

Incidence de la réforme T2A sur l'évaluation des loyers de cliniques

par

François ROBINE et José MARTINS

Experts immobiliers

Aux termes du Décret du 3 juillet 1972, devenu l'article 23-8 du 30 septembre 1953 non abrogé, le loyer des locaux monovalents est déterminé suivant les usages observés dans la branche d'activité. C'est le cas des cliniques réputées majoritairement monovalentes (Cass. Civ. 3^{ème} Chambre 21/07/1981. Gaz. Pal. 1982,1, *pan.jur.* p. 87).

De 1972 jusqu'à la mise en place le 1^{er} mars 2005 de la tarification à l'activité (T2A), pierre angulaire du « plan Hôpital 2007 », les loyers des cliniques étaient selon l'usage, déterminés au regard des principaux éléments suivants :

- ✓ **Un prix de journée**, négocié chaque année entre l'établissement et la Sécurité Sociale
- ✓ **Un taux d'occupation**, variant suivant les spécialités (Chirurgie, Médecine, Obstétrique) et la notoriété de l'établissement, la qualité de l'hébergement et des équipes médicales.
- ✓ **L'importance de l'établissement**, en fonction notamment de sa localisation

L'ensemble de ces éléments permettait d'établir une recette théorique d'hébergement à laquelle était appliquée, comme en matière hôtelière, un taux de prélèvement locatif afin de déterminer le loyer applicable.

Dans la pratique, force était de constater que cette recette théorique se rapprochait très souvent du C.A. effectivement réalisé par l'établissement.

Cette méthode était recoupée par les experts par deux autres méthodes :

- ✓ Une méthode dite « au lit »
- ✓ Une méthode à la superficie ou à la surface pondérée.

L'évaluation des loyers des cliniques, résultant de l'application de ces trois méthodes, a fonctionné au cours de ces trente dernières années sans difficulté majeure pour les deux raisons suivantes :

- ✓ Les méthodes étaient souples
- ✓ Les propriétaires des murs de cliniques étaient bien souvent les praticiens exerçant dans l'établissement ou les anciens praticiens ayant exercé dans l'établissement

Or, la réforme T2A a supprimé la référence au prix de journée (I), base de l'évaluation des loyers de sorte qu'une nouvelle méthode est à reconstituer (II).

I. La réforme T2A

Le plan « Hôpital 2007 », est un plan visant à moderniser le système de santé. En ce sens, la tarification à l'activité dite « T2A » constitue l'un des principaux volets de cette réforme, entrée en application le 1^{er} mars 2005 dans le secteur privé.

Les bénéfices attendus sont de plusieurs ordres :

- Une plus grande médicalisation du financement ;
- Une dynamisation des structures de soins et une incitation à s'adapter ;
- Une équité de traitement entre les secteurs de soins hospitaliers ;
- Le développement des outils de pilotage médico-économiques (contrôle de gestion) au sein des hôpitaux publics et privés.

Les principes

Dorénavant, le financement des établissements privés de soins est déterminé suivant les pathologies traitées et non plus en fonction des durées de séjours et des actes médicaux.

Chaque pathologie a un tarif prédéterminé et codifiée suivant une nomenclature regroupant près de 800 rubriques dites des **GHS** (Groupe Homogène de Séjour), correspondant à un forfait "tout compris" intégrant les prestations :

- ✓ D'accueil et hébergement
- ✓ D'environnement technique
- ✓ De produits sanguins et consommations intermédiaires (prothèses et certains médicaments)

Les honoraires des praticiens et les forfaits techniques (scanner, IRM...) restent facturés en sus du GHS.

Quelques autres prestations peuvent faire l'objet de facturations supplémentaires comme les urgences et la radiothérapie, les dialyses ne donnant pas lieu à hospitalisation mais contribuant au C.A. de l'établissement.

Afin d'éviter des dérives, ont été définies pour chaque GHS (au regard du tarif forfaitaire de base) :

- ✓ **Une borne haute** correspondant à la durée maximale du séjour. L'établissement facturera alors, en plus du tarif forfaitaire, chacune des journées supplémentaires par le biais d'un supplément (dénommé EXH).

- ✓ **Une borne basse** correspondant à la durée minimale du séjour. L'établissement devra appliquer cette fois un coefficient de minoration au tarif GHS (0,50), si le patient quitte le service avant cette borne basse.

Cette tarification nouvelle a été prévue d'abord à effet neutre au regard de la tarification antérieure. Elle s'étalera d'ici 2012 pour être totalement fonctionnelle à cette date. D'ici là, la tarification étant nationale, il est fixé **un coefficient correcteur unique** applicable à l'établissement, intégrant divers postes :

- ✓ **Un coefficient de haute technicité** dont l'objet est de financer les ressources liées à la mise en œuvre de normes supplémentaires par les établissements ayant des lits classés en chirurgie à soins particulièrement coûteux
- ✓ **Un coefficient de transition** dont l'objet est de permettre un lissage dans le temps de l'effet induit par la réforme (ce coefficient doit tendre vers 1 au plus tard en 2012)
- ✓ **Et un coefficient géographique** égal à 1,00, et majoré de 5% en Corse, 7% en l'Ile de France, 25 % pour les DOM d'Amérique (Antilles, Guyane) et 30 % pour la Réunion.

Chaque établissement se voit donc attribuer ainsi un coefficient correcteur qui lui est propre et qui se trouve intégré dans son C.A.

Exemple avec un coefficient correcteur de 0,95

a) En borne haute

Coût du séjour = (forfait du GHS + (durée de séjour totale – borne haute - ~~1~~ (si vous désirez être très précis car l'EXH du jour de sortie n'est pas facturé)) * EXH) * 0.95

b) En borne basse

Coût du séjour = forfait du GHS ~~—((durée de séjour totale — borne basse) x (forfait du GHS/nombre de jour de la borne basse * 0,50))~~ * 0,5 * 0.95

Ainsi, pour un arrêt cardiaque (codifié GHS 1674) dont le coût d'intervention est facturé 1083 € avec une borne haute fixé à 25 jours et un montant de supplément pour journée additionnelle (EXH) à 80 €/jour, si le patient reste 29 jours, le coût du séjour facturé sera de :

$$(1083 \text{ €} + (4-1) \times 80) \times 0,95 = \underline{1.256,85 \text{ €}}$$

Dans l'hypothèse où le patient resterait 21 jours avec une borne basse à 23 jours, le coût de facturation serait alors de :

$$1083 \text{ €} - (2 \text{ jours} \times 1083 \text{ €} - 23 \text{ jours} \times 0,50) \times 0,5 \times 0,95 = \underline{514,42984,11 \text{ €}}$$

On voit donc que la diminution du temps de séjour en dessous de la borne basse réduit considérablement le coût du séjour bien au-delà du nombre de jours manquant puisque l'abattement est alors de 50%.

Il en résulte deux observations :

- a) La gestion des temps de séjours, malgré l'objectif de la réduction des coûts, ne se fait pas au détriment de la durée du séjour et donc de la qualité des soins.
- b) Tous les GHS n'ont pas de borne basse ainsi que l'indique l'arrêté du 5 mars 2006 (fixant pour l'année 2006, les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) et en réalité, les bornes basses sont si faibles que la réduction des coûts de facturation est exceptionnelle.

L'intérêt d'une clinique est donc de respecter la fourchette entre la borne basse et la borne haute et c'est cette application qui permet l'allocation budgétaire affectée à chaque établissement.

Dès lors, il apparaît clairement que l'intérêt d'une clinique est de ne pas prolonger les séjours puisque les séjours sont des coûts et qu'une augmentation des coûts ne génère plus une augmentation des recettes. Les jours supplémentaires sont comptablement dissuadés par l'effet d'un encaissement réduit et les jours manquants sont par contre durement sanctionnés.

L'intérêt d'une clinique est donc de facturer au maximum des GHS mais surtout pas de journées excédant les bornes fixées.

Les activités concernées

A la date de ce jour, la réforme « T2A » s'applique aux établissements **M.C.O.** (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) dont l'hospitalisation, avec ou sans hébergement, mais aussi l'hospitalisation à domicile.

Sont exclus par contre en 2006 et 2007 :

- ✓ Les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)
- ✓ La psychiatrie
- ✓ Les Soins de Longue Durée (SLD)

L'essentiel des cliniques est donc soumis aujourd'hui à la réglementation « T2A » et à l'échéance de 2012 pratiquement tous les établissements de soins MCO seront concernés, à quelques exceptions près (hôpitaux militaires, hôpitaux pénitenciers, hôpitaux des TOM).

En conséquence, aujourd'hui il n'existe plus de prix de journée et le taux d'occupation a perdu de sa signification en ce sens que si antérieurement il mesurait une performance,

aujourd'hui la performance de la clinique consiste à facturer un maximum de GHS mais dans les bornes fixées.

En ce sens, l'exploitation de la clinique diverge de celle d'un établissement hôtelier où le prix moyen facturé de la chambre et le taux d'occupation demeurent comptabilisés au quotidien.

Juridiquement et de principe, dans un établissement dit monovalent, il y a lieu de rechercher la valeur locative au regard de la capacité contributive de l'établissement, principe même de la monovalence.

Mais la réforme « T2A » a ignoré les conséquences induites de cette maîtrise globale des coûts sur la fixation des loyers. Tout l'aspect immobilier a été occulté et laissé à l'appréciation des praticiens immobiliers.

Pour pallier à ce manque, certains professionnels du monde médical ont considéré que le loyer d'une clinique pouvait être égal à ce que pourrait être le loyer d'un hôtel de tourisme 2 étoiles au même emplacement.

Cette position nous semble sans fondement, car toutes les cliniques n'ont pas de chambres individuelles, de nombreux établissements sont liés à la performance et à la notoriété de l'équipe médicale et plus généralement, les cliniques ont été conçues pour ce qu'elles sont, c'est-à-dire des cliniques et non des hôtels.

L'analogie de la clinique avec l'hôtel ne semble donc pas pouvoir prospérer.

Il convient donc de trouver une autre méthode qui, pour respecter la notion de capacité contributive, doit s'intégrer dans le cadre de la tarification et l'organisation prévues par la réforme « T2A ».

II - Pour une nouvelle approche de la valeur locative des cliniques

Il s'agit de déterminer un loyer par nature lié à la composition immobilière de l'établissement et de tout ce qui s'unit et s'incorpore à la chose louée.

Dorénavant avec la réforme « T2A », le CA d'un établissement de soins est constitué :

- ✓ De la somme des G.H.S., corrigée du coefficient correcteur visé plus haut
- ✓ et des prestations annexes telles que les suppléments de chambre individuelle, hébergement des accompagnants, urgences, locations de télévision, prestations de dialyses, prestations de chirurgie esthétique, etc...

En général, ces prestations annexes peuvent représenter 10 à 20 % du CA total de l'établissement.

A notre avis, pour la détermination du loyer, sont à prendre en compte que les GHS et une quote-part des prestations annexes, celles rattachables à l'actif immobilier.

La somme des GHS et des prestations annexes liées à l'immobilier, constitue le C.A. appréhendable.

Le premier travail de l'expert est donc de déterminer la quote-part du C.A. lié à l'actif immobilier. Cette quote-part du CA est nécessairement inférieure au C.A. total puisque le propriétaire-bailleur n'a pas à être intéressé au C.A. généré par les prestations liées à la radiologie, scanner, aux remboursements de médicaments, et aux locations de télévision et de téléphone, etc...

Ne sont à prendre en compte dans le CA Théorique lié à l'actif Immobilier dit "C.A.T.I." que :

- ✓ L'ensemble des GHS diminué des fournitures médicales
- ✓ Les suppléments des chambres individuelles
- ✓ Les passages aux urgences
- ✓ Les frais de dialyses

Toutes ces prestations sont utilisatrices de m² .

Pour respecter la Jurisprudence de la Cour de Cassation suivant laquelle le propriétaire ne peut être l'associé de son locataire, c'est un chiffre d'affaires théorique immobilier qu'il y a lieu de rechercher et de corriger suivant les performances d'établissements comparables.

Dans la pratique, les corrections à appliquer au "CATI" ont toutes chances d'être modérées (comme cela était antérieurement à la réforme « T2A ») car les Juges et les Experts répugnent souvent à porter une opinion sur la gestion effective d'un établissement. De ce fait, l'artifice vise à satisfaire la position somme toute pertinente de la Cour de Cassation. Mais la base demeure un C.A. théorique immobilier (CATI).

Reste à déterminer la quote-part du "CATI" affectable au loyer.

L'examen du monde économique hospitalier montre que la rentabilité brute d'exploitation (REX/CA) des établissements de soins privés a été en moyenne pour 2004 de 1,8% seulement et qu'une clinique sur quatre a affiché une rentabilité déficitaire (cf. Figaro Economie – 19 septembre 2006).

Les établissements en situation les plus critiques sont bien souvent les maternités et les petites cliniques d'une capacité inférieure à 80 lits. A contrario, une petite clinique offrant un degré de spécialisation très élevé, comme les cliniques d'ophtalmologie sont généralement très rentables.

Le monde des cliniques privées est très hétérogène à la fois dans sa composition et dans les rentabilités générées.

De ce fait, le taux d'effort locatif (Loyer + total des charges immobilières facturées/CA) doit être adapté suivant les spécificités de l'établissement.

Juridiquement, la majorité des baux de cliniques ne spécifie pas la typologie des spécialités exercées dans l'établissement et distingue à peine les classifications de médecine, chirurgie et obstétrique.

Dès lors, tenir compte de l'activité réalisée et non pas de l'activité potentielle pose une difficulté juridique mais appliquer le même taux d'effort locatif à une clinique d'ophtalmologie et à une maternité est absurde économiquement et viendrait à condamner les plus fragiles.

Le pragmatisme conduit donc à s'adapter suivant le ou les activités exercées par l'établissement même si, alors, le choix de gestion du preneur fait de son bailleur un associé de fait.

Quel taux d'effort locatif appliquer applicable au "CATI" ?

Selon nous, le principe de la réforme T2A étant d'être à effet constant, il peut-être fait référence aux taux d'effort locatif antérieurement retenus compris entre 6 et 13 % du CATI.

En effet, il s'agit de mesurer ici l'aptitude de l'actif immobilier à la réalisation de l'objet social à savoir celle d'un établissement de soins.

Il ne choquera personne qu'un établissement bien conçu composé majoritairement de chambres individuelles, particulièrement bien géré donc avec un optimum de GHS, se verra appliquer un taux d'effort locatif maximum.

A contrario, une clinique dont le bâtiment est ancien et obsolète, composée de chambres à plusieurs lits et mal équipé, se verra appliquer un taux d'effort nécessairement plus modeste.

La difficulté est de savoir si cette perception de la qualité du bâti est exclusive d'autres considérations. Ainsi, faut-il tenir compte par exemple de la notoriété de l'établissement et de son équipe médicale ?

Selon nous, la réponse est négative car ces considérations ne sont pas de nature immobilière et ne concernent que la valeur du fonds de commerce.

Ainsi, le taux d'effort locatif devra impérativement prendre en compte la ou les spécialités de l'établissement puisque la capacité d'une maternité à pouvoir payer un loyer est généralement très inférieure à celle d'une polyclinique, elle-même inférieure à celle d'une clinique hautement spécialisée.

Le taux d'effort locatif à retenir doit de façon pragmatique intégrer globalement ces deux éléments (aptitude immobilière et spécialités pratiquées) car nul ne sait aujourd'hui encore affiner l'analyse.

Pour corroborer l'approche de la valeur locative par le taux d'effort locatif appliqué au "CATI", le loyer peut être déterminé, comme dans le passé, par la méthode à la superficie et la méthode dite « au lit ».

La méthode à la superficie

Cette méthode consiste à évaluer le loyer au regard du marché local par référence à des loyers unitaires en Euros/m² /an et en appliquant une pondération par le prix ou à la surface pour tenir compte du caractère hétérogène des locaux (plateau technique, chambres, laboratoire, etc...).

La méthode perdure avec la T2A et peut être maintenue sans difficulté avec toutefois la difficulté persistante de trouver des références probantes.

On sait toutefois que des études, réalisées à la demande de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP), montrent que le coût locatif moyen en France en 2003 était compris entre 65 €/m² /an et 130 €/m² /an.

Cette fourchette est large et n'est qu'un indicateur, car ces études ont été réalisées par sondages auxquels les cliniques ont répondu au regard de nature de surfaces non comparables (surface utile, SHON, surface développée...).

L'imprécision de la source statistique est regrettable et est telle que cette méthode ne peut demeurer qu'une méthode par recoupement.

La méthode au lit

Cette méthode consiste à déterminer le loyer au regard du nombre de lits détenu par l'établissement.

La Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP), procédant par sondage à l'échelle nationale également, indique que le coût immobilier par lit était compris en 2003 entre 5.000 € et 9.000 € suivant les spécialités, mais là encore la fourchette est large et demande à être précisée suivant la nature des établissements (clinique, polyclinique, maternité...) et leur importance superficielle.

Ainsi seul le recoupement des trois méthodes permet d'appréhender une valeur locative applicable.

Conclusion

La mise en application de la réforme « T2A » est donc en route de façon inéluctable alors que les informations économiques liées à l'immobilier des cliniques sont encore aujourd'hui partielles.

Des compléments sont donc nécessaires.

A notre connaissance, aucune décision judiciaire n'a été encore rendue tirant les conséquences de la réforme T2A sur l'évaluation des loyers des cliniques.

La présente proposition n'est donc qu'une approche méthodologique qui reste à affiner économiquement au regard notamment des spécialités exercées dans la clinique.

Des études sont en cours et leurs résultats sont attendus. Elles impliqueront impérativement tout le secteur privé soumis à la T2A ainsi que les bailleurs, puisque que les cliniques sont devenues une catégorie de placement immobilier recherché par des foncières.

Le marché précède donc la réflexion. Le pari fait par ces investisseurs apparaît lourd de conséquences et il faudra attendre quelques années pour mesurer le succès de ces placements.

José MARTINS
Expert près la Cour d'Appel de Paris

François ROBINE
Expert près la Cour d'Appel de Paris