

BAUX COMMERCIAUX

Le loyer des cliniques depuis la réforme de la tarification à l'activité (T2A) ^{176r1}

L'essentiel

Face à un parc immobilier de plus en plus inadapté et à l'achat d'équipements toujours plus coûteux, les cliniques cherchent à rationaliser leur gestion, ce qui nécessite de trouver la méthode adéquate pour déterminer le montant de leurs loyers.



Étude par
Jean-Marie MOYSÉ
Avocat à la cour, barreau
de Paris, spécialiste
en droit immobilier
et en droit fiscal



et Thierry BERGERAS
Président de Bergeras
Expertises, expert en
finance et en estimations
immobilières près la
cour d'appel de Paris,
expert agréé par la Cour
de cassation, chartered
surveyor, SFAF

progrès du matériel technique mis à la disposition des chirurgiens.

De ce fait, les cliniques, qui ont été construites en grand nombre pendant cette période, ont été conçues dans l'optique d'une chirurgie classique avec un nombre important de lits, les actes chirurgicaux nécessitant une longue hospitalisation du patient, avec tous les services hôteliers nécessaires à son bien-être et son rétablissement.

Ce parc de cliniques, toujours en activité à l'heure actuelle, se trouve surdimensionné, dans la mesure où les actes chirurgicaux, même les plus sérieux, ne nécessitent plus de longues hospitalisations, la chirurgie moderne étant bien moins traumatisante que celle qui était pratiquée auparavant. À titre d'exemple, un accouchement ou une appendicite ne requiert aujourd'hui qu'une hospitalisation de courte durée, soit deux ou trois jours maximum.

Les remboursements de la Sécurité sociale ne sont plus calculés à la journée d'hospitalisation mais à l'acte chirurgical, depuis la réforme de la tarification à l'activité, dite T2A, qui remonte à l'année 2005 et résulte de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 (art. 22 à 34).

En plus de l'investissement immobilier surdimensionné et coûteux, les cliniques doivent s'équiper avec des matériels de plus en plus perfectionnés et très onéreux, pour donner aux patients les soins qu'ils sont en droit d'attendre d'une médecine et d'une chirurgie modernes.

Les cliniques hôtelières du passé n'étant plus rentables, en raison du coût des équipements, notamment radiologiques, auquel s'ajoutent la baisse des remboursements de la Sécurité sociale et l'augmentation des charges sociales de travail, les exploitants deviennent très attentifs au poids que représentent, pour leur exploitation, les loyers qu'ils acquittent au titre des murs de la clinique.

II. LA PROPRIÉTÉ DES MURS DES CLINIQUES

Au début du siècle dernier, le « grand patron » était propriétaire du terrain et des murs de sa clinique, où il exerçait seul son art en pratiquant la chirurgie générale traditionnelle.

À partir des années 60, l'exploitation d'une clinique a nécessité – comme nous l'avons vu – la présence de praticiens spécialisés, associés à la réussite de l'entreprise et participant aux investissements nécessaires au succès.

Généralement, la construction de la clinique se trouvait assurée par la totalité des chirurgiens qui lui étaient rattachés, lesquels constituaient une structure destinée à

I. RAPPEL HISTORIQUE

Traditionnellement en France, et jusqu'à la fin des années 1980 – qui ont vu apparaître le début de la chirurgie moderne et les déficits abyssaux de la Sécurité sociale –, les chirurgiens des villes d'importance moyenne, de même que ceux des grandes villes, étaient considérés comme de « grands patrons », et exerçaient à ce titre leurs activités à la fois à l'hôpital public du ressort et dans une clinique privée doublant le service public hospitalier.

À partir des années 60, les praticiens, pour l'essentiel des généralistes pratiquant aussi bien la chirurgie viscérale que la chirurgie osseuse, ont été remplacés par des spécialistes pratiquant uniquement un type de chirurgie, comme celle du système digestif, la cardiologie, la neurologie, alors que la chirurgie osseuse se spécialisait elle-même par branches : articulaire, vertébrale, fractures complexes, etc.

C'est à partir de cette époque que se sont constituées des équipes chirurgicales attachées à des cliniques privées dont elles assuraient la prospérité.

La rentabilité des cliniques dépendait essentiellement des jours d'hospitalisation, assurant à l'exploitant un revenu hôtelier important par l'occupation des chambres.

Il convient de se rappeler qu'à cette époque était pratiquée une chirurgie traumatisante et saignante, puisque l'on ne connaissait pas encore la chirurgie par endoscopie, laquelle n'a pu être pratiquée par la suite qu'en raison des

recevoir la propriété des murs dont la construction était réalisée grâce à des emprunts bancaires pour le remboursement desquels ils se portaient caution.

Cette technique de « pierre hors bilan », par opposition à une acquisition des murs par la société d'exploitation de la clinique, appelée généralement « pierre au bilan », avait pour but de séparer la propriété des murs de la clinique de sa structure d'exploitation.

Pour rembourser l'emprunt nécessaire à la construction, la structure d'exploitation versait à la structure propriétaire des murs un loyer correspondant à peu près au montant des remboursements d'emprunts, l'opération étant indolore pour les investisseurs, en raison d'un taux d'imposition très favorable aux revenus fonciers et de l'absence de risque d'impayé des loyers par la structure d'exploitation, largement bénéficiaire.

Le plus souvent, la propriété des murs était recueillie par une société civile immobilière composée, au niveau de ses associés, par les chirurgiens et médecins exerçant au sein de la structure d'exploitation.

Par ce moyen, les praticiens se constituaient une retraite complémentaire d'autant plus confortable que les emprunts se trouvaient remboursés.

En effet, les associés des structures propriétaires de murs de cliniques ont pris l'habitude de percevoir des revenus fonciers conséquents dès que l'emprunt nécessaire à la construction se trouvait remboursé et, partant, l'intégralité des loyers versée aux associés.

Tant que la Sécurité sociale remboursait les journées d'hospitalisation à l'unité jour, les recettes des cliniques étaient suffisantes pour permettre le paiement de loyers importants calculés, non à partir d'une valeur locative normale, mais à partir du montant du remboursement de l'emprunt lié à la construction de l'immeuble.

Les choses ont changé avec l'instauration, le 1^{er} mars 2005, du système T2A, lequel se caractérise par un remboursement effectué par la Sécurité sociale en fonction des actes médicaux et pour des périodes d'hospitalisation limitées par la pratique d'une chirurgie moderne.

De plus, les murs des cliniques et leurs équipements, qui avaient été conçus à l'époque de la chirurgie ancienne, se sont révélés inadaptés pour l'exercice d'une chirurgie n'exigeant que des périodes d'hospitalisation très courtes.

Les cliniques se sont trouvées surdimensionnées, obsolètes et coûteuses en présence d'espaces partiellement occupés et souvent inadaptés aux exigences de la médecine moderne.

Un conflit a donc rapidement opposé les médecins retraités ou leurs héritiers, qui contrôlent les sociétés civiles propriétaires des murs, et le personnel médical qui les a remplacés dans la société d'exploitation de la clinique.

Ce conflit porte sur la diminution du loyer afin de permettre de moderniser la structure de la clinique et ses équipements, alors que les revenus des sociétés d'exploitation des cliniques ne cessent de diminuer depuis l'année 2005, suite à l'instauration par la Sécurité sociale du remboursement à l'acte.

III. LE DÉCLIN DU PARC IMMOBILIER DES CLINIQUES

En 1994, il résulte des publications de l'Observatoire économique et financier des cliniques privées françaises qu'en 1992, il existait 1014 établissements, en 2009, 579 établissements, tandis qu'en 2010, le nombre d'établissements a chuté à 570.

En moins de vingt ans, le nombre des cliniques s'est trouvé divisé par deux, en raison soit de fermetures, soit de regroupements.

L'autorisation de construire des cliniques étant très difficile à obtenir, il est devenu indispensable de pouvoir restructurer les établissements existants pour les adapter à une médecine moderne soit ambulatoire, soit de courte hospitalisation.

Les ressources des cliniques et leurs marges bénéficiaires allant en s'amenuisant, alors que, selon les mêmes sources, 72 % des établissements se situent en-dessous du seuil de résultats de 3 %, 35 % étant en déficit, il est apparu indispensable de revoir les méthodes d'évaluation des loyers des cliniques pour leur permettre de faire face à une restructuration de l'immobilier, accompagnée de l'acquisition des équipements modernes nécessaires, cette restructuration et ces équipements permettant d'améliorer les recettes d'exploitation.

Un conflit oppose donc aujourd'hui les propriétaires des murs aux associés des sociétés d'exploitation des cliniques, conflit qui ne peut se résoudre qu'en adoptant des méthodes d'évaluation du loyer des cliniques tenant compte des nouvelles contraintes résultant de l'adaptation du parc immobilier existant, du coût de cette adaptation, du coût des équipements, ainsi que des remboursements de plus en plus limités pour les périodes d'hospitalisation.

Il convient de noter que, depuis une vingtaine d'années, des groupes financiers importants investissent en rachetant des cliniques, soit afin de les rentabiliser, soit afin de les restructurer ou de les regrouper par suppression des existantes et constructions de bâtiments modernes parfaitement adaptés à la chirurgie d'aujourd'hui.

Il reste cependant à ce jour encore un grand nombre de cliniques toujours exploitées selon le schéma ancien, les murs restant la propriété des praticiens fondateurs et de leurs héritiers, alors que la société d'exploitation se trouve détenue par de nouveaux praticiens obligés d'acquitter un coût de l'immobilier constituant une charge importante au regard des résultats d'exploitation.

“ Pour évaluer le loyer des cliniques, la méthode des recettes hôtelières n'est plus utilisable aujourd'hui ”

La méthode hôtelière anciennement utilisée pour fixer le loyer des cliniques est aujourd'hui totalement inadaptée aux réalités de leur exploitation, et le niveau élevé des loyers, conséquence de l'adéquation du loyer au coût du remboursement de l'emprunt contracté par les fondateurs lors de la construction, n'est plus supportable.

IV. FIXATION DU LOYER DES CLINIQUES AU REGARD DES BAUX COMMERCIAUX

Les murs de clinique sont, par définition, ce qu'on appelle des locaux monovalents, c'est-à-dire des locaux qui ont été construits pour le seul usage de cliniques médicales ou chirurgicales. En effet, la transformation de ces locaux pour un autre usage nécessiterait la réalisation de travaux importants et coûteux. Par application de l'article R. 145-10 du Code de commerce, la valeur locative des locaux monovalents n'est pas fixée conformément aux critères d'évaluation tels que précisés par l'article L. 145-33 du même code, mais simplement en fonction des usages observés dans la branche d'activité considérée.

À l'époque ancienne, on utilisait principalement les recettes hôtelières pour évaluer le loyer des cliniques, du fait de la concordance entre le nombre de lits et les recettes d'hospitalisation, ce qui rapprochait les cliniques des hôtels.

Cette méthode hôtelière n'est plus utilisable aujourd'hui. En effet, les remboursements de la Sécurité sociale ne sont plus calculés en fonction de journées d'hospitalisation, mais en fonction des actes médicaux et chirurgicaux. De plus, une grande partie de la chirurgie actuelle est ambulatoire, sans nécessité d'hospitalisation du patient, lequel ressort le jour même de l'intervention. Les autres actes chirurgicaux, même importants, ne nécessitent plus que des durées d'hospitalisation réduites.

De ce fait, la rentabilité des cliniques est conditionnée par la réalisation du plus grand nombre d'actes chirurgicaux dans un temps aussi réduit que possible, avec pour corollaire une rotation importante des patients. Ces derniers ne séjournent plus aussi longtemps dans la clinique suite à l'intervention qu'ils subissent.

Les anciennes méthodes d'évaluation du loyer, en usage pour les cliniques, doivent donc être revues en fonction de la réalité des actes, mais aussi en fonction de l'inadaptation d'un immobilier trop vaste, obsolète et onéreux pour les praticiens.

Il convient donc d'engager une réflexion permettant de dégager de nouveaux usages pour la fixation et la révision du loyer des cliniques. Tel sera l'objet des développements qui vont suivre.

V. PROPOSITION DE NOUVEAUX USAGES POUR LA DÉTERMINATION DU LOYER DES CLINIQUES

La tarification à l'activité (T2A) a eu pour conséquence la déconnection de la valorisation de l'immeuble avec celle de son activité, puisque le chiffre d'affaires d'une clinique dépend de la pathologie de ses patients, et non plus de la durée de leur séjour dans les murs.

Le premier paradoxe de cette réforme, censée induire des économies pour l'assurance maladie, consiste en l'attractivité persistante des murs de cliniques pour les professionnels de l'immobilier, toujours rémunérés par les loyers issus de baux historiques conclus avec les médecins investisseurs et constructeurs de la clinique. En dépit des difficultés et des restructurations, le rendement locatif net des cliniques, tel qu'il est escompté par les foncières, se situe entre 6,5 % et 7,5 % de la valeur de l'actif acheté (source IGAS, rapport 2012). Le coût moyen

du m² est stable aux environs de 114 €/m²/an. Le coût de l'immobilier rapporté au lit est de 8 670 € en 2012.

Le second paradoxe tient au fait que les renouvellements de baux ne donnent actuellement lieu qu'à peu de procédures, et que les négociations amiables priment sur toute action contentieuse.

Mais qu'en sera-t-il prochainement ? Nul ne le sait, à l'heure où les pouvoirs publics remettent en cause des autorisations d'activité, fragilisant ainsi certains établissements.

Quel est le fondement légal de la fixation d'un loyer pour un local monovalent ? L'article L. 145-36 du Code de commerce précise que « le prix du bail des locaux construits en vue d'une seule utilisation peut, par dérogation aux dispositions qui précèdent, être déterminé selon les usages observés dans la branche d'activité considérée ».

Personne ne peut contester le fait que les cliniques sont des locaux monovalents. Personne non plus ne peut nier, depuis l'application de la T2A, l'absence d'un véritable usage codifié commun à l'ensemble de la profession du secteur hospitalier privé.

Quelles seraient les méthodes adaptées pour évaluer un loyer lors d'un renouvellement de bail ? Cette problématique s'applique aujourd'hui uniquement aux établissements privés, même si l'hôpital public est, lui aussi, soumis au même régime de la T2A.

Avant de proposer des solutions, revenons un instant sur l'état de la jurisprudence rendue depuis la nouvelle tarification.

VI. ÉTAT DE LA JURISPRUDENCE

Quelques décisions ont été rendues :

TGI Tours, loyers commerciaux, 27 mai 2010, n° 09/01803, SA à directoire Clinique Velpeau c/ SAS Maison de santé Velpeau. Dans cette espèce, après avoir transformé un établissement de clinique chirurgicale en une activité de soins de suite (SSR), le preneur engage une action au titre de l'article L. 145-39 du Code de commerce pour une révision à la baisse du loyer. Dans cette affaire, la méthode métrique prévaut pour le tribunal.

Le TGI avait considéré que le bailleur n'avait pas à subir, pour le calcul du loyer qui lui est dû, « la référence à des critères totalement aléatoires et extrinsèques à son immeuble (équipement, compétences, installations techniques, variation des tarifications internes, honoraires, vacances, renégociations de tous éléments liés à la mise en place de la tarification à l'activité ou à la pathologie depuis 2005, T2A, contrôles et injonctions diverses des autorités de tutelle) (...) ; dès lors, la seule méthode recevable non arbitraire et non aléatoire à retenir pour fixer le prix est celle dite métrique (...) ».

Ce jugement est confirmé par un arrêt de la cour d'appel d'Orléans (CA Orléans, 26 mai 2011, n° 10/01741).

Cass. 3^e civ., 11 déc. 2012, n° 11-21910, 26 mai 2011, rejet pourvoi c/ CA Orléans, ch. com., éco. et fin., SA à directoire clinique Velpeau c/ SAS Maison de santé Velpeau. Cet arrêt admet :

- la méthode de la surface pondérée comme mode de détermination du loyer ;
- la pondération à 1 du bâtiment principal.

La Cour de cassation se réfugie derrière le « pouvoir souverain d'appréciation » du juge du fond. Cet arrêt ne valide pas les méthodes d'évaluation de loyer retenues par la cour d'appel, mais ne trouve rien à redire. Il n'y a pas de réponse sur cet aspect méthodologique.

Toutefois, cet arrêt étant simplement diffusé, et non publié, il ne peut servir de référence.

TGI Paris, loyers commerciaux, 5 déc. 2011, n° 07/06178, SCI Foncière Chevaleret Cantagrel c/ SA Clinique Jeanne d'Arc. Dans cette espèce, le tribunal adopte la méthode métrique et précise que, faute d'usages relevés dans l'article R. 145-10 du Code de commerce, la règle de l'article L. 145-33 du même code s'applique et le loyer est fixé à la valeur locative.

TGI Paris, loyers commerciaux, 21 juin 2011, n° 08/11679, SCI Avenue 17^e c/ Sté Clinique chirurgicale Dautancourt. Dans cette espèce, le tribunal adopte la méthode métrique, tout en reconnaissant la possibilité d'adopter la méthode dite du chiffre d'affaires (GHS) si les données avaient pu être exploitées, et il insiste sur le fait que, faute d'usages relevés dans l'article R. 145-10, la règle de l'article L. 145-33 s'applique et le loyer doit être fixé à la valeur locative.

CA Aix en Provence, 11^e ch. B, 28 mars 2013, n° 10/13609, SAS Clinique de la Ciotat c/ SCI La Licorne. Dans cette dernière espèce, la méthode métrique est adoptée car elle est, pour la cour d'appel, indépendante du chiffre d'affaires réalisé et elle rend compte de la nature du bâtiment occupé. Elle a exclu les méthodes fondées sur l'excédent brut d'exploitation (EBE) et sur le chiffre d'affaires théorique attaché à la partie immobilière.

“ L'absence reconnue d'usages a naturellement conduit le juge à revenir aux méthodes classiques d'évaluation du loyer, notamment par l'application de la méthode métrique ”

Ces décisions rendues concernent des situations relativement comparables et reflètent bien l'état de la jurisprudence sur plusieurs questions en suspens, à la suite de la mise en application de la T2A. En constatant l'absence d'usages, ces décisions ont clos le débat relatif à l'existence d'usages éventuels pour la fixation du loyer des cliniques.

Cette absence reconnue d'usages a naturellement conduit le juge à revenir aux méthodes classiques d'évaluation du loyer, notamment par l'application de la méthode métrique, sans pour autant exclure d'autres méthodes, dès lors qu'elles peuvent s'appliquer sur la base de données fiables.

VII. ÉTAT DE LA POSITION DOCTRINALE

Faut-il se limiter à la méthode métrique ? Peut-on la confronter à d'autres méthodes ?

Dans des articles publiés à la suite de l'application de la tarification T2A, l'expert Jean-Pierre Mignot prenait acte de l'impossibilité de se référer au chiffre d'affaires dans la mesure où il est très difficile de distinguer le CA résultant de la propriété des murs de celui résultant de

la seule activité exercée par le preneur. Il proposait de recourir plutôt à la méthode de rentabilité pour les biens appartenant au propriétaire, et concluait que « toute autre méthode serait inappropriée et inéquitable ».

L'expert Michel Marx proposait pour sa part de retenir le prix au lit, une quote-part de la recette globale ou la méthode métrique – qu'il semble privilégier lorsqu'il écrit que « la prise en compte des locaux de même nature relèvent bien de l'article 145-10 ».

L'expert José Martins, dans son intervention à l'université d'automne de la Compagnie nationale des experts judiciaires immobiliers (CNEJI), proposait la méthode métrique, malgré ses limites. Il envisageait également la méthode de l'EBE, qui permet de prendre en compte « les capacités contributives de l'établissement », et aussi la méthode du chiffre d'affaires théorique immobilier, qui consiste à ne prendre en compte que le CA lié à l'actif immobilier, auquel on applique un taux d'effort compris entre 6 et 13 % de ce CA pour la détermination du loyer.

Au regard des propositions de ces professionnels, force est de constater l'utilisation conjointe de plusieurs méthodes, lorsque cela est possible : méthode métrique, méthode du chiffre d'affaires, méthode de l'excédent brut d'exploitation ou autre méthode de rentabilité.

Ces méthodes sont-elles conciliables pour la fixation d'un loyer renouvelé ?

Pour exploiter ce débat d'experts, il convient d'appréhender la portée de ces différentes méthodes autres que métrique, qui intègrent *in fine* une notion de rentabilité. C'est bien entendu le cas des méthodes basées sur l'EBE ou la capitalisation, mais aussi celles basées sur le chiffre d'affaires.

Par exemple, la méthode dite du CATI (chiffre d'affaires théorique immobilier) exprime une valeur en pourcentage d'un CA retraité. La détermination de ce pourcentage intègre implicitement une notion de rentabilité. Admettre qu'un loyer d'une première clinique vaut un certain pourcentage du CA retraité, alors que le loyer d'une seconde clinique est appréhendé à partir d'un autre pourcentage, équivaut à apprécier comparativement les rentabilités respectives de ces deux cliniques. De surcroît, il est bien admis que, s'agissant de locaux monovalents, le bailleur ne peut occulter totalement l'activité réellement exercée dans les lieux.

Revenons sur le panel des méthodes disponibles.

1. La méthode métrique

Elle consiste à dégager une superficie pondérée et à multiplier le résultat observé par un prix au mètre carré de biens comparables. Elle se doit de respecter la règle des trois unités : l'unité de lieu (disposer de loyers comparables et pertinents dans une zone géographique la moins étendue possible) ; l'unité de temps (disposer de loyers comparables à une date la moins éloignée de celle de notre étude), et l'unité du bien (obtention de loyers d'actifs comparables et analyse des composantes de leurs loyers faciaux).

Application :

- surface utile : 1 500 m²
- surface pondérée : 1 200 m²P
- valeur locative : 120 €/m²P

Valeur du loyer : $1\,200\text{ m}^2 \times 120\text{ €} = 144\,000\text{ €}$

Cette méthode remporte les suffrages de la jurisprudence récente, qui admet une pondération de 1 sur l'ensemble des étages (hors sous-sol et éléments spécifiques) et l'utilisation de référentiels issus également d'immeubles de bureaux. Cette méthode, basée sur l'analyse d'un marché local déterminable plutôt que sur la rentabilité intrinsèque de l'établissement, est à la fois reconnue et simple d'application. L'utilisation de la pondération permet de moduler la valorisation des locaux en fonction de leur utilité.

2. La méthode du chiffre d'affaires

La méthode du chiffre d'affaires (ou quote-part de la recette globale) associée à un taux d'effort est basée sur un CA, généralement bien identifiable. Il convient cependant de le retraiter en fonction de son origine immobilière/activité, ce qui peut parfois laisser une part d'arbitraire dans la répartition proposée par l'expert.

Application :

- CA retenu pour la seule part liée au bien immobilier (on retranche toutes les prestations de services annexes, telles que le téléphone, l'utilisation de certains appareillages spécifiques, tels que scanner, radiologie...) : 5 000 000 € ;

- taux d'effort lié principalement à l'adaptation de l'établissement à l'activité exercée : entre 6 et 13 % (ici, nous retiendrons 8 %). Ce taux d'effort prend en compte l'adéquation et le taux de remplissage des locaux, de même que la rentabilité de l'ensemble.

Valeur du loyer : $8\% \times 5\,000\,000\text{ €} = 400\,000\text{ €}$

Cette méthode nous semble peu adaptée compte tenu des difficultés pour répartir le chiffre d'affaires selon son origine et justifier du taux d'effort retenu.

3. La méthode de l'évaluation par les coûts ou méthode dite « de rentabilité »

C'est la méthode qui aurait pu être adoptée par les deux parties à l'origine du bail, si le loyer n'avait pas été déterminé en fonction d'impératifs de remboursement d'emprunt. Elle découle du fait que la valeur d'un bien est liée aux revenus qu'il procure.

Rappelons qu'aujourd'hui, dans les cliniques, le même lit peut conduire à constater un rapport de 1 à 15 en fonction de la qualité de la gestion du preneur. En effet, avec le même matériel, on obtient des résultats très différents. Cette valeur ajoutée du preneur ne doit pas, en principe, profiter au bailleur, même si, dans un local monovalent, le bailleur ne peut ignorer l'activité du preneur.

Mais pour autant, cette méthode de rentabilité ne prend en compte que la rentabilité escomptée du bailleur propriétaire des murs, qui attend de son bien un certain rendement. Le loyer, tel qu'il est évalué par cette méthode, correspond au rendement attendu de la part contributive qui revient au propriétaire.

Pour fixer la valeur locative, on procède à une évaluation de la valeur vénale des murs à partir du prix de reconstitution à neuf, duquel on déduit un certain nombre d'abattements permettant d'ajuster cette valeur à l'état réel du bien (taux de vétusté). On y ajoute le prix du terrain et on obtient la valeur de l'immeuble.

Reste à déterminer le taux de rendement que le propriétaire est en droit d'attendre.

La formule est la suivante : valeur du loyer = (valeur du terrain + valeur des constructions du bâtiment expertisé) / taux de rendement escompté

Comment apprécier ce taux de rendement ? Ce taux sera estimé de préférence à partir des rentabilités historiques issues du marché locatif des cliniques (rendement attendu par les foncières de 6,5 % à 7,5 %).

On peut également déterminer le taux de rentabilité à partir d'une approche financière combinant un taux « sans risque » à 10 ans (AAA zone euro) avec une prime de risque liée au marché financier, pondéré par un coefficient de risque du marché de l'immobilier médical (5 %). Il en résulterait le taux de rentabilité suivant : $2,5\% + 70\% \times 5\% = 7\%$.

La prime de risque d'un marché financier mesure l'écart de rentabilité attendue entre le marché dans sa totalité et l'actif sans risque (l'obligation d'État). Notons que, par construction, le taux de 100 % serait retenu pour un investissement sur le CAC 40, lui-même assez bien représentatif des fluctuations de l'économie générale. Les fluctuations de rentabilité de l'immobilier dans le domaine médical apparaissant atténuées par rapport à l'économie générale, nous avons limité le coefficient à 70 %.

Application :

- valeur du terrain : $1\,000\text{ m}^2 \times 50\text{ €}$

- valeur de construction : $5\,000\text{ m}^2 \times 2\,000\text{ €}$

- valeur nette : 20 % de vétusté (la lecture des comptes facilite l'application du taux de vétusté)

- taux de rendement : 7 % (usuel dans le domaine médical, et notamment celui des cliniques, et cohérent avec le calcul précédent)

Valeur du loyer : $= [(1\,000 \times 50) + (2\,000 \times 5\,000) \times 0,80] / 7\% = 1\,150\,000\text{ €}$

Le succès de cette méthode est intimement lié au taux de capitalisation, qu'il convient de bien choisir. Sa mise en œuvre exige la connaissance du revenu de l'immeuble à évaluer et la recherche du taux de capitalisation adapté au type d'immeuble. L'écart des taux entraîne de grandes disparités de valeurs, d'où la nécessité de bien cerner la rentabilité spécifique au marché des cliniques. Aussi, une étude de marché s'impose à tout praticien de cette méthode.

VIII. CONCLUSION

Aujourd'hui, la question centrale porte moins sur le choix d'une méthode que sur une véritable démarche pragmatique tenant compte du type d'établissement, de sa configuration, et de sa localisation géographique.

Le faible contentieux, depuis la T2A, est lié principalement aux priorités des gestionnaires des cliniques, nécessitant de centrer leur efforts sur la rationalisation de la gestion de leurs établissements.

Si des efforts ont été faits, le besoin de poursuivre les économies reste d'actualité, le loyer restant la seule variable d'ajustement.

Autant bien se préparer à justifier sa pertinence !