

## **LES CLINIQUES PRIVEES EN ALGERIE : L'EMERGENCE D'UN NOUVEL ACTEUR DANS LE PAYSAGE SANITAIRE**

Ahcène **ZEHNATI**\*

### **Résumé**

En Algérie, le champ de la santé s'est modifié avec l'émergence et l'extension du secteur privé des soins à but lucratif surtout dans sa composante «cliniques privées» mettant ainsi fin à l'hégémonie pendant trois décennies du secteur public. Un système de soins hybride en a résulté où un secteur public caractérisé par de multiples dysfonctionnements semble nourrir un secteur privé en pleine croissance. Les cliniques privées comme nouvelle figure dans le paysage sanitaire représentent des innovations organisationnelles qui rompent avec les modes de fonctionnement anciens. De nouvelles façons de faire s'observent, des modalités de coopération inhabituelles et des modes de coordination inédits ont émergé. Au fonctionnement cloisonné du système de soins se substitue un fonctionnement en réseau dans les rapports entre les différents acteurs du système de soins au gré des affinités, des sensibilités et des intérêts financiers.

**Mots Clés :** Emergence, Clinique privée, Innovation organisationnelle, Réseau.

**Jel Classification :** I12, L2

### **Introduction**

En Algérie, le champ de la santé s'est modifié avec l'émergence et l'extension du secteur privé des soins à but lucratif surtout dans sa composante «cliniques privées» mettant ainsi fin à l'hégémonie pendant trois décennies du secteur public. Un système de soins hybride en a résulté où un secteur public caractérisé par de multiples dysfonctionnements semble nourrir un secteur privé en pleine croissance. Les nouvelles orientations économiques du pays décidées après la crise

---

\* Chercheur au CREAD et Doctorant en cotutelle à l'Université de Bejaia (Algérie) et à l'Université de Bourgogne (France).

économique de 1986 créditent la privatisation de toutes les vertus d'efficacité et présentée comme une panacée par opposition au secteur public, source de gaspillage et d'inefficacité à tous les niveaux. Mouvement amorcé à la fin des années 80, l'expansion et le développement considérable des activités du secteur privé n'ont cessé de croître. Après plus de vingt années d'existence, l'offre privée de soins a gagné progressivement l'ensemble du territoire même si elle est beaucoup plus importante dans les grandes métropoles. Aujourd'hui, 300 cliniques sont opérationnelles dont un tiers est dédié à l'hémodialyse. Dans de nombreuses spécialités, l'offre privée de médecins dépasse celle du secteur public (Zehnati 2010). L'apport du secteur privé en lits d'hospitalisation progresse mais reste faible, il totalise une capacité d'accueil de 4800 lits. En outre, il dispose d'une part significative des équipements d'imagerie médicale surtout les plus coûteux. Cette dynamique s'opère dans un contexte de transition plurielle : une transition économique qui reste encore inachevée, une transition sociologique avec une forte urbanisation, une rapide transition démographique avec une modification de la pyramide des âges, une transition épidémiologique toujours en cours (le poids croissant des maladies chroniques) et une transition politique toujours en suspens.

Une des conséquences de l'ouverture du secteur de la santé est le transfert de ressources qualifiées vers le secteur privé. La migration des professionnels du secteur public vers le secteur privé plus rémunérateur a pris des proportions alarmantes. C'est ainsi qu'un grand nombre de spécialistes exerce dans le secteur privé des soins (57% en 2008). Le personnel hospitalier public a investi activement le secteur privé au titre de deux dispositifs «*l'activité complémentaire*» et «*l'activité lucrative*»<sup>1</sup>. *L'activité complémentaire* permet sous cer-

---

<sup>1</sup> Pour plus de détails sur le cadre juridique de ces deux dispositifs, le lecteur peut se référer aux textes législatifs suivants :

*Dispositif de l'activité complémentaire :*

- Loi n° 98-09 du 26 Rabie Ethani 1419 correspondant 19 Août 1998 modifiant et complétant la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

- Décret exécutif n° 99-236 du 9 Rajab 1420 correspondant au 19 octobre 1999 fixant les modalités d'application des dispositions de l'article 201 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 modifiée et complétée relative à la protection et à la promotion de la santé

taines conditions aux médecins spécialistes de l'hôpital public d'exercer en parallèle dans le secteur privé (clinique privée et/ou cabinet médical) ou dans le secteur parapublic à raison d'une journée par semaine. Quant à l'*activité lucrative*, elle 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 sont autorisés 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. La poussée du secteur privé provoque même un *effet d'éviction* vis-à-vis de l'hôpital public en certaines pathologies fortement lucratives (Oufriha 2002).

Cette ouverture au privé est perçue par certains analystes comme une marchandisation de la santé, institue une médecine à deux vitesses et participe à l'accentuation des inégalités d'accès aux soins. Pour d'autres, elle est souhaitable vue l'état de délabrement que vit le secteur public et les dysfonctionnements le caractérisant. Quant aux propriétaires des cliniques, ils pensent qu'il est urgent d'intégrer la dynamique des cliniques dans la politique nationale de santé, le secteur public à lui seul serait incapable de répondre à une demande

---

- Circulaire N°36 MSP/DU 22 décembre 1999 portant mise en œuvre des modalités pratiques des conditions d'exercice de l'activité complémentaire.

- Décret exécutif n° 02-256 du 23 Joumada El Oula 1423 correspondant au 3 août 2002 modifiant et complétant le décret exécutif n° 99-236 du 9 Rajab 1420 correspondant au 19 octobre 1999 fixant les modalités d'application des dispositions de l'article 201 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé.

- Circulaire du 03 Mai 2003 relative aux modalités d'application du décret exécutif n° 02-256 du 3 août 2002 modifiant et complétant le décret exécutif n° 99-236 du 19 octobre 1999 fixant les modalités d'application des dispositions de l'article 201 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé.

- Circulaire N° 003 MSPRH/MIN du 08 décembre 2009 relative à l'exercice de l'activité complémentaire.

*Dispositif de l'activité lucrative :*

- Ordonnance n° 06-03 du 15 juillet 2006 portant Statut Général de la Fonction Publique, article 44.

- Décret exécutif n° 08-129 du 27 Rabie Ethani correspondant au 03 mai 2008 portant statut particulier de l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire.

- Circulaire N° 001 MSPRH/MIN du 31 MARS 2010 relative à l'exercice de l'activité lucrative.

de soins de plus en plus croissante. Le secteur privé plus souple et réactif devrait être accepté comme un acteur complémentaire.

La question centrale à laquelle nous tenterons de répondre dans ce présent article est relative au mode de construction et de développement du secteur privé des soins dans un contexte systémique spécifique. Cette interrogation ne peut pas faire l'impasse sur les interactions secteur public/secteur privé à travers la modalité de la double activité qui permet aux médecins du secteur public d'exercer en parallèle dans le secteur privé. Il s'agit bien d'appréhender l'émergence et l'expansion du secteur privé à partir d'une dynamique d'ensemble tout en mettant en avant les mécanismes à l'œuvre ayant contribué à l'émergence et au développement des cliniques privées à partir de la fin des années 80.

L'exposé de notre travail suivra la trame suivante : dans un premier temps, nous expliciterons le concept d'émergence et une revue de la littérature se rapportant à notre sujet qui accuse un déficit en connaissances théoriques et empiriques sera exposé. Dans un deuxième temps, nous nous intéresserons à la formation du secteur privé des soins dans sa composante médecine de ville depuis l'indépendance jusqu'au début du processus de libéralisation à travers une périodisation. Ensuite, nous présenterons des données quantitatives et qualitatives sur l'émergence et l'extension du segment des cliniques privées. Enfin, nous appréhenderons le fonctionnement des cliniques privées en mettant en avant les stratégies mises en œuvre par les cliniques privées dans leurs interactions avec l'environnement.

## **1- Cadre conceptuel et Survey de la littérature**

Nous présenterons dans ce premier point le concept d'émergence tel qu'il a été défini par les différentes disciplines, ensuite nous exposerons les travaux de la littérature qui ont abordé notre thématique de recherche.

### **1.1. Le concept d'émergence**

Le concept d'émergence est apparu vers 1920<sup>2</sup>, il est issu d'un groupe de philosophes et de biologistes britanniques qui s'étaient

---

<sup>2</sup> Au siècle dernier, John Stuart Mill, Alexander Bain et George Henry Lewes furent les premiers à s'intéresser à la différence entre effets résultants et effets émergents dans le cas où plusieurs causes se combinent.

rendu compte des limites du "réductionnisme"<sup>3</sup> et du "vitalisme"<sup>4</sup>. C'est un concept utilisé dans les domaines de la Physique (Stewart et Cohen, 1994), de la Biologie (CNRS, 2000), de l'Ecologie (Rietkerk, 2004) et des Sciences sociales (Boudon, 1997), s'appliquant à des systèmes dynamiques comportant des rétroactions.

En Sciences sociales, les institutions (comme les marchés ou un secteur particulier) et les langages peuvent être considérés comme des illustrations de phénomènes émergents, décrits par les Sciences sociales (Walliser, 2000). Cependant, si les phénomènes d'émergence sont tout aussi pertinents dans les sciences sociales qu'en physique ou en biologie, c'est parce que les premiers se distinguent par l'intentionnalité des comportements humains (Seale, 1983), qui en ayant conscience du phénomène d'émergence, peuvent influencer le cours (Beckenkamp, 2006).

Dans le cadre de cette recherche, l'émergence est considérée comme l'apparition de nouvelles caractéristiques à un certain degré de complexité. Cette émergence peut être «*faible*» ou «*forte*». Lorsque la dynamique causale du tout est entièrement déterminée par la dynamique causale des parties, et est subjectivement interprétée comme émergente par un observateur extérieur, l'émergence est dite «*faible*» (Bedau, 1997). Pour désigner cette émergence «*faible*», Valery (1962), préfère le mot «*émanation*» qui selon lui semble être le seul terme assez poché de la réalité, puisqu'il signifie «*laisser suinter*». Par contre, l'émergence est dite «*forte*» lorsqu'elle concerne des propriétés indépendantes de toute observation, intrinsèques au système, de sorte qu'elles vont interagir avec les autres constituants du système de manière originale. Dans ce contexte, ce qui importe, c'est l'existence des propriétés émergentes fortes.

C'est le sens systémique de l'émergence qui est retenu dans la présente recherche. L'accent ici est mis sur le phénomène d'émergence qui n'est pas considéré comme une somme de comportements simples, mais plutôt comme le résultat d'une interaction entre ces comportements et la complexité du système. "Beckenkamp (2006), décrit cette conception de l'émergence en précisant que l'émergence est un concept encastré dans la théorie du système".

---

<sup>3</sup> Selon cette doctrine, comprendre l'élémentaire est censé expliquer le complexe.

<sup>4</sup> Doctrine qui explique les phénomènes physico-chimiques dans un organisme à partir d'un principe vital.

## **1.2. Le secteur privé dans la littérature : un sujet peu exploré**

Dans la plupart des pays en développement, le secteur privé a pris une grande importance dans la fourniture des soins. Ce secteur est considéré parfois comme étant une boîte noire car les données sur sa taille, les types de prestataires, les mouvements des professionnels entre le secteur public et privé, l'origine des ressources financières, le coût et la qualité des soins, sont pauvres (Bennett 1992, Kumaranayake 1998, Hanson et Berman 1998, De Roodenbeke 2003, OMS 2005).

Lorsqu'on aborde le secteur de la santé, on parle essentiellement de l'hospitalocentrisme et de l'hôpital public. Les résultats de la revue de littérature sur les termes «cliniques privées et secteur privé des soins de santé» montrent ce déficit de recherches. Les cliniques privées en tant qu'organisations sanitaires est un objet de recherche peu connu par les sciences économiques et les sciences sociales en général y compris dans les pays développés. Plusieurs auteurs ont souligné la carence de travaux portant sur ces questions (Claveranne et al., 2003, Piovesan 2003). Ce sujet de recherche a été abordé de façon globale par des recherches générales portant sur la dualité des systèmes de santé. Ces études sont le fait de thèses de médecine portant sur le secteur privé dans son ensemble ou sur des approches spécifiques : l'histoire des cliniques privées, les modes de recrutement du personnel de santé,...etc. De nombreuses recherches ont été consacrées aux médecins libéraux sans que les logiques d'action à l'intérieur des cliniques ne soient reconstituées (Piovesan 2003).

Des recherches en sciences économiques ont été consacrées à ce sujet mais toujours dans une perspective macroéconomique en apportant des éclairages sur le financement de ce secteur, la complexité et l'hétérogénéité des structures privées de soins ou encore sur l'évolution de leurs activités. Quelques travaux microéconomiques notamment ceux de Gadreau (1981) ont analysé les choix des cliniques privées en termes d'activités (médicales, chirurgicales, obstétrique,...). D'autres études se sont intéressées à l'impact des modes de tarification des cliniques sur leurs activités (Hartmann 2000). Des travaux dans le domaine du management des organisations ont abordé la clinique privée comme étant une organisation sanitaire à caractère

spécifique (GRAPHOS)<sup>5</sup>. Ces études ont fait ressortir les conflits entre les différentes générations de médecins et les conflits occasionnés lors des opérations de rachat et de fusion.

En Algérie, le secteur privé reste assez mal connu des autorités et les données le concernant sont incomplètes. Les recherches et travaux sur le secteur privé de soins analysé sous l'angle économique sont inexistantes. Les recherches conduites ont porté plus spécialement sur la sociologie de la santé, réalisées par Mebtoul. M<sup>6</sup> et ont fait l'objet de publications dans des revues nationales et internationales. Cette situation contraignante et en même temps opportune laisse toute recherche se rapportant à ce thème d'un apport original.

## **2. Eléments de cadrage macro-économique de l'émergence du secteur privé des soins**

Dans ce point, nous présenterons dans un premier temps la formation du secteur privé des soins et les passerelles entre le secteur public et privé à travers une périodisation. Dans un second temps, nous porterons un coup de projecteur sur les cliniques privées en présentant des données de cadrage macroéconomique.

### **2.1. L'émergence du secteur privé des soins en Algérie : un processus évolutionniste**

Le secteur privé libéral dans sa composante «médecine de ville» a toujours existé à l'ombre d'un secteur public dominant. Il a évolué au gré des compromis entre les médecins et les pouvoirs publics. Un détour historique est nécessaire pour retracer le processus de sa formation.

Au lendemain de l'indépendance, il a été considéré comme antagonique au secteur public. L'étatisation ainsi amorcée paraît comme une sanction à son égard dans une société socialiste en construction. C'est l'amorce d'un mouvement de *brain drain* pendant les périodes initiales de tensions vives entre les autorités publiques et les médecins. Afin de réguler les activités d'un personnel encore trop rare, les possibilités d'installation sont assouplies en 1969 et ensuite de période en période. Elles restent toutefois conditionnées par l'exercice préa-

---

<sup>5</sup> Groupe de Recherche sur les Organisations Sanitaires, Université Lyon 3, France.

<sup>6</sup> Professeur de sociologie à l'université d'Oran et directeur du laboratoire de recherche en anthropologie de la santé (GRAS).

lable d'un service national à plein temps porté alors à cinq ans. Par ailleurs, les médecins privés sont astreints à une mi-temps obligatoire dans le service public. L'articulation et l'interpénétration public-privé sont donc réalisées par le double système du service national et de la mi-temps.

Avec la gratuité des soins instaurée en 1974 et à partir de 1976, les médecins doivent théoriquement choisir entre le régime de plein temps et le régime du mi temps. En 1977, d'importants mouvements de grève des praticiens du secteur public reposent cette question à partir des conditions de travail et de rémunération jugées peu attractives. En fait, elles traduisent le poids grandissant de ce corps rapidement gonflé suite aux desserrements de la forte sélection à l'entrée qui régnait dans les études médicales opérées par la réforme de 1971. Un choix définitif est offert aux hospitalo-universitaires entre une carrière rendue plus attractive dans le secteur public et l'exercice à titre privé. Les médecins spécialistes non seulement n'étaient pas ou très peu autorisés alors à s'installer mais aussi peu nombreux.

De 1962 à 1980, c'est une période *d'intégration plus au moins forcée* de tous les médecins au secteur public qui a prévalu. A partir de cette date, il y a eu une nette consécration de l'exercice à titre privé et le début d'une phase *d'intégration consensuelle* qui va aller jusqu'à 1986 (Oufriha 2002). La crise économique qu'a connue le pays suite au retournement du marché pétrolier international a mis à mal toute l'économie algérienne dépendante à 97% des hydrocarbures a précipité le processus d'ouverture. Ce choc exogène a réduit sensiblement les ressources financières du pays et n'a pas permis la reproduction d'un secteur public dominant et surdimensionné. Les difficultés budgétaires de l'Etat entraînent, un freinage de la création d'emplois dans la fonction publique. L'ouverture au secteur privé était plus que nécessaire. Toutes les entraves à l'installation sont progressivement levées, d'abord l'abrogation du mi-temps pour les médecins privés installés, la fin du service civil, et la suppression du zoning<sup>7</sup>. Le secteur privé passe alors de la contrainte à la liberté.

La privatisation répond aussi à une forte pression de la démographie médicale multipliée par une politique de formation active

---

<sup>7</sup> Mesure contraignant les médecins à s'installer dans des zones géographiques définies par les pouvoirs publics afin d'assurer une bonne répartition des professionnels de santé sur le territoire.



depuis la réforme des études médicales en 1971. Corps imprégné du modèle libéral et biomédical mais qui rejette aussi les conditions de fonctionnement d'un secteur public bureaucratisé où les dysfonctionnements sont multiples (Oufriha 2002).

Les réformes économiques initiées en 1988 suite à une double ouverture politique et économique ont explicitement consacré la privatisation comme mode d'allocation des ressources. Dans le secteur de la santé, un décret législatif a été promulgué et offre la possibilité d'ouverture et d'exploitation des cliniques privées de soins<sup>8</sup>. Le programme d'ajustement structurel (1994-1998) avait pris le relais des réformes entreprises pour renforcer le processus de libéralisation. L'émergence du secteur privé des soins ne s'est pas manifestée de façon spontanée; elle a résulté de la conjugaison d'un ensemble de facteurs exogènes et endogènes qu'on vient d'énumérer.

Néanmoins, Il y a lieu d'insister sur l'importance du contexte local qui a conditionné l'émergence de ce secteur, contexte recomposé suite à des facteurs exogènes et des mobiles endogènes particulièrement propices. Les stratégies individuelles ou collectives des médecins ont aussi été déterminantes dans l'émergence et le renforcement du secteur privé des soins.

## **2.2. Les cliniques privées : définition, catégories et évolution**

Les cliniques constituent un ensemble très hétérogène pour lequel il n'existe pas une définition propre et unique. Les statuts et la nature des cliniques ont évolué au gré de la législation. Le ministère de la santé dans ses différentes publications (2001,2002) reconnaît le développement et l'expansion des activités du secteur privé. Peu de données sont disponibles; nous pouvons connaître la répartition territoriale des cliniques privées, leurs capacité litière et les spécialités investies. En revanche, le volume et la tarification des activités restent méconnues et manifestement sous déclarés.

Les cliniques privées sont des établissements de soins qui peuvent être de nature juridique différente : sociétés de personne physique ou des personnes morales (EURL, SARL ou SPA). La clinique doit être exploitée par un médecin, un groupement de médecin, des mutuelles

---

<sup>8</sup> Décret n°88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées

et autres associations à but non lucratif<sup>9</sup>. Dans ces établissements, en plus du staff médical permanent, les médecins libéraux côtoient les médecins du secteur public et même des médecins d'autres nationalités dans les cliniques qui se positionnent sur le segment de la chirurgie cardiaque<sup>10</sup>.

Nous distinguons les cliniques avec des activités médicales et/ou chirurgicales en ambulatoire seulement, des cliniques médicales et/ou chirurgicales avec hospitalisation avec ou sans un service de maternité. Comme nous retrouvons des structures de moindre importance telles que les cliniques de diagnostic assurant des activités d'exploration, les cliniques de procréation médicalement assistée et les cliniques dédiées uniquement à l'hémodialyse sous la responsabilité d'un médecin néphrologue<sup>11</sup>. Certaines cliniques médico-chirurgicales assurent aussi la prise en charge des malades dialysés.

Depuis la promulgation de la nouvelle carte sanitaires en 2007, les cliniques médico-chirurgicale avec hospitalisation sont dénommées établissements hospitaliers privés (EHP)<sup>12</sup>. L'article 2 du décret exécutif n°07-321 précise que l'établissement hospitalier privé est un établissement de soins et d'hospitalisation où s'exercent les activités de

---

<sup>9</sup> Article 208 bis de la loi n°88-15 du 3 mai 1988 modifiant et complétant la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

A aucun moment la législation a fait le distinguo entre l'exploitation et la propriété des cliniques privées. Tous les textes relatifs aux cliniques privées qui ont suivi ce premier dispositif législatif n'ont fait référence à la nature de personnes qui peuvent être propriétaires des cliniques. Il est juste dit que les cliniques sont placées sous la responsabilité d'un médecin directeur technique. Est ce que c'est une façon subtile d'ouvrir les portes aux personnes étrangères au domaine médical d'investir ce secteur? En tout cas, nombre de cliniques appartiennent à des personnes qui n'ont aucune proximité avec le domaine médical.

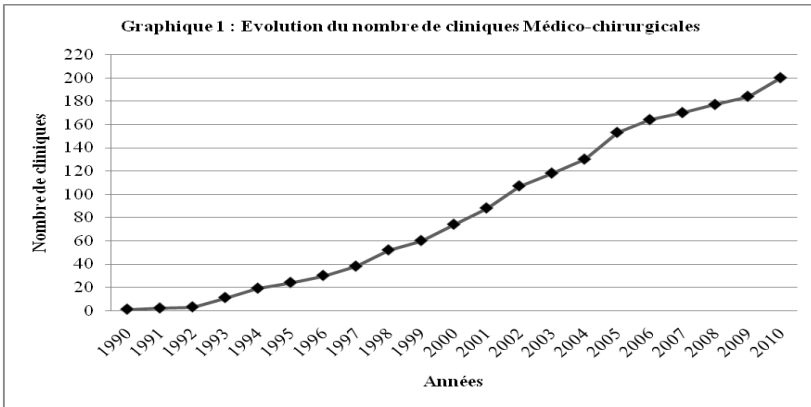
<sup>10</sup> Certaines cliniques privées avec autorisation d'exercice délivrée par le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH) font appel à compétences médicales étrangères pour prendre en charge les patients atteints de maladies cardiaques. L'objectif recherché à travers cette politique est la réduction des transferts pour soins à l'étranger (TSE) pour ce genre d'affection. Selon le MSPRH, ces coopérations devraient aboutir à terme à un transfert de compétences ?

<sup>11</sup> Un autre type d'établissement dénommé Centre d'Hémodialyse Allégé de Proximité (CHAP) existe et qui peut être exploité par un médecin généraliste ayant suivi une formation de base en néphrologie.

<sup>12</sup> Décret exécutif n° 07-321 du 10 Chaoual 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés.

médecine, de chirurgie y compris la gynécologie et l'obstétrique et les activités d'exploration. Il doit assurer au minimum, pour la ou les spécialité(s) exercée(s) les activités suivantes : la consultation; l'exploration et le diagnostic; les urgences médicales et/ou médico-chirurgicales y compris le déchoquage, la réanimation et l'observation et l'hospitalisation. L'établissement hospitalier privé jouit de la personnalité morale et il est placé sous la responsabilité effective et permanente d'un directeur technique médecin et est doté d'un comité médical.

En 1990, on dénombrait deux cliniques en activité. Au début du processus d'émergence, le concept de clinique était dédiée à une ou deux pathologies, les activités étaient organisées autour d'un mini plateau technique, il n'y avait pas de structure de type clinique-hôpital où une variété de spécialités étaient assurées avec des technologies médicales sophistiquées. La diffusion des cliniques gagne graduellement les grands centres urbains. En 1994, date correspondant au début d'application du programme d'ajustement structurel sous l'égide du FMI, 22 cliniques étaient opérationnelles. Le nouveau credo des institutions internationales (OMS, FMI et la Banque Mondiale) était la nécessité d'intégrer le secteur privé, jugé complémentarité dans le système de soins, et encourager les partenariats public/privé. En 1998, leur nombre a atteint 58 cliniques et en 2010, 200 cliniques médico-chirurgicales étaient opérationnelles.



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

Si on intègre les cliniques d'hémodialyse, soit 108 cliniques, le nombre de cliniques est porté à 310 cliniques. Cette dynamique ne semble pas s'infléchir car le nombre de cliniques en cours de réalisation semble important comme le montre le Tableau 1 :

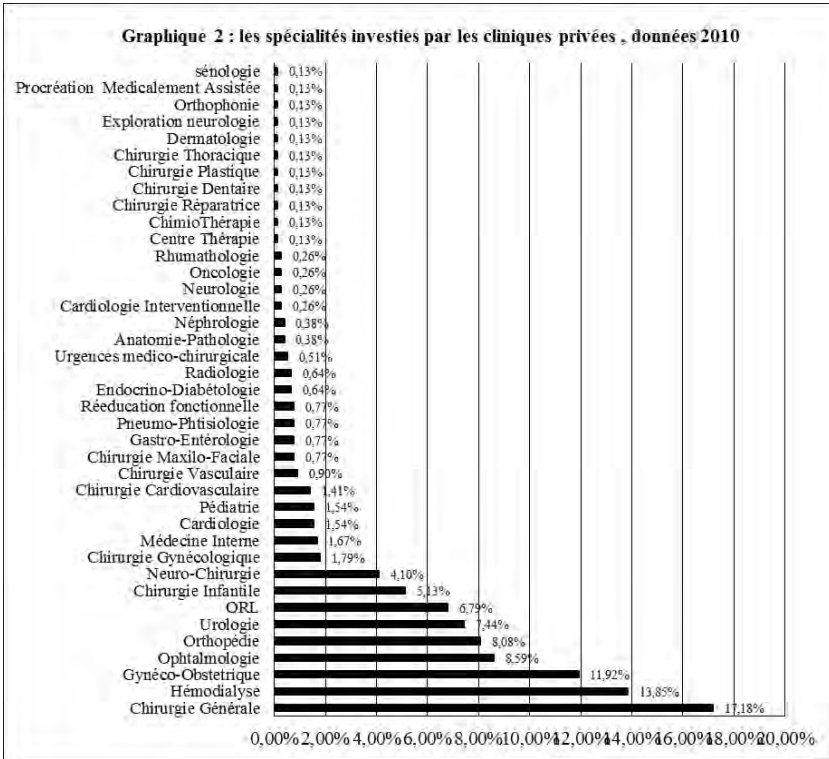
**Tableau 1: Cliniques Médico - chirurgicales fonctionnelles et en projet en 2010**

	Nombre	Capacité litière
Cliniques Médico-chirurgicales fonctionnelles	200	4800
Cliniques Médico-chirurgicales en projet	130	3452
<b>Total</b>	<b>330</b>	<b>8252</b>

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

### **2.2.1. Le choix des activités : une présence ciblée sur certaines spécialités**

Le graphique ci-dessous montre les spécialités investies par les cliniques privées, la chirurgie générale est fortement représentée, la gynécologie et l'obstétrique étaient les premières spécialités investies juste après l'ouverture du secteur de la santé à l'investissement privé. Quant à l'hémodialyse, ce n'est qu'après la décision de la sécurité sociale de prendre en charge intégralement les dépenses afférentes à la dialyse rénale (et la chirurgie cardiaque) que ce segment d'activité a été investi par les cliniques. Ceci a entraîné la multiplication du nombre de cliniques d'hémodialyse (création ex nihilo), qui a évolué de façon exponentielle. En 2010, le tiers des cliniques est dédié à cette activité. Les cliniques multidisciplinaires ont aussi réagi en procédant à l'élargissement de la gamme des spécialités assurées à la cardiologie interventionnelle, et à l'hémodialyse, segments nouvellement solvabilisés par la sécurité sociale.



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

La croissance forte des cliniques privées se concentre principalement sur le secteur de la Chirurgie et de l’Obstétrique. Le modèle économique des cliniques induit ainsi une présence ciblées sur certaine activités voire sur certaines tranches d’intervention en fonction de la lourdeur de celles ci. Déchargées des contraintes de service public, les cliniques se sont développées sur certaines activités : grandement en chirurgie, et plus faiblement en médecine. On penserait même à un partage relatif des activités entre le secteur public et le secteur privé (Zehnaty 2012).

**3. L’émergence et le fonctionnement des cliniques privées : une transformation du champ médical et de nouvelles pratiques sont à l’œuvre**

La mise en œuvre des politiques économiques de libéralisation à partir de la fin des années 80 suite à la double crise économique et

politique représente un changement important des règles du jeu par rapport auquel les acteurs se repositionnent et redéfinissent leurs actions stratégiques. Les interactions entre les stratégies individuelles des professionnels de santé et les éléments contextuels ont déterminés les évolutions du système de santé Algérien comme ce fût le cas dans de nombreux pays en développement (Inde, Thaïlande, Egypte, les pays de l'Europe de l'Est,...).

Nous considérons donc que les interactions entre les stratégies individuelles des fondateurs des cliniques et les éléments contextuels ont été déterminantes dans le processus d'émergence des cliniques privées. Qu'ils soient médecins ou étrangers au domaine médical, les porteurs de projets ont investi le champ médical jusqu'alors dominé par le secteur public. Si l'on ne doit pas minorer le poids de forces exogènes dans le développement du secteur privé en général, on considère que les forces endogènes ont joué un rôle moteur (stratégies individuelles des médecins, initiatives politiques locales, recherche de nouvelles sources de profits par les entrepreneurs,...).

Les travaux de Mebtoul (2004a,2004b) sur les cliniques privées mettent en avant trois éléments ayant favorisé l'émergence des cliniques privées : la captation par le secteur privé des soins d'une majorité de médecins spécialistes (gynécologues, cardiologues et chirurgiens) jouissant d'une expérience appréciable à l'hôpital, l'appropriation rapide par le secteur privé des moyens techniques les plus récents (IRM, Scanner,...etc.) souvent en panne ou inexistant à l'hôpital et enfin l'adhésion de l'Etat aux réformes imposées par le fonds monétaire internationale et la Banque Mondiale à travers le programme d'ajustement structurel. Le discours de ces institutions plaide pour l'intégration de ce secteur dans le système de santé officiel et la réforme hospitalière.

La figure de proue de cette transformation est le médecin quelque soit son statut (libéral, secteur public,...). Ce dernier est considéré comme un *personnage clé* ayant joué un rôle moteur dans l'émergence et la dynamique du secteur privé des soins. Il apparaît comme un entrepreneur, insatisfait des anciens modes d'exercice, il crée une nouvelle façon de s'organiser, un nouvel support à son activité, qui rompt avec les principes et modes de faire anciens. Les données du MSPRH montrent que la majorité des cliniques ont été fondées par les médecins (chirurgien, gynécologue, médecin généraliste,...), figure

charismatique de ces nouvelles structures. Un investissement financier mais aussi affectif a été consenti.

Les cliniques privées en tant que nouvelles organisations sanitaires représentent des innovations organisationnelles, marqueurs des évolutions du système de santé algérien. Elles constituent un support d'exercice des activités médicales et chirurgicales. Cette nouvelle figure dans le paysage sanitaire rompt avec les modes de fonctionnement anciens. De nouvelles façons de faire s'observent, des modalités de coopérations inhabituelles et des modes de coordination inédits ont émergé. Au fonctionnement cloisonné du système de soins se substitue un fonctionnement en *réseau* dans les rapports entre les différents professionnels de santé au gré des affinités, des sensibilités et des intérêts financiers. Ces organisations sanitaires basées ontologiquement sur le mode réseau sont devenues le noyau autour duquel gravitent les professionnels de santé de différents statuts. Elles sont 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 les cliniques et les professionnels de santé de différents statuts. Le fonctionnement par réseau, filières,... rend difficile l'identification des frontières des cliniques privées.

Ces nouveaux offreurs des services de soins sont dans une logique de recherche d'activités à tout prix dans un contexte d'absence de prise en charge collective des dépenses de soins occasionnées dans le privé<sup>13</sup>. La principale revendication des fournisseurs de soins reste l'établissement de relations contractuelles avec les organismes de la sécurité sociale afin d'accroître le volume du marché des soins en rendant solvable une demande bien plus large. L'absence de liens entre les fournisseurs de soins et le financeur fait que ce dernier se comporte comme un acheteur aveugle de services de soins. La déconnexion financeur / fournisseurs de soins favorise l'exploitation de toute forme d'asymétrie informationnelle pour servir les stratégies utilitaristes des offreurs de soins.

Les cliniques privées mobilisent un réseau de médecins (conventionnés ou pas) de différents statuts (libéral, secteur public,...) et

---

<sup>13</sup> A l'exception de la chirurgie cardiaque et de l'hémodialyse dont la prise en charge est assurée intégralement par les organismes de la sécurité sociale, sans omettre les conventions qui existent entre des cliniques privées et les administrations et entreprises publiques et privées où la prise en charge peut être totale ou partielle.

même des médecins correspondants afin d'augmenter leur volume d'activités et partant leur rentabilité, faciliter la prise en charge des patients en augmentant leur taux de rotation et les revenus de chacun des acteurs. A l'instar des compagnies d'assurance privée, les cliniques pratiquent des stratégies *d'écrémage des risques* et se positionnent sur les activités fortement lucratives (chirurgie et spécialités conventionnées à l'exemple de la dialyse rénale et la chirurgie cardiaque), (Zehnati 2012). Elles exploitent donc à leur profit des *niches d'activités*. Le bon fonctionnement du *réseau clinique* permet de renforcer *la confiance* entre ses membres, source de création de nouvelles ressources. Dans le contexte qu'est le nôtre, *trois modes de coordination* coexistent, l'un est fondé sur *l'autorité* en interne déployé envers le personnel permanent de la clinique (Mebtoul 2004a). L'autre basé sur *l'incitation, déployée* dans les relations de la clinique avec les professionnels de santé et autres partenaires de la clinique. Dans les deux formes de coordination, *la confiance* sous-tend les relations et considérée comme troisième mode de coordination. Ces trois formes de coordination se complètent. L'autorité, l'incitation et la confiance ne sont pas des formes de coordination indépendantes mais des formes qui se combinent (Baudry 2005).

Le renforcement et la dynamique du secteur privé des soins ne peuvent être appréhendés sans rappeler les stratégies des médecins de l'hôpital qui influencent le secteur privé et contribuent à son extension. Différentes modalités d'action ou d'interactions peuvent être mobilisées. L'une de ces modalités transite par le comportement des médecins du secteur public notamment en termes de stratégie d'offre de travail ou de double activité (Zehnati et Peyron, 2013). La sphère publique et privée deviennent interdépendantes, la césure public/privée est introuvable (Mebtoul 2004b). Le double investissement des deux secteurs où la nature du service est la même et donc en compétition permet aux médecins l'élaboration de *stratégies individuelles d'adaptation* (coping strategies) dans leurs interactions avec le marché des soins pour maximiser leur utilité. La double activité peut alors être assimilée à un *«portefeuille d'actifs»* où le premier emploi (dans le secteur public) procure un revenu garanti, stable mais faible, déconnecté du nombre d'heures de travail effectué (*une obligation*) et un second emploi procurant un salaire plus élevé en moyenne mais plus variable (*une action*). *L'arbitrage* entre les deux actifs détermine le niveau de revenu du médecin.



Notons aussi que l'absence d'un système d'incitation (primes de rendement, heures supplémentaires rémunérées,...) dans le secteur public laisserait les médecins de l'hôpital dans des stratégies actives de recherche d'activités. Les listes d'attentes à l'hôpital deviennent un instrument de contrôle ou d'induction de la demande pour une prise en charge dans le secteur privé. Certains de ces comportements et de ces stratégies s'exercent au détriment du secteur public : conflits d'intérêt, induction de la demande (Evans 1974, Rice 1983), comportement de recherche de rente (Krueger 1974) surtout dans un contexte où le système de régulation est faible, voire inexistant. Le semblant d'encadrement de l'activité des médecins, s'avère insuffisant pour l'emporter sur les motivations et incitations du ressort des comportements individuels des professionnels de santé sur le marché du travail (Zehnaty 2012). Le manque de supervision de la double activité par les pouvoirs publics a induit sa quasi-généralisation. "Les ruptures opérées par l'élite médicale avec l'hôpital la conduisant aujourd'hui à devenir un acteur central dans la construction et le renforcement de la santé comme un marché" (Hours, 2003). Cette tendance à la marchandisation des soins a fait des comportements opportunistes et des stratégies utilitaristes le *dénominateur commun* à l'ensemble des offreurs de soins.

## Conclusion

L'exploration de l'émergence du secteur privé des soins en Algérie nous a permis de relever le développement exponentiel de ce secteur qui pose de nouvelles problématiques au système de santé algérien. Le secteur privé, largement plus rémunérateur, a induit des conflits d'intérêt surtout pour les médecins exerçant la double activité et participe à l'accentuation des inégalités d'accès aux soins. Pour l'instant, la grande inconnue reste l'établissement des relations contractuelles entre les caisses de la sécurité sociale et les cliniques privées, ce qui permettra un élargissement du marché pour ces prestataires de soins.

Ce qui est certain c'est que l'expansion du secteur privé a eu des impacts sur les paiements directs des ménages dans la mesure où les actes médicaux, chirurgicaux et les explorations médicales (scanners, imagerie médicale,...) effectués dans les structures privées de soins sont mal couverts par le système de sécurité sociale, les taux de remboursement sont très faibles. Les ménages déboursent beaucoup

plus (en dehors des médicaments remboursés) que les tarifs de remboursement en vigueur. Les tarifs qui servent de référence au remboursement par la Sécurité Sociale sont gelés depuis 1987 et ne reflètent plus les coûts réels supportés par les ménages. La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) a été actualisée. On est passé de 4000 actes à plus de 7000 actes. Une grille de tarification révisant les anciennes cotations est en cours d'élaboration dans le cadre de la mise en œuvre du projet de contractualisation, ce qui va inéluctablement augmenter les dépenses de la sécurité sociale. Si la contractualisation serait effective<sup>14</sup>, alors cette nouvelle donne va induire des changements certains dans les stratégies du secteur privé et va modifier le partage d'activités entre cliniques privées et hôpitaux publics dans les années à venir.

Il est à craindre le renforcement d'une médecine duale où une demande sans limites s'exprimera dans le secteur privé tandis que les usagers du secteur public verront leur accès limités par nombre d'obstacles difficilement surmontables dans l'état actuel des choses. Les pouvoirs publics sont plus que jamais interpellés pour une vraie régulation du système, ainsi que dans la définition d'une politique de santé cohérente eu égard aux objectifs sanitaire clairement définis.

### Références bibliographiques

**Aoki M, Williamson O & Gustafsson B, (1990).** «The Firm as a nexus of treaties», Sage Pub, London.

**Arliaud M, (1987).** Les médecins, Paris, La Découverte.

**Batifoulier P., Domin J.-P & Gadreau M, (2007).** «Chapitre introductif. Politique de santé : la grande transformation», Économie appliquée, 60(1), p.5-36.

**Batifoulier P, Domin J.-P & Gadreau M, (2007).** «La gouvernance de l'assurance maladie au risque d'un État social marchand», Économie appliquée, 60(1), p.101-126.

**Batifoulier P & Gadreau M. (Éds), (2005).** «Éthique médicale et politique de santé», *Paris Économica*.

---

<sup>14</sup> Rappelons que le projet de contractualisation est sur l'agenda du gouvernement depuis 1993.

- Baudry B, (2005).** «*Les relations interentreprises*», Ed. La découverte, Paris.
- Beckenkamp.M, (2006).** «The Herd Moves? Emergence and Self-organization in collective actors». *Max Planck Institute for Research on Collective Goods N°. 2006/14, Bonn, Deutschland.*
- Bedau M.A, (1997).** «Weak emergence». In *J. Tomberlin, Ed., Philosophical Perspectives: Mind, Causation, and World*, Vol. 11 (Malden, MA: Blackwell, 1997), pp.375-399.
- Bennett S, (1992).** «Promoting the private sector: A review of developing country trends». In *Health policy and planning*, Volume 7, n°2, pp. 97-110.
- Boudon R, (1997).** «La Logique du social». Hachette Littérature, Paris.
- Evans R.G, (1974).** «Supplier induced demand: some empirical evidences and implications». In *the economics of health and medical care*, p.162-173, Macmillan, Perlman editor, London.
- Claveranne J.P & Piovesan D, (2003).** «La clinique privée, un objet de gestion non identifié». In *Revue française de gestion N°146/5 pp.143-153.*
- Claveranne J.P, Pascal C & Piovesan D, (2003).** «Les restructurations des cliniques privées : radioscopie d'un secteur en mutation». *Revue françaises des affaires sociales, 57(3), p.55-78.*
- Centre National de Recherche Scientifique (CNRS), (2000).** Intelligence collective des fourmis et nouvelles techniques d'optimisation, CNRS Info n°386.
- Cohen J & Stewart I, (1994).** «The Collapse of Chaos: discovering simplicity in a complex world», *Penguin Books.*
- De Roodenbeke E, (2003).** «Privatisation des hôpitaux dans les pays en voie de développement?». In <http://bibliotheques.univ-lille1.fr/grisemine>.
- Faure O & Dessertine D, (2012).** «Les cliniques privées : deux siècles de succès», Rennes, PUR.
- Gadreau M, (1981).** «Les fondements économiques d'une maîtrise des dépenses de santé». In *Revue Française des Affaires Sociales*, Vol.3.
- Hanson K & Berman P, (1998).** «Private health care provision in developing countries: a preliminary analysis of levels and composition». In *Oxford University Press, pp 195-211, Oxford.*

- Hartmann L, (2000).** «*Régulation, Tarification et Incitations dans le secteur privé en France*». Thèse de doctorat en économie, Université Aix Marseille.
- Hours B, (2003).** «Coopérations, conflits et concurrences dans le système international de santé». In *G. Cresson, M. Drulhe, F.X. Schweyer* (Ed), *coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, ENSP, p.21-30.
- Kamaranyake L, (1997).** «The role of regulation: influencing private sector activity within health sector reform». In *Journal of international development*, Volume 9, Issue 4, pp. 641–649.
- Krueger A.O, (1974).** «The political economy of the rent-seeking society», *American Economic Review*, vol. 64, n°3, pp.291-303.
- Mebtoul M, (2004).** «Les enjeux de la privatisation des soins en Algérie». In *Journal des anthropologues*, Tome 1 : effets de marché et migrations N°96-97, AFA.
- Mebtoul M, (2004).** «L'introuvable césure public-privé en Algérie. De nouveaux objets en santé dans le champ de la privatisation des soins». In *Revue de sciences sociales au sud n°29*, pp.13-28
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), (2005).** «Travailler avec le secteur privé pour réaliser les objectifs de santé publique». Document de travail n°2.
- Ministère de la santé et de la population (MSP), «2001».** Développement du système national de santé : stratégies et perspectives, Alger.
- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH), (2002).** Rapport sur la santé des algériens et des algériennes.
- Oufriha F.Z, (2002).** *Système de santé et population en Algérie*, Ed ANEP, Alger.
- Pascal C, Piovesan D & Claveranne J-P, (2008).** «*Déterminants, caractéristiques et impacts du capital social des cliniques privées: formulation d'un modèle*», communication au Colloque Journée transdisciplinaire de recherche avec le soutien de l'AIMS et de l'AGRH: "Défis Des Organisations De Santé : Défis Des Sciences De Gestion", Lyon, université Jean Moulin Lyon 3.
- Piovesan D, (2003).** «*Les restructurations des cliniques privées : Adaptation, évolution ou métamorphoses?*» Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Jean Moulin, Lyon 3.

- Rice TH, (1983).** «The impact of changing medicare reimbursement rates on physician-induced demand». In *Medical Care*, vol. 21 n°8. Published by Lippincott Williams & Wilkins.
- Rietkerk M, Dekker S.C, De Ruiter P.C & Van De Koppel J, (2004).** «Self-organized patchiness and catastrophic shifts». In *ecosystems. Science*, 305, 1926-1929.
- Searle J.R, (1983).** «*L'intentionnalité*, trad». C. Pichevin, Éd. de Minuit, Paris, 1985.
- Valery P, (1962).** «*L'Homme et la coquille, Variété V*», page 557 Editions Folio.
- Walliser B, (2000).** «Deux modes d'émergence». In *Hors série Sciences & Avenir n°143 "L'énigme de l'Émergence"*.
- Zehnati A, (2010).** «Les inégalités de répartition des praticiens privés de santé sur le territoire en Algérie. Cas de 20 spécialités médicales». In *Le Journal d'Epidémiologie et de Santé Publique (JESP)*, n°4, pp.19-31, Juin 2010.Faculté de médecine d'Oran.
- Zehnati A, (2012).** «*La mobilité des professionnels de santé sur le marché du travail en Algérie*». Communication présentée au colloque international, mobilités internationales, déséquilibres et développement : vers un développement durable et une mondialisation décarbonnée? Université d'Orléans, 6-8 juin 2012.
- Zehnati A & Peyron C, (2013).** «Les interactions secteur public/secteur privé dans le système de santé algérien». Article accepté pour publication dans la revue *Maghreb-Machrek*. A paraître en décembre 2013.

