

LES CLINIQUES PRIVÉES EN ALGÉRIE : LOGIQUES D'ÉMERGENCE ET STRATÉGIES DE DÉVELOPPEMENT

[Ahcène Zehnati](#), [Christine Peyron](#)

De Boeck Supérieur | « Mondes en développement »

2015/2 n° 170 | pages 123 à 140

ISSN 0302-3052

ISBN 9782807300880

DOI 10.3917/med.170.0123

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2015-2-page-123.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Les cliniques privées en Algérie : logiques d'émergence et stratégies de développement

Ahcène ZEHNATI¹ et Christine PEYRON²

Si le système de soins algérien est toujours organisé autour d'un secteur public dominant à forte logique centralisatrice, il comporte aussi un secteur privé qui n'est plus aujourd'hui marginal. De 1962 à 1986, le secteur privé ne correspondait qu'à un nombre restreint des cabinets de ville, ainsi qu'aux « maisons d'accouchement », établissements tenus par des sages-femmes. À partir de 1986, le secteur de la santé a été libéralisé et un dispositif législatif a d'abord assoupli les conditions d'installation des médecins libéraux, puis autorisé, en 1988, l'ouverture de cliniques privées. Depuis cette date, et surtout depuis les années 2000, les cliniques privées connaissent un réel développement. Bien qu'en nombre de lits elles correspondent encore à une offre hospitalière réduite, leur émergence, puis leur essor représentent un enjeu important pour l'évolution, voire la reconfiguration du système de santé algérien. Pourtant, les recherches sur le secteur privé des soins en Algérie sont extrêmement rares. Les seules références en la matière renvoient aux travaux d'anthropologie de la santé de Mebtoul (2004a et 2004b). Si le ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH) reconnaît l'expansion du secteur hospitalier privé, il ne diffuse aucune étude qui permettrait d'en cerner l'importance, les caractéristiques et la dynamique.

Dans la première partie de cet article, des éléments descriptifs et explicatifs de l'émergence et du développement des cliniques privées en Algérie sont donnés. Ils s'appuient sur des données quantitatives souvent inédites car issues de données primaires obtenues dans les services du MSPRH. Ce premier panorama permet de percevoir des caractéristiques majeures de ce nouveau secteur. L'essor des cliniques privées est ensuite expliqué avec un point de vue systémique en montrant qu'il est une réponse cohérente à des contraintes de financement et d'emploi dans un contexte de libéralisation. Mais la création de

¹ Centre de recherche en économie appliquée pour le développement (CREAD) et chercheur associé au Laboratoire d'économie de Dijon (LEDi), UMR CNRS 6307 - INSERM U1200, Université de Bourgogne. ahcene.zehnati@gmail.com

² Université de Bourgogne, Laboratoire d'économie de Dijon (LEDi), UMR CNRS 6307 - INSERM U1200. christine.peyron@u-bourgogne.fr

ces établissements ne peut être comprise sans porter attention aux attentes et aux stratégies des fondateurs de ces cliniques. Dans la deuxième partie de l'article, l'exploitation d'entretiens semi-directifs menés auprès de fondateurs de cliniques privées permet une approche plus micro-économique de cette émergence et montre les interactions entre les éléments contextuels et les comportements de ces fondateurs.

1. ÉMERGENCE ET DÉVELOPPEMENT DES CLINIQUES PRIVÉES : ÉLÉMENTS DE CADRAGE ET DE CONTEXTE

La constitution d'un secteur hospitalier privé algérien a été rendue possible et encadrée à partir de 1988 par une série de lois et de décrets. Des créations de cliniques ont rapidement concrétisé cette opportunité et aboutissent aujourd'hui à un paysage hospitalier privé qui mérite d'être caractérisé. L'émergence et le développement de ces cliniques privées ont eu lieu dans un contexte propice, qu'il s'agisse de la situation macro-économique du pays ou de la configuration de son système de santé.

1.1 Un cadre légal assez peu contraignant

Les cliniques privées sont autorisées en Algérie depuis une loi de 1988 qui a été suivie jusqu'en 2007 de décrets et d'arrêtés précisant, par exemple, les formes juridiques possibles de ces établissements, la composition de leur conseil d'administration, leur capacité d'accueil ou des normes techniques et sanitaires. Les conditions de fonctionnement réglementaires restent très générales : disposer d'un règlement intérieur, avoir un personnel en nombre suffisant, déclarer nominativement le personnel médical et paramédical, etc.

En 2007, une nouvelle carte sanitaire est mise en place en Algérie. Elle cherche à renforcer les soins de base, redéfinit la hiérarchisation des établissements publics. Si, dans ce cadre, quelques précisions sont encore apportées sur la nature et le statut juridique des cliniques privées, désormais dénommées établissements hospitaliers privés (EHP), l'offre hospitalière privée n'est absolument pas intégrée, ni contrainte, dans cette nouvelle structuration de l'offre hospitalière.

Deux catégories d'établissement ont fait l'objet de textes spécifiques, les cliniques d'accouchement et les centres d'hémodialyse. Les cliniques d'accouchement, historiquement détenues par des sages-femmes, doivent, depuis 1988, obligatoirement se reconvertir en cliniques médico-chirurgicales, elles deviennent, sinon, soit des « établissements en voie d'extinction » jusqu'à la cessation d'activité de leurs exploitantes titulaires, soit des cabinets de soins. Afin de répondre à une offre publique insuffisante en quantité, les centres privés d'hémodialyse sont autorisés en 1995. Ils sont complétés en 2002 par les centres d'hémodialyse allégés de proximité qui, pouvant être dirigés par un

médecin généraliste avec une formation de base en néphrologie, répondent à la pénurie de néphrologues.

D'un point de vue tarifaire, la réglementation fixe seulement les prix de journée et les tarifs de référence pour remboursement par les organismes de sécurité sociale des actes des praticiens, de la restauration et de l'hôtellerie. Concrètement, les tarifs pratiqués vont bien au-delà de ces tarifs de remboursement inchangés depuis 1988. Pour les centres d'hémodialyse privés, le déficit de l'offre publique dans la prise en charge de l'insuffisance rénale a conduit, en 2002, à une politique de conventionnement spécifique : la sécurité sociale prend en charge intégralement les dépenses des patients des centres privés.

Le cadre légal demeure donc assez peu contraignant. Des objets et des modalités de contrôle sont certes présentés dans le décret de 2007, mais les moyens, et parfois la volonté de surveiller ces établissements, restent plutôt faibles.

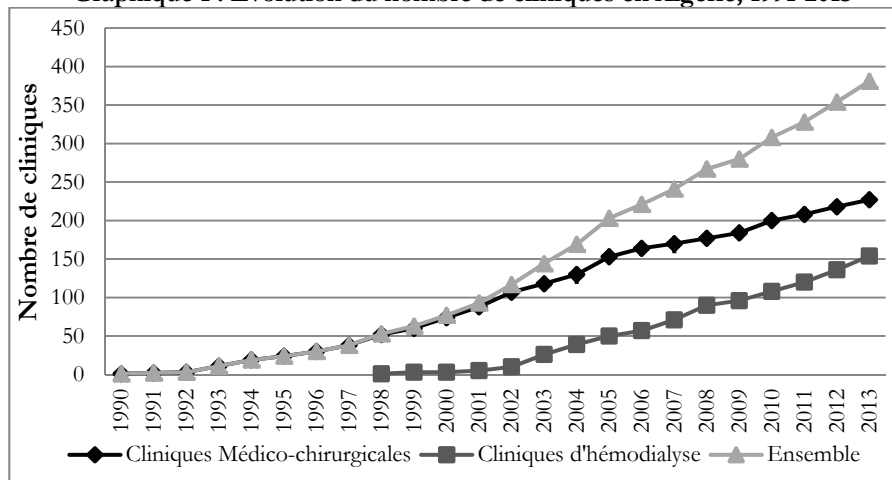
1.2 *Établissements, capacité, moyens et activité*

À travers des données, souvent non publiées, que nous avons pu collecter auprès des services du MSPRH, un panorama quantitatif de l'émergence et du développement des cliniques privées peut être présenté.

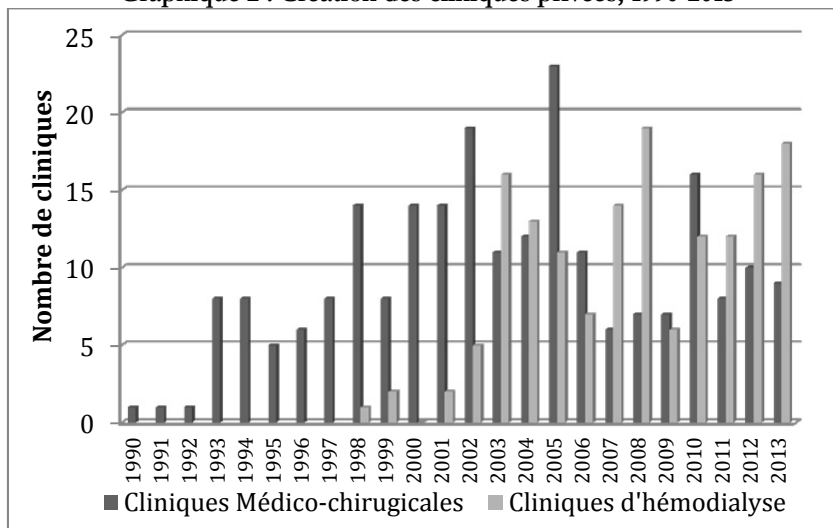
1.2.1 *Nombre d'établissements*

À partir de 1990, le nombre d'établissements a connu une croissance continue, toutefois différenciée selon les périodes (graphique 1 et 2).

Graphique 1 : Évolution du nombre de cliniques en Algérie, 1991-2013



Source : construit par nos soins à partir des données du MSPRH.

Graphique 2 : Création des cliniques privées, 1990-2013

Source : construit par nos soins à partir des données du MSPRH.

Entre 1990 et 1992, une seule clinique médico-chirurgicale est créée par an, de 1993 à 1997, entre 8 et 6 cliniques le sont chaque année. De 1998 à 2006, la création des cliniques s'intensifie avec en moyenne 14 cliniques créées par an. Depuis 2007, le nombre moyen de créations est de 9 cliniques par an. En 2013, 227 cliniques médico-chirurgicales fonctionnent. Le nombre de cliniques médico-chirurgicales devrait continuer à augmenter : en 2010, 130 demandes d'autorisation d'ouverture³ étaient en cours d'instruction au MSPRH.

Les cliniques dédiées exclusivement à l'hémodialyse connaissent une forte croissance à partir de 2002. La décision à cette date du remboursement intégral des dépenses de soins pour hémodialyse par la sécurité sociale rendait cette activité privée attractive et sans risque. On compte 154 établissements de ce type en 2013.

Tableau 1 : Répartition des cliniques médico-chirurgicales selon le nombre de lits en 2009

	Inférieur à 10 lits	10 à 30 lits	30 à 50 lits	50 à 70 lits	Supérieur à 70 lits	Ambulatoire (sans lit)	Total
Nombre de cliniques	2	100	30	7	2	43	184

Source : construit par nos soins à partir des données du MSPRH.

En 2005, d'après les statistiques du MSPRH, 3 165 lits privés étaient installés (soit 20 lits en moyenne par clinique), en 2010, 4 800 lits (soit en moyenne 15 lits par clinique). Cette diminution du nombre moyen de lits par établissement

³ Le délai entre l'autorisation et l'ouverture est légalement au maximum de 5 ans. Dans nos enquêtes à Alger et Bejaïa les délais vont de 2 à 8 ans, avec une moyenne entre 4 et 5 ans.

s'explique par la création croissante de cliniques de chirurgie ambulatoire. En 2009, 70% des cliniques avec lits avaient une capacité comprise entre 10 et 30 lits. Globalement, les lits privés ne constituent qu'une part encore faible du nombre de lits d'hospitalisation installés en Algérie (7,5% des lits en 2010).

Moyens techniques et humains

Les cliniques privées possèdent, par contre, une part non négligeable de moyens techniques. D'après des données ministérielles, elles auraient, en 2010, 25% des tables d'opération et, en 2003, 89% des scanners, 45% des échographies et 17% des appareils de radiologie en état de marche (MSPRH, 2003). Toutefois, l'effort d'équipement dont a bénéficié le secteur public durant cette dernière décennie pourrait relativiser un peu ces tendances.

En termes de personnel médical, différents statuts se côtoient : un personnel médical permanent réduit, des médecins libéraux conventionnés ou non, des médecins du secteur public disposant ou non d'une autorisation de double activité⁴, des médecins retraités, des médecins d'origine algérienne établis à l'étranger et des médecins d'autres nationalités (surtout dans les cliniques ayant une activité en cardiologie interventionnelle). Les personnels paramédicaux représentent une contrainte de capacité pour les cliniques privées en raison de l'interdiction faite aux agents formés dans le secteur public d'exercer dans le secteur privé : les personnels paramédicaux des cliniques privées ne peuvent être que des retraités, des personnels formés « sur le tas » ou issus d'écoles privées, encore en nombre très restreint.

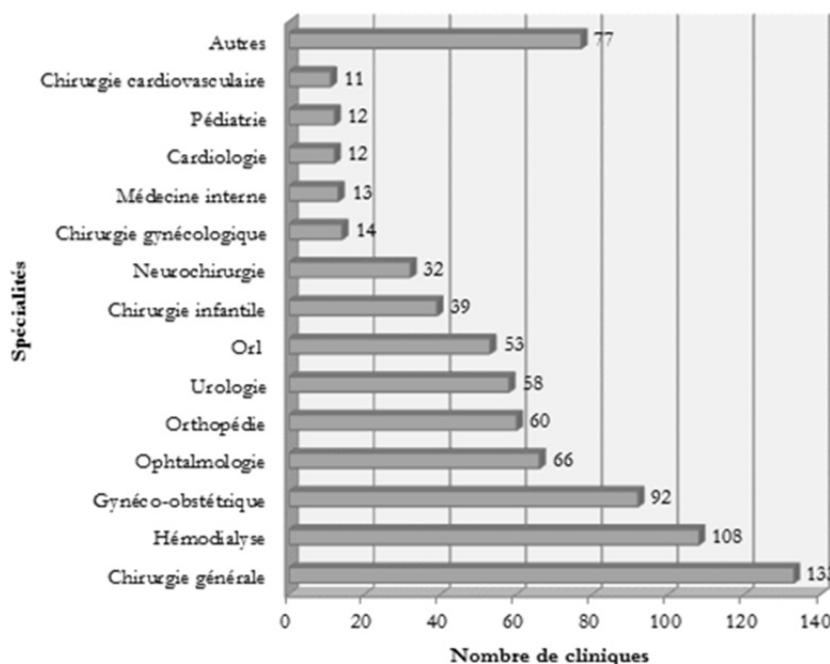
Activité et localisation

Au début du processus d'émergence, les cliniques étaient spécialisées sur une pathologie, parfois deux, les activités étaient organisées autour d'un petit plateau technique. Aujourd'hui, certains établissements s'apparentent à des structures de type clinique-hôpital, avec une variété de spécialités et un plateau technique de pointe.

L'activité des cliniques privées se concentre sur la gynécologie-obstétrique, l'hémodialyse et la chirurgie (graphique 3). La gynécologie-obstétrique a été la première spécialité investie, juste après l'ouverture du secteur à l'investissement privé. Le taux de natalité algérien est une garantie d'activité et la disposition à payer des familles est en général assez forte pour ce type de prise en charge. Pour certaines spécialités ou certains actes, un relatif partage d'activité semble se dessiner entre secteur privé et public. La chirurgie, notamment ambulatoire, est un segment d'activité attractif pour les établissements privés qui ne sont pas soumis aux exigences d'accueil du service public et qui peuvent choisir de se limiter à une chirurgie programmée et peu lourde.

⁴ Depuis 1999, les médecins du secteur public ont la possibilité, en complément de leur activité publique, d'exercer dans le secteur privé (pour une analyse de cette double activité, voir Zehnat et Peyron, 2014).

Graphique 3 : Répartition des cliniques privées selon les spécialités investies en 2009



Source : construit par nos soins à partir des données du MSPRH.

L'essor des cliniques privées est aussi marqué par une forte disparité géographique. Les cliniques sont localisées dans les grandes métropoles et plus particulièrement dans certaines wilayas⁵ : Alger et Oran concentrent 34,5% des cliniques, celles-ci étant généralement installées dans des wilayas abritant un CHU. Les wilayas du sud de l'Algérie, à faible densité de population et à faible niveau de vie, n'accueillent aucune clinique⁶.

1.3 Un contexte économique et un système de santé propices à l'émergence de cliniques privées

L'émergence et le développement des cliniques privées qui viennent d'être décrits ont eu lieu dans un contexte propice, qu'il s'agisse de la situation macro-économique ou de la configuration du système de santé. L'analyse de ces éléments de contexte permet à la fois de comprendre pourquoi le législateur a

⁵ La wilaya est une entité administrative proche de la notion de département en France.

⁶ La wilaya de Ghardaïa est un cas particulier de wilaya du sud : elle accueille 4 cliniques privées. C'est la porte d'entrée vers les wilayas du grand sud algérien et surtout elle abrite un important site gazier, avec une main-d'œuvre importante, nationale et étrangère. La compagnie pétrolière algérienne (Sonatrach) et les compagnies étrangères ont conclu des conventions avec ces cliniques privées pour la prise en charge de leurs employés.

ouvert ce secteur privé précisément à la fin des années 1980 et de repérer ce qui a rendu possible son développement.

La transition économique : le passage d'une économie planifiée à une économie de marché

À la fin des années 1980, l'Algérie est marquée par des mutations de son cadre économique global, à travers le passage d'une économie planifiée à une économie de marché où la liberté d'investir est mise en avant comme un levier du développement. Ce mouvement de libéralisation s'accroît en 1994 avec le début de l'application du programme d'ajustement structurel sous l'égide du Fonds monétaire international (FMI). La privatisation est présentée comme une source d'efficacité et une solution aux difficultés économiques par opposition au secteur public, source de gaspillage et d'inefficacité à tous les niveaux. Le secteur de la santé a été, comme les autres secteurs, concerné par ces nouvelles orientations économiques, et la loi de mai 1988 qui autorise les cliniques privées s'inscrit dans cette logique de développement d'entreprises privées.

De façon très opérationnelle, l'émergence des cliniques privées a été favorisée par un système général d'appui et de soutien à la création d'entreprise qui a été mis en place au début des années 1990. En 1993, le code des investissements consacre la liberté d'investir ; il est accompagné par une série de dispositifs fiscaux et parafiscaux. Ces dispositifs ont conforté les intentions d'investissement et la faisabilité financière des projets privés en Algérie, dont les projets de cliniques privées. Ce système d'aide a été renforcé dans les années 2000 par les pouvoirs publics.

Les carences du secteur public et la solvabilité de la demande

La crise économique de 1986 a sensiblement réduit les ressources financières du pays et n'a pas permis de maintenir l'investissement dans le secteur public, notamment dans les hôpitaux publics. L'émergence des cliniques privées est intimement liée aux carences de l'hôpital public (Mehtoul 2004a, 2004b), incapable de faire face à une demande croissante. Pour les patients de l'hôpital public, les motifs de mécontentement sont liés aux attentes interminables pour accéder à une prise en charge et à une certaine dégradation de la relation de soins dans un contexte de manque de moyens techniques et humains. Pour nombre de médecins, les conditions de travail au sein des structures publiques ne sont pas réunies pour un exercice de qualité. La majorité des praticiens exercent soit dans des services hospitaliers surchargés, soit dans des structures périphériques sous-équipées. Les médecins se plaignent d'une pression continue due à un trop grand nombre de malades qui leur imposerait de soigner à un rythme journalier incompatible avec des soins de qualité et qui leur ôterait toute possibilité de perfectionnement, réduisant ainsi leurs chances (réelles ou supposées) de promotion (Guillermou 2003). Ils analysent leur niveau de salaire comme une trop faible valorisation sociale de leur travail.

Pour les patients, comme pour les médecins, cette crise d'efficacité du secteur public, en grande partie liée à un manque de moyens, a en quelque sorte légitimé l'ouverture au secteur privé. Elle a rehaussé l'image de la médecine

libérale qui avait été considérée, depuis l'indépendance, comme peu souhaitable dans une société socialiste en construction.

Le système algérien de financement de soins pouvait être *a priori* un facteur de blocage pour le développement d'une offre privée. En Algérie, les soins délivrés dans le secteur public sont quasiment gratuits, alors que les soins dans le secteur privé sont quasi intégralement à la charge du patient. Ces derniers sont remboursés selon des cotations non actualisées depuis 1987, correspondant à des montants considérablement inférieurs aux tarifs effectifs du secteur privé⁷. Les mutuelles et les compagnies d'assurance privées interviennent pour l'instant très peu dans la prise en charge des dépenses privées de soins. Leur part dans la dépense nationale de santé (DNS) est insignifiante, même si, ces dernières années, une offre de couverture de santé par des compagnies d'assurance nationales et étrangères commence à se développer.

La contrainte d'une dépense privée à la charge quasi intégrale du patient n'a pourtant pas découragé l'investissement dans le secteur privé de la santé : la perception d'une forte disposition à payer des ménages pour échapper aux carences objectives ou subjectives du secteur public a sans doute convaincu de la rentabilité potentielle du secteur.

Démographie médicale et emploi public

La démographie médicale et le marché de l'emploi public ont également pesé sur l'attrait d'un développement des cliniques privées, pour les pouvoirs publics comme pour les praticiens.

L'Algérie a consenti de grands efforts dans la formation des professionnels de santé. La réforme des études médicales de 1971 a desserré la contrainte d'accès aux études médicales et augmenté le nombre et la capacité des lieux de formation. Si les effectifs dans le cycle de graduation⁸ sont à peu près stables depuis 2002, l'effectif des inscrits en postgraduation a doublé en 10 ans. Globalement, l'effectif des médecins (généralistes et spécialistes) a triplé en 25 ans.

Dès 1986, les difficultés budgétaires de l'Etat ont entraîné une diminution sensible de la création d'emplois dans la Fonction publique en général, et hospitalière notamment. L'arrivée sur le marché du travail d'un nombre important de médecins, alors que les possibilités d'embauche dans le secteur public se restreignaient, a exercé une pression supplémentaire sur les pouvoirs publics en faveur de l'assouplissement des conditions d'installation des médecins dans le secteur privé. Dès 1985, la médecine libérale a bénéficié de toute une série de mesures levant les contraintes à l'installation. Entre 1985 et 1989, 400 médecins hospitalo-universitaires quittent le secteur public pour

⁷ Par exemple, le tarif de remboursement pour une consultation spécialisée est de 100 dinars algériens (DA), alors que les tarifs pratiqués se situent entre 1 000 et 1 500 DA (1€ = 100 DA).

⁸ La graduation dure 7 ans et aboutit au titre de médecin généraliste. Elle peut être suivie par la postgraduation qui dure de 3 à 5 ans et aboutit à un titre de spécialiste.

s'installer à titre privé (Brahamia, 1991, 78). En moyenne, 48% des spécialistes exercent aujourd'hui à titre libéral. Toutefois, la création d'un secteur de médecine libérale ne répondait que partiellement aux attentes des spécialistes et ne permettait pas de développer une réelle offre alternative au secteur public. Les spécialistes ont, en effet, fréquemment besoin pour leur exercice d'un plateau technique dont ils ne peuvent bénéficier dans le cadre d'un cabinet de ville : l'autorisation de création de cliniques privées était alors le complément nécessaire au développement d'une médecine de ville libérale.

Tous les facteurs systémiques qui viennent d'être présentés – contexte macro-économique, libéralisation, carences du secteur public, pression des professions médicales – se sont conjugués pour concourir à l'émergence, puis au développement des cliniques privées. Ce nouveau pan du système de santé pourrait ainsi apparaître non comme une nouvelle orientation voulue pour améliorer le système de santé, mais comme une stratégie opportune dans un contexte financièrement et politiquement tendu.

Dans ce cadre général, des acteurs ont décidé d'investir dans la création des cliniques privées. Leurs stratégies individuelles ont joué un rôle essentiel dans la dynamique du secteur hospitalier privé ou, plus exactement, leurs stratégies ont interagi avec le contexte global pour façonner les établissements de ce nouveau secteur.

2. MOTIVATIONS ET STRATÉGIES DES FONDATEURS DES CLINIQUES PRIVÉES

Dans une approche plus micro-économique, il est intéressant, dans un premier temps, de caractériser les cliniques en termes de nature de la propriété et de répartition des pouvoirs. Pour être au plus près des comportements et des stratégies, seront ensuite présentés des résultats d'une enquête qualitative par entretiens semi-directifs, conduite en 2012 auprès de 16 fondateurs de cliniques privées dans les wilayas d'Alger et de Bejaïa⁹ (Zehnati, 2014). Ces fondateurs sont des médecins, des sages-femmes, des investisseurs étrangers au domaine médical. 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 de la clinique, ses modes de fonctionnement et ses perspectives de développement. Ces entretiens qualitatifs ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique.

2.1 *Propriété et gouvernance des cliniques privées*

L'entrepreneuriat médical est prédominant dans le paysage des cliniques privées en Algérie : les médecins sont très majoritairement à la fois les initiateurs, les fondateurs, les propriétaires et les directeurs des cliniques. Il peut s'agir de

⁹ Les cliniques concernées par ces entretiens sont présentées en Annexe.

médecins généralistes ou spécialistes, de médecins déjà libéraux ou de médecins jusque-là hospitaliers.

Les cliniques privées sont soit des SARL, soit des EURL, soit des entreprises individuelles. Le tableau 2 retrace, pour les 184 cliniques fonctionnant en 2009, la forme juridique en fonction de leur activité.

Tableau 2 : Répartition en 2009 des cliniques selon le type d'activité et le type de propriété

Statut	SARL	EURL	Entreprise individuelle	<i>dont entreprise individuelle détenue par un médecin</i>	<i>dont entreprise individuelle détenue par une sage-femme</i>	<i>dont entreprise individuelle détenue par extérieur au domaine médical</i>	Non disponible	Total
Activité								
Médico-chirurgicale avec hospitalisation	72	12	52	42	5	5	3	139
Chirurgicale en ambulatoire	4	1	33	33	-	-	-	38
Médicale avec hospitalisation		1	1	1	-	-	-	2
Médicale en ambulatoire	1	-	4	4	-	-	-	5
Total	77	14	90	80	5	5	3	184

Source : Construit par nos soins à partir des données du MSPRH.

La forme juridique dominante est l'entreprise individuelle, avec 49% des cliniques installées en 2009. La clinique appartient à une seule personne, n'a pas de capital social, entreprise et propriétaire sont juridiquement confondus. La deuxième forme juridique en termes de fréquence est la SARL, avec 42% des cliniques. Au moins deux associés détiennent alors le capital social de la clinique qui peut être gérée par un des associés ou un tiers. Les cliniques constituées en EURL appartiennent à une seule personne avec une responsabilité limitée aux apports, elles représentent 7,6% de l'ensemble des cliniques. D'après nos observations de terrain, cette forme juridique est adoptée pour être évolutive, lorsque le propriétaire souhaite assez rapidement faire appel à d'autres associés et adopter le statut de SARL.

De façon cohérente au regard des moyens financiers nécessaires, l'entreprise individuelle est le statut largement majoritaire (86%) des cliniques en ambulatoire qui nécessitent moins d'investissements et qui sont souvent monospécialisées en ophtalmologie et ORL. Les cliniques avec hospitalisation sont des entreprises individuelles pour 38% d'entre elles.

80 entreprises individuelles sur les 90 appartiennent à un médecin, 5 à une sage-femme et 5 à une personne extérieure au domaine médical. Nos données ne

nous permettent pas de savoir si les propriétaires des SARL appartiennent au corps médical ou sont des bailleurs de fonds extérieurs à ce domaine.

Dans notre enquête qualitative, nous avons interrogé les fondateurs sur la répartition des pouvoirs de direction et de gestion. La grande majorité des cliniques enquêtées, 13 sur 16, ne disposent pas d'un organigramme formalisé, la séparation entre la fonction de direction et la fonction de gestion est généralement introuvable. Dans 10 cliniques sur 16, ces deux fonctions sont assurées soit par l'un des propriétaires, soit par l'épouse ou le fils du propriétaire. Le modèle de gouvernance dominant peut alors être assimilé à celui d'une petite et moyenne entreprise (PME) de type artisanal. Dans ce type de configuration, il n'y a pas de place pour d'autres leaders comme des managers. La dépendance de la clinique à un seul homme clé augmente alors sa vulnérabilité face à la nécessité de nouvelles compétences ou aux aléas de la vie du fondateur.

2.2 Les motivations initiales des fondateurs

L'analyse des motivations des fondateurs des cliniques privées permet de mieux saisir en quoi le contexte global a pu rencontrer, ou susciter, les projets de ces entrepreneurs.

Motivations identifiées dans la littérature

Les motifs qui incitent les entrepreneurs à créer leur entreprise relèvent de différents registres, comme l'attestent de nombreuses recherches (Fayolle, 2003 ; Verstraete, 2001) : désir d'autonomie, recherche d'une valorisation sociale, altruisme... Shapiro (1975) met en avant des facteurs *push* (frustration suite à une insatisfaction professionnelle, perte d'emploi,...) et *pull* (identification d'opportunités,...) comme une combinaison d'éléments négatifs et positifs qui peuvent expliquer le passage à l'acte de création d'entreprise. Hessel et *al.* (2008) ajoutent à ces facteurs le résultat de l'arbitrage coût-bénéfice que font les agents économiques dans leur étude de faisabilité de leur projet. La dichotomie "subi/choisi" (Peel et Inkson, 2004 ; Hakim, 1989) est parfois utilisée dans la littérature sur l'entrepreneuriat. Pour la catégorie "subi", Hernandez (2008) met en avant l'importance d'un contexte ponctuel qui pousse l'individu vers l'entrepreneuriat sans qu'il s'agisse d'un réel projet antérieur. Enfin, puisque certains fondateurs étaient auparavant des médecins salariés du secteur public, on peut également se référer au modèle de Hisrich et Peters (1998) qui montre que le passage entre le salariat et l'entrepreneuriat est un processus décisionnel lié soit au désir de marquer une rupture avec le mode de vie antérieur, soit aux opportunités offertes par l'environnement économique, soit à la recherche d'une valorisation sociale que le salariat n'offrait pas.

Motivations propres aux professions médicales

En complément de ces registres de motivation propres à l'entrepreneuriat, trois registres sont plus spécifiques à l'exercice médical et peuvent être mobilisés ici puisque, parfois, les fondateurs et les propriétaires continuent d'exercer la

médecine : les motivations financières, les motivations professionnelles (intérêt des cas traités, qualité de la pratique, technicité,...) et enfin les motivations altruistes vis-à-vis des patients.

Les motivations de chaque fondateur de clinique sont certainement des compositions entre ces différents registres ; il est aussi probable qu'elles évoluent dans le temps. Notre enquête de terrain nous permet, toutefois, de présenter, selon l'origine professionnelle du fondateur, des profils types de motivation.

Motivations mises en évidence par l'enquête : médecins

Les anciens médecins libéraux généralistes et spécialistes sont la catégorie dominante de notre échantillon (11 fondateurs), comme au niveau national. Ces fondateurs s'étaient déjà tournés vers un exercice privé et la création d'une clinique apparaît comme la suite logique, attendue, d'un exercice libéral de la médecine. Le changement, pour eux, est lié à la dimension et à la complexité de la clinique par rapport au cabinet. Leur projet était très souvent un projet de longue date. Ils ont la plupart du temps exercé dans des cliniques en tant que médecins libéraux, ce qui leur a permis de mûrir leur projet, de mesurer les possibilités de création et d'être sereins quant à la rentabilité de telles structures. L'existence d'une demande jugée solvable, les aides à l'installation les ont confortés. Professionnellement, la clinique répond à une insatisfaction. Le cabinet ne recouvre que partiellement la demande de prise en charge des patients. En chirurgie, par exemple, le cœur du métier échappe aux médecins libéraux. Ils sont présents dans la phase préopératoire et parfois postopératoire, mais leurs patients sont opérés par leurs confrères de l'hôpital public. Le besoin d'autonomie professionnelle, l'intérêt de la pratique font que ces médecins-propriétaires restent, pour un temps au moins, des praticiens. Si les motivations professionnelles sont premières, elles n'excluent pas des motivations financières. Accroître leur activité et leur revenu est également une motivation mise en avant par ces médecins.

Pour les médecins du secteur public ayant fondé des cliniques sans avoir déjà exercé dans le secteur privé, les carences du secteur public, et surtout la question salariale, étaient les moteurs de la prise de décision. On rejoint ici les analyses de Mebtoul (2004a, 96), pour qui la faiblesse des salaires a largement contribué à une « désaffiliation de certains professionnels vis-à-vis du secteur public qui ont élaboré des stratégies de reclassement orientées vers le secteur privé ». Alors que ces médecins spécialistes, souvent universitaires, étaient destinés à diriger les pôles des centres hospitaliers universitaires (CHU), la libéralisation du secteur de la santé a été une opportunité vite saisie pour réorienter leur vie professionnelle et privée. Les discours recueillis lors de nos enquêtes ne laissent aucune ambiguïté quant aux motivations financières, et, indirectement, aux motivations liées à la reconnaissance sociale. De façon plus annexe, toutefois, la possibilité de bénéficier d'une infrastructure et de matériel de qualité au regard de l'équipement défaillant des hôpitaux publics est aussi citée.

Motivations mises en évidence par l'enquête : sages-femmes

Les sages-femmes peuvent être considérées comme une catégorie particulière en termes de statut, comme de motivations, dans le processus d'émergence des cliniques. Si elles ont été les seules autorisées à ouvrir des cliniques d'accouchement juste après l'indépendance, l'évolution de la législation, en 1988, les a contraintes à transformer leurs cliniques en cliniques médico-chirurgicales ou à voir disparaître leur établissement. Si on se réfère au registre des motivations dans le domaine de l'entrepreneuriat, les sages-femmes ont plutôt été poussées (*push*) à la transformation de leurs structures ; elles déclarent avoir peu de compétences en gestion et ne pas avoir la volonté de se développer. Ne pouvant statutairement occuper le poste de directeur médical, elles ont dû faire appel à des médecins (généralistes ou spécialistes) pour réaliser leur projet et font état de difficultés dans le pilotage de leur établissement. Elles se réfèrent soit au registre professionnel (attachement à sa pratique), soit à l'altruisme (pouvoir continuer à aider leurs patientes).

Motivations mises en évidence par l'enquête : investisseurs financiers

Les personnes étrangères au domaine médical qui ont investi dans le secteur des cliniques privées ont évidemment comme motivation la rentabilité financière. Ces investisseurs sont industriels, gros commerçants, importateurs de médicaments et de matériel médical (Zehnati, 2014 ; Mebtoul, 2004b). Pour se conformer à la législation, ils recrutent un médecin pour assurer les fonctions de directeur médical. L'initiative de l'association peut parfois venir du médecin qui ne peut pas faire face aux coûts élevés des équipements médicaux et cherche à trouver des bailleurs de fonds.

2.3 Expérience professionnelle, ancrage territorial et stratégies de réseaux

Qu'elle se réfère ou non à des motivations professionnelles et altruistes, la création d'une clinique privée répond à des objectifs financiers. Les fondateurs des cliniques que nous avons interrogés sont unanimes pour dire que le marché s'est créé de lui-même, compte tenu des dysfonctionnements du secteur public. Bien que la sécurité sociale n'ait pas solvabilisé ce marché, ils étaient persuadés de l'existence d'une réelle disposition à payer pour une prise en charge hospitalière privée. Les carences du secteur public, ou du moins l'insatisfaction des patients qu'ils percevaient, ont largement contribué à la conviction que le projet de création d'une clinique représentait une prise de risque limitée. L'expérience médicale préalable des fondateurs sur le territoire de leur futur projet a permis de conforter cette conviction. Qu'il s'agisse de médecins exerçant au préalable dans un cabinet privé, de médecins publics ayant une double activité ou de médecins publics confrontés aux attentes des patients, côtoyer leur patientèle potentielle leur a permis d'en cerner la demande et la capacité à payer.

Cette perception d'un projet financièrement soutenable a été aussi renforcée par les dispositifs d'appui, perçus comme un levier essentiel pour débiter le projet. Les fondateurs citent l'exonération de l'impôt sur les bénéfices des sociétés, l'exonération de la taxe sur le chiffre d'affaires, un taux réduit de cotisations sociales (7% au lieu de 35%) pendant 3 à 10 ans, selon les territoires. Pour la réalisation du projet, les fondateurs se sont souvent heurtés à un problème d'accès au financement qui n'est pas spécifique au secteur de la santé, mais correspond à un obstacle récurrent à la création d'entreprise en Algérie (Mouloud, 2012). Si l'intensité des contraintes financières a été variable d'un fondateur à un autre, le capital relationnel a joué assez systématiquement un rôle primordial pour trouver des investisseurs ou accéder au crédit bancaire. Des cliniques ont également bénéficié de l'appui des walis pour l'accès au foncier, jusqu'à, pour certaines, l'octroi de terrains au dinar symbolique.

Une immersion préalable dans le secteur privé a aussi été parfois une occasion d'apprentissage pour les médecins fondateurs, elle a contribué à acquérir des ressources stratégiques et à se forger une vision concrète de l'entrepreneuriat médical. Ces professionnels disent manquer de compétences en gestion, en management, mais cela d'autant moins qu'ils ont pu exercer dans des cliniques privées en tant que contractuels ou médecins salariés. Ils ont alors pu se familiariser « sur le tas » avec la législation, les contraintes financières et identifier les personnes ressources sur leur territoire.

Si les fondateurs percevaient au départ un niveau de risque limité, la gestion de la clinique les a rendus souvent plus conscients de la contrainte de rentabilité qu'ils doivent supporter, et cela encore plus nettement dans le cas d'un recours à un financement externe. L'activité et la rentabilité des cliniques leur semblent alors potentiellement plus fragiles et l'environnement est perçu comme fortement concurrentiel avec les autres cliniques, à la fois pour attirer les compétences médicales et pour attirer les patients à forte disposition à payer.

Face à cette pression et à ce risque, les fondateurs des cliniques privées combinent diverses stratégies afin d'augmenter le volume de leur patientèle. Ces stratégies passent par des réseaux formels, informels, par des relations interpersonnelles, développés à partir d'un réseau personnel et professionnel initial. Les travaux en sociologie économique ont montré que le réseau social jouait un rôle important dans la réussite économique (Granovetter, 1995 et 1985). Les stratégies de développement des cliniques algériennes illustrent parfaitement cette importance.

Le recrutement des patients peut se faire en établissant un réseau formel de relations *via* des conventionnements avec des grandes entreprises ou des administrations qui assurent ensuite à la clinique une certaine exclusivité sur la prise en charge de leurs employés. Ces conventionnements sont fréquemment liés à des relations sociales préalables. Ils permettent à la clinique de s'extraire de la contrainte de la solvabilité de la demande, puisque, dans le cadre de ces conventionnements, les entreprises et les administrations couvrent tout ou partie des frais.

Le recrutement se fait aussi par diffusion de la réputation de la clinique à travers un « bouche à oreille » jugé bien plus efficace par les fondateurs qu'une campagne publicitaire. Les cliniques ne sont donc pas dans une démarche proactive par rapport à leur marché, même si, comme l'a montré Karpik (1995), quand il s'est intéressé aux avocats, certaines pratiques du « bouche à oreille » et des réseaux informels peuvent correspondre à des stratégies actives et volontaires. Faire connaître le différentiel de qualité avec l'hôpital public proche est une stratégie ici assez évidente. Le recrutement des patients passe, enfin, par la capacité à attirer dans le personnel de la clinique des médecins de réputation et de compétences avérées, et par la capacité à nouer des relations formelles ou informelles avec des médecins qui capteront, pour la clinique, sa patientèle (Uzzi, 1997 ; Burt 1992). À l'intérieur de la clinique, lorsque le directeur médical n'est pas le (ou un des) propriétaire(s), choisir un directeur conservant en parallèle un exercice libéral permet de garantir l'orientation de ses patients vers la clinique. À l'extérieur de la clinique, on peut distinguer des « médecins opérateurs », praticiens libéraux et médecins du secteur public qui viennent avec leurs patients recrutés au cabinet ou à l'hôpital et les prennent en charge au sein de la clinique et des « médecins correspondants » qui peuvent être des généralistes ou des spécialistes non chirurgicaux qui orientent leurs patients vers la clinique, surtout pour la prise en charge chirurgicale. Une forme d'intéressement peut exister, ou il peut s'agir d'une relation purement confraternelle.

Réseaux sociaux et professionnels apparaissent donc bien comme les vecteurs clés du développement des cliniques.

CONCLUSION

L'émergence des cliniques privées a donc été en phase avec les logiques de libéralisation de l'économie algérienne. Les pouvoirs publics ont pu voir dans les cliniques privées une réponse aux revendications et des patients et des médecins. Les fondateurs de ces établissements ont su saisir les opportunités et utiliser leurs connaissances et leurs réseaux antérieurs pour les développer. Ces cliniques ont attiré une clientèle qui, au regard de l'offre publique, recherche un accès plus rapide à une prise en charge, et parfois de meilleures conditions d'accueil. Aujourd'hui, la poursuite du développement des cliniques, et plus largement du secteur privé, semble liée aux évolutions possibles du système de financement.

Si, comme actuellement, les ressources nationales issues des hydrocarbures diminuent, les pouvoirs publics pourraient de nouveau préférer encourager l'offre privée de soins, à défaut d'investir dans le secteur public. Toutefois, pour poursuivre avec moins d'incertitude leur activité et surtout leurs investissements, les fondateurs des cliniques attendent toujours un signal clair des pouvoirs publics, soit sur une possible contractualisation avec les caisses de sécurité sociale, soit sur le développement d'une assurance santé privée. Quant

aux patients algériens, ils rencontrent désormais deux barrières d'accès aux soins : celle du capital relationnel, pour accéder au service public, celle du capital financier, pour bénéficier de soins dans le secteur privé. Sans prise en charge collective, un nouvel essor du secteur privé aggraverait, pour les ménages les plus défavorisés, les inégalités d'accès, inégalités financières, géographiques et sociales.

L'évolution ou le *statu quo* du système de financement des soins, les politiques hospitalières publiques et la place qui sera donnée (ou laissée) aux cliniques par les pouvoirs publics vont avec certitude influencer leurs stratégies dans les prochaines années en matière de développement, de choix d'activités, de recrutement de patientèle. L'impact sur le système de santé algérien, entre réelle reconfiguration ou arrangement marginal, entre gain d'efficacité et perte d'équité, sera alors à évaluer.

BIBLIOGRAPHIE

- BRAHAMIA B. (1991) *La dynamique du système de santé algérien : bilan et perspectives*, Thèse Sciences économiques, Montpellier 1.
- BURT R. S. (1992) *Structural holes: the social structure of competition*, Cambridge, Harvard University Press.
- FAYOLLE A. (2003) *Le métier de créateur d'entreprises : motivations, parcours et facteurs clés de succès*, Paris, Éditions d'organisations.
- GRANOVETTER M. (1995) The Economic Sociology of Firms and Entrepreneurs, in A. Portes (ed.), *The Economic Sociology of Immigration: Essays in Networks, Ethnicity and Entrepreneurship*, New York, Russel Sage Foundation, 128-165.
- GRANOVETTER M. (1985) Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness, *American Journal of Sociology*, 91, 3, 481-510.
- GUILLERMOU Y. (2003) Médecine gratuite ou santé pour tous ? Réflexions sur l'expérience algérienne, *Sciences sociales et santé*, vol. 21, n° 2, 79-108.
- HAKIM C. (1989) Identifying fast-growth small firms, *Employment Gazette*, 97 (1), 29-41.
- HERNANDEZ H. M. (2008) L'entrepreneuriat comme processus d'émergence organisationnelle, *Revue Française de Gestion*, n° 185, 89-105.
- HESSEL O., VAN PRAAG M., IJSSELSTEIN A. (2008) The Impact of Entrepreneurship Education on Entrepreneurship Competencies and Intentions, *Tinbergen Institute Discussion Papers*, 08-038/3, Amsterdam and Rotterdam, Tinbergen Institute.
- HISRICH R. D., PETERS M. P. (1998) *Entrepreneurship*, 4th ed, New York, Prentice Hall.
- KARPIK L. (1995) *Les avocats : entre l'État, le public, le marché. XIIIe-XXe siècle*, Paris, Gallimard.
- MEBTOUL M. (2004a) Les enjeux de la privatisation des soins en Algérie, *Journal des anthropologues*, Tome 1 : effets de marché et migrations n° 96-97, AFA.
- MEBTOUL M. (2004b) 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, 13-28.

- MOULOUD A. (2012) De l'économie administrée à l'économie de marché. Politique en faveur de l'investissement privé en Algérie à la veille de son cinquantenaire de l'indépendance : quelques repères historiques, *Le Maghreb et l'indépendance de l'Algérie*, Paris/Tunis, Éditions CRASC, IRMC, Karthala.
- MSPRH (2003) *Projection du développement du secteur de la santé : perspective décennale*, Ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière, Alger.
- PEEL S., INKSON K. (2004) Contracting and careers: choosing between self and organizational employment, *Career Development International*, vol. 9, n° 6, 542-58.
- SHAPIRO A. (1975) The displaced uncomfortable entrepreneur, *Psychology Today*, 9(6), 83-88.
- UZZI B. (1997) Social Structure and Competition in Interfirm Networks: The Paradox of Embeddedness, *Administrative Science Quarterly*, vol. 42, n° 1, 35-67.
- VERSTRAETE T. (2001) L'entrepreneuriat : modélisation du phénomène, *La revue de l'entrepreneuriat*, vol. 1, n° 1, 5-24.
- ZEHNATI A. (2014) *Analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée des soins en Algérie*, Thèse de doctorat en sciences économiques, Université de Béjaïa/Université de Bourgogne.
- ZEHNATI A., PEYRON C. (2014) Les raisons de la double activité des médecins : le cas de l'Algérie, *Revue Maghreb-Machrek*, n° 217, Hiver, 89-112.

ANNEXE : Les cliniques enquêtées dans la wilaya d'Alger

Clinique*	Nb de lits	Nb de salles d'opérations	Spécialités	Statut Juridique	Propriétaire (s)	Directeur médical	Date d'ouverture
Clinique du Front de Mer	60	3	Pluridisciplinaire	EI	Un orthopédiste	Le propriétaire	2007
Clinique la Bonne Adresse	11	2	Pluridisciplinaire	Sarl	Un généraliste et son fils chirurgien	Le fils chirurgien	2006
Clinique Beau Séjour	34	3	Pluridisciplinaire	EI	Un pédiatre	Le propriétaire	2010
Clinique la Belle Etoile	23	2	Pluridisciplinaire	EI	Un gynécologue	Un médecin anesthésiste-réanimateur	1999
Clinique l'Antilope	46	3	Pluridisciplinaire	Sarl	Un ophtalmologue et sa femme gynécologue	L'épouse	2000
Clinique de l'Espérance	54	4	Pluridisciplinaire	Sarl	Un ophtalmologue, son épouse gynécologue et leur fils généraliste	Le fils, médecin généraliste	2009
Clinique l'Enchanteresse	30	2	Pluridisciplinaire	Sarl	Un chirurgien généraliste et son épouse radiologue	Un médecin anesthésiste-réanimateur	2009
Clinique la Rose des Vents	35	3	Pluridisciplinaire	EI	Une sage-femme	Un chirurgien généraliste	2001
Clinique des Pins Maritimes	25	2	Pluridisciplinaire	Sarl	Un gynécologue, son épouse pédiatre et leur fils gestionnaire de la	Un médecin anesthésiste-réanimateur	2003

					clinique		
Clinique le Récif	28	2	Pluridisciplinaire	EI	Une sage-femme	Un chirurgien généraliste retraité	1997
Clinique la Merveilleuse	-	1	Monospécialisée	EI	Un ophtalmologue	Le propriétaire	2009

Les cliniques enquêtées dans la wilaya de Béjaïa

Clinique l'Arc en Ciel	25	2	Pluridisciplinaire	EI	Un gynécologue	Le propriétaire	2002
Clinique du Lac	80	4	Pluridisciplinaire	Sarl	2 bailleurs de fonds et un chirurgien généraliste	Un des propriétaires, le chirurgien généraliste	2010
Clinique la Radieuse	13	2	Pluridisciplinaire	Sarl	Un orthopédiste, un gynécologue et un chirurgien généraliste	Un des propriétaires, le gynécologue	2009
Clinique les Iris	-	2	Monospécialisée	EI	Un ophtalmologue	Le propriétaire	2002
Clinique de la Vallée	40	2	Pluridisciplinaire	Sarl	2 personnes étrangères au domaine médical	Un chirurgien généraliste	2000

* Nous avons modifié les dénominations des cliniques pour des raisons de confidentialité.
