

# INTRODUCTION

*«Quiconque prétend s'ériger en juge de la vérité et du savoir s'expose à périr sous les éclats de rire des dieux.»*

*Albert Einstein*

Le secteur privé à but lucratif de la santé, joue un rôle très important dans le monde, étant donné sa capacité de participation à l'offre de soins. Ce secteur occupe ainsi une place de plus en plus considérable dans le paysage de la santé. La clinique est suggérée comme piste de solution aux divers problèmes inhérents aux systèmes de santé publique, ce qui soulève de nombreuses controverses quant à sa gouvernance.

## 1. LA CLINIQUE : UN ACTEUR À PART ENTIÈRE

La clinique constitue un prolongement du cabinet médical individuel avec un mini-plateau technique permettant au médecin d'exercer son art et pratiquer ses actes. Le praticien, en général chirurgien ou gynécologue, exerce seul dans ce modèle de « clinique-villa ». Sous l'effet des progrès dans le secteur médical, et le coût de modernisation du plateau technique, les médecins de libre pratique se regroupent pour faire face à ces contraintes financières. Le passage du mode d'exercice individuel à un mode collectif, acte la naissance de la clinique privée en tant que structure et organisation appelée clinique éponyme (Piovesan, Pascal et Claveranne, 2007).

Progressivement ces cliniques, sont rachetées par des structures financières évoluant vers le mode clinique anonyme ou clinique de groupe appartenant à des investisseurs non médecins. Les modes de gouvernance diffèrent suivant les types de cliniques (Piovesan, Pascal et Claveranne, 2007).

En sociologie et en économie, les travaux portant sur le domaine de la santé, ne se sont intéressés qu'au secteur public, (Tschenling, 2000 rapporté par Claveranne, 2003) ; en conséquence, la clinique privée est restée « un objet de gestion non identifié » (Claveranne, 2003, p. 143).

De par ses prestations, ainsi que par le poids économique qu'elle représente, la clinique privée est un acteur à part entière, dans le système de santé. En Tunisie, les dépenses de soins sont passées de 3,2% PIB en 1980 à 5,6% PIB en 2008, avec la part des ménages à 40,28%. Le secteur privé, composé de 86 cliniques, consomme 48% des dépenses totales, financées par des fonds privés (dépenses directes des ménages, assurances) et une moindre partie par la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM). Ce sont les ménages qui constituent le principal financeur du secteur privé puisqu'ils y consacrent 85% de leurs dépenses de santé (Achour, 2011). Toutefois le secteur privé n'a cessé d'évoluer en dépit des conditions géopolitiques durant les trois dernières années. Le secteur privé détient actuellement près de 4500 lits, ce qui représente 18,65% du total des lits d'hospitalisation.

## 2. LA CLINIQUE : UN MODE ORGANISATIONNEL COMPLEXE

La clinique privée a donné lieu à des transformations et des innovations organisationnelles où les formes d'actions collectives ne cessent d'évoluer du fait d'un acteur central : le médecin (Claveranne, Pascal et Piovesan, 2003), appelé le « professionnel » (Mintzberg, 1998) ou « l'homme-clé » (Michel, 1999).

En effet, l'exercice de la médecine ne peut plus être limité à la relation entre le médecin et son patient, sans prendre en compte le plateau technique, les moyens, et l'expertise, ce qui conduit à

la nécessité d'une réflexion approfondie sur le mode managérial de cette organisation collective.

L'espace de la clinique représente un véritable champ d'actions où se coordonnent les pratiques des différents intervenants ou acteurs ayant chacun sa propre conception, sa propre logique, ses priorités et ses propres intérêts.

Contandriopoulos (2008), considère que la régulation du système de santé n'est pas soumise à une conception unique, vu la diversité des groupes d'acteurs qui y interagissent.

La clinique privée est donc un lieu de rassemblement de plusieurs acteurs (investisseurs, médecins, patients, etc.), générant des relations nouées autour d'un plateau technique. La clinique en tant qu'organisation apparaît comme un « nœud de contrats » entre les différents acteurs, selon la théorie de l'agence (Jensen, 1983), ou comme un « nœud de traités » (Aoki, 1990).

Jensen et Mickiling (1976) considèrent les organisations comme des fictions légales servant pour un ensemble de relations contractuelles entre les individus en tant que noyau.

La clinique privée présente une complexité organisationnelle impliquant plusieurs sociétés composées de plusieurs acteurs ayant des intérêts différents. Il s'agit d'une société d'exploitation, d'une société immobilière et d'une ou plusieurs sociétés civiles composées essentiellement de médecins dans diverses spécialités. Toute cette complexité dépend de l'architecture organisationnelle de la clinique réseau (cf. Figure 1).

Le manager doit alors traduire dans un langage compris par tous, ce que les différents acteurs souhaitent, pourquoi ils ont certains comportements, et comment ils s'associent avec les autres acteurs. Les jeux de négociation, d'alliance, de conflits d'intérêts et les tensions sous-tendant les rôles doivent être clairs pour le manager, afin qu'il puisse réussir l'opération de traduction.

Claveranne (2003) considère que la clinique privée est fondée sur un mode réseau : « Dès que le savoir médical s'est trouvé éclaté entre plusieurs professionnels, l'ajustement entre ces derniers s'est réalisé autour et à partir des réseaux qui se sont consti-

tués au gré des compétences, des savoirs mais aussi d'écoles, de sensibilités et même d'intérêts financiers » (Claveranne et Pascal, 2001, p. 148).

### 3. ENJEUX

L'architecture organisationnelle de la clinique privée est dynamique, en perpétuel mouvement, avec une diversité d'acteurs agissant de façon sporadique et asynchrone. La régulation de cette organisation est orchestrée par le manager de la clinique qui a la charge d'harmoniser les voix de tous les acteurs.

Le manager doit savoir traduire dans un langage compris par tous, ce que les différents acteurs veulent, pourquoi ils agissent de la sorte, et comment ils s'associent entre eux. Les jeux de négociations, d'alliances, de conflits d'intérêts et les tensions sous-jacentes doivent être perçus pour le manager afin qu'il puisse réussir l'opération de traduction.

A travers ce processus de traducteur, le réseau se constitue dans une démarche pro-active faisant adhérer toutes les parties prenantes dans le but d'un alignement.

Nous considérons que le réseau d'une structure de soins privée, est constitué d'un ensemble d'acteurs hétérogènes coordonnés par un manager, participant à l'élaboration et à la diffusion des innovations médicales et, orchestrant les rapports entre soignant, soigné et institution, à travers l'alignement de nombreuses interactions.

Ceci nous conduit à des questionnements quant au mode de management d'une structure de soins en général, privée en particulier, et ses outils d'amélioration.

Cette problématique se décline en d'autres axes de recherche, notamment comment satisfaire les principaux acteurs œuvrant dans le système de la santé, ainsi que les outils de mesure à développer pour évaluer le degré de satisfaction de chaque acteur.

Le profil du manager gérant une structure de soins nous pousse à réfléchir à son profil et la notion d'hybridation.

Cet ouvrage se situe ainsi dans le domaine du management, touchant à la stratégie, aux modes organisationnels, ainsi qu'à la gestion des ressources humaines, notamment les principaux acteurs œuvrant dans le secteur de la santé privée... un secteur si peu exploré dans les sciences de gestion.

#### 4. PLAN DE L'OUVRAGE

Afin d'appréhender ces questionnements, notre ouvrage se compose de cinq chapitres :

**Le premier chapitre** est consacré à une revue de la littérature autour de la clinique privée en tant qu'entreprise à but lucratif dans le secteur de la santé. Une approche historique décrit le passage du modèle « clinique-villa » à la clinique éponyme, scellant le passage d'un mode d'exercice individuel à un mode collectif, avec un acteur historique : le médecin (Piovesan, 2007).

La clinique privée a évolué dans un mode anonyme, suite aux rachats de ses structures par des groupes financiers non professionnels (non médecins). Elle est aujourd'hui un acteur à part entière du secteur de la santé, peu exploré, dynamique et qui a connu des transformations et des mutations organisationnelles. Elle constitue un espace où les différents acteurs interagissent les uns avec les autres, où les intérêts s'affrontent et où le manager s'efforce de gérer et de coordonner l'ensemble des actions.

De la théorie d'agence, à la notion des parties prenantes, en passant par la gouvernance clinique, l'architecture organisationnelle d'une clinique privée apparaît comme le résultat de la sédimentation des différentes formes organisationnelles (Mintzberg, 1998, dans Claveranne, 2003, p.144).

**Le deuxième chapitre** illustre le cadre conceptuel à travers une description approfondie de la théorie de la traduction de Michel Callon, développée par ce dernier à partir du travail de Michel Serres au milieu des années soixante-dix.

A travers la controverse scientifique et économique sur la domestication des coquilles Saint-Jacques dans la baie de Saint-Brieux (Callon, 1986), nous mobilisons la notion de traduction pour individualiser les acteurs ou actants (acteurs humains et

non humains), intervenant dans l'espace d'une clinique privée, constituant ainsi un réseau.

Nous mobilisons cette théorie pour décrire la dynamique d'émergence d'une situation d'alignement dans la gestion d'une clinique privée.

**Le troisième chapitre** illustre les résultats d'une première étude qualitative à travers des entretiens menés auprès de dix managers de cliniques privées en Tunisie.

Nous nous inscrivons dans une méthodologie de recherche mixte, matérialisée par une étude empirique qualitative et une étude quantitative (Bosisio, 2014).

Notre positionnement paradigmatique est issu d'une position ontologique et d'une position épistémologique. L'approche ontologique est empruntée à la théorie de la traduction où la réalité est émergente et dépend du contexte dans lequel elle s'observe, ainsi que les schémas conceptuels et les cadres théoriques dans lesquels s'inscrit le chercheur, d'où l'approche relativiste. La position épistémologique adoptée, sera celle de la théorie de la traduction qui refuse le positivisme pur tout en relativisant le positionnement constructiviste (Latour, 1991 ; Callon, 1999 ; Renaud, 2012).

Nous n'opposons pas réel et construit mais nous adhérons au fait que la réalité ne peut émerger que du terrain. Par ailleurs, nous partageons le cadre constructiviste de Charmaz, et considérons que le chercheur doit être impliqué sur le terrain, sans pour autant tomber dans le subjectivisme absolu (Heath et Cowley, 2004).

L'étude qualitative est menée dans une démarche inductive, dédiée à la réponse à notre problématique et aux questions de recherche qui en découlent. Elle est construite sur des entretiens semi-directifs auprès de managers de dix cliniques en Tunisie. L'étude qualitative nous a permis d'individualiser l'ensemble des parties prenantes dans une clinique privée, et d'étudier les interférences entre les principaux acteurs, ce qui pourrait contribuer à améliorer le management d'une telle structure.

**Le quatrième chapitre** illustre les résultats de la deuxième étude quantitative menée auprès des deux principaux acteurs : médecin et patient.

Cent médecins et cent patients ont participé à cette étude quantitative. Celle-ci a permis de mettre en place un outil de mesure de la satisfaction des soignants et soignés, et de finaliser le modèle à trois pôles à l'origine de l'alignement des trois principaux acteurs étudiés.

**Le cinquième chapitre** permet de finaliser le modèle organisationnel d'une clinique privée, issu des résultats des deux études qualitative et quantitative, menée auprès des trois principaux acteurs d'une clinique : le manager à travers l'institution, le médecin et le patient.

Un modèle à trois pôles est individualisé : le pôle institutionnel, le pôle soignant et le pôle soigné. Les liens entre ces trois pôles mettent en évidence les attentes de chacun des acteurs les uns envers les autres. Le manager de la clinique, dont la place est centrale, utilise son statut et sa fonction pour faire émerger les situations possibles d'alignement entre les trois parties prenantes.

Partant de ce réseau et de ses pôles, nous mobilisons le modèle de la traduction de Michel Callon, à travers ses quatre moments (la problématisation, l'intéressement, l'enrôlement et la mobilisation des alliés), pour aider le manager à traduire et aligner. La traduction est un processus dynamique en perpétuel mouvement de négociation et d'adaptation, entre acteurs aux intérêts différents. Nos résultats semblent indiquer que la réussite de cette traduction dépend de manière significative du profil du manager / traducteur.

**Le sixième chapitre** est le résultat d'une véritable réflexion d'approfondissement conceptuel mené dans le secteur de la santé en général, à but lucratif en particulier. Le but est de produire des idées novatrices, des outils de travail dans un cadre d'analyse et de recherche. Le fruit de ce travail sera matérialisé par un nouveau regard averti, exprimé par des recommandations managériales.

## Introduction

Enfin, **la conclusion** résume notre travail de recherche et expose son originalité, nos contributions théoriques et pratiques, les limites ainsi que les voies de recherches futures.