

Le 4 mai 2012

*Le Directeur*

Dossier suivi par Robert STAKOWSKI

## Avis n°2012-08 sur le projet de reconstruction de l'EHPAD de Wattlelos (59)

**Préambule:** cet avis est rendu en application des dispositions de l'article 2 de l'ordonnance du 17 juin 2004 relative aux contrats de partenariat, modifiée par la loi du 28 juillet 2008, et au vu des seules exigences fixées par ladite ordonnance. Il ne préjuge pas de la soutenabilité budgétaire du projet pour l'EHPAD de Wattlelos.

\*  
\* \*

## 1. Présentation du projet

### 1.1. Le contexte

Le Centre Hospitalier de WATTRELOS (l'«Hôpital») est un établissement public de santé régi par les articles L.6141-1 et suivants du Code de la Santé Publique (le «CSP»). Aujourd'hui, sa capacité est de 198 lits et il comprend un site principal composé de plusieurs bâtiments dont une «maison de retraite» de 80 lits («l'EHPAD de Wattlelos», ou «l'EHPAD»). Du fait de sa vétusté (le bâtiment actuel date de l'année 1920, mais a été plusieurs fois modernisé par la suite), cette dernière ne répond plus ni aux normes pour l'accueil de personnes âgées (normes de sécurité notamment), ni aux normes techniques de la construction en général.

L'Hôpital a donc été conduit à imaginer un projet qui consiste principalement en la reconstruction de l'EHPAD. A cette fin, l'acquisition d'un terrain en pleine propriété, contigu au terrain sur lequel se trouve le bâtiment principal de l'Hôpital, a d'ores et déjà été réalisée. L'ARS du Nord Pas de Calais et l'Hôpital, après discussion sur le projet depuis l'année 2010, sont maintenant d'accord pour qu'il soit lancé.

## **1.2. Le besoin**

Compte tenu des plans existants à l'échelon de la Région, le projet de reconstruction porte sur un bâtiment qui comme aujourd'hui serait d'une capacité de 80 lits, dont 68 classiques et 12 protégés (unités d'hébergement renforcé pour personnes présentant des troubles de comportement). Par cette opération, l'Hôpital souhaite aussi répondre à un besoin d'amélioration des services rendus aux patients en développant une offre de services complémentaires (essentiellement services à la personnes, par exemple offre télévisuelle dans les chambres), ainsi qu'à de meilleures conditions de travail pour le personnel grâce à une disposition plus fonctionnelle des lieux.

## **1.3. L'étendue de l'opération**

L'opération est donc à la base une opération de construction d'un nouveau bâtiment pour héberger l'EHPAD. L'Hôpital souhaite aller vite dans la phase de construction, sachant que le bâtiment actuel ne répond plus au service public. Au demeurant, aucune solution de réinstallation provisoire à proximité satisfaisante n'a été identifiée. A cette occasion, l'Hôpital souhaite procéder à une opération de valorisation immobilière avec l'actuel bâtiment de la maison de retraite, celui-ci étant «séparable» à la fois du terrain sur lequel se trouve l'Hôpital et du nouveau terrain destiné au futur EHPAD et se donne par ailleurs un objectif de conformité aux normes HQE pour son nouveau bâtiment afin d'améliorer l'efficacité énergétique par rapport à la situation d'aujourd'hui.

Au titre du premier objectif, il sera donc demandé aux candidats souhaitant répondre à la consultation de remettre des propositions pour la valorisation du bâtiment existant, avec idée sous-jacente soit (en priorité) de revente pure et simple de ce bâtiment, soit de démolition du bâtiment et revente du terrain, soit (éventuellement) de conservation du bâtiment pour de nouvelles utilisations donnant lieu au développement de recettes récurrentes de valorisation.

## **1.4. Les objectifs du projet**

Le souhait de l'Hôpital est clairement en faveur d'une opération globale incluant la construction d'un nouveau bâtiment sur le terrain récemment acquis et (après transfert de l'activité dans le nouveau bâtiment) la revente du bâtiment existant ou la démolition du bâtiment existant avec revente du terrain, ou encore toute autre formule de valorisation de ce bâtiment.

Au-delà du volet d'investissement pur (conception et construction), l'opération devra comprendre un financement ainsi que des prestations d'entretien – maintenance courant du bâtiment et de gros entretien – renouvellement.

Dans ces conditions, l'Hôpital a envisagé le recours au contrat de partenariat.

# **2. Analyse juridique**

## **2.1. Rappel préliminaire**

L'ordonnance n°2004-559 du 17 juin 2004, modifiée par la loi du 28 juillet 2008 comporte un article 2 rédigé comme suit.

«Les contrats de partenariat ne peuvent être conclus que si, au regard de l'évaluation, il s'avère:

1° Que, compte tenu de la complexité du projet, la personne publique n'est pas objectivement en mesure de définir seule et à l'avance les moyens techniques répondant à ses besoins ou d'établir le montage financier ou juridique du projet;

2° Ou bien que le projet présente un caractère d'urgence, lorsqu'il s'agit de rattraper un retard préjudiciable à l'intérêt général affectant la réalisation d'équipements collectifs ou l'exercice d'une mission de service public, ou de faire face à une situation imprévisible;

3° Ou bien encore que, compte tenu soit des caractéristiques du projet, soit des exigences du service public dont la personne publique est chargée, soit des insuffisances et difficultés observées dans la réalisation de projets comparables, le recours à un tel contrat présente un bilan entre les avantages et les inconvénients plus favorable que ceux d'autres contrats de la commande publique. Le critère du paiement différé ne saurait à lui seul constituer un avantage.»

## 2.2. Choix du critère

D'après l'Hôpital, d'une part le recours à un contrat de partenariat conduit au bilan le plus favorable en termes d'avantages / inconvénients par rapport à toute autre formule: dès lors, l'Hôpital justifie le choix du CP à travers ce critère en renvoyant à l'analyse comparative (cf. §3 ci-dessous). En outre, accessoirement, l'Hôpital considère que "le projet présente des éléments incontestables de complexité d'un point de vue technique, financier et juridique au sens de l'article 2 de l'Ordonnance du 17 juin 2004", ce qu'il juge intéressant car de nature à permettre l'utilisation du dialogue compétitif pour la procédure d'attribution. L'Hôpital n'a pas retenu le critère de l'urgence.

### **Observations de la MAPPP**

*La MAPPP confirme qu'aucun obstacle ne s'oppose à la possibilité, pour l'Hôpital, de justifier le recours au CP tant au vu des conclusions de l'analyse économique-financière (critère du bilan coûts – avantages) que par la complexité, cette procédure renforçant au contraire la valeur de l'exercice.*

*S'agissant du bilan coûts – avantages, la MAPPP rappelle que l'évaluation comparative fait appel à la notion d'utilité socio-économique comparée entre les schémas étudiés pour la réalisation du projet et appréciée sur le calendrier réellement envisagé pour le CP (et non plus sur un calendrier recalé sur celui du schéma alternatif). Elle souligne que le raisonnement doit être mené en prenant garde d'éviter tout double compte entre l'utilité socio-économique et les économies d'exploitation dégagées par rapport à la situation antérieure.*

*Enfin, la démonstration du caractère applicable du critère de la complexité (qui n'est pas nécessaire quand on choisit le critère du bilan) permet de justifier le recours au dialogue compétitif pour le mode de passation.*

Les justifications proposées par l'Hôpital en faveur de la complexité sont reprises ci-après.

### **Complexité technique et opérationnelle**

Selon les informations disponibles, le projet présente une complexité technique certaine. En effet, un des éléments essentiels du projet réside dans le fait que l'Hôpital souhaite valoriser le bâtiment existant, ou à défaut son terrain d'assiette. Cette valorisation pourra prendre la forme de scénarios alternatifs qui seront formulés par les candidats dans leurs propositions au titre de services complémentaires.

Outre les contraintes techniques que cette valorisation supposera (présence d'amiante éventuelle dont la recherche et l'évaluation conditionnent le montant d'éventuels travaux de réhabilitation...) c'est sur la définition même des opérations de ce type et des moyens de les mettre en œuvre que l'Hôpital s'interroge et rencontre des difficultés pour affiner son projet.

L'Hôpital ne dispose pas *ex-ante* des capacités propres ni au plan humain ni au plan technique pour déterminer ne serait-ce que les étapes requises par cette valorisation et il souhaite mobiliser sur ce point le savoir-faire des entreprises spécialisées dans le secteur. Dans ces conditions, on peut estimer que le projet présente une réelle complexité technique.

Un autre aspect est celui de l'organisation du déménagement de l'ancien bâtiment vers le nouveau quand il sera terminé. Le transfert devra être réalisé en un temps très court, et en tout état de cause sans interruption du service.

Enfin, l'Hôpital souligne que la vétusté du bâtiment existant rend nécessaire d'envisager une réalisation sous un délai contraint. A spécifications données pour l'ouvrage à réaliser, le temps nécessaire à la construction sera un des éléments de la compétition.

### **Complexité d'origine économique et financière**

Une composante importante du projet correspond au souhait d'intégrer le volet de valorisation du bâtiment existant au périmètre des missions à la charge du futur cocontractant.

Or, il n'est pas à exclure que l'objectif de valorisation du bâtiment puisse en l'espèce donner lieu à des scénarios alternatifs à la vente du bâtiment ou à la vente du terrain après démolition du bâtiment, générant ainsi des ressources récurrentes annexes ayant vocation à bénéficier à l'Hôpital, ce qui supposerait naturellement qu'il existe un marché pour des utilisations diverses de ce bâtiment, le cas échéant après des travaux de réhabilitation. Dans ce cas, ce sera au partenaire d'imaginer les éventuels scénarios d'utilisation de ce bâtiment et de s'engager sur un niveau de recettes annexes. L'Hôpital, de même qu'il n'est pas en mesure de déterminer seul et à l'avance les mesures concrètes qui pourraient assurer la valorisation du bâtiment existant, n'est pas en mesure d'établir ni le calendrier des divers scénarios de valorisation, ni le montage financier relatif aux recettes qui pourraient être dégagées de celui de ces scénarios qui aurait fait l'objet d'une décision.

Dans ces conditions, on peut estimer que le projet est complexe au plan économique et financier.

### **Complexité juridique et financière**

La complexité juridique réside dans l'impossibilité pour la personne publique d'établir seule et à l'avance le montage juridique optimal du projet. L'Hôpital signale la complexité juridique liée à la difficulté d'identifier les financements adéquats et arbitrer entre les montages contractuels possibles afin de déterminer celui qui serait le plus adapté.

En tout état de cause, compte-tenu des difficultés techniques précédemment évoquées, et devant l'absence totale dans ses équipes de personnels de niveau adapté, il s'affirme incapable de mener cette réflexion sans des échanges formalisés et soutenus avec le secteur privé comme le permet le dialogue compétitif. Notamment, selon lui, l'obstacle principal se trouve dans la combinaison de facteurs tels que:

- des investissements d'un montant inhabituel pour l'Hôpital (qui ne réalise que de petites opérations ponctuelles de maintenance en fonction des besoins les plus urgents),
- des aspects techniques, comme en matière de sources d'énergie (bâtiment HQE), qui peuvent appeler des considérations fiscales particulières (liées aux économies d'énergie) et / ou qui touchent à des domaines bien au-delà de la logique essentiellement immobilière de la loi MOP familière à l'Hôpital,
- la difficulté pour l'Hôpital de procéder à une répartition optimale des risques tant pour la conception, la construction que pour l'exploitation dans la durée, permettant de transférer aux intervenants privés une juste part des risques pesant sur le projet alors que les performances technico-économiques de celui-ci sont difficiles à anticiper.

Dans le domaine juridique et financier également, les exigences du projet mettent l'Hôpital dans l'impossibilité de définir seul *a priori* les moyens les plus adéquats à mettre en œuvre pour répondre aux besoins, et d'évaluer les mérites comparés des différents scénarii.

#### ***Observations de la MAPPP***

*L'argumentation sur la complexité du projet est convaincante. Il est de fait que l'exigence de continuité du service à la fin des travaux, les contraintes techniques et réglementaires affectant la conception et les spécifications de l'investissement, la maîtrise des coûts de fonctionnement futurs, ainsi que le besoin pour l'Hôpital de réaliser une opération sans délais (et de minorer les risques de glissement du calendrier de réalisation) constituent des éléments objectifs de la complexité du projet.*

*Toutefois, la MAPPP regrette que l'argumentation de la complexité par la préoccupation de la performance énergétique n'ait pas été évoquée par l'Hôpital.*

*Au-delà de la complexité technique, les incertitudes pesant sur les modalités de financement (charges d'investissement de l'Hôpital, possibilité limitée de contribuer directement au financement) introduisent une complexité supplémentaire, de nature juridico-financière.*

*En conséquence, la MAPPP valide la justification du contrat de partenariat par la complexité, en complément du critère du bilan le plus avantageux.*

## 3. Analyse comparative

### 3.1. Examen des schémas alternatifs au contrat de partenariat

#### 3.1.1. Grandes lignes du raisonnement

Au terme d'une analyse juridique complète, l'Hôpital a retenu deux schémas: un montage utilisant le Code des Marchés Publics et un montage utilisant le contrat de partenariat.

Les éléments structurants de la réflexion sont les suivants.

- Si l'investissement est réalisé en recourant au Code des Marchés Publics ("CMP"), le marché global de conception-réalisation, ou comme ceci est possible pour des établissements publics de santé (article L.6148-7 du Code de la Santé Publique), le marché global de conception réalisation maintenance<sup>1</sup> ne permettent pas d'associer suffisamment le résultat de l'exploitation à la qualité de la conception en amont (il n'y a pas transfert de maîtrise d'ouvrage globale: à la réception de l'ouvrage, l'entreprise privée perd toute responsabilité sur son intervention en amont). De ce fait, de tels montages ne permettent pas structurellement à la personne publique d'espérer (industriellement parlant) une qualité de service comparable à celle d'un contrat de partenariat. Cette limitation d'un tel contrat global est renforcée par le fait qu'il exclut tout paiement différé et par conséquent ne peut prévoir le portage financier d'un actif à des fins de motivation de l'intervenant privé. En outre, l'Hôpital fait le raisonnement qu'un schéma de type CREM / REM n'intégrant pas de composante de financement, il ne peut pas répondre comme le contrat de partenariat au volet de valorisation. Dès lors, l'Hôpital préfère utiliser un montage auquel il est habitué et s'est cantonné à une hypothèse de recours classique à plusieurs marchés publics dans le cadre de la loi de 1985 sur la Maîtrise d'Ouvrage Publique («Loi MOP»).
- Tout schéma de type bail (BEH avec convention non détachable au cas d'espèce, conformément à article L.6148-3 du Code de la Santé Publique) ne permettrait pas de répondre à la totalité de la problématique posée, notamment au plan énergétique et s'agissant de l'objectif de valorisation.
- Tout schéma de type concessif serait inadapté... du fait même qu'au cas d'espèce, l'objet de l'opération n'est pas celui d'un service déléguable, avec la possibilité pour le partenaire privé de se rémunérer sur l'usager.

#### 3.1.2. Synthèse sur les schémas étudiés

En résumé, l'analyse comparative portera sur:

- un schéma de réalisation classique en Loi MOP, avec des marchés d'étude et de programmation en amont, un ou plusieurs marchés de réalisation, plusieurs marchés de maintenance, fournitures, achats de fluides au titre éventuel ("Schéma de Référence")

---

<sup>1</sup> Possibilité maintenant intégrée au CMP sous deux formes: «CREM» ou «REM» selon que la conception fait ou ne fait pas partie du périmètre de l'opération (articles 73-I et II). A noter que le CREM en question pour des constructions neuves est strictement limité aux conditions de l'article 37 du CMP... alors que l'article L.6148-7 du Code de la Santé Publique ne pose pas de condition à l'utilisation de cette formule.

- un contrat de partenariat ("CP") étendu à l'ensemble des tâches d'investissement, GER, maintenance courante et exploitation en tous genres, incluant éventuellement un aspect de performance énergétique ("Schéma CP").

### ***Observations de la MAPPP***

*La MAPPP valide, pour l'étude comparative, les deux schémas retenus par l'Hôpital. Elle valide notamment le fait que l'inclusion d'une dimension de valorisation dans le périmètre de l'opération rend inappropriés les montages en BEH, de même que la formule du marché public global (CREM).*

## **3.2. Durées, calendrier**

### **3.2.1. Durée retenue pour la comparaison entre les deux schémas**

La durée sur laquelle sont comparés les deux schémas se décompose comme suit.

Pour la phase amont (procédures et construction des ouvrages):

- en Schéma de Référence, lancement de l'étude interne de programmation: 1<sup>er</sup> janvier 2012 (durée 2 mois), concours pour la MOE: 1 mois (préparation) + concours proprement dit du 1<sup>er</sup> avril 2012 (lancement concours, étude des réponses et discussion avec les concurrents) jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre 2012 (choix lauréat), mise au point du contrat: 1,5 mois et démarrage MOE au 15 octobre 2012, études projet, choix des entreprises, notification marchés: 11,5 mois, démarrage travaux au 1<sup>er</sup> octobre 2013, durée des travaux 21 mois et (livraison des ouvrages au 1<sup>er</sup> mai 2015 pour vérifications pendant 2 mois), à supposer que les appels d'offres pour les travaux récurrents (maintenance, etc.) aient été lancés et conclus par des attributions, mise en service au 1<sup>er</sup> juillet 2015;
- en Schéma CP, début préparation dialogue compétitif 1<sup>er</sup> janvier 2012, durée 2 mois, lancement de l'appel à candidatures en vue du dialogue compétitif au 1<sup>er</sup> mars 2012, démarrage contrat avec le lauréat le 1<sup>er</sup> février 2013, réalisation jusqu'à la mise en service des investissements au 1<sup>er</sup> juillet 2014 (durée des travaux 17 mois).

Pour la phase d'exploitation dont la durée doit permettre l'amortissement de la dette qui a financé les investissements:

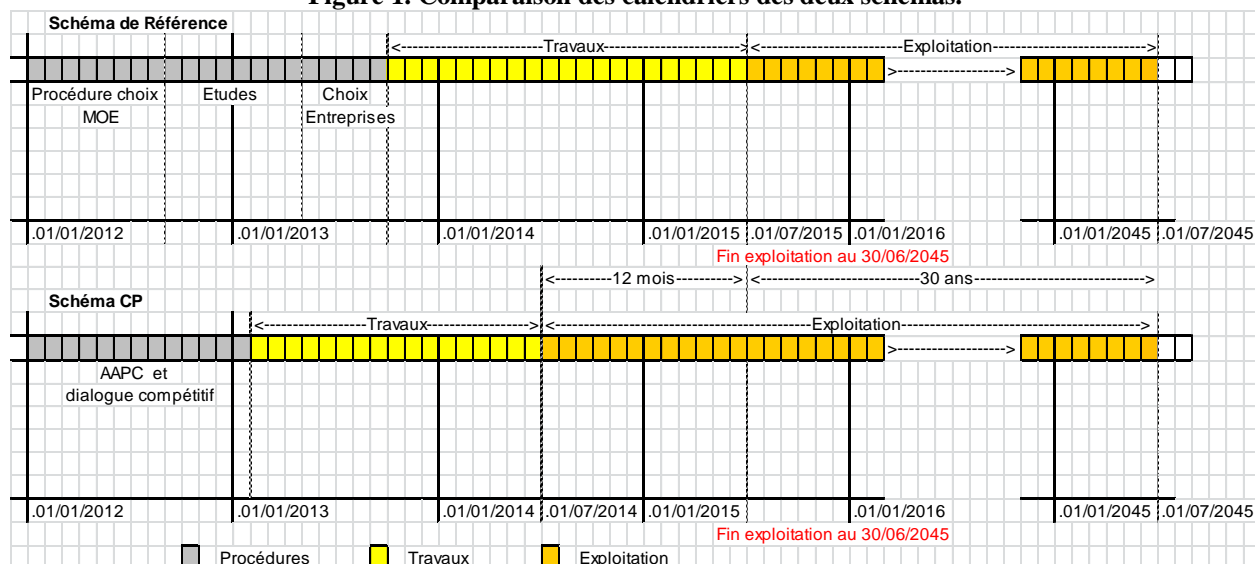
- dans les deux schémas, l'EHPAD a supposé que la dette était amortie en 30 ans par échéances annuelles constantes en principal et intérêts à partir de la fin des constructions,
- ceci signifie qu'en Schéma de Référence, la fin des remboursements intervient au 30 juin 2045 (12 mois plus tôt en Schéma CP), ce qui détermine la fin de la période de comparaison.

La période de comparaison s'étale du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 30 juin 2045 (date commune de fin de l'exploitation calculée sur le cas du Schéma de Référence). Pour une vision de ce calendrier, on se reportera à la Figure 1 ci-dessous.

### 3.2.2. Précisions sur les calendriers d'exploitation

L'EPHAD n'a pas prévu de prolonger l'exploitation au-delà de la période d'amortissement des crédits (rien ne l'empêche, mais une durée de 30 ans constitue d'ores et déjà une durée longue en matière bâtementaire). Compte tenu des particularités de chaque schéma, l'exploitation démarre plus tôt en Schéma CP (1<sup>er</sup> juillet 2014 contre 1<sup>er</sup> juillet 2015 en Schéma de Référence) mais comme pour les besoins de la comparaison, il est nécessaire que l'exploitation se termine au même moment, elle dure plus longtemps en Schéma CP.

Figure 1. Comparaison des calendriers des deux schémas.



### 3.2.3. Modalités de réalisation, tranches

Dans les deux schémas, il n'y a qu'une seule tranche de travaux avec une seule date de démarrage de l'exploitation (à la fin des travaux).

Les dates mentionnées dans la Figure 1 ci-dessus s'entendent avant prise en compte des risques.

#### **Observations de la MAPPP**

*La MAPPP prend note de la durée de comparaison retenue qui lui paraît adaptée à la durée d'amortissement des principaux composants des investissements. Il convient cependant de remarquer que le financement bancaire sur une telle durée risque de s'avérer problématique si l'on se réfère aux retours d'expérience relatifs à des dialogues compétitifs en cours à la date du 1er avril 2012, sauf à obtenir un financement porté par la CDC.*

*En ce qui concerne la durée des travaux, la MAPPP considère qu'en Schéma CP, le partenaire privé étant à la fois investi d'une fonction de maître d'ouvrage et incité contractuellement à gagner du temps, cette durée peut effectivement être plus courte.*



### 3.3. Fiscalité

#### TVA.

Les sommes facturées à l'Hôpital, qu'il s'agisse d'investissement ou de fonctionnement, sont assujetties à TVA. L'Hôpital est un établissement non assujetti à la TVA et ne peut récupérer la TVA ni par la voie fiscale, ni grâce au FCTVA.

Par contre, il est rappelé qu'en application des dispositions des articles 257 et 278 sexies du Code Général des Impôts, les personnes morales de droit public qui investissent dans la construction d'un EHPAD, bénéficient du taux privilégié de TVA (conséquence de l'article 45 de la Loi 2007-290 du 5 mars 2007, sur le Droit Opposable au Logement ou «DALO»).

Dans ce cas, le porteur de l'investissement (par exemple en Schéma CP, la société de projet s'il y en a une) acquitte la TVA au taux normal (19.6%) et se livre à soi-même, puis récupère la TVA par voie fiscale au travers de son compte de TVA (ce qui génère un certain coût de portage). Ensuite, il facture la personne publique au taux privilégié (aujourd'hui 7%).

Au demeurant, les dépenses ayant le caractère d'entretien (de maintenance courante comme de maintenance lourde) sont également assujetties au taux privilégié (art. III de l'article 278 sexies).

#### Autres impôts et taxes

Par ailleurs, depuis la loi du 28 juillet 2008, les droits d'enregistrement et taxe d'urbanisme n'ont pas à être pris en compte en Schéma CP (comme en Schéma de Référence).

### 3.4. Coûts

#### 3.4.1. Coûts d'investissement

Le coût complet des travaux avant indexation des prix dans les deux schémas est donné par le tableau ci-dessous.

**Tableau 1. Coûts de construction en M€ HT valeur 01/01/2012.**

Poste	Schéma de réf. (a)	Schéma CP (b)	Ecart (b-a)
Coût des travaux et fournitures	10,793	9,812	- 0,981
Maîtrise d'œuvre	1,145	1,030	- 0,115
Etudes diverses	0,402	0,402	0,000
Assurances DO	0,138	0,138	0,000
<b>Coût d'investissement</b>	<b>12,478</b>	<b>11,382</b>	<b>- 1,096</b>

A ce stade, l'Hôpital n'a pas prévu de recevoir une subvention pour réaliser l'opération. Il a mené les calculs dans cette hypothèse.

Le coût indiqué ci-dessus n'intègre pas l'impact de l'opération de valorisation (en particulier, il n'inclut pas le coût de démolition ou de réaménagement de l'immeuble actuel).

En outre, aux coûts précédents s'ajouteraient les coûts complémentaires suivants.

**Tableau 2. Coûts complémentaires en M€ HT valeur 01/01/2012.**

Poste	Schéma de réf. (a)	Schéma CP (b)	Ecart (b-a)
Indemnisation des candidats, divers	0,177	0,249	+ 0,072
<b>Coût d'investissement complété</b>	12,655	11,631	- 1,024

Ce coût complémentaire est financé par l'Hôpital sur ses ressources budgétaires. L'hypothèse d'inflation moyenne retenue sur l'ensemble des postes est de 3,00%.

En résumé, le coût de l'investissement avant prise en compte des coûts financiers en Schéma CP est d'environ 7 à 8% plus faible qu'en Schéma de Référence.

### **Observations de la MAPPP**

*La MAPPP prend acte des hypothèses des conseils et note plusieurs points importants.*

*Du fait qu'en Schéma CP, le partenaire privé tire profit de contrats pluriannuels avec ses fournisseurs, le montant des fournitures est en général plus faible en Schéma CP qu'en Schéma de Référence; de la même façon, l'appartenance à une même entreprise en Schéma CP de l'équipe de maîtrise d'œuvre et des équipes chargées de sous-ensembles particuliers entraîne une imbrication poussée entre la maîtrise d'œuvre et les travaux et donc une optimisation (par exemple pour l'utilisation des outils de chantier) et donc des coûts de travaux plus faibles en Schéma CP qu'en Schéma de Référence. Globalement le coût de l'investissement ressort à un niveau plus faible en Schéma CP. C'est ce que la MAPPP observe dans la majorité des dossiers qui lui ont été soumis. Par ailleurs, les opérations réalisées au travers d'un contrat global permettent une internalisation de l'arbitrage entre le coût de l'investissement et les coûts d'exploitation en aval une fois cet investissement réalisé et mis en service.*

*L'Hôpital a supposé que le coût de la maîtrise d'œuvre est égal dans les deux schémas. Mais si l'on tenait compte de l'impact de la motivation du partenaire privé en Schéma CP sur la durée des travaux (durée plus courte du fait que le partenaire privé ne commence à être payé qu'à la mise en service des investissements), alors ce coût de la maîtrise d'œuvre devrait être plus faible.*

*L'Hôpital a considéré que le coût de la maîtrise d'ouvrage est égal dans les deux schémas. En Schéma CP, celle-ci est pour l'essentiel transférée au titulaire dans le cadre du contrat de partenariat et doit être valorisée, mais pour la MAPPP, la maîtrise d'ouvrage ainsi transférée se fonde chez le partenaire privé à sa propre maîtrise d'œuvre (physiquement, c'est la même équipe au sein du partenaire privé qui est en charge, c'est un facteur d'efficacité pour des opérations qui nécessitent un élément important d'intégration). Ainsi pour améliorer la présentation des différences dans le comportement des acteurs entre les deux schémas, l'Hôpital aurait-il pu prévoir de faire apparaître dans le Tableau 1 ci-dessus un poste de maîtrise d'ouvrage interne (résiduelle en Schéma CP) plus faible en Schéma CP qu'en Schéma de Référence, quitte à faire apparaître pour la maîtrise d'œuvre un montant un peu plus élevé en Schéma CP.*

*Enfin, même si le montant global de l'opération reste limité, autour de 12M€, la MAPPP considère que le dossier aurait gagné en clarté si l'appréciation des coûts prévisionnels dans les deux schémas avait été un peu plus détaillée.*

*Enfin, la MAPPP pense qu'il aurait été possible d'affiner l'estimation des frais d'indemnisation des concurrents non retenus dans un schéma comme dans l'autre (les conseils n'ont d'ailleurs pas explicité les modes de calcul).*

### 3.4.2. Coûts récurrents

L'Hôpital a retenu les chiffres suivants pour les deux schémas.

**Tableau 3. Coûts récurrents annuels en M€ HT valeur 01/01/2012.**

Poste (*)	Schéma de réf. (a)	Schéma CP (b)	Ecart (b-a)
Gros entretien renouvellement	0,144	0,144	0,000
Maintenance courante & exploit.	0,101	0,101	0,000
Total maintenance	0,245	0,245	0,000
Gestion du montage (CP)		0,010	+ 0,010
Suivi de la personne publique (*)	0,040	0,020	- 0,020
<b>Total</b>	<b>0,285</b>	<b>0,275</b>	<b>- 0,010</b>

Notes

(\*) A prévoir du fait des besoins de coordination et du fait du renouvellement des contrats à envisager.

Le chiffre concernant le GER dans le tableau précédent correspond à une moyennisation annuelle. Dans le schéma CP, c'est une provision annuelle qui serait payée au partenaire privé.

En ce qui concerne les dépenses de maintenance et de GER, les conseils ont également retenu une hypothèse d'évolution des prix de 3% par an.

#### **Observations de la MAPPP**

*La MAPPP constate que l'Hôpital a retenu une même hypothèse pour les deux schémas en ce qui concerne les coûts de maintenance (GER et maintenance courante) ce qui donne à penser que sur 30 ans, malgré les différences dans le comportement des acteurs, notamment en matière de recherche de gains de productivité, les coûts de la maintenance resteraient les mêmes dans les deux schémas. Une telle hypothèse ne cadre pas avec les hypothèses couramment admises sur un la plupart des dossiers.*

*Par ailleurs, en Schéma de Référence, l'Hôpital n'avait pas pris en compte la nécessité de renouveler périodiquement les contrats de maintenance et d'exploitation. Inévitablement, cette prise en compte se traduit par un coût. Les conseils l'ont réintroduit sous la forme d'un coût de suivi pour la personne publique.*

*Pour la MAPPP, et s'agissant du coût de gestion du montage en CP, celui-ci apparaît comme faible. Il est vrai que le montage envisagé par les conseils est de type corporate sans SPV (ce qui fait qu'un tel coût est noyé dans le coût des loyers affichés par le partenaire privé).*

## 3.5. Coûts financiers, de montage et de gestion

### 3.5.1. Hypothèses de financement en Schéma de Référence

#### **Structure du financement**

L'opération est payée sur des allocations budgétaires. Le coût de la ressource correspond donc au coût de financement de l'Etat pour une maturité équivalente. Seule particularité, en période intermédiaire (pendant la construction), entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre de chaque année,

les fonds proviendraient d'un tirage sur une ligne de crédit à court terme d'origine bancaire et consentie à l'Hôpital directement.

Ce "paquet de financement" pour l'Hôpital, doit couvrir les dépenses d'investissements facturées, c'est à dire TVA comprise, d'où le montant maximum de 13,9 millions d'euros prévu pour la ressource bancaire (à comparer au chiffre figurant à la dernière ligne du Tableau 1, qui ne comprend ni les intérêts intercalaires capitalisés –estimés à 3% du total–, ni les commissions bancaires –soit 0,75% du montant financé–).

### **Préfinancement**

En période de construction, l'Hôpital effectue des tirages sur la dette à court terme, ces tirages donnant lieu à capitalisation d'intérêts (au taux de la dette à court terme) jusqu'à la fin de l'année considérée. Le taux du court terme est de type Euribor à 3 mois (soit 0,619% en octobre 2011), mais avec une marge de 1,00%. Au 31 décembre de chaque année chevauchée par la période de construction, la somme ainsi capitalisée sur les tirages de l'année écoulée (ou, pour la dernière année concernée, à la date de la réception du bâtiment) donne lieu à un tirage sur la dette à long terme. Dès cet instant, les tirages sur la dette à long terme sont capitalisés avec les intérêts intercalaires qu'ils engendrent au taux de la dette à long terme.

### **Financement**

La dette à long terme, une fois les constructions terminées est amortie sur 30 ans par annuités constantes (intérêt + principal), et à un coût correspondant à l'OAT pour une maturité s'approchant de la durée moyenne (15 ans). Au mois d'octobre 2011, ce taux était de l'ordre de 4,20%

### **Observations de la MAPP**

*Pour la MAPP, l'ensemble des conditions prévues paraît réaliste, même si l'hypothèse d'un financement bancaire de l'EHPAD (formule la plus probable) au coût de financement de l'Etat peut paraître optimiste au vu des pratiques bancaires récentes et contribue donc à favoriser le Schéma de Référence. En général, la MAPP regrette que les conditions du préfinancement n'aient pas été traitées avec tout le détail souhaitable dans le rapport d'évaluation préalable. Même pour une ligne de crédit à court terme, il n'est pas certain que les banques soient prêtes aujourd'hui à consentir des taux très compétitifs aux emprunteurs publics hospitaliers.*

## **3.5.2. Hypothèses de financement en Schéma CP**

### **Structure de financement**

L'Hôpital prévoit un montage en financement de projet de type *corporate* (sans "SPV").

Le montant maximum de la dette bancaire au sein du "paquet de financement", doit couvrir les dépenses d'investissements facturées mais hors TVA et déduction faite des fonds propres imputés au projet par le partenaire privé (5% du montant financé), d'où le montant maximum de 11,5 millions d'euros prévu pour la ressource bancaire (à comparer au chiffre figurant à la dernière ligne du Tableau 1).

Cette dette au sein du "paquet de financement" serait consentie avec une commission d'arrangement de 1,20% et une commission de non utilisation de 0,75%.

### **Préfinancement.**

En période de construction, le partenaire privé emprunte des fonds à court terme destinés à être convertis en une dette à long terme en fin de construction. Comme en Schéma de Référence, le taux est indexé sur Euribor à 3 mois (soit 0,619%), mais avec une marge de 1,00%, soit en tout 1,619% et ces concours ainsi que les intérêts intercalaires sont capitalisés à chaque nouveau tirage. Le partenaire privé bénéficie aussi d'un crédit relais pour les fonds propres au même taux, ceci permettant de n'engager des fonds propres en dur qu'au moment de l'entrée en exploitation.

Un crédit relais a été prévu pour financer à court terme (2 mois) la TVA non encore remboursée (par voie fiscale) au partenaire privé. Ce taux est de 1,219% (marge de 0,6% seulement).

### **Financement.**

Au regard du montant limité de l'investissement et de sa composante essentiellement immobilière, l'Hôpital a prévu que le financement reflèterait une part de fonds propres imputés à l'opération à hauteur de 5% seulement du montant financé (assortie d'un TRI de 10% après impôts), cette quote-part faible de capitaux étant rendue possible par le montage en mode *corporate*. Par ailleurs, compte tenu de la durée envisagée (30 ans), et de la difficulté pour les banques commerciales de prendre en charge les échéances les plus longues du financement, les conseils ont estimé que les conditions actuelles rendent intéressant pour l'Hôpital de demander, à travers la commune de Wattrelos (la «Commune»), le bénéficiaire d'un prêt à caractère social de la Caisse des Dépôts et Consignations (enveloppe Fonds d'Epargne centralisée par la CDC), et ceci pour une part limitée, par exemple 25% du montant à financer. Ce prêt serait négocié initialement par la Commune qui pourrait obtenir de la CDC que le prêt soit accordé directement à l'Hôpital, comme ceci se fait couramment pour des organismes publics de HLM. Dans ce schéma, la Commune pourrait être amenée à intervenir en garantie, pour satisfaire aux exigences de la CDC pour un financement sur fonds d'épargne.

Ce prêt serait assorti d'un taux de 3%.et présenterait une période de grâce de l'ordre de 20 ans en principal.

Le reste à financer (soit 70% du montant du financement) fait l'objet d'un prêt bancaire à 22,5 ans remboursé par annualités constantes en principal et intérêts, et avec cession de créance partielle pour diminuer les coûts de financement. Dans le cas d'espèce, l'Hôpital a prévu:

- un prêt bancaire avec cession-acceptation à l'entrée en exploitation, soit 65,5% du montant financé<sup>2</sup>, à un taux fixe de 3,1%, après *swap* assorti d'une marge de 2,0% (marge de *swap* + marge bancaire: 0,20% + 1,80%), soit en tout 5,10%,
- un prêt bancaire sans cession de créance acceptée sur le solde, soit 4,5% du montant financé, de même profil d'amortissement, à partir du même taux fixe de 3,1%, assorti d'une marge de 2,30% (marge de *swap* + marge bancaire: 0,20% + 2,10%), soit en tout 5,40%.

Ainsi, le coût moyen de la ressource en Schéma CP peut se calculer par le tableau suivant.

---

<sup>2</sup> Pour l'Hôpital, cette proportion permet de respecter la contrainte de 80% maximum de la part correspondant à la dette cédée acceptée au sein des loyers financiers.

**Tableau 4. Coûts de financement en Schéma CP.**

Nature des fonds	Part du total	Taux 1 (*)	Taux 2 (*)
Fonds propres	5%	1,619%	10,00%
Prêt à caractère social (**)	25%	1,619%	3,00%
Dette avec cession acceptée	65,5%	1,619%	5,10%
Dette en risque projet (*)	4,5%		5,40%
Coût global schéma CP	100%	1,619%	4,89%
Coût global Schéma de Réf.	100%	1,619%	4.20%

Notes

(\*) Taux 1 est applicable pendant la période de construction. Taux 2 est applicable pendant la période d'exploitation.

(\*\*) Pour des raisons de simplicité, calculs présentés sur une hypothèse de remboursement en 7,5 années après une grâce de 22,5 années. A chaque échéance la CDC et les autres prêteurs seraient *pari passu* pour le paiement des intérêts

**Observations de la MAPPP**

*La MAPPP valide l'idée d'un montage corporate compte tenu de la taille des investissements et des enjeux sectoriels. Les hypothèses retenues constituent un ensemble cohérent compte tenu des habitudes des banques en général, mais appellent quelques précisions.*

*Les conditions bancaires (taux et commissions d'arrangement et de non-utilisation) sont en général plus favorables pour un emprunteur public que pour un emprunteur privé. Il est vrai que les banques sont plus exigeantes envers les établissements hospitaliers que pour d'autres types d'emprunteurs publics. D'une façon générale, les écarts de taux entre emprunteurs publics et emprunteurs privés ont tendance à se réduire.*

*Par ailleurs, la MAPPP trouve intéressante l'idée de la Commune de faire appel à la Caisse des Dépôts. Il est de fait que pour les projets de construction ou reconstruction d'EHPAD, il n'est pas rare que se portent concurrents des bailleurs sociaux bénéficiant de financements très longs (30, voire 40 ans) qu'ils obtiennent sur l'enveloppe de fonds d'épargne de la Caisse des Dépôts et Consignations dans des conditions privilégiées, ce qui joue sur la concurrence avec d'autres intervenants du marché. Cependant, ce montage devra être encore affiné avec la Direction des Fonds d'Epargne de la CDC au vu du degré de précision actuel notamment en ce qui concerne la garantie de la Commune et l'articulation entre les différentes composantes de la dette.*

*Enfin, la MAPPP rappelle que l'état des marchés financiers ne permet pas d'anticiper leur situation future. Il conviendra pour l'Hôpital de surveiller comment évolueront les taux au moment où devront s'engager les divers candidats à l'attribution du contrat et notamment l'écart des marges entre emprunteurs privés et emprunteurs publics.*

**3.5.3. Coûts spécifiques de montage et gestion de projet****Maîtrise d'œuvre pour le Schéma de Référence**

La loi MOP a pour inconvénient d'interdire une véritable intégration des différents acteurs (maître d'œuvre, entrepreneurs, exploitants-mainteneurs, fournisseurs divers, etc.)

Elle suppose que soient dissociées, au minimum, les activités de conception des activités de construction et d'exploitation ou de maintenance. Il en résulte un risque élevé de difficultés dans la coordination et l'interfaçage des acteurs entre eux, qui pourrait être atténué par un

renforcement de la maîtrise d'œuvre. Ceci conduit à un coût plus élevé en Schéma de Référence en période de construction comme en période d'exploitation.

**Observations de la MAPPP**

*La MAPPP observe que dans le cas du Schéma de Référence, il existe une multiplicité d'intervenants tant pendant la construction, que pendant l'exploitation, ce qui génère de réels besoins de coordination, et donc des coûts associés.*

*Aussi la MAPPP regrette que les conseils aient simplifié à l'extrême la comparaison entre les deux schémas en s'intéressant d'ailleurs davantage à la période de construction, et moins aux charges comparées induites en période d'exploitation.*

**Coûts juridiques et de gestion**

En Schéma CP, l'Hôpital n'a pas retenu d'hypothèses pour les frais de mise en place du montage, il a prévu un montant symbolique de frais de fonctionnement annuels associés à la gestion du montage. Il est vrai que dans le cadre d'un montage *corporate*, ces frais sont faibles.

**Revenus de valorisation**

L'Hôpital a identifié un potentiel de revenus de cette nature liés à la revente soit du bâtiment existant qui sera libéré, soit du terrain sur lequel est construit ce bâtiment (après démolition de celui-ci), soit encore par la réhabilitation éventuelle de ce bâtiment. Le terrain bénéficie en effet d'un accès direct par la voirie existante. Pour la simulation, les conseils ont retenu la solution à la fois la plus probable à leurs yeux et la plus simple: revente du bâtiment et du terrain au partenaire privé en vue du désamiantage et de la démolition (sous conditions de délais) à la charge de celui-ci, avant valorisation du terrain par ses soins et à ses risques. L'Hôpital, au vu des indications fournies par divers intervenants potentiellement intéressés, a estimé qu'il était raisonnable d'envisager un produit net de 400.000 euros de ladite vente. Cette somme viendrait en déduction du montant à financer à long terme lors de la mise en service de l'ouvrage. Si l'Hôpital devait réaliser l'opération en Schéma de Référence, la revente se ferait de façon non optimale (processus préalable de sélection d'un intervenant...) Les conseils ont pensé que ce processus conduirait à une déperdition de 10% de ce montant et à un retard d'un an au moins par rapport à la date de vente en Schéma CP (3 mois après la fin de la construction).

**Observations de la MAPPP**

*Pour la MAPPP, chercher à traiter dans le cadre d'un même contrat la construction du nouveau bâtiment et la valorisation de l'ancien ainsi que du terrain sur lequel il est construit constitue une idée intéressante pour minorer les délais (l'Hôpital ne disposant, d'après les conseils, d'aucune équipe en propre capable de rechercher des acheteurs potentiels et de négocier avec eux).*

*Toutefois, la MAPPP recommande lors de la compétition, de demander au partenaire privé de s'engager sur un montant minimum et qu'en tout état de cause, l'Hôpital conserve la possibilité d'accepter comme de refuser cette option. La MAPPP recommande aussi à l'Hôpital de prévoir dans le contrat qu'il conserve le droit de demander au partenaire privé d'organiser une recherche d'acheteurs en bonne et due forme en contrepartie d'une commission à cette fin qui resterait acquise au partenaire privé.*

### 3.6. Analyse de la valeur actuelle nette ("VAN") des coûts

La méthode historique (recalage des calendriers) pénalise souvent le Schéma CP, parce que, même si elle corrige les effets de l'actualisation défavorables au CP du fait d'un calendrier plus rapide de réalisation des investissements –et donc de décaissements–, elle ne reflète pas les gains liés également à ce calendrier plus rapide. Par ailleurs, pour l'Hôpital, le calcul de la VAN des coûts avant prise en compte des risques n'a qu'une valeur indicative, la différenciation entre schémas n'intervenant vraiment que dans le cadre de l'analyse des risques.

#### 3.6.1. Etude avant prise en compte des risques

La VAN des coûts en valeur 01/11/2011 pour l'Hôpital avant prise en compte des risques et sur la base d'une actualisation au taux de 4,20% (coût de la ressource en Schéma de Référence) est donnée par le tableau suivant.

Tableau 5. VAN des coûts avant risques en M€ HT valeur 01/11/2011.

	Schéma de Réf. (a)	Schéma CP (b)	Variation (b-a)/a
VAN (*)	18,60	19,42	+ 4,41%
VAN (**)	18,60	18,79	+0,01%

Notes

- (\*) VAN des coûts sans recalage du calendrier d'investissement en CP, avantages socio-économiques non pris en compte.  
 (\*\*) VAN des coûts sans recalage du calendrier d'investissement en CP, avantages socio-économiques pris en compte.

Dans cette première analyse sommaire, sans prise en compte des risques, **le Schéma CP est légèrement moins avantageux que le Schéma de Référence**, ce qui renvoie aux hypothèses très conservatrices retenues (notamment en matière de maîtrise d'œuvre). On voit que la prise en compte de l'avantage socio-économique créé (bâtiment totalement aux normes en matière de sécurité sanitaire, meilleures conditions de vie / d'habitabilité des personnes hébergées, meilleur service aux familles, qualité HQE et diminution de la trace carbone...) compense pratiquement l'écart, mais laisse encore un très léger avantage au Schéma de Référence, au point où la précision de l'exercice ne permet pas de conclure (cet avantage socio-économique étant calculé par valeur inférieure).

#### 3.6.2. Identification des risques, répartition, impact

Les conseils ont utilisé une méthodologie d'évaluation directe des risques: après établissement d'une matrice des risques aussi complète que possible compte tenu de la taille du dossier, ils ont fait correspondre une probabilité d'occurrence et une sévérité à chacun des risques, rapporté au coût de chaque sous-ensemble auquel le risque se rattache: conception, construction, maintenance, ceci en distinguant la part supportée par l'Hôpital de la part supportée par le co-contractant. Puis ils ont retenu uniquement les risques dont l'impact était le plus important pour les deux schémas. Cette étude est reprise dans le tableau suivant.



**Tableau 6. Identification et valorisation des risques (origine Hôpital).**

Catégorie / libellé (*)		Schéma de référence	Schéma CP
1	Aléas / conception	Retard 0,8 mois	Retard 0,1 mois
2	Aléas / construction	Surcoût construction: +10,2% travaux, retard : +1,5 mois	Surcoût construction: +2,9% travaux, retard : +0,2 mois
3a	Aléas / maintenance & exploitation	Surcoût maintenance & exploit: +8,5% /an	Surcoût maintenance & exploit: +1,2% /an

Notes

(\*) Il s'agit d'aléas non couverts par les enveloppes de tolérance

Rappel: l'impact d'autres aléas comme l'évolution des taux d'intérêt, qui constituent des données exogènes par rapport aux contrats signés, est traité sous la forme de tests de basculement.

**Observations de la MAPPP**

La MAPPP note que l'analyse des risque et de leur impact a été menée en appliquant une méthode rudimentaire basée sur des scénarios probabilité / sévérité (méthode dite par «lois discrètes»). Même si cette méthode se justifie pour de faibles montants d'investissement, la MAPPP considère que cette analyse aurait pu être plus poussée, notamment en ce qui concerne l'interdépendance éventuelle et la combinatoire entre les risques retenus.

La MAPPP trouve intéressant le fait que les conseils se soient interrogés sur les aléas susceptibles d'apparaître lors du déroulement des procédures. Toutefois, ce n'est pas de risque qu'il s'agit, au sens où il n'y a pas de dérive par rapport à des engagements contractualisés, puisque précisément les procédures sont en amont de la contractualisation. Par contre de tels aléas (qu'il est possible d'estimer par des considérations statistiques) auraient pu être pris en compte dans le calendrier de l'opération lui-même (cf. Figure 1 ci-dessus).

**3.6.3. Etude après prise en compte des risques.**

Compte tenu des hypothèses retenues, la VAN des coûts en valeur 01/11/2011 pour l'Hôpital après prise en compte des risques et sur la base d'une actualisation au taux de 4,20% est donnée par le tableau suivant.

**Tableau 7. VAN des coûts après risques en M€ HT valeur 01/11/2011.**

	Schéma de Réf. (a)	Schéma CP (b)	Variation (b-a)/a
VAN (*)	23,88	21,70	- 9,13%
VAN (**)	23,88	20,40	- 14,57%

Notes

(\*) VAN des coûts telle que calculée par les conseils, avantages socio-économiques non pris en compte.

(\*\*) VAN des coûts calculée par les conseils, avantages socio-économiques pris en compte.

A titre d'information, en Schéma CP, et pour la première année d'exploitation complète (année 2015) le coût annuel net pour l'Hôpital (redevance payée au partenaire privé) s'élèverait à 1,109 millions d'euros HT.

Au travers des tableaux précédents, il est possible de différencier les deux schémas:

- si avant prise en compte des risques, un faible écart en faveur du Schéma de Référence apparaît, un raisonnement complet basé sur la prise en compte des risques (le seul qui soit économiquement pertinent) fait apparaître un avantage net pour le contrat de partenariat,
- l'impact de la prise en compte des avantages liés à une mise en service plus rapide des investissements en CP améliore ce résultat.

#### ***Observations de la MAPP***

*La MAPP constate sur la base de calculs effectués que la prise en compte des risques permet au Schéma CP de devenir plus intéressant que le Schéma de Référence. Le fait que les coûts récurrents avant risques soient les mêmes dans les deux schémas (simplification qui présente l'avantage de ne pas étudier les comportements des acteurs propres à chacun des deux schémas) fait que cette différenciation est artificiellement reportée après prise en compte des risques alors qu'elle aurait pu apparaître déjà avant (surtout en prenant en compte les avantages socio-économiques). D'une manière générale, la MAPP constate que l'application de la méthodologie basée sur cette notion d'avantage socio-économique et développée précisément pour les cas de recours au critère de l'efficacité contribue significativement à l'aspect favorable du Schéma CP.*

### **3.7. Sensibilité et tests de basculement**

Il est important de s'interroger sur la résistance de l'écart de VAN en faveur du CP à différents aléas. A cet égard, les conseils ont réalisé des tests, classiques, de basculement sur les coûts de construction et d'exploitation, et aussi sur les conditions de financement.

- En matière de coût de construction, une augmentation de 27% du coût de construction en Schéma CP annulerait l'avantage que présente la VAN du Schéma CP par rapport à celle du Schéma de Référence,
- En matière de coût d'exploitation-maintenance, une dérive de 41% environ également des coûts récurrents en Schéma CP annulerait l'avantage que présente la VAN du Schéma CP par rapport à celle du Schéma de Référence.
- En matière de conditions de financement à long terme, la neutralisation de l'avantage que présente la VAN du Schéma CP par rapport à celle du Schéma de Référence nécessiterait une élévation du taux de financement privé de 289 points de base!

Les résultats des deux premiers tests ci-dessus reflètent le fait que l'économie de l'opération repose plus sur l'investissement (redevance «immobilière» élevée par rapport à la redevance d'exploitation-maintenance). Le troisième test fait apparaître le contrat de partenariat comme relativement protégé contre les risques de variation de taux d'intérêt d'autant plus qu'il est peu vraisemblable que les taux pour des emprunteurs privés s'élèvent sans que les taux pour les emprunteurs publics ne s'élèvent parallèlement.

L'ensemble de ces réflexions permet de considérer l'avantage du schéma CP comme robuste.

## 4. Synthèse de l'avis

La pertinence du recours au contrat de partenariat est établie au titre du "bilan le plus favorable" (ou de l'"efficacité") comme au titre de la complexité.

L'analyse comparative a pris en compte une seule formule alternative au contrat de partenariat, un schéma en Loi MOP enchaînant après un marché de programmation et des marchés d'études en amont, un marché de maîtrise d'œuvre, des marchés de travaux ainsi que des marchés de fourniture pour la réalisation, puis des marchés d'exploitation-maintenance.

L'analyse fait apparaître un bilan plus favorable du contrat de partenariat au vu de la valeur actuelle nette (VAN) des coûts nets globaux après prise en compte des risques et des avantages socio-économiques, bilan conforté par les résultats des tests de basculement. Par ailleurs, un certain nombre de facteurs complémentaires viennent renforcer l'intérêt du contrat de partenariat:

- l'impact différentiel de l'approche globale du CP sur les coûts de maintenance avant risques n'a pas été approfondi, ce qui neutralise l'avantage sur ce point du Schéma CP,
- aucun revenu de valorisation (services à la personne) autre que la revente de l'ancien bâtiment ou, après démolition, du terrain sur lequel il est construit n'a été mentionné ou chiffré (alors qu'il aurait été possible d'étudier le cas des services à la personne) ce qui fait que sur ce point également l'avantage du Schéma CP n'a pas été pleinement pris en compte,
- le Schéma de Référence présente différents inconvénients en termes d'interfaces entre les différents lots et entre la phase de construction et celle d'entretien-maintenance et d'exploitation de l'ouvrage, ce qui normalement aurait dû conduire à prendre en compte des coûts de gestion plus élevés pour l'Hôpital.

Les observations formulées ci-dessus conduiraient probablement à un bilan plus favorable au Schéma CP, si elles étaient examinées et intégrées dans le bilan chiffré couts-avantages.

Compte tenu des éléments apportés et des calculs ponctuels complémentaires effectués par la MAPPP, celle-ci émet un avis favorable au choix du contrat de partenariat pour le projet de reconstruction de l'EHPAD de Wattrelos. Elle recommande enfin de vérifier avant signature du contrat que les avantages attendus d'un tel choix ont bien été obtenus, après prise en compte notamment des conditions réelles telles qu'elles résulteront des propositions des candidats.

Le Directeur de la MAPPP

François BERGERE