N° 4414

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 28 février 2012.

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

tendant à la création d'une commission d'enquête
sur le scandale du nouveau **centre hospitalier sud-francilien**
construit en contrat de partenariat public-privé,

(Renvoyée à la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

présentée par Mesdames et Messieurs

Roland MUZEAU, Jacqueline FRAYSSE, Marie-Hélène AMIABLE, François ASENSI, Martine BILLARD, Alain BOCQUET, Patrick BRAOUEZEC, Jean-Pierre BRARD, Marie-George BUFFET, Jean-Jacques CANDELIER, André CHASSAIGNE, Marc DOLEZ, André GERIN, Pierre GOSNAT, Jean-Paul LECOQ, Daniel PAUL, Jean-Claude SANDRIER et Michel VAXÈS,

député-e-s.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Lundi 24 janvier 2012, plus de quatre ans après les premiers travaux, le centre hospitalier sud-francilien à cheval sur les villes de Corbeil-Essonnes et d'Evry, construit en partenariat par le groupe privé Eiffage, a enfin ouvert ses portes.

Présenté comme le fleuron de la politique hospitalière du gouvernement, en raison de l'ampleur du projet et du choix de la formule retenue pour construire cette nouvelle structure hospitalière publique regroupant sur un site unique comptant 1 025 lits et 20 blocs opératoires de nombreux services dispersés, ce chantier, le plus grand chantier hospitalier de France réalisé en partenariat public-privé (PPP) sur la période 2006-2011, pour un investissement initial de 344 millions d'euros, a néanmoins tourné au fiasco.

Les 8 000 malfaçons relevées lors de la réception du chantier début 2011 ont retardé le transfert des personnels des deux hôpitaux de Corbeil et d'Evry, des 3 000 agents dont 300 médecins et rendu impossible l'accueil prévu initialement pour le mois de mars 2011 des patients de ce bassin de vie.

Des réserves « classiques » selon le constructeur ; anecdotiques comme des éclats de peinture aux dires du ministre de la santé ; risibles mais témoignant de la non fonctionnalité et de l'inadaptation de la structure et de ses équipements aux besoins des personnels médicaux comme ces bras articulés de blocs opératoires qui ne peuvent se croiser ; plus graves tel le système de sécurité hors normes, voire dangereuses pour la sécurité des patients.

Difficile d'expliquer cette situation, de concevoir qu'un hôpital public ayant vocation à devenir l'hôpital de référence ait pu être pensé sans biberonnerie, sans chambre mère-enfant, que la salle d'attente des urgences pédiatriques ait une capacité d'accueil de 30 % inférieur à l'existant pour ne prendre que ces exemples, si ce n'est par le fait que ce projet transféré à un spécialiste de viaduc manquant pour le coup de professionnalisme dans le domaine de la santé, a été mené en dehors de toute concertation avec la

communauté médicale du secteur. Rappelons aussi, ce que nul n'ose nier aujourd'hui, les intérêts antinomiques des entreprises privées avec les exigences du service public notamment dans le domaine sanitaire.

De ces défauts majeurs, de ces délais à rallonge, est tout naturellement née une controverse financière doublée d'un contentieux juridique sur la question de savoir qui, du constructeur et ou de l'hôpital, devait supporter le coût de ce retard et de la mise aux normes. La polémique a enflé quand Eiffage a exigé 100 millions d'euros de rallonge, lorsque le grand public a découvert que le loyer devant être payé par l'État, dès 2011, et durant trente ans avant qu'il devienne propriétaire de la structure, réévalué de 29 millions à plus de 40 millions annuel, tombait quand même chaque mois dans la poche de l'opérateur privé alors que l'hôpital restait vide et inopérationnel.

Ce gâchis financier est apparu d'autant plus intolérable aux médecins, syndicats, élus locaux et usagers qu'il a eu des répercussions importantes sur l'offre de soins. En effet, pour boucler le budget et tenir l'objectif d'équilibre de l'Agence régionale de santé, le directeur par intérim du CHSF à imposé un plan d'économies de 2 millions d'euros, soit selon les organisations syndicales l'équivalent de la suppression de 160 postes. Fort justement des voix ont jugé inacceptable de faire peser sur l'activité hospitalière des choix financiers imposés.

La situation financière délicate de l'hôpital continue à juste titre d'inquiéter. Le docteur chef par intérim du service orthopédie de l'hôpital, à la tête de l'association « Sauvons notre hôpital public » évoque le risque de cessation de paiement assez rapide de l'hôpital justifiant la sortie de ce contrat de partenariat public privé.

Cette solution de sortie du bail emphytéotique hospitalier a d'ailleurs été votée, en juin dernier, par le Conseil de surveillance de l'hôpital favorable au retour à un montage public. Elle a été plébiscitée par la population consultée par référendum, fin 2011, à l'initiative du Front de gauche.

C'est un point de vue partagé par les élus locaux. Pour Bruno Piriou, conseiller général PCF de l'Essonne « ce n'est pas à la santé de payer. Il ne s'agit pas non plus de spolier Eiffage mais il faudrait trouver un accord avec eux pour se désengager du PPP. Le service public hospitalier ne peut pas être l'affaire d'actionnaires ». Manuel Valls, député socialiste, considère lui aussi que « la situation devient impossible. Pour éviter les problèmes de maintenance, il faut sortir de ce partenariat public-privé ».

Le ministre de la santé qui a signé ce PPP et continue d'assumer cette « voie d'avenir » que le Président de la République a aveuglement et dogmatiquement banalisée et systématisée par la loi du 28 juillet 2008, a dit ne pas avoir « l'intention de laisser pendant des années, voire des décennies, cet établissement se débrouiller avec des déficits qui seraient dus à sa conception même ». Des déclarations d'intention il faut maintenant passer aux actes. Désormais, il est temps que la représentation nationale soit informée des possibilités juridiques de casser un tel contrat comme des conséquences financières d'une telle décision.

L'Inspection générale des finances aurait été missionnée et aurait fait plusieurs propositions pour sortir du bail emphytéotique hospitalier (BEH) et revenir à un montage public. Questionné à ce sujet le 2 février 2011 par les députés du groupe GDR à l'initiative du débat sur les partenariats public-privé, le gouvernement n'a pas confirmé cette information. Dans l'affirmative, la représentation nationale doit avoir connaissance des scenarios envisagés comme des raisons pour lesquelles le gouvernement continue à mettre son veto à l'option de sortie du BEH.

Il est également de notre responsabilité d'expertiser les difficultés soulevées par cette procédure dérogatoire au droit commun de la commande publique, de nous interroger sur l'opportunité de son application dans le champ de la santé publique.

L'actuel ministre de la santé se demande si « le BEH est vraiment adapté. » Il admet qu'il est plus « simple si vous êtes, vous-même donneur d'ordre qu'au sein d'une coopération public-privé... » de s'adapter « au cours de la construction, lorsqu'une nouvelle technologie apparaît ou que les soignants font des suggestions de réaménagement ». Allons jusqu'au bout du questionnement et vérifions si effectivement ces baux peuvent ou non intégrer la spécificité hospitalière, s'ils sont compatibles avec la gestion d'un hôpital public.

L'ouverture du CHSF est très loin de clore le débat sur ce qui reste un gouffre financier pour la collectivité, une contre-référence remettant en cause le principe même des PPP.

Il est de notre devoir de mettre en lumière les conditions politiques et administratives ayant présidé au choix d'un tel contrat de PPP. Le conseil d'administration du CHSF de l'époque, présidé par le sénateur et ancien maire de Corbeil-Essonnes, l'Etat et l'ARS d'Île-de-France, autorités de tutelles, n'ont-ils pas sacrifié l'intérêt général pour satisfaire des intérêts particuliers? Avec un tel accord si déséquilibré, priorité n'a-t-elle pas été

donnée délibérément au court terme – réaliser vite tout en déconsolidant une partie de la dette – sur le long terme ? Pourquoi et comment ont-ils été conduits à accepter de financer des charges qui n'étaient pas justifiées ? Ces interrogations sont motivées. Il ne s'agit pas de mettre telle ou telle personne à l'index mais simplement d'admettre que le Parlement est fondé à avoir un droit de regard sur des engagements financiers considérables engageant l'avenir de nos finances publiques. Il est impensable qu'aujourd'hui encore l'opérateur privé en charge de l'opération se refuse à communiquer les termes du contrat y compris dans ses éléments financiers.

En l'espèce, le contrat de partenariat public-privé est un échec, dans la mesure où il n'a pas permis de réaliser cet établissement plus vite et à moindre coût, bien au contraire.

À ce titre, le rapport de septembre 2010 de la chambre régionale des comptes est sans appel. Le projet est jugé « surdimensionné et très coûteux ». Le bail emphytéotique hospitalier lui est qualifié de « formule juridique contraignante et financièrement aléatoire ». Rigoureuse, la chambre régionale des comptes avance des chiffres. « Le montant annuel du loyer versé au constructeur à compter de 2011 s'élèvera à 38,8 millions d'euros par an, durant trente ans, abondé aux deux tiers par l'État ». « Le coût final de l'opération s'établirait à 1,188 milliard d'euros ». Sa conclusion est redoutable, « ce choix paraît donc très onéreux pour l'établissement. Le recours à une maîtrise d'ouvrage publique financée par l'emprunt aurait été une solution certainement moins coûteuse – 757 millions d'euros –, moins hasardeuse et surtout davantage maîtrisable par l'établissement ».

Dans le contexte d'austérité budgétaire que nous connaissons où de gros efforts d'économies sont imposés aux hôpitaux publics, nous sommes plus que légitimes à demander des comptes sur cette gabegie d'argent public. Le coût réel global comme l'ampleur des surcoûts doivent être chiffrés afin notamment d'établir si lien il y a entre le PPP et le déficit de l'hôpital. Ce serait également l'occasion d'évaluer s'il est plus favorable aux contribuables et plus efficace pour les usagers que l'État investisse et gère lui-même ou qu'il délègue au privé.

Enfin, et c'est aussi l'objet de notre demande de commission d'enquête, que de réfléchir aux propositions pouvant être faites pour sortir l'hôpital sud-francilien de l'impasse de ce PPP. Et plus globalement d'envisager les modifications législatives nécessaires pour que le recours à ces montages, dérogatoires au droit commun de la commande publique

restent une exception, conformément aux recommandations du Conseil Constitutionnel.

Les exemples sont trop nombreux à témoigner de dérives financières graves, d'un manque de transparence et de contrôle des ces contrats déséquilibrés permettant aux opérateurs privés de réaliser un maximum de profits parfois en s'asseyant sur des normes de construction pouvant mettre en danger la sécurité des personnes utilisatrices de l'ouvrage. Pour ces raisons, la construction de l'université Paris-Diderot, chantier du groupe Vinci, défraie aussi la chronique.

Par le prisme du PPP de l'hôpital sud-francilien, avec cette demande de commission d'enquête nous entendons expertiser l'ensemble de ces questions.

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

Article unique

En application des articles 140 et suivants du règlement, est créée une commission de 30 membres chargée d'enquêter sur le choix d'un contrat de partenariat public-privé pour réaliser le projet du centre hospitalier du sud-francilien, le coût global et les surcoûts de cette formule pour la collectivité, ainsi que sur les moyens de sortir de ce bail emphytéotique hospitalier.