvier 2011, 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.

En conséquence, toute nouvelle réalisation d'infrastructures hospitalières, réalisée après le 1er janvier 2011 et dépassant le seuil prévu à l'article 80 de la loi du 8 juin 1999, doit faire l'objet d'une autorisation législative.

A contrario, toute nouvelle réalisation d'infrastructures hospitalières, réalisée après le 1er janvier 2011 et ne dépassant pas les seuils prévus à l'article 80 de la loi modifiée du 8 juin 1999, ne nécessite pas d'autorisation par une loi ni au titre de l'article 80 de la loi du 8 juin 1999, ni au titre de l'article 16 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers qui a été abrogé. Un tel projet de construction, de modernisation ou d'extension d'un établissement hospitalier pourra être financé par le biais du fonds pour le financement des infrastructures hospitalières sans devoir recourir à une approbation du législateur.

Le projet de modernisation et d'extension de la ZithaKlinik

La ZithaKlinik trouve ses origines dans la prise en charge des blessés de la grande guerre et ses premières infrastructures hospitalières (Clinique Ste Thérèse à l'époque) datent de 1925. Au fil des années, des agrandissements successifs ont abouti à une infrastructure hospitalière de 226 lits aigus et 30 lits de rééducation gériatrique dotée d'un plateau technique conséquent. Afin de pouvoir continuer à répondre aux exigences de confort des patients et aux normes de sécurité et d'hygiène, une modernisation globale de l'infrastructure a dû être envisagée.

La ZithaKlinik est, selon le 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, actuellement classée comme hôpital général dont l'activité est spécifiquement centrée sur les prises en charge médicales et chirurgicales de l'adulte.

Le projet de modernisation et d'extension de la ZithaKlinik inclut 3 axes prioritaires:

- l'amélioration du confort pour le patient dans les unités de soins;
- une modernisation de l'outil de travail médico-technique pour ses médecins et ses collaborateurs;
- une augmentation des capacités de traitement ambulatoire en service d'hospitalisation de jour parallèlement à une réduction du nombre de lits stationnaires.

Le projet de modernisation et d'extension prévoit trois grandes étapes:

- les mesures préparatoires avec création d'un nouveau service de dialyse, d'une mise en commun provisoire de deux sites de blocs opératoires et la création d'un service provisoire d'endoscopie;
- la démolition puis construction du bâtiment E, situé rue d'Anvers, avec comme contenu essentiel, outre des places de parking au sous-sol et les aspects techniques, un nouveau service de radiologie, d'endoscopie, un nouveau bloc opératoire, un hôpital de jour ainsi que deux unités de soins modernes;
- la mise en conformité des bâtiments existants en fin de projet avec agrandissement de la policlinique, création d'un nouveau service de réanimation et de soins intensifs.

La finalisation intégrale du projet de modernisation et d'extension de la ZithaKlinik est prévue pour l'année 2020.

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 préfinancement, alors que ce montant correspondait au solde restant au titre de l'enveloppe indiquée au 12e 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 ZithaKlinik.

Par ailleurs, en date du 8 avril 2011, la Commission permanente pour le secteur hospitalier (CPH) a avisé favorablement le prédit projet de modernisation et d'extension.

*

FICHE FINANCIERE

<i>Article unique</i>	<i>En Euros (indice 677,18)</i>
Modernisation et extension de la ZithaKlinik	50.236.330 euros

*

AVIS DE LA COMMISSION PERMANENTE POUR LE SECTEUR HOSPITALIER SUR L'AVANT-PROJET DEFINITIF

DEPECHE DE LA PRESIDENTE DE LA COMMISSION PERMANENTE POUR LE SECTEUR HOSPITALIER AU MINISTRE DE LA SANTE

(8.4.2011)

Monsieur le Ministre,

Par votre lettre du 2 novembre 2010 vous avez fait parvenir pour avis à la Commission Permanente pour le Secteur Hospitalier (CPH) le dossier sous rubrique.

La CPH a délibéré sur ce dossier lors de ses séances du 12 novembre et 10 décembre 2010, du 8 janvier, du 4 mars, ainsi que du 1er avril 2011.

En date du 18 décembre 2008, la CPH avait émis un avis favorable à l'égard de l'APS de modernisation et d'extension de la Zithaklinik, sous réserve d'un certain nombre de remarques et sous condition de revoir le projet pour une analyse finale après établissement de l'APD.

L'APD diffère sur quelques aspects de l'APS (au niveau des mesures intérimaires; nombre de lits aigus moindre; augmentation du nombre d'emplacements; augmentation de la surface de réserve à réaliser en gros oeuvre; pas de mesures prévues au secteur d'hospitalisation de 1985).

*

A. CONFORMITE A LA LEGALITE

A1) Conformité à 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 (respectivement à ses modifications)

Une modification de la loi de financement sera nécessaire.

A2) Conformité au plan hospitalier et aux décisions en découlant. Nombre de lits; services généraux et spécialisés; grands équipements, etc.

Nombre de lits aigus

- Nombre de lits actuel (bâtiments ABC): 226 (dont 12 lits de soins intensifs)
- Il est retenu que pour les besoins de patients souffrant de problèmes psychiques il sera procédé à des aménagements réduits au niveau d'une unité de soins (UDS) du bâtiment C de 1985 (création

d'un local de séjour/thérapie et sécurisation de deux chambres à l'UDS, avec un intérim à cause des assainissements à apporter à chaque UDS de 1985, successivement), ce qui entraînera une diminution de quatre lits à cette UDS

- Le nombre total de lits aigus du projet présenté (y compris la réduction susdite) susceptible d'être autorisé (une sub-unité de soins palliatifs de 4 à 6 lits, dont 4 chambres à un lit, étant intégrée dans une UDS du nouveau bâtiment au lieu d'une telle sub-unité éloignée géographiquement des autres lits), est de 204, y compris 12 lits de soins intensifs.

Nombre d'emplacements pour prises en charge ambulatoires:

- actuellement 19, toutes dans le bâtiment A
- dans le projet présenté:
L'hôpital demande au total jusqu'à 47 places: 34 places dans le nouveau bâtiment et aménagement de 4 lits-porte au sein de la polyclinique et éventuellement continuation de l'hôpital de jour oncologique de 9 places dans le bâtiment A.

La CPH considère comme acceptable l'augmentation du nombre d'emplacements vu la diminution du nombre de lits aigus: ce nombre augmentera donc à 34 dans le nouveau bâtiment plus 4 lits-porte en polyclinique.

Le nombre de places de dialyse (non comprises dans le total sus-indiqué) augmente de 2 unités par rapport à l'existant: 13 places y seront disponibles.

Salles opératoires: 6 actuellement; même nombre dans futur

Radiologie: pas d'augmentation du nombre d'équipements

Endoscopie: pas d'augmentation du nombre de salles (5) mais du nombre de places de repos après endoscopie (plus deux = 8)

Polyclinique: regroupement des locaux d'examen-traitement disséminés actuellement, dans la polyclinique (le nombre ne change pas)

A3) Conformité aux normes de construction et d'organisation

• Hospitalières et hygiène:

La conformité à ces normes sera donnée après réalisation des chambres d'isolement et autres améliorations du projet à réaliser selon prise de position de la division de la médecine curative.

Pourcentage de chambres à un lit:

Act. 27,4%

Futur 25,26%

Dimensions des chambres d'hospitalisation:

Les chambres à 2 lits du nouveau bâtiment sont moins grandes que celles d'autres projets: 5,5 m dimension interne du mur séparant le WC de la chambre jusqu'à la fenêtre; HK p. ex. 5,87 m).

Les chambres à un lit du nouveau bâtiment sont pour la moitié plus grandes que dans d'autres hôpitaux: 4,8 m de WC à fenêtre, ou même 5,5 permettant alors un 2e lit; HK 4 m.

La CPH suit l'avis de la Division médecine curative qui estime que 4 telles chambres (à un lit) très grandes sont acceptables (au lieu de 10 proposées par l'hôpital), 4 au moins des chambres susdites étant à équiper d'un SAS pour pouvoir les utiliser comme chambres d'isolement au besoin (coût 50.000 euros non prévu actuellement, à inclure dans le devis).

• Sécurité et environnement:

Les exigences des administrations concernées ne sont pas encore toutes connues et le projet ne bénéficie pas encore de leur accord formel.

Il faut faire remarquer que cet aspect peut poser problème au niveau du bâtiment A (dont la majorité des surfaces ont été exclues du projet notamment en ce qui concerne les mesures découlant du com-modo-incommodo) et des sous-sols des autres bâtiments existants pas non plus intégrés dans le projet

du point de vue coûts commodo-incommodo (les portes coupe-feu non intégrées se montent p. ex. à 400.000 euros). L'envergure de ces coûts pouvant être importante, il est recommandé de mieux les évaluer et de clarifier dans les prochains mois quelle sera la répartition de leur financement.

*

B. FONCTIONNALITE

1. Adéquation aux besoins et aux capacités techniques et professionnelles

Indication des principales variations en matière de:

- surfaces spécialisées (labos, radio)
- capacités techniques (salles OP, radiologie, réa, etc.)
- grands équipements (a) existants, (b) prévus

ainsi que des statistiques passées réelles et prévisionnelles justificatives

L'hôpital a fourni les tableaux concernant les surfaces.

Existence de moyens d'exploitation suffisants, disponibles ou à prévoir

Synergies et collaborations fonctionnelles avec d'autres hôpitaux, notamment du même groupement

- Le projet ne prévoit pas de service de stérilisation des dispositifs médicaux.
- L'hôpital indique vouloir collaborer avec une pharmacie hospitalière centralisée; le projet prévoit cependant le maintien de la surface actuelle affectée à la pharmacie de la Zithaklinik. Cet aspect sera à préciser avant autorisation d'investissements spécifique pour la pharmacie.
- Le laboratoire existant a une surface de 392 m² (il disparaîtra à cet endroit en raison du rassemblement des locaux d'examen-traitement dans la polyclinique).

Voir sous chapitre exhaustivité.

Fonctionnalité de l'organisation future du travail hospitalier (Arbeits- und Informationsablauf), indication des principaux effets sur son coût. Point particulier: Indication des flux et modalités de transmission de l'information (intérieure et extérieure) et Hygiène

La CPH considère le projet comme fonctionnel, compte tenu des contraintes du site.

Positifs sont le rassemblement des deux blocs opératoires, le rassemblement des places ambulatoires, les unités de soins qui comportent un nombre de lits suffisant, l'intégration – obligatoire – des lits palliatifs dans une unité de soins à nombre de lits suffisant.

Un système d'envoi par pneumatique est prévu dans le projet (surtout nécessaire pour l'envoi de prélèvements sanguins vers le labo d'urgence prévu au sous-sol (-2) du nouveau bâtiment

2. Exhaustivité: Investissement complet, ne nécessitant après achèvement pas d'autres compléments, réalisant une mise à niveau intégrale de l'établissement hospitalier dans son ensemble et dans toutes les fonctions nécessaires à son activité

Voir aussi sous 5) réserves de locaux, et A3) sécurité et environnement.

Une surface de réserve de 367 m² (à l'état de gros oeuvre) est prévue au sous-sol du nouveau bâtiment pour pouvoir y aménager un laboratoire d'analyses médicales. Le devis du projet présenté par le maître d'ouvrage ne comporte pas la finition de cette surface, notamment pas les installations techniques. Le maître d'ouvrage précise que l'hôpital a besoin sur place d'un laboratoire, du moins réduit, pour les analyses de laboratoire indispensables pour les soins intensifs et urgences.

A défaut d'un concept plus précis (les discussions notamment interhospitalières pour dégager les concepts des laboratoires hospitaliers futurs étant en cours), la division de la médecine curative recommande de prévoir 100.000.– pour un laboratoire d'urgence.

Par ailleurs le projet présenté par l'hôpital en 2010 ne prévoit pas de modernisation, ni de mise en sécurité des quatre unités de soins du bâtiment C.

Les discussions hôpital – DMC et Heinle-Wischer ont amené à réduire les mesures intérimaires prévues dans le projet:

L'aménagement d'une salle de réveil provisoire (1.662.000.–) a été abandonné par l'hôpital. L'aménagement provisoire de l'endoscopie au 4e étage du bâtiment B est revu à la baisse.

Heinle-Wischer considère comme plus utile et réaliste de s'attendre dès à présent aux modernisations notamment des installations techniques des unités de soins du bâtiment C et conseille de réaffecter des réductions possibles du devis total du projet à cette fin.

4. Flexibilité en vue des développements futurs

- a) *Interne*: des réaménagements conséquents si nécessaires sont possibles;
- b) *Externe*: selon l'avis Heinle-Wischer, une extension sur le site est encore possible dans le futur.

5. Si des réserves de locaux sont proposées: Relevé spécifiant les surfaces et destinations potentielles envisagées

L'hôpital insiste pour l'intégration dans le projet d'un étage de réserve (1.705 m²) au niveau du nouveau bâtiment, étage certes laissé à l'état de gros oeuvre mais pour lequel toutes les installations techniques centrales pour ce nouveau bâtiment seront construites en plus grand (problème du surdimensionnement et du coût nullement négligeable). Aucun projet n'ayant eu le bénéfice d'une surface de réserve aussi importante, le coût estimatif de cet étage (part du surdimensionnement des installations techniques centrales comprise) doit être sorti du coût à financer par l'Etat et la Caisse Nationale de Santé: 1.700.000.– à sortir.

Par ailleurs l'hôpital continuera à disposer de la surface de réserve construite à côté du bloc opératoire actuel et laissée à l'état de gros oeuvre.

*

C. CONFORMITE AU CADRE FINANCIER

1. Exhaustivité et réalisme du devis sur la base de données chiffrées, justificatives („nachvollziehbar“) au regard notamment:

- a) *du programme de construction, en particulier des exigences de conformité sub A2.*
- b) *des implications en matière d'équipement et de mobilier (réserve suffisante prévue pour tous les investissements mobiliers et autres dépassant le cadre de l'investissement annuel courant, p. ex. inclusion dans le devis de tout l'immobilisé par destination).*
- c) *des exigences résultant de la garantie d'un déroulement satisfaisant de l'activité pendant la période d'intérim (sauf mesures d'une envergure telle qu'elles justifient un projet séparé, à présenter en même temps que l'investissement principal et suivant la même procédure).*

Les intérimaires nécessaires sur le site de l'hôpital (un container pour activité opératoire, l'aménagement intérimaire de l'endoscopie au 4e étage du bâtiment B, ainsi que 338.583.– pour l'aménagement intérimaire de la psychiatrie – deux chambres sécurisées et un séjour – à un étage autre que la localisation définitive) sont inclus dans le projet.

Exhaustivité du devis:

Le devis introduit par l'hôpital ne comporte (par rapport à des projets antérieurs) plus de mesures pour les unités de soins non intensives (quatre unités de soins, 124 lits) du bâtiment C, et seulement une partie des mesures très probablement imposées dans la procédure commodo-incommodo pour les bâtiments A et B.

Aucune réserve pour imprévus n'est comprise dans le devis introduit par l'hôpital, alors que tel est la règle dans les projets hospitaliers; à signaler que le projet comporte de façon substantielle des transformations de bâtiments existants, source de risques imprévisibles.

A transférer en catégorie D:

Compris dans le devis soumis par l'hôpital est le coût d'un étage de réserve: Comme il n'est pas acceptable de subsidier une surface non nécessaire, 1.700.000.– sont à sortir du devis à subsidier introduit par l'hôpital.

Le coût du parking mis en catégorie D dans la demande est considéré trop bas par le consultant qui estime que 1.704.026.– sont à déplacer de la catégorie A vers la catégorie D.

De même, pour la salle de conférence et le kiosque dans le hall d'entrée: 377.000.– à déplacer en catégorie D.

Par rapport au devis présenté par le maître d'ouvrage, il est procédé:

- à l'ajoute des coûts pour un labo d'urgence (100.000.–) et pour l'aménagement de SAS pour chambres d'isolement (50.000.–),
- aux réductions sur les intérimis (les intérimis ne seront au maximum que de 10.833.585.– au lieu de 12.846.946.–) – réductions discutées avec le maître d'ouvrage les derniers mois (à signaler que tel sera encore à réaliser au niveau de l'endoscopie intérimaire),
- ainsi qu'aux transferts en catégorie D précisés dans les alinéas ci-dessus,

pour dégager le devis total des catégories A et B à accepter, à savoir 69.110.204.– **TTC, à l'indice du coût de la construction 677,18 (octobre 2009).**

Ce montant ne comporte pas le coût pour la modernisation des unités de soins existantes dans l'hôpital ni le coût pour un aménagement éventuel d'un laboratoire plus substantiel dans le nouveau bâtiment (sauf 100.000.– pour un labo d'urgence de +/- 40 m², qui sont compris).

Vu que certaines surfaces hospitalières ne sont pas considérées dans le projet (la majorité des surfaces du bâtiment A et les sous-sols des autres bâtiments existants) mais que l'envergure des coûts des exigences commodo-incommodo (procédure en cours) pourra être importante, il est recommandé de mieux évaluer ces coûts et de clarifier dans les prochains mois quelle sera la répartition du financement des surfaces nécessaires pour l'exploitation hospitalière.

La CPH recommande de prévoir un budget pour l'assainissement – modernisation des unités de soins du bâtiment C datant de 1985 (5.300.000.– selon un devis antérieur) à libérer sur base d'un dossier de demande précis; il est en effet prévisible que des travaux devront être réalisés dans le futur rapproché pour notamment s'adapter à des normes, et remplacer des installations venues à bout de vie.

A noter que 6.176.470.– pour les équipements médico-techniques font partie du devis total susdit, et que les frais annexes sont chiffrés à 24% dans le devis présenté, alors qu'un pourcentage de 20% est considéré comme usuel dans les projets hospitaliers comportant essentiellement une construction nouvelle.

2. Conformité aux règles de prise en charge et de subventionnement par respectivement l'assurance-maladie et l'Etat

Critères de base pour la détermination des parties opposables, subventionnables:

Note commune annexée des représentants de l'Etat et de l'administration de la CNS la CPH, concernant l'application des articles différents de la loi précitée sur les établissements hospitaliers, comportant notamment la ventilation du devis en 4 parties A, B, C, D

Voir sous C.1.

CONCLUSION FINALE

Il est largement connu que le bâtiment appelé Centre médical de la Zithaklinik, ne suffisant pas aux exigences commodo-incommodo, doit être remplacé.

La CPH a analysé le projet 2010 d'extension-transformation de la Zithaklinik (légèrement remanié par rapport au projet 2008) présenté en version APD et peut donner un avis positif au projet sous les conditions suivantes:

Nombre de lits aigus 204

Nombre d'emplacements 38 (sans que le taux de conversion de lits en places ne soit à transposer à d'autres projets), 9 places hôpital de jour oncologique, plus 13 places de dialyse.

Coût (100%) des surfaces des catégories AB: 69.110.204.– TTC, à l'indice du coût de la construction 677,18 (octobre 2009). La CPH a été informée que ce devis ne comporte pas de réserve pour imprévus et que le maître d'oeuvre veut s'assurer du respect du devis par le moyen d'une réalisation par entreprise générale.

Vu que certaines surfaces hospitalières ne sont pas considérées dans le projet (la majorité des surfaces du bâtiment A et les sous-sols des autres bâtiments existants), mais que l'envergure des coûts des exigences commodo-incommodo (procédure en cours) pourra être importante, il est recommandé de mieux évaluer ces coûts et de clarifier dans les prochains mois quelle sera la répartition du financement des surfaces nécessaires pour l'exploitation hospitalière.

La CPH considère comme plus réaliste d'intégrer une réserve pour imprévus de l'ordre de 5%, tel ayant été aussi le cas pour d'autres projets et compte tenu du fait que ce projet ne comporte pas uniquement une construction nouvelle mais aussi la transformation de parties existantes.

La CPH recommande par ailleurs de prévoir un budget pour l'assainissement – modernisation des unités de soins du bâtiment C datant de 1985 (5.300.000.– selon un devis antérieur) à libérer sur base d'un dossier de demande précis. Il est en effet prévisible que des travaux devront être réalisés dans le futur rapproché pour notamment s'adapter à des normes, et remplacer des installations venues à bout de vie.

Le solde disponible sur l'enveloppe financière allouée par la loi de financement de 1999 étant largement insuffisant pour couvrir les frais du projet présenté, une modification de cette loi sera nécessaire.

Tout en soutenant le bien-fondé et la nécessité du projet de modernisation/extension de la Zithaklinik et tout en se ralliant dans les grandes lignes à l'avis général et majoritaire y relatif de la CPH, la déléguée du Ministre de la sécurité sociale n'a pas pu se prononcer quant au bien-fondé de la clé de remplacement de lits destinés au traitement stationnaire, par des places destinées à la chirurgie ambulatoire. Elle a motivé sa position comme suit:

„Cette problématique dépasse le cadre du projet avisé et risque de créer un précédent pour les projets à venir.

La réforme récente du secteur de la santé a introduit entre autres ce qu'on est convenu d'appeler le „virage ambulatoire“. Ceci implique que si l'on veut atteindre cet objectif, le nombre de lits stationnaires diminue dans la même proportion que le nombre de places augmente.

Pour éviter de traiter ce problème au cas par cas, avec le risque de créer des iniquités, une clarification au niveau national des objectifs concernant le développement de la chirurgie ambulatoire ainsi que des besoins correspondant au niveau des infrastructures s'impose.“

Veillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.

*La Présidente de la Commission
permanente pour le secteur hospitalier,
Dr Danielle HANSEN-KOENIG*

AVIS DU COLLEGE MEDICAL**DEPECHE DU PRESIDENT ET DU SECRETAIRE DU
COLLEGE MEDICAL AU MINISTRE DE LA SANTE**

(17.7.2013)

Monsieur le Ministre,

Comme le soulignent si bien les auteurs du projet, l'histoire de la ZithaKlinik qui remonte à 1925 se trouve enrichie d'un passé connu notamment pour la prise en charge des blessés de guerre.

Depuis lors, les agrandissements successifs de la structure à l'instar des travaux de modernisation et d'extension projetés se sont poursuivis dans une logique préservant l'identité de l'établissement, ses valeurs, ses devoirs de participation au service public et l'organisation des prestations optimales de santé.

La ZithaKlinik, à l'instar d'autres structures hospitalières est par conséquent fondée à maintenir son identité et à renforcer son rayonnement national en tant que site de référence.

Les axes prioritaires de modernisation relevés au projet sous avis, sont donc à compléter par des enjeux réalisables dès l'aboutissement des travaux:

- conforter une mission d'hôpital de proximité;
- développer des activités spécifiques reflétant de besoins actuellement peu ou pas suffisamment couverts;
- développer une politique de partenariat avec les autres établissements hospitaliers par une meilleure articulation avec les autres segments de l'offre de soins (médecine de ville, secteur médico-social);
- adapter le dispositif actuel aux nouveaux modes de prise en charge, notamment les alternatives à l'hospitalisation (offre de soins ambulatoires et policlinique fonctionnant de manière optimale);
- prendre en compte les priorités de santé publique définies au plan national ou par la conférence nationale de santé (pathologies cancéreuses).

L'importance des enjeux sus évoqués emportent un coût certain à charge de la solidarité nationale.

Si la contrepartie de ce coût est en amont la satisfaction de l'exigence constante et toujours grandissante du patient pour des soins de qualité, sa justification est à considérer comme proportionnée et sans démesure de part et d'autre.

Le Collège médical s'est interrogé quant à l'opportunité de libérer une telle somme à un établissement ayant fusionné avec un autre.

Au terme des débats, le Collège médical estime que la fusion entre en discussion sans devoir être concluante de l'inutilité des travaux envisagés, puisque les insuffisances à combler par la modernisation demeurent, si la ZithaKlinik vient à être privée du financement pour les ouvrages à faire.

Le processus législatif en vue de la validation du financement des travaux, notamment l'avis favorable de la commission permanente pour le secteur hospitalier, donné en l'occurrence le 8 avril 2011, vise comme axe majeur la maîtrise du rythme de croissance des dépenses de santé.

Conformément aux dispositions de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, sans préjudice d'autres dispositions, les auteurs du projet ont respecté cet objectif par une limitation de la fourchette budgétaire à hauteur de 80% du montant des frais à exposer au titre d'une participation de l'Etat.

Sur les considérations qui précèdent, le Collège médical avise favorablement le projet.

Le Collège médical vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de sa parfaite considération.

Pour le Collège médical,

Le Secrétaire,
Dr Roger HEFTRICH

Le Président,
Dr Pit BUCHLER

