

LES STRATÉGIES DES CLINIQUES PRIVÉES ALGÉRIENNES DANS LE RECRUTEMENT DES PATIENTS : BOUCHE A OREILLE, RÉSEAUX PROFESSIONNELS ET CONVENTIONNEMENT

THE STRATEGIES OF ALGERIAN PRIVATE CLINICS IN THE RECRUITMENT OF PATIENTS: WORD OF MOUTH, PROFESSIONAL NETWORKS AND CONVENTIONNEMENT

Ahcène ZEHNATI*
CREAD, Algérie
ahcene.zehnati@gmail.com

Date Soumission : 2019-02-18	Date Acceptation : 2019-05-30	Date Publication :2019-06-02
------------------------------	-------------------------------	------------------------------

Résumé

L'objectif de ce papier est de rendre compte des stratégies déployées par les cliniques privées algériennes dans le recrutement des patients dans un contexte caractérisé par une quasi-absence de prise en charge collective des dépenses de soins occasionnées dans le secteur privé. Cette situation limite la taille du marché et exacerbe la concurrence entre les cliniques pour attirer les patients. L'analyse qualitative menée montre que les cliniques déploient plusieurs stratégies complémentaires, parfois contraire à l'éthique médicale pour optimiser leur niveau de recrutement.

Mots clés : stratégie, patient, clinique privée, Algérie.

Abstract

The purpose of this paper is to report the strategies deployed by Algerian private clinics in the recruitment of patients in a context characterized by an absence of collective coverage of care expenses occurred in the private sector. This situation limits the size of the market and exacerbates competition between clinics to attract patients. The qualitative analysis conducted has shown that clinics deploy several complementary strategies, sometimes contrary to medical ethics to optimize their level of recruitment.

Keywords: strategie, patient , private clinics, Algeria.

1-Introduction

L'articulation entre les configurations, les évolutions du système économique, du système de santé et les comportements stratégiques des fondateurs de ces cliniques expliquent l'émergence et le développement des cliniques. Les interactions entre les éléments contextuels et les stratégies individuelles des acteurs ont été déterminantes dans la compréhension des logiques entrepreneuriales dans le secteur de la santé (Zehnati, 2014). Aujourd'hui, plus de 350 cliniques sont opérationnelles dont un tiers est dédié à l'hémodialyse.

L'appropriation des technologies médicales par le secteur privé a permis la captation d'un nombre appréciable de patients. La majorité des examens complémentaires et des explorations

* Auteur correspondant

Les stratégies des cliniques privées algériennes dans le recrutement des patients : bouche à oreille, réseaux professionnels et conventionnement

médicales sont aujourd'hui assurés par le privé¹, parfois sur recommandation des praticiens publics de soins. L'ensemble de transferts, de médecins comme de patients, fait qu'il est essentiel d'insister sur l'introuvable césure public-privé (Mebtoul, 2004). Dans ce contexte spécifique, la clinique privée est présentée comme le contre-exemple de l'hôpital public. Elle peut être considérée comme une nouvelle organisation qui rompt avec les modes de fonctionnement anciens. Son fonctionnement est basé sur la constitution de réseau au sens large du terme.

Les travaux de recherche (Béjean, 1997, Batifoulier, 1999, Batifoulier et al, 1999, Routelous, 2013, Domin, 2015) ont beaucoup plus traité les problématiques de la médecine de ville et du secteur public. En revanche, la recension des travaux sur les « cliniques ou hôpitaux privés » montrent un déficit de recherches. Les cliniques privées en tant qu'organisations sanitaires est un objet de recherche peu et mal connu par les sciences économiques et les sciences sociales en général (Claverrane et Piovesan, 2003) y compris dans les pays développés. En Algérie, les recherches et travaux en sciences économiques sur le secteur privé des soins ne sont pas nombreux. En dépit de l'expansion des activités du secteur privé, les tutelles n'ont pas entrepris d'études pour cerner sa taille, ses caractéristiques, et son mode de fonctionnement.

L'objectif de la clinique est l'optimisation de la mutualisation de son plateau technique. Il s'agit d'un moyen pour augmenter son activité et partant sa rentabilité. Ce partage de moyens et la mise en commun de compétences est régi par des conventions d'utilisation du plateau technique par les professionnels de santé constitués des médecins du secteur libéral, des médecins du secteur public et des médecins permanents de la clinique. La clinique apparaît comme une organisation spécifique et une structure transactionnelle (Williamson, 1975). Elle est un véritable nœud de contrats (Aoki et al, 1990) formels/informels, écrits et non écrits passés autour d'un plateau technique, objet de négociation entre la clinique et les professionnels de santé. Les conventions portent sur les conditions d'accès au plateau technique et les modalités de partage des gains. Ces accords avec les professionnels de santé sont souvent conclus sur une base informelle de libres liens (Claverrane et al, 2003).

En Algérie, les cliniques privées opèrent dans un contexte de forte contrainte qu'est celui de l'absence d'une prise en charge collective des dépenses de soins occasionnées dans le secteur privé ; la contrainte financière des usagers est très forte. Cette situation limite la taille du marché et accentue la concurrence entre les cliniques pour attirer les compétences médicales et les patients. Différentes stratégies de recherche d'activité sont combinées afin d'optimiser le fonctionnement de ces structures. Quelles sont les stratégies adoptées par les cliniques dans le recrutement des patients pour se garantir une activité et partant une rentabilité ?

Dans un premier temps, nous décrirons brièvement la méthodologie adoptée. Dans un deuxième temps, nous rendons compte des stratégies déployées par les cliniques dans le

recrutement des patients. Ensuite, nous nous intéressons aux relations des cliniques avec les médecins de différents profils (médecins libéraux, médecins du secteur public, médecins correspondants et médecins étrangers). Pour chaque catégorie de médecins, nous tentons de mettre en avant les pratiques à l'œuvre. Enfin, nous mettons en avant la politique de conventionnement des cliniques avec les entreprises et administrations comme canal de recrutement de patients.

2-Eléments de méthodologie

Pour conduire cette recherche, nous avons conduit une enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 16 fondateurs des cliniques² entre juin et septembre 2013 dans les wilayas d'Alger et de Béjaia. Ces fondateurs sont des médecins (12), des sages-femmes (2) et des investisseurs étrangers au domaine médical (2). L'âge moyen des interviewés est de 60 ans. Un entretien par clinique d'une durée moyenne d'une heure a été réalisé. Les entretiens se sont appuyés sur un guide d'entretien où les thématiques visées étaient lancées et relancées par des questions ouvertes. Trois thématiques structuraient le guide d'entretien : les logiques d'émergence, les modes de fonctionnement et les perspectives de développement³. Ces entretiens qualitatifs ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique.

Les difficultés liées à la conduite du travail de terrain nous ont contraints à nous focaliser sur deux wilayas Alger et Béjaia. Comme il s'agit d'un travail exploratoire, nous avons estimé que les deux wilayas pouvaient être un échantillon pilote dans la compréhension du fonctionnement des cliniques privées. La wilaya d'Alger est un foyer majeur des cliniques privées (avec la wilaya d'Oran) et la wilaya de Béjaia connaît elle aussi un développement de ce type de structures même s'il est de moindre importance

3-Les stratégies déployées pour le recrutement des patients : tous les chemins mènent à la clinique.

Nous n'avons pas identifié de stratégies particulières ; il y a une sorte de stratégie générique qui consiste à diversifier les sources de recrutement des patients⁴. Trois stratégies complémentaires semblent être privilégiées. La première consiste à recruter directement les patients pour le compte de la clinique en recourant surtout au bouche à oreille (BAO). La deuxième est celle du conventionnement (formel ou informel) avec le maximum de médecins de différents profils : médecins libéraux, médecins du secteur public mais aussi des médecins correspondants qui n'interviennent pas directement au niveau des cliniques mais réfèrent les patients pour le compte des cliniques. La troisième est la conclusion de conventions avec les entreprises et administrations afin de prendre en charge les besoins de santé des employés.

² Nous avons modifié les dénominations des cliniques pour des raisons évidentes de confidentialité

³ Dans ce papier, il ne sera question que des stratégies de recrutement des patients

⁴ Une stratégie marginale a été identifiée c'est celle qui consiste pour le médecin propriétaire de la clinique à faire appel à un médecin pour occuper le poste de directeur médical pour se conformer à la législation et garder un cabinet de soins en ville. Ce dernier servira de lieu de recrutement pour la clinique, l'objectif est donc de prendre des espaces et d'être au plus près des patients.

3-1. Les stratégies envers les patients : le bouche à oreille comme mode opératoire efficace

La stratégie des fondateurs des cliniques consiste à faire connaître leurs structures auprès du public à travers essentiellement le BAO mais aussi marginalement via une publicité sous différents supports (presse écrite ou site internet). La qualité de l'accueil et la personnalisation des relations avec les patients sont des paramètres importants pour diffuser une image positive de la clinique. Le BAO est considéré comme la meilleure publicité pour une clinique selon les fondateurs des cliniques. L'expérience vécue par les patients au niveau de la clinique permet de diffuser une image positive ou négative auprès du public. D'abord, nous allons nous attarder sur le concept de bouche à oreille ainsi que les effets de recommandation qu'il peut générer. La notion de réseau social est aussi mobilisée dans ce point. Ces questions ont fait l'objet de recherches et travaux dans la littérature. Ensuite, nous rapporterons ces analyses au cas du secteur de la santé et des cliniques privées en particulier.

Le BAO est un mode de transmission orale entre deux personnes, puis vers une autre, etc., souvent à propos d'une opinion ou d'une rumeur. Dans le temps, le BAO était utilisé par les parents, les amis... tous bien intentionnés, recommandaient à la personne qui se disait malade d'aller consulter tel médecin, ou d'essayer tel ou tel produit. Des auteurs comme Roger (1983) présentent le BAO comme le meilleur moyen de collecter de l'information pour réduire le risque perçu. Le BAO est valable surtout pour les services à forte personnalisation comme les avocats, les médecins, les coiffeurs, les mécaniciens... quand on sait que les résultats ne peuvent pas être prédits à l'avance. De ce fait, le choix d'un service est perçu comme plus risqué que le choix d'un produit (Guseman, 1981 ; Murray, 1991). Le BAO vient en aide aux clients pour mieux comprendre le service en question avant de le consommer (Bristor, 1990).

Dans le secteur de la santé, les questions soulevées ne sont pas traitées véritablement. Toutefois, nous pouvons citer la recherche d'Iyer et Muncy (2004) qui montrent que les patients accordent une grande place à la confiance qu'ils ont dans les professionnels et les organisations auxquelles ils appartiennent. La confiance constitue un des critères de qualité les plus importants. En revanche, s'ils ont peu confiance dans les prestataires de santé, la qualité perçue est pour eux le résultat des aspects matériels du service et de l'empathie du personnel qui sont des éléments qui les rassurent. Des recherches ont relevé le manque d'un cadre de référence pour l'étude du marketing des patients. À ce titre, le marketing social peut être mobilisé pour traiter la question du référencement des patients. « Alors que le marketing des services se développe afin de répondre au mieux aux attentes des consommateurs, le marketing dans le secteur de la santé demeure relativement inexploré. Il manque un cadre théorique au marketing des patients, et le marketing des services est en mesure de lui en fournir un. Il faut donc s'attendre à de grands progrès dans ce domaine si le concept de

marketing des patients se développe »⁵. Les travaux pionniers sur le marketing des services ont traité beaucoup plus la qualité perçue et la mesure de la satisfaction des clients.

Les fondateurs des cliniques étaient unanimes à dire que le BAO est le moyen le plus efficace pour attirer les patients. La satisfaction du patient lors de sa prise en charge est donc primordiale pour l'image de la clinique et du médecin. Le BAO a semble-t-il beaucoup plus d'impact qu'une campagne publicitaire. La modalité BAO et réseaux formels montrent l'importance qu'accordent les fondateurs des cliniques aux réseaux sociaux et aux relations interpersonnelles dans la construction du marché. Les cliniques ne sont donc pas dans une démarche pro-active par rapport à leur marché. Toutefois, certaines pratiques du BAO et des réseaux informels peuvent correspondre à des stratégies marchandes extrêmement pro-actives, comme l'a montré Karpik (1995) quand il s'est intéressé au cas des avocats.

La santé est une construction sociale et un bien de confiance. Même si on adopte une approche économique, on ne peut pas se passer de l'empreinte sociale. Les relations sociales s'avèrent très puissantes dans le recrutement des patients. L'expérience vécue par un patient au niveau d'une organisation sanitaire impacte l'image de la clinique dans la société. Le recours donc au relationnel dans la recherche d'informations peut être vue comme une façon de réduire les coûts de transaction. Il est difficile de juger la réputation d'un médecin *a priori*. C'est quand il a démontré ses compétences en réussissant par exemple un acte chirurgical que les patients arrivent à porter un jugement sur la qualité de ses prestations. La construction sociale de l'image de la clinique ou du médecin est importante pour assurer la pérennité de l'organisation. Véhiculer une bonne image induit des retombées positives pour la clinique. La réputation du médecin ou de la clinique appartient aux patients, elle leur a été extraite et ce sont eux qui vont la véhiculer. C'est une valeur qui n'appartient plus au médecin ou à la clinique, elle leur est exogène. Par un jeu de recommandations, la clinique arrive à drainer des patients. Dans ce cas, la diffusion de l'information se fait dans le sens inverse, depuis le patient déjà pris en charge dans la clinique vers son environnement. C'est comme si la clinique se déchargeait du travail de publicité dans son environnement proche ou plus large.

Nous pouvons considérer le BAO comme un outil pour accroître la visibilité de la clinique, c'est un antécédent et/ou une conséquence de l'expérience du patient. Il est aussi un support efficace de circulation d'informations. Plus la satisfaction du patient est grande, plus la clinique bénéficiera d'effets de recommandation⁶. Le langage utilisé envers les patients est bien soigné, un accueil chaleureux, une personnalisation du service...sont autant de facteurs qui rehaussent l'image de la clinique. Les fondateurs des cliniques essayent de donner une bonne image d'eux mêmes : des personnes très pieuses (certains sont des *hadjis* : ils ont fait le pèlerinage à la Mecque), qui parlent bien, qui sont très courtois... Ce capital conversationnel permet de réduire les dépenses en marketing pour la clinique et favorise l'augmentation du pouvoir d'influence du fondateur de la clinique sur les patients. La qualité personnelle

⁵ Conchon.F et all , " Tendances du marketing des services et implications pour les secteurs de santé : Vers un marketing des patients. Working paper de la Chaire Marketing-Communication, à ESCP-EAP Paris , 2006.

⁶ Cela a déjà été estimé pour les retours d'expérience d'entreprise/ avis consommateurs sur réseaux sociaux ou presse : un avis négatif est inversement équivalent à 10 avis positifs). Nous pouvons aussi dire qu'il y a plus de BAO quand l'expérience est négative (effet traînée de poudre).

Les stratégies des cliniques privées algériennes dans le recrutement des patients : bouche à oreille, réseaux professionnels et conventionnement

(interpersonnelle), qu'il soit bon musulman, bon père de famille... est un signal de qualité large. Les signaux envoyés pour les patients permettent de réduire la dépendance des cliniques envers les médecins dans le recrutement des patients. Nombreuses sont les cliniques qui n'ont pas réellement investi dans le marketing des services. Le BAO est présenté comme le véhicule le plus efficace de l'image de marque de la clinique.

Une étude de Kessas (2012) conduite dans trois établissements hospitaliers privés dans la région de l'Ouest Algérien sur la satisfaction des patients montre que les facteurs non-techniques (qualité de l'accueil, empathie du personnel...) ont une influence très importante sur la perception de la qualité des soins. Elle est rendue au même niveau d'importance que les facteurs techniques. Ces signaux envoyés permettent de donner une bonne image des cliniques et, par le biais des recommandations, d'augmenter le volume de recrutement potentiel des cliniques, surtout dans un contexte où ces signaux ne sont pas présents dans le secteur public caractérisé par un accueil anonyme, des délais de prise en charge trop longs, des conditions de nursing médiocres... la clinique est en quelque sorte le contre-exemple de l'hôpital sur ces aspects-là.

Cette stratégie de BAO permet donc aux cliniques de recruter des patients par le biais d'autres patients. Le recrutement des patients passe aussi par la capacité qu'auront les cliniques à attirer vers elles des médecins réputés disposant de compétences avérées qui alimenteront le BAO. Dans le point suivant, nous appréhendons les stratégies déployées par les cliniques envers les médecins de différents statuts pour augmenter leur niveau d'activité.

3-2- Les stratégies selon les profils des médecins

Des stratégies sont mises en œuvre par les cliniques pour permettre un large recrutement de patients. L'objectif pour elles est de conclure des conventions (formelles ou informelles) avec le maximum de médecins. Elles déploient des stratégies envers les fournisseurs de patients pour les attirer au niveau de leurs structures. Nous appelons médecins opérateurs externes, les praticiens libéraux et ceux du secteur public qui viennent avec leurs patients recrutés au cabinet, à l'hôpital ou à travers d'autres canaux (adressages de confrères,...) afin de les prendre en charge au niveau des cliniques. Des médecins étrangers sont aussi mobilisés par les cliniques qui assurent des soins en chirurgie cardiaque. Il s'agit d'une catégorie particulière car les cliniques leur font appel en cas de besoin spécifique. Les cliniques mobilisent aussi un réseau de médecins correspondants qui peuvent être des généralistes et/ou des spécialistes non chirurgicaux. Ils recrutent des patients pour le compte des cliniques ; ils orientent les patients vers ces structures surtout pour la prise en charge chirurgicale. Une forme d'intéressement peut exister ou il peut s'agir d'une relation purement confraternelle. Nous décrivons ces pratiques en mettant en avant les spécificités de chaque profil de médecins.

3-2-1- Les médecins opérateurs externes au niveau de la clinique

Les médecins opérateurs sont des prestataires extérieurs à la clinique dans le sens où ils ne sont pas médecins permanents c'est-à-dire engagés à plein temps au niveau de la clinique. Ce sont les médecins libéraux et les médecins du secteur public, qui dans la majorité des cas

arrivent à la clinique avec leurs patients. Quant aux médecins étrangers, ils interviennent au niveau des cliniques de façon ponctuelle.

a- Les médecins libéraux : conventionnement formel versus conventionnement informel

La mobilisation d'un réseau de médecins, surtout libéraux, pour exercer à temps partiel au niveau de la clinique semble être le canal le plus utilisé par les cliniques, mais aussi, ils sont les plus nombreux. La clinique met à leur disposition un plateau technique pour les besoins de la prise en charge de leurs patients. Deux modes de rémunération sont adoptés : le premier que nous appelons *le système du forfait de bloc* (location du plateau technique) est un système qui permet au médecin opérateur de louer le bloc opératoire de la clinique suivant la durée de l'intervention, la quantité du consommable utilisé... le médecin opérateur externe paie directement la clinique, sinon le patient paie la clinique et cette dernière reverse au médecin ses honoraires. Le deuxième mode opératoire est *le système des pourcentages* qui s'applique aussi aux médecins permanents de la clinique mais le partage des honoraires diffère. Le tarif de la prestation est partagé entre les différents intervenants au niveau de la clinique. Généralement, 40% sont perçus sous forme d'honoraires par le médecin opérateur externe, 10% correspondent aux honoraires du médecin anesthésiste-réanimateur et les 50% restant reviennent à la clinique. Ces pourcentages varient suivant l'origine du recrutement du patient. Si par exemple le patient est celui de la clinique et que cette dernière a fait appel à un médecin opérateur externe pour sa prise en charge, le pourcentage qui revient au médecin va être de 30% au lieu de 40%. Ce pourcentage est moins important quand c'est le médecin permanent qui prend en charge le patient, il peut varier entre 20 et 30%. Si on compare les deux systèmes de rémunération, on se rend compte que le système des pourcentages est plus avantageux pour la clinique car elle ponctionne un pourcentage sur chaque acte réalisé. Par contre, dans le système de location de bloc, la clinique va percevoir uniquement le tarif de l'heure de la location du bloc qui est de 15.000 DA/heure. Cette façon de faire est en faveur du médecin que de la clinique. Ce sont les deux systèmes de rémunération qui dominent sur le marché, néanmoins il y a des cliniques qui combinent les deux formes de rémunération afin de répondre favorablement aux souhaits des médecins.

Certaines cliniques mettent à la disposition des médecins libéraux des espaces de consultation à l'intérieur de la clinique. Généralement, ce sont les médecins qui ont des cabinets dans les communes avoisinantes et qui ont une patientèle sur le territoire où la clinique est localisée. L'objectif étant d'éviter au patient de se rendre jusqu'au cabinet du médecin ; c'est plutôt le médecin qui vient vers sa patientèle. Cette pratique permet également au médecin de prendre en charge les patients adressés par les confrères localisés sur le territoire de la clinique. La législation en vigueur contraint la clinique de se conventionner formellement avec les médecins libéraux. Sur le terrain, cette pratique n'est que partiellement observée. À vrai dire, la convention est contraignante pour le médecin puisque elle peut comporter une clause qui va l'astreindre à exercer exclusivement au niveau de cette clinique. *A contrario*, la convention arrangerait plutôt la clinique puisqu'elle lui permettra de fidéliser le médecin et donc s'assurer une activité. En plus, sur le plan juridique, elle lui assurera un partage des responsabilités en cas de problèmes avec le patient.

Certaines cliniques se conventionnent formellement avec tous les médecins libéraux qui y exercent. Elle est obligatoire et imposée par le fondateur de la clinique quel que soit la

Les stratégies des cliniques privées algériennes dans le recrutement des patients : bouche à oreille, réseaux professionnels et conventionnement

relation qu'il a avec ces médecins (proximité familiale, amicale...). Ce cas de figure, n'est pas le plus prégnant. C'est dans la wilaya de Béjaia que la convention est presque obligatoire. S'agit-il d'une spécificité régionale ? Cela est peut être dû au nombre limité de cliniques privées au niveau de la wilaya (6 cliniques), ce qui donne plus de pouvoir aux cliniques d'imposer leurs règles. Nous observons aussi des relations hors conventionnement formel (conventions tacites). Elles permettent surtout au médecin de jouir d'une plus grande marge de manœuvre dans son activité. Cette situation lui permet de migrer d'un plateau technique à un autre pour répondre à ses propres attentes et peut être même à celles de ses patients qui peuvent choisir par exemple leur lieu de prise en charge. Nous retrouvons aussi des situations où les cliniques recourent conjointement au conventionnement formel et informel. Comme nous l'avons décrit plus haut, à travers le conventionnement formel, les cliniques tentent de fidéliser les médecins. Cependant, elles sont plus au moins contraintes de faire fi des conventions pour aller dans le sens des souhaits des médecins surtout dans les territoires qui disposent d'une importante offre privée d'hospitalisation où le risque de perte de médecins est élevé. Les médecins ont tendance à choisir comme lieu de prise en charge les cliniques qui répondent à leurs attentes.

Les cliniques mettent en avant les vertus de la convention formelle dans le sens qu'elle sert de protection. En réalité, quand on examine les clauses de la convention, elles n'indiquent en rien les responsabilités des uns et des autres en cas d'erreur médicale par exemple. Il s'agit plus d'une officialisation de la relation de travail ; sa portée juridique est très limitée. La liberté dont dispose le médecin de migrer d'un plateau technique à un autre joint au caractère non contraignant de la convention ne permet pas l'établissement de relations stables entre les cliniques et les médecins. Des conflits d'intérêt, souvent d'ordre financier sont relevés dans les rapports des médecins avec les fondateurs des cliniques privées. Ce qui aboutit dans la plupart des cas à la résiliation de la relation de travail du fait des comportements stratégiques des médecins⁷. Face à ces pratiques, on voit bien la nécessité de disposer d'un contrat qui réduirait les opportunités des uns et des autres. Au départ, la clinique ouvre son espace de soins à tous les médecins, et au fil du temps, des affinités se tissent et des mises en situation s'expérimentent. Le temps d'observation des pratiques permet au fondateur de la clinique et au médecin de se décider sur la pérennité de la relation de travail.

En définitive, les cliniques sont contraintes de répondre favorablement aux attentes des médecins afin de les fidéliser du moment que nombreuses sont les cliniques qui font fi des conventions formelles. Plus la concurrence entre les cliniques pour fidéliser les médecins est forte plus la tendance à faire abstraction des conventions l'est aussi. Ce sont plutôt les

⁷Voici un extrait du discours d'un fondateur de clinique. « Il y a eu une rupture de contrat avec un orthopédiste qui était là, les malades étaient orientés vers lui donc ils deviennent ses malades. Qu'est ce qu'il faisait ? Il les transférait dans son cabinet. On les revoyait plus à la clinique, je me suis dit bon ce n'est pas méchant mais quand il y a eu des situations où c'est mon malade qui est venu chez moi , que j'ai confié au Dr X et qui l'opérait dans une autre clinique, ça m'a révolté. Après, j'ai arrêté de travailler avec lui, ça fait de la déviation inacceptable ». (Dr A, clinique Beau Séjour, Alger).

régulations informelles qui sont très prégnantes dans le secteur privé des soins et qui deviennent des normes de comportement.

b- Les médecins du secteur public : complément de revenus et besoin de relais à l'hôpital.

Les médecins du secteur public sont régis par deux dispositifs dans leurs relations avec les cliniques privées. Le premier date de 1999 porte le nom de l'activité complémentaire qui permet sous certaines conditions aux médecins spécialistes hospitalo-universitaires et de santé publique jouissant de cinq années d'ancienneté dans le secteur public d'exercer en parallèle dans le secteur privé (clinique privée, cabinet médical ou dans le secteur parapublic) à raison d'une journée par semaine. Le deuxième dispositif est connu sous le nom de l'activité lucrative, institué en 2010, qui autorise les praticiens hospitalo-universitaires et les praticiens spécialistes de santé publique y compris ceux occupant les postes de chef de service et de chef d'unité à exercer dans les structures privées une activité lucrative les week-ends et les jours fériés. Les fonctions de chef de service et de chef d'unité n'ouvrent droit qu'à l'activité lucrative. Ce nouveau dispositif devrait éviter la perturbation du fonctionnement normal du service public selon les responsables du Ministère de la santé. Les médecins qui bénéficient de l'activité complémentaire sont aussi forcément éligibles à l'activité lucrative. Dans la réalité, la double activité est observée par un bon nombre de médecins même s'ils ne sont pas autorisés. La double activité des médecins du secteur public a été instituée à une période où le budget de l'Etat ne permettait pas de rémunérer correctement les médecins. Les faibles salaires dans le secteur public comparativement au secteur privé était la raison majeure qui a laissé les médecins exercer dans le secteur privé. La double activité était tout à fait justifiée. Aujourd'hui, elle est devenue une source substantielle de revenus pour de nombreux praticiens même si les salaires des médecins du secteur public ont connus des revalorisations conséquentes. Les médecins seraient plutôt dans des stratégies d'optimisation de revenu et d'atteinte d'un revenu cible plutôt qu'à la recherche d'un complément décent compte tenu des faibles salaires à l'hôpital.

Qu'elle se concrétise ou pas par une augmentation importante des revenus, la double activité resterait motivée par des objectifs pécuniaires. Compte tenu de cette motivation financière, le différentiel de revenu existant entre les deux secteurs en Algérie stimule à coup sûr l'attractivité du secteur privé. C'est à la fois la faiblesse perçue des salaires publics et la possibilité d'optimiser sa rémunération privée via le paiement à l'acte qui rend financièrement attractive la double activité. La force de cette motivation ne doit pas pour autant minorer les motivations à conserver une double activité, et donc à conserver une activité publique (Zehnati & Peyron, 2013). Ces motivations relèvent d'autres registres que le strict financier : stabilité de l'emploi, du revenu, droit à une retraite, prestige et appartenance professionnelle. L'emploi dans le secteur public peut être aussi utilisé comme une source significative de patients pour le secteur privé. Il y a donc complémentarité entre les deux emplois. La complémentarité peut également être liée au comportement stratégique que les médecins peuvent avoir face aux listes d'attente qui caractérisent l'accès à l'hôpital public. Un des avantages de la double activité du point de vue de l'activité publique est alors une diminution de son engorgement. Cependant, certaines études concluent que les délais d'attente hospitaliers augmentent quand les médecins exercent en parallèle dans le secteur privé. La

Les stratégies des cliniques privées algériennes dans le recrutement des patients : bouche à oreille, réseaux professionnels et conventionnement

double activité encouragerait bien les médecins à maintenir de longues listes d'attente à l'hôpital afin de maintenir la demande dans le secteur privé. En tout cas dans les pays où la double activité est autorisée présentent des temps d'attente plus longs dans le secteur public que dans les pays où elle est prohibée. Le comportement utilitariste et stratégique des médecins pourraient les inciter à favoriser les longues listes d'attente dans le secteur public susceptibles d'encourager les patients à recourir au secteur privé. Les listes d'attente peuvent donc être un moyen de contrôle ou d'induction de la demande, elles peuvent faire l'objet de manipulation par les médecins : favoritisme, prétexte d'indisponibilité de matériels –et même détournement de matériels, réactifs...), différence de qualité des soins, déviation des patients...

Les cliniques privées tentent d'attirer d'abord les médecins du secteur public les plus réputés, disposant d'une expérience appréciable et d'une bonne réputation à l'hôpital et qui vont permettre aux cliniques d'attirer les patients. Le capital expérience et la réputation des médecins du secteur public sont des ressources stratégiques pour la clinique et les médecins. La clinique va bénéficier de leur réputation dans la captation des patients, et à leur tour, les médecins du secteur public en double activité vont recruter des patients de l'hôpital et les prendre en charge dans la clinique privée.

Le référencement des patients de l'hôpital vers les cliniques privées semble être un comportement récurrent. L'incitation financière est tellement forte que le médecin va aller dans le sens de cette incitation, ce qui permettra aussi à la clinique d'augmenter son niveau d'activité. L'investissement des praticiens de l'hôpital dans le secteur privé s'effectue au détriment du service public et il semblerait que l'activité dans les cliniques structure l'activité des médecins hospitaliers (Zehnati, 2014). Certaines cliniques affectent des espaces de soins pour les médecins du secteur public afin d'effectuer des consultations au sein même des cliniques et pouvoir recruter des patients pour d'éventuelles prises en charge chirurgicales. D'autres cliniques font appel à ce profil de médecins pour prendre en charge les patients de la clinique quand ce profil de médecins ne dispose pas d'un volume d'activité satisfaisant, ce qui permet de les intéresser et de les fidéliser. Les médecins de l'hôpital ont certainement moins de possibilités de recrutement de patients que les médecins libéraux car leur temps de travail dans le privé est contraint mais aussi parce que le recrutement à partir de l'hôpital est une pratique mal vue et anti-déontologique. Recevoir des patients au niveau de la clinique permet aux médecins de se défaire d'un sentiment de culpabilité quand ils recrutent à partir de l'hôpital public. Aussi, il s'agit d'un complément d'activité pour les cliniques et pour les médecins de l'hôpital. Nos observations de terrain montrent que pour peu qu'il y ait un médecin disponible pour assurer des consultations au niveau de la clinique, cette dernière n'hésite pas à intégrer la spécialité en question augmentant ainsi le nombre de spécialités assurées.

Par ailleurs, le fait de disposer de liens avec les médecins de l'hôpital constitue une ressource stratégique pour les cliniques. À travers eux, les cliniques se procurent des informations utiles sur l'hôpital. Les médecins fournissent des informations sur les périodes de grève, les problèmes de files d'attente, l'acquisition d'un nouvel équipement... On est en

présence d'un secteur qui se situe dans un environnement d'exploitation d'une rente informationnelle. Les médecins peuvent être mobilisés aussi dans la facilitation de l'accès au secteur public en cas de besoin. Par exemple, si le cas d'un malade compliqué dans le secteur privé, il sera orienté vers l'hôpital public et le médecin de l'hôpital peut être utilisé comme un relais pour l'admission du patient de la clinique. Cela permet à la clinique d'éviter un conflit d'intérêt avec le secteur public car les patients qui se sont adressés lors du premier recours vers le privé sont parfois malvenus à l'hôpital public.

c- Les médecins étrangers : une présence ponctuelle sur certaines activités

Les cliniques qui se positionnent sur des segments comme la chirurgie cardiaque ont le droit de faire appel à des médecins étrangers (français, jordaniens, libanais, ressortissants algériens établis à l'étranger...) pour prendre en charge des besoins spécifiques. L'objectif recherché selon le Ministère de la santé à travers cette politique est la réduction des transferts pour soins à l'étranger (TSE) pour ce genre d'affections. Ces coopérations devraient aboutir à terme à un transfert de compétences. L'exercice des étrangers est soumis à une autorisation d'exercice délivrée par le Ministère de la santé, elle est renouvelable mensuellement⁸. Il s'agit d'une autorisation administrative qui permet aux cliniques de faire appel à ces médecins. Toutefois, dans l'autorisation, il est seulement précisé le montant des interventions qui ne doit pas dépasser les 2 000 euros pour chaque acte réalisé. La tarification n'est pas fixée par le Ministère, elle est adoptée par les cliniques, il s'agit d'une entente tacite entre elles. À l'instar des conventions avec les médecins libéraux, ces autorisations ne comportent pas de clauses particulières qui baliseraient les relations de travail entre les cliniques et ce profil de médecins. Généralement, les actes sont programmés, les médecins se rendent en Algérie pendant les weekends pour réaliser des interventions ponctuelles. Il semblerait qu'ils ne s'acquittent pas des charges fiscales ni sur leur territoire d'accueil, ni sur leur territoire d'origine. On ne dispose pas de beaucoup d'informations sur ce profil de médecins afin d'apprécier les pratiques mises en œuvre.

d- Les médecins correspondants : une nouvelle pratique dans le paysage médical en Algérie

Les médecins correspondants peuvent être des médecins généralistes ou des médecins dans les spécialités non chirurgicales. Ils recrutent des patients pour le compte des cliniques ; ils orientent les patients vers ces structures surtout pour la prise en charge chirurgicale. Cette stratégie est aussi mise en œuvre par certains médecins (surtout les chirurgiens). Chaque chirurgien peut être lié à un réseau de médecins correspondants de telle sorte à ce qu'ils forment un réseau d'adressage de patients. L'enjeu est donc d'être au plus près des fournisseurs de patients pour augmenter le niveau d'activité des médecins et des cliniques et partant leur rentabilité. Il s'agit d'une pratique inédite sur le marché des soins. Recourant aux mêmes stratagèmes, les cliniques et les médecins externes à la clinique se livrent une concurrence pour être au plus près de ces médecins, fournisseurs de patients.

Une forme d'intéressement est pratiquée dans l'établissement de ces relations. Dans un contexte de concurrence, divers moyens sont mobilisés pour recruter les patients. Les

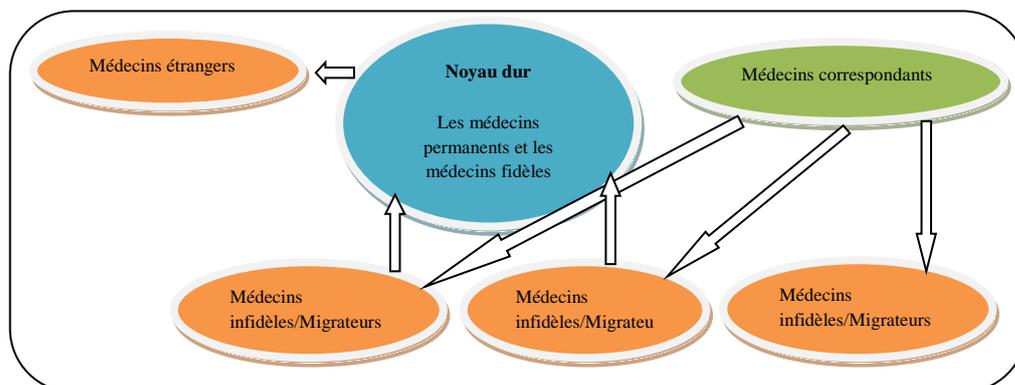
⁸ Un dossier administratif est transmis au Ministère, il comporte le CV et les copies des diplômes du médecin.

Les stratégies des cliniques privées algériennes dans le recrutement des patients : bouche à oreille, réseaux professionnels et conventionnement

stratégies déployées semblent être aux antipodes de l'éthique professionnelle et de la déontologie médicale. La question de l'intéressement a suscité des avis divergents de la part des fondateurs des cliniques. Trois groupes peuvent être dégagés, il y a ceux qui le pratique de façon normale et l'assume ouvertement ; c'est la tendance minoritaire. Le deuxième groupe le juge anti-éthique et ne le pratique pas. Le troisième groupe est dans une position intermédiaire. Ils n'adoptent pas d'emblée cette façon de faire mais ils ne sont pas contre. Les cliniques parlent d'une autre forme d'intéressement, plutôt symbolique, comme par exemple prendre en charge un membre de la famille du médecin, prendre en charge les frais de séjour pour une participation à un congrès ... Ce sont donc des formes d'intéressement qui peuvent être considérées comme acceptables par rapport à l'intéressement financier. Les laboratoires pharmaceutiques recourent aussi à ces pratiques. Ils accordent certains avantages aux médecins et aux pharmaciens à travers une série d'incitations comme la prise en charge lors d'un colloque , des séjours touristiques à l'étranger...le déficit de régulation de la part des pouvoirs publics a permis la prolifération de ces pratiques.

Au terme de ce que nous avons exposé sur les relations entre les cliniques et les médecins, on peut considérer la clinique comme une grappe non stabilisée de médecins de différents profils (Fig 1). L'objectif de la clinique est de les fidéliser en leur offrant les meilleures conditions de travail, en procédant à des arrangements sur le plan des tarifs des prestations, une souplesse dans les relations de travail... Dans un contexte concurrentiel entre les cliniques, les médecins disposent d'un pouvoir de négociation élevé pour fixer leurs conditions. Au fil du temps, les médecins satisfaits des prestations de la clinique restent fidèles et entretiennent des relations stables.

Figure 1 : la clinique privée : une grappe non stabilisée de médecins



Source : construit par l'auteur

Le noyau dur est constitué de deux profils de médecins. Il y a d'abord les médecins permanents de la clinique, déclarés comme des salariés mais réellement payés à l'acte, puis il y a les médecins fidèles de la clinique qui peuvent être des libéraux ou des médecins du secteur public. Les critères d'appréciation des médecins peuvent être divers. La présence d'un personnel paramédical qualifié peut laisser le médecin exercer uniquement dans la clinique, il peut s'agir aussi d'affinités avec le fondateur de la clinique ou un groupe de médecins qui ont des relations amicales et qui se retrouvent dans le même espace de travail... En revanche, les médecins infidèles ou migrateurs sont des médecins qui n'ont pas de relations stables avec la

clinique. Ils interviennent dans plusieurs cliniques et migrent d'un plateau technique à un autre. Il peut s'agir d'un comportement récurrent suivant un critère financier ; le médecin est dans une optique de minimisation des coûts de la prise en charge. Le choix de la clinique peut émaner aussi du patient en demandant au médecin de le prendre en charge au niveau d'une clinique précise qu'il a choisi suivant des critères qui lui sont propres : proximité du lieu de résidence, réputation de la clinique ou expérience positive vécue par le patient au niveau de la clinique en question.

Le recrutement des patients passe aussi par le conventionnement avec les entreprises du secteur économique ou des administrations. Il permet à la clinique de s'extraire de la contrainte de la solvabilité de la demande, puisque, dans le cadre de ces conventionnements les entreprises, les administrations couvrent tout ou une partie des frais. En effet, pour diversifier les sources de recrutement des patients, une des stratégies déployées par les cliniques privées est la recherche d'activité à travers la conclusion de conventions avec les entreprises du secteur public et privé mais aussi avec les administrations publiques. Les cliniques essaient donc d'élaborer un modèle de croissance basé sur les stratégies relationnelles non fondées sur les lois de la concurrence, mais sur des relations privilégiées que la clinique arrive à établir avec les partenaires de son environnement. « La notion de concurrence n'en est pas totalement absente, mais elle est forcément secondaire par rapport à un accord scellé de gré à gré et échappant aux règles normales du marché » (Gervais M., 1995, p. 250). En général, les administrations publiques et certaines entreprises prennent en charge 50% des dépenses au niveau des cliniques pour leurs employés et parfois leurs ayants-droits, le reste étant à la charge de l'employé. D'autres entreprises couvrent l'intégralité des dépenses de leurs employés à l'exemple de l'entreprise pétrolière Sonatrach, toutefois les ayants-droits ne bénéficient pas de ce privilège. La conclusion de conventions avec les entreprises et/ou administrations permet d'augmenter les possibilités de recrutement des patients. Toutes les cliniques que nous avons sondées disposent de conventions avec les entreprises et les administrations. Le nombre de conventions varie d'une clinique à une autre. La clinique mobilise son réseau de relations pour conclure des conventions. À ce niveau, le capital relationnel semble jouer un rôle important dans la conclusion de conventions. À l'instar de la question de l'intéressement financier, la mobilisation des relations interindividuelles semble encore être un sujet tabou. Même si les cliniques y recourent, elles ont du mal à l'assumer ouvertement. Les relations interindividuelles sont considérées comme une ressource stratégique qui contribue à créer des opportunités pour les cliniques.

Les entreprises et administrations concluent plusieurs conventions avec de nombreuses cliniques suivant leurs propres critères. Certaines cliniques accordent des arrangements tarifaires ou des avantages en nature à l'exemple de l'usage de l'ambulance de la clinique. Les tarifs peuvent être un élément de concurrence entre les cliniques en cas d'absence de capital relationnel (l'effet prix neutralisé). Les conventions peuvent porter sur une spécialité seulement, sur quelques spécialités, voire sur toutes les spécialités. Les responsables des entreprises et des administrations sont dans des stratégies de recherche d'informations afin d'optimiser le choix des spécialités, objet de conventions. Leurs critères peuvent être de diverses natures : les tarifs pratiqués, la réputation de la clinique, les affinités réciproques...

Les stratégies des cliniques privées algériennes dans le recrutement des patients : bouche à oreille, réseaux professionnels et conventionnement

La démarche de recherche de conventionnement peut émaner de entreprises et administrations ou des cliniques qui cherchent à se conventionner. Souvent, les deux parties réalisent des démarches actives à la recherche de conventionnement.

Le manque à gagner pour les cliniques du fait des arrangements tarifaires accordés ne pèserait pas devant les perspectives de gains futurs que pourraient espérer les cliniques. Toutefois, elles ne s'accordent pas toutes sur le volume d'activité réel que ces conventions ont pu générer. Deux positions polaires ont été relevées. Une majorité rapporte que le volume d'activité n'était pas à la hauteur des attentes de départ. Bien au contraire, les conventions n'étaient pas une source significative de patients pour ces cliniques. En revanche, pour une minorité de cliniques, les conventions drainent un volume de patientèle important, le niveau d'activité est jugé convenable.

4-Conclusion

Le déficit de régulation des activités des cliniques privées et la taille limité du marché des soins ont laissé les cliniques élaborer des stratégies de recrutement des patients parfois contraire à l'éthique et à la déontologie médicale. Les cliniques privées, comme nouvelle figure dans le paysage sanitaire, représentent de nouvelles organisations qui fonctionnent en mode réseau dans leurs relations avec l'ensemble des acteurs du système de soins au gré des affinités, des sensibilités et des intérêts financiers. Elles ont modifié amplement le fonctionnement du système de santé dans sa composante privée, mais ont impacté aussi la sphère publique de soins à travers surtout les interactions entre les médecins de l'hôpital et les différents acteurs du secteur privé.

Le réseau professionnel de la clinique (formel ou informel), les canaux de réputation et d'adressage s'avèrent les ressources stratégiques pour cet offreur de soins. Une fois installé, son développement passe par sa capacité à attirer une patientèle qu'il faut convaincre du bien-fondé du coût des soins prodigués au regard du différentiel de qualité par rapport à l'hôpital public. Le modèle des cliniques reste donc fragile car très dépendant du capital social des médecins et de celui des fondateurs dans le recrutement des patients.

Si à l'avenir le projet de contractualisation (dont l'objectif est d'étendre la prise en charge financière collective des dépenses de soins) est effectif, ce qui permettra une solvabilisation plus importante de la demande de soins, alors les stratégies de recrutement des patients développées par les cliniques connaîtront certainement des modifications. Pour l'instant, il n'y a pas de signal clair de la part des pouvoirs publics pour que les cliniques se projettent dans l'avenir sur la base des données fiables et réalistes. Elles apportent des réponses à leurs problématiques et s'adaptent à leur environnement.

Bibliographie

1. AOKI M., WILLIAMSON O., GUSTAFSSON B. *The Firm as a nexus of Treaties* , London, Sage Pub,1990.
2. BATIFOULIER P. « *Ethique professionnelle et activité médicale : une analyse en terme de conventions* », Finance, Contrôle, Stratégie, vol 2, n° 2,1999, pp.5-24

3. BATIFOULIER P., BIEN F., BIENCOURT O. « *Les honoraires libres en médecine ambulatoire : le prix signale-t-il la qualité ?* », Journal d'économie médicale, vol 17, n°6,1999, pp.17-36.
4. BEJEAN S. « *L'induction de la demande par l'offre en médecine ambulatoire : quelques évidences empiriques issues du contexte français* », Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales, 37 (3-4), 1997, pp. 311-39.
5. BRISTOR J M. « *Enhanced Explanations of Word of Mouth Communications : The Power of Relationships* », Research in Consumer Behavior,1990, 4, pp. 51-83.
6. CLAVERRANE J P., PIOVESAN D. « *La clinique privée, un objet de gestion non identifié* », Revue française de gestion, n°146 2003/5 pp. 143-153.
7. CONCHON F., ELEOUEY F., SAVART E ., ANDREANI J C. « *Tendances du marketing des services et implications pour les secteurs de santé : Vers un marketing des patients*», Working paper de la Chaire Marketing-Communication, ESCP-EAP,2006, Paris.
8. DOMIN J P. « *Réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de politique hospitalière (1983-2013)* », Revue de la régulation [En ligne], 17 | 1er semestre, mis en ligne le 30 juin 2015. URL : <http://regulation.revues.org/11293>
9. GERVAIS M. *Stratégie de l'entreprise*, Edition Economica, Paris,1995.
10. Paris, GUSEMAN D S. « *Risk Perceptions and Risk Reduction in Consumer Services* », Marketing of Services, J. H. Donnelly and W. R. George, eds. Chicago, American Marketing Association, 1981, pp. 200-204.
11. IYER R., MUNCY J A. « *Who do you trust?* », Marketing Health Services, Vol. 24, Issue 2, 2004, pp. 26-30.
12. KARPIK L. *Les avocats : Entre l'État, le public, le marché. XIIIe-XXe siècle*, Paris, Gallimard,1995.
13. KESSAS Z. « *L'application du marketing des services dans les établissements hospitaliers privés : Comment atteindre la satisfaction des patients* », Mémoire de Magister,sous la direction de Abderrezak Benhabib, Université de Tlemcen (Algérie),2012.
14. MEBTOUL M. « *L'introuvable césure public-privé en Algérie. De nouveaux objets en santé dans le champ de la privatisation des soins* », Revue de sciences sociales au sud n°29, 2004, pp.13-28.
15. MURRAY K B. « *A test of services marketing theory: Consumer information acquisition activities* », Journal of Marketing, n°55, 1991, pp. 10-25.
16. ROUTELOUS C. « *L'hôpital à l'épreuve de la performance économique : doctrines, instruments et hybridations des valeurs* », Revue Quaderni, n°82, 2013, pp. 5-16.
17. WILLIAMSON O E. *Markets and hierarchies : analysis and antitrust implications*, New York : Free Press,1975.
18. ZEHNATI A. « *Les raisons de la double activité des médecins : le cas de l'Algérie* », Revue Maghreb-Machrek n°217,2013/3, pp.89-112.
19. ZEHNATI A. « *Analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie* ». Thèse de doctorat en sciences économiques, Université de Béjaia/Université de Bourgogne, 2014.