

L'émergence du référentiel marchand dans la tarification des cliniques privées algériennes : privatisation du financement et changement de paradigme

Ahcène Zehnati

Volume 88, Number 1-2, July 2021

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1082604ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1082604ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Faculté des sciences de l'administration, Université Laval

ISSN

1705-7299 (print)

2371-4913 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Zehnati, A. (2021). L'émergence du référentiel marchand dans la tarification des cliniques privées algériennes : privatisation du financement et changement de paradigme. *Assurances et gestion des risques / Insurance and Risk Management*, 88(1-2), 27–52. <https://doi.org/10.7202/1082604ar>

Article abstract

Tariff convergence is part of the gradual privatization of the Algerian health care system that began in the late 1980s. The transition from a logic of free access to health care to a market logic represents an upheaval for patients. In order to understand the formation of tariffs in the private healthcare, we mixed a qualitative survey by semi-structured interviews with 16 founders of the clinics and the administration of a questionnaire to 40 permanent doctors of these clinics with a full-time activity. Our results show that the absence of an official tariff scheme in the Algerian private clinics has promoted the establishment of conventional tariff and remuneration systems, adopted by different actors especially to overcome the lack of regulation of the private healthcare. We observe a strong collective commitment to tariff devices, without sacrificing freedom of doctors as autonomous professionals on fixing their own tariff according to their own criteria. The emerging privatization of the Algerian health system is part of an overall international dynamic that would require a gradual change in the paradigm of public action.

L'ÉMERGENCE DU RÉFÉRENTIEL MARCHAND DANS LA TARIFICATION DES CLINIQUES PRIVÉES ALGÉRIENNES : PRIVATISATION DU FINANCEMENT ET CHANGEMENT DE PARADIGME

Dr Ahcène ZEHNATI¹

■ RÉSUMÉ

La convergence tarifaire participe à la privatisation progressive du système de santé algérien amorcée depuis la fin des années 80. Le passage d'une logique de gratuité à une logique marchande pour accéder aux soins représente un bouleversement pour les patients. Afin d'appréhender la formation des tarifs dans le secteur de l'hospitalisation privée, nous avons mixé une enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 16 fondateurs de cliniques privées et l'administration d'un questionnaire auprès de 40 médecins permanents de ces cliniques disposant d'une activité à plein temps. Nos résultats montrent que l'absence d'une grille officielle de tarification des prestations de soins au niveau des cliniques privées algériennes a favorisé la mise en place de modes de tarification et de systèmes de rémunération conventionnels adoptés par les différents acteurs afin de pallier le déficit de régulation du secteur privé des soins. On observe une forte adhésion collective aux dispositifs tarifaires, sans pour autant sacrifier la liberté des médecins en tant que professionnels autonomes quant à la fixation de leurs propres normes de tarification. Cette privatisation émergente du système de santé algérien s'inscrit dans une dynamique internationale d'ensemble qui nécessiterait un changement progressif de paradigme de l'action publique.

Mots clés : marchandisation, clinique privée, convergence tarifaire, Algérie.

Codes JEL : I11, I13, I18.

THE EMERGENCE OF THE MARKET REFERENCE IN THE ALGERIAN PRIVATE CLINICS TARIFF : PRIVATIZATION OF FUNDING AND PARADIGM SHIFT

Dr Ahcène ZEHNATI¹

■ ABSTRACT

Tariff convergence is part of the gradual privatization of the Algerian health care system that began in the late 1980s. The transition from a logic of free access to health care to a market logic represents an upheaval for patients. In order to understand the formation of tariffs in the private healthcare, we mixed a qualitative survey by semi-structured interviews with 16 founders of the clinics and the administration of a questionnaire to 40 permanent doctors of these clinics with a full-time activity. Our results show that the absence of an official tariff scheme in the Algerian private clinics has promoted the establishment of conventional tariff and remuneration systems, adopted by different actors especially to overcome the lack of regulation of the private healthcare. We observe a strong collective commitment to tariff devices, without sacrificing freedom of doctors as autonomous professionals on fixing their own tariff according to their own criteria. The emerging privatization of the Algerian health system is part of an overall international dynamic that would require a gradual change in the paradigm of public action.

Keywords: commoditization, private clinic, tariff convergence, Algeria.

JEL codes: I11, I13, I18.

INTRODUCTION

En Algérie, le système de santé s'est modifié avec l'émergence, puis l'essor du secteur privé des soins à but lucratif mettant ainsi fin à l'hégémonie 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. L'émergence des cliniques privées est intimement liée aux carences de l'hôpital public (Mebtoul 2004a, 2004b), incapable de faire face à une demande de plus en plus croissante.

Les nouvelles orientations économiques du pays, décidées après la crise économique de 1986, créditent la privatisation de toutes les vertus d'efficacité, et la présentent comme une panacée par opposition au secteur public, source de gaspillage et d'inefficacité à tous les niveaux (Oufriha, 2002). Mouvement amorcé à la fin des années 80, l'expansion et le développement considérable des activités du secteur privé n'ont cessé de croître. Cette dynamique s'opère dans un contexte de transition plurielle: une transition économique aux contours encore flous, une transition sociologique avec une forte urbanisation, une rapide transition démographique, une transition épidémiologique toujours en cours, et une transition politique en suspens.

Une des conséquences de l'ouverture du secteur de la santé est le transfert de ressources humaines qualifiées vers le secteur privé qui fragilise l'hôpital public. La migration des médecins du secteur public vers le secteur privé plus rémunérateur a pris des proportions inquiétantes. Entre 1985 et 1989, 400 médecins hospitalo-universitaires quittent le secteur public pour s'installer à titre privé (Brahamia, 1991). En 2018, presque 50% des médecins spécialistes exercent exclusivement dans le secteur privé. De plus, les médecins du secteur public ont investi activement le secteur privé au titre de l'activité complémentaire et lucrative instituée respectivement en 1999 et en 2010 qui permettait aux médecins de disposer d'une activité partielle au niveau des cabinets et cliniques privées. La poussée du secteur privé provoque même un effet d'éviction vis-à-vis de l'hôpital public pour certaines pathologies fortement lucratives (Oufriha, 2002).

Les cliniques privées, comme nouvelle figure dans le paysage sanitaire, ont adopté de nouvelles méthodes d'organisation et de travail. Des modalités de coopération inhabituelles et des modes de coordination inédits ont émergé, en rupture avec les modes de fonctionnement anciens, créant ainsi une dynamique collective entre médecins et patients. Les cliniques privées attirent aussi bien les médecins, en quête de compléments de revenus, que les patients à la recherche d'une rapide prise en charge, en évitant ainsi les longues attentes dans le secteur public.

Dans cette thématique très large, et pour appréhender les transformations du champ de la santé induites par l'essor des cliniques privées, nous nous intéressons à la question de la tarification des actes au niveau de ces structures de soins. En dépit de l'absence d'une grille officielle de tarification, nous constatons que des tarifs se mettent en place. Est-ce que ce sont des prix de marché ou le fruit d'une entente

tacite entre les cliniques et/ou les médecins de différents profils? Cette problématique revêt une importance particulière surtout que la responsabilité financière des usagers dans ce secteur est presque totale. Cela affecte les personnes les plus démunies où la contrainte financière est forte, mais aussi les individus qui ne disposent pas de toute l'information nécessaire pour apprécier le bien-fondé des tarifs pratiqués. Les prix des prestations ne résultent pas d'une confrontation d'une offre et d'une demande médicales.

Les travaux consacrés à la problématique de la tarification des actes dans le secteur privé ne sont pas nombreux (Batifoulier, 2011 ; Batifoulier et al., 1999). La plupart des travaux ont traité beaucoup plus la convergence tarifaire entre les secteurs public et privé (Doshmangir et al., 2020 ; Onur et al., 2020 ; Dormont et Milcent, 2011 ; De Pourville, 2009). L'objectif de cet article est justement de combler le déficit en études et recherches sur la question de la tarification des actes dans le secteur privé des soins en Algérie. Ce dernier peut être assimilé au secteur II en France, dit à honoraires libres où le médecin n'est pas encadré par un quelconque tarif conventionnel comme c'est le cas des médecins du secteur I. Le tarif devient un levier pour faire face à la concurrence dans un contexte d'un marché limité marqué par la quasi-absence d'une prise en charge collective des dépenses occasionnées dans le privé² (Zehnati, 2014). Les modes de tarification assis sur une logique marchande et les stratégies des professionnels de santé soulèvent des interrogations sur l'impact de la convergence tarifaire sur les patients comme payeurs en dernier ressort. À la contrainte du capital relationnel pour accéder au secteur public s'ajoute le capital financier comme barrière à l'entrée pour s'assurer une prise en charge dans le secteur privé. Or, un des fondements du système de santé algérien est l'équité dans l'accès aux soins. Ce principe est mis à mal par cette marchandisation de plus en plus croissante des soins de santé.

Dans la première partie de cet article, nous appréhendons la convergence tarifaire des cliniques et leur mode de tarification avant de montrer comment cette convergence tarifaire pèse sur le patient en tant que payeur en dernier ressort. Dans la deuxième partie, nous mobilisons les travaux du courant conventionnaliste en général, et ceux de Batifoulier en particulier, pour tenter une lecture des modes de tarification des cliniques algériennes. Enfin, nous concluons, et ouvrons les pistes de recherche que dessine notre travail.

1. LE CONSTAT D'UNE CONVERGENCE TARIFAIRE : LE DÉPLACEMENT DU CURSEUR DU FINANCEMENT DES SOINS

Avant d'aborder la convergence tarifaire des cliniques, il est utile de décrire le système de soins algérien et son mode de financement, afin de mieux comprendre le contexte dans lequel sont déployées les stratégies tarifaires des prestataires de soins de santé du secteur privé.

Le système de soins algérien est organisé autour d'un secteur public dominant, d'un secteur parapublic marginal et d'un secteur privé en pleine expansion (les cabinets médicaux et les cliniques privées). L'offre privée de soins a gagné progressivement l'ensemble du territoire même si elle est beaucoup plus importante dans les grandes métropoles. En 2018, on recense 18 967 cabinets médicaux (généralistes et spécialistes), 482 cliniques dont un tiers est dédié à l'hémodialyse. L'apport du secteur privé en lits d'hospitalisation progresse mais reste faible. En 2018, il totalise une capacité d'accueil de 6 450 lits contre 79 004 lits pour le secteur public. En outre, il dispose d'une part significative des équipements d'imagerie médicale, dont les plus coûteux.

Dans le système de santé algérien, le patient dispose d'une liberté totale pour accéder à un prestataire de soins, qu'il soit public ou privé³. L'accès au secteur public est gratuit, la participation financière des usagers est très faible⁴. À l'inverse, le secteur privé est à but lucratif et son accès est payant⁵. Sur le plan du financement, l'Algérie panache trois systèmes : un modèle bismarckien et un modèle beveridgien et depuis au moins deux décennies un modèle libéral. Les sources de financement proviennent de la fiscalité et donc du budget de l'État, des caisses d'assurances sociales et des dépenses des ménages.

Les cliniques ne sont pas encadrées par un quelconque dispositif officiel de tarification. Elles tentent de trouver des normes de tarification sur un territoire en se comparant avec d'autres structures de même standing (benchmarking). Les cliniques tentent de s'aligner pour qu'il n'y ait pas de grandes différences tarifaires entre elles. Une sorte d'accord tacite est observé. La grille de tarification ainsi adoptée représente la norme interne de la clinique. Elle sert de référence pour facturer les prestations pour les patients pris en charge par les médecins permanents de la clinique et les médecins externes⁶ qui se conforment aux

tarifs de la clinique. Il y a donc le tarif territorial auquel il faut ajouter la complexité de ce que le patient va vraiment payer par rapport aux stratégies des professionnels. Toutefois, nous le verrons un peu plus loin, cette tarification ne va pas être forcément connectée avec ce que les patients vont réellement payer. Elle va dépendre du mode de tarification de la clinique, du canal de recrutement des patients et de la pratique des dépassements d'honoraires par les médecins externes. Dans le point suivant, nous reviendrons sur les deux modes de tarification des cliniques dans leurs relations avec les médecins qu'ils soient permanents ou externes.

ENCADRÉ 1

ÉLÉMENTS DE MÉTHODOLOGIE

Pour appréhender les modes de tarification mis en œuvre par les cliniques et les professionnels, nous avons conduit une enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 16 fondateurs de cliniques entre juin et septembre 2013 dans les wilayas d'Alger et de Béjaïa (la wilaya est l'équivalent d'un département en France). Ces fondateurs sont des médecins (12), des sages-femmes (2) et des investisseurs étrangers au domaine médical (2). L'âge moyen des interviewés est de 60 ans. Un entretien par clinique d'une durée moyenne d'une heure a été dirigé. Les entretiens se sont appuyés sur un guide d'entretien où les thématiques visées étaient lancées et relancées par des questions ouvertes. Le matériau recueilli est précieux vu que le sujet est largement inexploré et les données le concernant sont extrêmement rares. Les entretiens qualitatifs ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique.

Pour enrichir ce premier matériau d'enquête, nous avons réalisé un questionnaire pour 40 médecins permanents de ces cliniques qui disposent d'une activité à plein temps et qui ont accepté de répondre à l'enquête. Pour certaines cliniques, le responsable administratif nous a fourni une liste de médecins permanents. Pour d'autres, à défaut d'avoir pu obtenir une telle liste, nous avons directement sollicité les médecins. Au final 60 médecins ont été contactés, 40 ont accepté de participer à l'enquête. La majorité des médecins surtout les spécialistes sont passés d'abord par le secteur public avant d'intégrer la clinique privée. Par contre, en ce qui concerne les médecins généralistes interrogés, sur 11 médecins, 7 d'entre eux ont déclaré qu'il s'agissait de leur premier emploi.

Notre périmètre d'étude a été contraint par le manque de moyens financiers pour disposer d'un échantillon plus important. Comme il s'agit d'un travail exploratoire, nous avons estimé que les deux wilayas pouvaient être un échantillon pilote dans la compréhension du fonctionnement des cliniques privées. La wilaya d'Alger est un foyer majeur des cliniques privées (avec la wilaya d'Oran) et Bejaïa connaît elle aussi un développement de ce type de structures même s'il est de moindre intensité.

1.1. Deux modalités principales de tarification des cliniques privées en Algérie

1.1.1. La tarification au forfait

La tarification au forfait (location du plateau technique) est un système qui permet au médecin externe de louer le bloc opératoire de la clinique suivant la durée de l'intervention (le montant de la location du bloc opératoire est de 15 000 DA/heure). Le médecin externe paie directement la clinique ou le patient paie la clinique et cette dernière reverse au médecin ses honoraires. Dans le système de forfait de bloc, la clinique va percevoir uniquement le tarif de l'heure de la location du bloc. Le médecin peut réaliser (dans le cas de certains actes) plusieurs interventions et n'aura pas à s'acquitter d'un reversement pour chaque acte réalisé pour le compte de la clinique. Ce système avantage plus les médecins externes que la clinique.

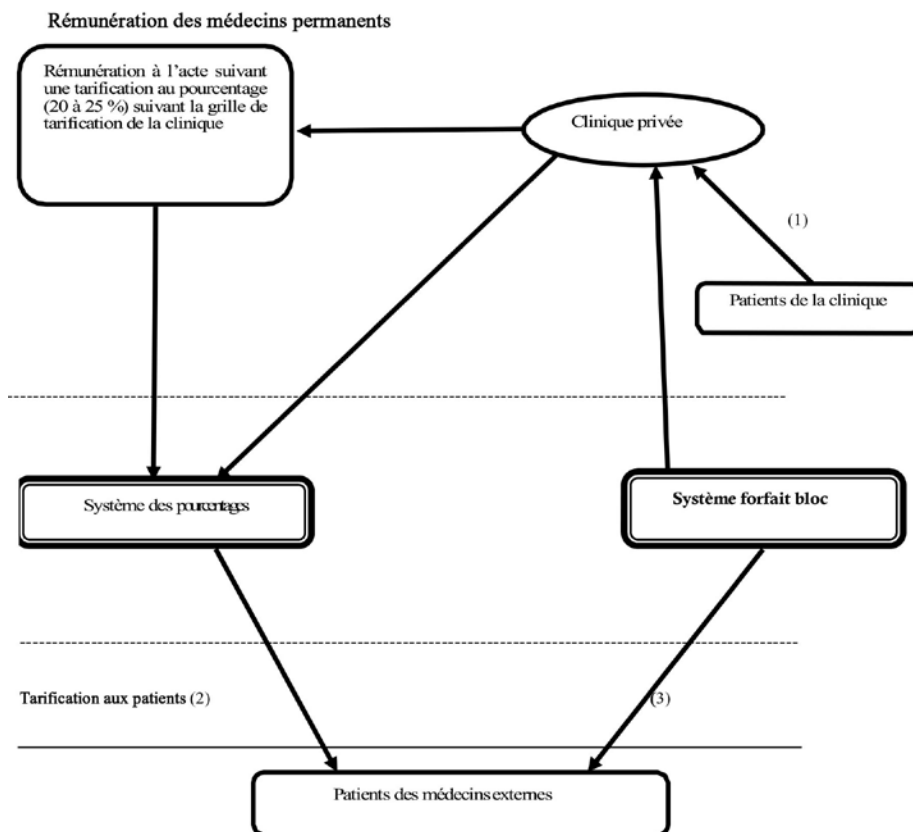
1.1.2. La tarification au pourcentage

La tarification au pourcentage s'applique aux médecins permanents de la clinique ainsi qu'aux médecins externes, mais le partage des honoraires diffère. Alors que les médecins permanents sont rémunérés à l'acte, soit entre 20 et 25 % du tarif de la prise en charge⁷, les médecins externes perçoivent entre 40 et 50 % sous forme d'honoraires. Ces pourcentages varient suivant l'origine du recrutement du patient. Si par exemple, le patient est recruté par la clinique et que cette dernière a fait appel à un médecin externe pour sa prise en charge, le pourcentage qui revient au médecin va être de 30 % au lieu de 40 % ou 50 %. Ce pourcentage est encore moins important quand le patient est pris en charge par le médecin permanent (entre 20 et 25 %). La tarification au pourcentage est plus avantageuse pour la clinique, car elle ponctionne un pourcentage sur chaque acte réalisé. Pour une intervention chirurgicale qui dure une heure et coûte 60 000 DA, la clinique percevra 30 000 DA, c'est-à-dire 50 % du tarif de l'acte.

Ce sont les deux systèmes de rémunération qui dominent sur le marché (Figure 1). Néanmoins, il y a des cliniques qui combinent les deux systèmes de tarification afin de répondre favorablement aux souhaits des médecins. Dans des spécialités comme l'ophtalmologie et l'ORL par exemple, les médecins externes dans des cliniques qui ont adopté la tarification au pourcentage ont négocié la tarification au forfait, très avantageux pour eux. Un ophtalmologue par exemple qui

a programmé 5 interventions au laser à raison de 15 minutes par acte a intérêt à réaliser ses actes en louant le bloc opératoire de la clinique pendant 1 heure, et il versera à la clinique 15 000 DA, correspondant au tarif du bloc opératoire, au lieu de payer un pourcentage (50%) à la clinique pour chaque acte réalisé.

■ FIGURE 1 Les modes de tarification en vigueur



- (1) Les dépassements d'honoraires ne sont pas pratiqués à l'égard des patients de la clinique
- (2) Les dépassements d'honoraires peuvent être pratiqués par les médecins externes ayant adopté la tarification au pourcentage (la clinique détient l'information puisque le patient paie directement la clinique)
- (3) Les dépassements d'honoraires peuvent être pratiqués par les médecins externes qui ont adopté la tarification au forfait (la clinique détient l'information dans le cas où le patient paie directement la clinique. Dans la situation où c'est le médecin qui paie la clinique, cette dernière ne dispose d'aucune information sur les tarifs pratiqués par le médecin externe).

Source : construit par nos soins à partir des données de l'enquête

En plus de ces modes opératoires sur le marché, nous avons identifié une autre pratique observée sur un territoire local (ville de Bejaïa). Il s'agit d'une forme singulière de coopération entre une clinique privée et un médecin libéral (encadré 2). On peut se demander si ce ne sont pas des pratiques qui peuvent se développer.

ENCADRÉ 2

CAS SINGULIER DE COOPÉRATION MÉDECIN LIBÉRAL-CLINIQUE PRIVÉE

Des relations de partenariat sous une forme singulière ont été établies entre un médecin libéral spécialiste en ophtalmologie et une clinique privée. Le médecin avait acquis un matériel dédié à l'ophtalmologie qu'il avait installé au niveau d'une clinique de proximité pour qu'il lui serve à la prise en charge de ses propres patients. Le médecin accède ainsi à son propre plateau technique. Propriétaire de son outil de travail, il s'acquitte d'une redevance envers la clinique à hauteur de 10 000 DA pour chaque acte réalisé. Cette redevance représente les frais de location du bloc opératoire, les honoraires du médecin anesthésiste-réanimateur, le consommable. Le matériel en question est également utilisé par d'autres médecins ophtalmologistes moyennant le versement d'une double redevance. Une première d'un montant de 10 000 DA pour la clinique et une deuxième du même montant pour le médecin ophtalmologiste, propriétaire du matériel. Cette façon de faire évite à la clinique d'investir dans un matériel coûteux et n'aura pas à supporter son amortissement. Néanmoins, même si le matériel appartient à la clinique, le médecin lui versera toujours la somme de 10 000 DA. Au final, la clinique tire un double avantage. Elle ponctionne le même montant (10 000 DA) au médecin propriétaire du matériel et à tout autre médecin utilisateur du matériel qui ne lui appartient pas. Cette forme de coopération est initiée par le médecin ophtalmologiste, qui faute d'indisponibilité d'un matériel spécifique à son activité dans les cliniques de son territoire géographique a décidé d'installer son matériel dans une structure déjà existante pour pouvoir mutualiser son plateau technique avec ses confrères de la même spécialité. À son tour, la clinique n'a pas investi dans l'achat d'un matériel dans la spécialité en question. Une stratégie de gagnant-gagnant est donc élaborée.

Nous pensons qu'il y a peu de chance pour que cette forme de coopération médecin libéral-clinique privée se diffuse à grande échelle. Il s'agit d'une réponse apportée à une problématique locale. Bien au contraire, les cliniques ont tendance à investir dans les équipements médicaux et à couvrir le maximum de spécialités possibles afin d'attirer le plus grand nombre de médecins.

Des différences territoriales s'observent en matière de mode opératoire dans la tarification des actes. Les systèmes en vigueur dans chaque région sont adoptés dès le début de l'émergence des cliniques sur un territoire donné (raisons historiques). Dans l'Est algérien par exemple, c'est la tarification au pourcentage qui est en vigueur, par contre dans le Centre du pays, c'est plutôt la tarification au forfait qui prédomine. Il y a donc ancrage territorial de chacun des modes de tarification⁸.

Ces modes de tarification couplés à la quasi-absence d'une prise en charge collective des dépenses dans le secteur privé favoriseraient la recherche d'un niveau d'activité élevé avec comme risque pour la collectivité celui de l'induction de la demande. Le revenu du médecin opérateur est directement lié à sa capacité de générer de l'activité qui est en parfaite correspondance avec les intérêts de la clinique qui dépend elle aussi du niveau d'activité ainsi générée. La rentabilité des cliniques en Algérie n'est pas négociée du fait de l'absence de conventionnement avec les organismes de la sécurité sociale. En France, par contre, la rentabilité des cliniques privées est négociée avec les organismes de l'Assurance Maladie. «Parce que le financement est collectif et parce que la nature du bien «santé» rapproche l'activité des cliniques d'une mission de service public, les établissements de santé privés vivent difficilement cet encadrement de plus en plus contraignant» (Claverrane et Piovesan, 2003). Quant à la redevance dont doivent s'acquitter les médecins envers la clinique, elle fait l'objet de négociations entre les syndicats des médecins et les représentants des cliniques (Chamboud et al., 2009).

1.2. Une convergence tarifaire qui pèse sur le patient

La tarification des actes aux patients dépend du canal de recrutement, du mode de tarification adopté par la clinique envers les médecins externes, mais aussi de la tendance qu'ont ces professionnels à pratiquer les dépassements d'honoraires tolérés par la clinique. Quand le patient est recruté par la clinique et pris en charge par le médecin permanent, la tarification de la clinique sert de référence dans l'établissement des tarifs de la prise en charge. Le patient s'acquitte directement de ses frais auprès de la clinique. Dans ce cas, il n'y a pas de dépassements d'honoraires. En revanche, quand le patient est recruté par le médecin externe, la tarification au patient est plus complexe.

Dans le cas où c'est la tarification au forfait qui est mise en œuvre, le médecin externe s'entend avec le patient sur un tarif au niveau du cabinet ou de l'hôpital public. Le médecin n'aura qu'à verser le montant de la location du bloc pour la clinique. Cette dernière n'a aucune information sur le prix pratiqué par le médecin. Il est totalement libre de tarifier à sa guise suivant ses propres critères. Il peut pratiquer une politique de discrimination par les prix en fonction de la situation financière du patient. La réputation du médecin peut par exemple jouer le rôle de signal dans la fixation des tarifs.

Par ailleurs, même si c'est la tarification au forfait qui est adoptée, certaines cliniques acceptent que le patient s'acquitte des frais de la prise en charge auprès d'elles, pour ensuite reverser aux médecins leurs honoraires. Cela permet au médecin d'éviter de traiter les questions financières avec le patient au niveau du cabinet ou de l'hôpital public. La clinique ne ponctionnera le médecin que sur la partie location du bloc opératoire; elle sert donc d'intermédiaire ou de caisse pour le médecin externe.

En revanche, dans la tarification au pourcentage, le patient paie la clinique, qui ensuite reverse au médecin ses honoraires suivant les pourcentages sur lesquels ils se sont entendus. Dans ce cas, la clinique dispose d'une information sur les tarifs pratiqués par le médecin. Ce dernier peut se conformer à la tarification officielle de la clinique, comme il peut pratiquer ses propres tarifs. Concrètement, certaines cliniques imposent aux médecins externes leurs tarifs et ne tolèrent donc pas les dépassements d'honoraires. D'autres ne se soucient pas de ce que les médecins appliquent comme tarifs.

Ce modèle de fonctionnement reste fragile, car les cliniques sont en concurrence pour attirer les médecins afin d'optimiser l'utilisation de leurs plateaux techniques. Elles procèdent souvent à des arrangements avec eux afin de les garder et de les fidéliser. Les médecins sont très sensibles aux incitations financières, pour ne pas dire qu'il s'agit d'un critère dominant dans le choix de la clinique d'exercice. Ils disposent d'un fort pouvoir de négociation vis-à-vis des cliniques surtout dans les territoires bien dotés en cliniques privées. Le recours aux dépassements d'honoraires peut s'avérer périlleux pour les cliniques et les médecins externes. Si les patients se rendent compte des différences de tarifs entre la clinique et le médecin externe, il y a une menace que les patients votent par les pieds c'est-à-dire chercheront une prise en charge dans une autre clinique. La pratique des dépassements d'honoraires peut générer une fuite de la patientèle. Cette situation peut impacter négativement le médecin et la clinique, ce qui peut conduire le médecin à augmenter ses honoraires et la clinique à revoir à la hausse ses tarifs pour compenser la fuite de patientèle, les enfermant ainsi dans un cercle vicieux.

Quel que soit le système de tarification adopté par les cliniques, il se fait au détriment du patient, qui doit supporter un reste à charge supplémentaire qui peut être important surtout dans un contexte de quasi-absence d'une prise en charge collective des dépenses dans le privé.

2. VERS LA CONSTRUCTION D'UN RÉFÉRENTIEL MARCHAND

L'ouverture au privé est perçue par certains analystes comme une marchandisation de la santé qui institue une médecine à deux vitesses et participe à l'accentuation des inégalités d'accès aux soins. Pour d'autres, elle est souhaitable vu l'état de délabrement du secteur public et les dysfonctionnements le caractérisant. Quant aux fondateurs 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 est incapable de répondre à une demande de soins de plus en plus croissante. Le secteur privé, plus souple et réactif devrait être accepté comme un acteur complémentaire. Cependant, cette marchandisation de la santé repose sur un comportement considéré comme universel : la recherche de l'intérêt privé (Batifoulier et al., 2011). La convergence tarifaire participe à la privatisation progressive du système de santé algérien amorcée depuis la fin des années 80 avec le passage d'une économie planifiée vers une économie de marché.

2.1 La convergence tarifaire : une problématique institutionnaliste

L'approche néoclassique standard considère le secteur de l'hospitalisation privée et la médecine ambulatoire comme un marché concurrentiel où les prix et les quantités s'équilibrent à travers la confrontation d'une offre et d'une demande indépendantes, parfois sans contraintes en fonction du contexte. Cette approche est limitée, car elle ignore les contraintes institutionnelles qui s'imposent aux organisations sanitaires, aux médecins, et les aspects liés à la déontologie médicale. Les études empiriques menées remettent en cause l'hypothèse d'une concurrence pure et parfaite sur le marché des soins médicaux. Les auteurs néoclassiques ont tenté de remédier aux défaillances de cette approche en développant des modèles de concurrence monopolistique et de monopole discriminant qui s'adapteraient aux spécificités du secteur médical. Ces modèles ont été élaborés par Kessel (1958) et Newhouse (1970) et tiennent compte des spécificités du secteur médical. L'hypothèse d'information parfaite du patient est remise en cause, le patient est ignorant du savoir médical du médecin, ce qui confère à ce dernier un pouvoir de monopole et il se trouvera dans une situation dite de « price maker » (faiseur de prix). Cette discrimination par le prix peut être pratiquée suivant les revenus des patients ou d'autres critères comme la catégorie socioprofessionnelle du patient. Le prix est de ce fait endogène

et relève du comportement du médecin. Les modèles néoclassiques qu'on vient d'évoquer brièvement présentent des limites liées à la nature du marché de l'hospitalisation privée et de la médecine ambulatoire. L'absence d'un consensus sur la nature de ce marché, le faible rôle joué par les prix dans la détermination des quantités d'équilibre a réduit leur capacité de prédiction empirique. C'est ainsi qu'un modèle plus pertinent qui expliquerait les comportements des médecins est venu remettre en cause l'hypothèse fondamentale de l'analyse néoclassique d'indépendance de l'offre et de la demande de soins. L'idée d'une induction de la demande exercée par le médecin a été avancée par Roemer (1961) et formalisée par Evans (1974) et Fuchs (1978). La demande induite correspond à la mesure dans laquelle un médecin dispose d'un pouvoir discrétionnaire sur le patient qui lui permettra de recommander et d'imposer une prestation de service médical différente de celle que le patient choisirait s'il détenait la même information et le même savoir que le médecin. La mise en évidence de cette hypothèse est contrainte par des limites méthodologiques (Rochaix et Jacobzone, 1997 ; Béjean, 1997). Si elle existe, l'induction est tempérée et ne peut pas atteindre des niveaux élevés, elle demeure limitée (Dormont, 2000 ; Delattre et Dormont, 2005).

Pour dépasser les limites des modèles évoqués, nous avons mobilisé la théorie des conventions qui nous semble plus adéquate au contexte algérien. Il est possible d'interpréter les tarifs des actes médicaux en se référant à l'approche conventionnaliste. Les tarifs des actes ne sont pas un prix, mais une règle tarifaire qui en tant que régularité de comportement a le statut d'une convention. Les tarifs sont donc le fruit d'une convention entre les cliniques privées et les médecins exerçant sur une même aire géographique. Cette notion de convention permet de saisir pertinemment les pratiques tarifaires en vigueur sur le marché des soins.

La théorie des conventions (Favereau, 2018 ; Eymard-Duvernay F, 2006a ; Eymard-Duvernay F, 2006 b ; Batifoulier, 2001 ; Boltanski et Thévenot, 1991 ; Orléan, 1993 ; Salais, 1998 ; Dupuy et al., 1989 ; Favereau, 1984) paraît comme un outil adéquat pour analyser les stratégies tarifaires des cliniques privées dans leurs relations avec les médecins. Elle s'intéresse aux interactions stratégiques dans lesquelles les individus poursuivent des objectifs communs. Ces interactions sont décrites en termes de jeux de pure coordination (Schelling, 1986 [1960]). C'est Lewis (1969) qui parla initialement de la notion de convention.

La théorie des conventions peut être mobilisée pour rendre compte des régulations effectives dans le secteur de la santé. Les travaux de la littérature ont mis en avant le rôle de la convention dans la compréhension des interactions entre les individus et les règles de coordination. Elle est même mobilisée dans l'analyse des institutions économiques. «En économie de la santé, ses mérites relèvent sans aucun doute de l'analyse du comportement des acteurs et des règles de coordination du système de santé, mérites reconnus par la communauté scientifique principalement pour leur pouvoir descriptif» (Béjean et Peyron, 2001).

Les modes de tarification adoptés peuvent être considérés comme des conventions collectives auxquelles les différents opérateurs ont souscrit. Ces conventions sont adoptées par les cliniques et les médecins sur leur territoire d'implantation. Il y a donc ancrage territorial de chacun des modes de tarification. Il y a le tarif territorial ou la convention locale propre aux cliniques du même standing qui tentent de s'aligner sur les mêmes tarifs. Des convergences tarifaires s'observent sur un territoire donné. Batifoulier et al. (1999) ont analysé la détermination des honoraires en médecine ambulatoire. Ils parlent de standards géographiques dans le sens où sur un marché local de soins (le cas d'une ville), les médecins qui offrent des services analogues observent les mêmes pratiques. Le montant des honoraires est souvent identique pour une même catégorie de médecins dans une même zone géographique. Il en ressort que, paradoxalement, l'existence de pratiques d'honoraires typiques témoigne d'un certain refus de la différenciation pour ne pas donner l'illusion ou la réalité d'un différentiel de qualité avec ses confrères dans la spécialité. Les médecins se coordonnent sur la base d'un comportement mimétique. De ce fait, le mécanisme concurrentiel est neutralisé. Chaque médecin va se conformer à la règle-convention et pratiquer les mêmes tarifs. Une sorte de consensus s'établit sur la tarification des actes, une entente implicite est observée. Dans notre contexte, l'adhésion aux dispositifs tarifaires est collective, mais les médecins disposent tout de même d'une marge de liberté dans la fixation des honoraires aux patients dans le cas où c'est la tarification au forfait qui est adoptée. Dans ce cas précis, le tarif a été arrêté préalablement au niveau du cabinet du médecin ou de l'hôpital public, la clinique n'a aucune information sur le tarif pratiqué par le médecin. Ce dernier peut développer une stratégie de différenciation par rapport à ses confrères. Si la clinique fonctionne suivant le tarif au pourcentage, certains médecins pratiquent des dépassements d'honoraires par rapport à ceux de la clinique, qui les tolère généralement.

Les motivations essentiellement pécuniaires des médecins rencontrent un assentiment des gestionnaires des cliniques, d'où la stabilité des comportements adoptés. Comme les cliniques dépendent fortement de l'activité générée par ces médecins qui recrutent leur patientèle au cabinet et à l'hôpital public, elles procèdent souvent à des concessions en combinant les deux modes de rémunération surtout dans les territoires où l'offre en hospitalisation privée est importante. Cela permet aux cliniques de fidéliser ces professionnels et de s'assurer ainsi un niveau d'activité.

Le référentiel ainsi constitué se renforce dans le contexte de déréglementation étatique et de paternalisme médical envers le patient. Les modes de tarification sont mis en œuvre dans un contexte de marchandisation des soins et d'absence de contraintes sur le plan institutionnel et corporatif (tutelles, sécurité sociale ou ordre des médecins). Les médecins agissent suivant leurs propres intérêts et critères dans la tarification de leurs prestations de soins. Le secteur privé des soins semble échapper dans une large mesure aux autorités de régulation. Il s'agit d'un segment qui s'est quasiment extrait du système de santé, les pouvoirs publics ne lui ont pas assigné un cahier des charges à remplir. Ils ne lui ont rien exigé mis à part le fait de se conformer à certaines normes (construction, règles d'hygiène...). C'est un système quasi décentralisé, régi par de libres liens qui s'établissent entre les différents acteurs. Il fonctionne suivant des normes qui lui sont propres, un fonctionnement singulier a donc émergé. C'est un secteur qui s'adapte à ses contraintes et apporte des réponses à ses problématiques.

Dans le contexte des pays développés, le patient devient un acteur à part entière dans le processus de soins, participant ainsi à la démocratie sanitaire. Cela marque la naissance d'un modèle délibératif ou coopératif où la décision est prise de façon partagée. La relation thérapeutique est appréhendée en termes de partenariat plutôt que de pouvoir (Moumjid et Protière, 2007). En Algérie, il est difficile d'avancer l'idée d'un patient complètement autonome et suffisamment informé qui constituerait un contre-pouvoir face au médecin. Nous sommes en présence d'un modèle paternaliste où le patient est soumis aux injonctions du médecin. Un patient infantilisé, incapable d'exprimer ses préférences.

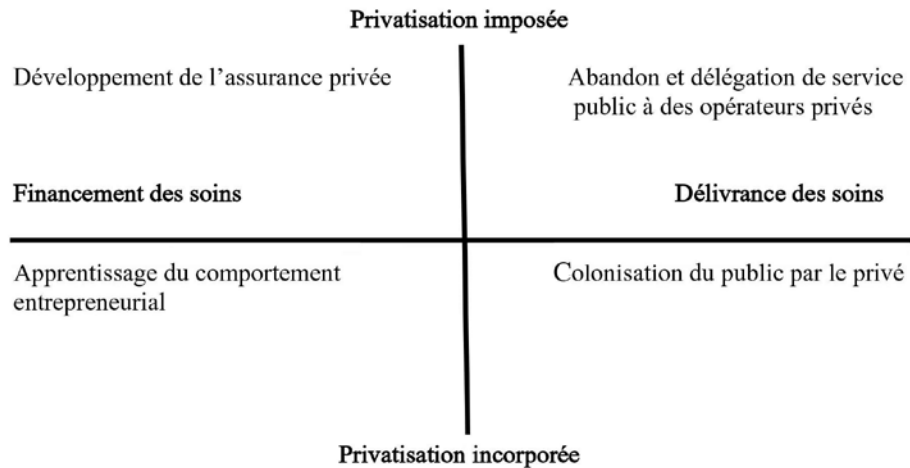
La convergence tarifaire revêt toutes les caractéristiques d'une institution conventionnelle même si les pratiques en matière de dépassements d'honoraires ne débouchent pas forcément sur une norme tarifaire homogène. Les différents acteurs se sont mis en conformité

par rapport à un système de décisions et d'attentes. Il y a une mise en cohérence des pratiques auxquelles se livrent les acteurs en situation d'interdépendance. Il ne s'agit pas d'un problème de décision d'un individu souverain, mais d'un problème de coordination des acteurs au sein du corps médical (Blois, 2000). Les conventions adoptées sont évolutives sous la pression des médecins externes qui disposent d'un fort pouvoir de négociations surtout dans les territoires bien dotés en cliniques privées.

2.2. La convergence tarifaire matérialise la privatisation émergente du système de santé algérien : un cadre d'analyse approprié : la cartographie des privatisations de Batifoulier.

Batifoulier (2014) a proposé une cartographie des privatisations dans le contexte européen. La privatisation ne concerne pas seulement l'implication des assurances privées ou les cliniques privées dans la délivrance et le financement des soins, mais également la privatisation des esprits à travers le façonnage des comportements des médecins et des patients à penser la santé comme un bien privé. La figure suivante montre la pluralité de privatisations.

■ FIGURE 2 Une pluralité de privatisations



Source : Batifoulier dans Capital santé. Quand le patient devient client, La Découverte, 2014.

Le développement de l'assurance-santé privée (cadran nord-ouest) tend à se généraliser en Europe. La plupart des systèmes de santé européens connaissent une implication de plus en plus forte des assureurs privés dans le financement des dépenses de santé. Le transfert de charge du public vers le privé est le nouveau crédo de la couverture santé. L'assurance-santé publique obligatoire peut devenir facultative et l'assurance privée peut être rendue obligatoire et l'impliquer même dans la couverture santé de base. Les dépenses de la protection sociale sont considérées comme un coût à réduire pour les États qu'une dépense productive. Le fait de les transférer vers les compagnies d'assurance privée ou même les ménages semble conforter les gouvernements. Cette privatisation repose sur l'accroissement de la mise à contribution financière des patients depuis au moins trois décennies. Ils doivent prendre en charge une part grandissante de leurs dépenses de santé sous diverses formes : ticket modérateur, reste à charge, franchises... La marchandisation du système de santé s'opère par la montée en puissance des assurances complémentaires (Da Silva, 2018). Cette nouvelle donne induit un recul de la participation des assurances sociales dans la prise en charge des dépenses de santé et l'implication de plus en plus forte des patients. Cela n'est pas sans conséquence sur le renoncement aux soins pour cause d'accessibilité financière.

L'abandon du secteur public (cadran nord-est) : les pouvoirs publics ont délégué à des acteurs privés la délivrance des soins. Les établissements privés de soins sont mis en concurrence en participant à des missions de service public sur une base contractuelle. La prise de pouvoir du privé sur les activités relevant du secteur public passe par les politiques de restriction budgétaire suivies par les acteurs publics. Les opérateurs privés sont sollicités dans le cadre de l'externalisation des tâches ou d'incitations à la contractualisation. Laisser la médecine libérale organiser l'accès aux soins relève également de ce processus de privatisation. La liberté d'installation des médecins libéraux participe à la désertification médicale. Les mêmes régions continuent d'attirer les nouveaux candidats à l'installation. Les pouvoirs publics continuent à déléguer aux médecins libéraux le maillage sanitaire du territoire au nom de la préservation de l'identité libérale en médecine et en particulier la liberté d'installation.

L'apprentissage d'un comportement entrepreneurial par le patient (cadran sud-ouest) : sans que cela soit imposé, les patients peuvent se conduire en agents privés pour devenir entrepreneurs d'eux-mêmes et laisser parler leur intérêt personnel. La pratique des dépassements d'honoraires a laissé les patients dans des démarches

de recherche d'information sur les tarifs des prestations. Un comportement tout à fait nouveau relevant d'une logique de consommateur. Le patient est incité à comparer le prix des dispositifs médicaux pour faire ses arbitrages, effectuer des achats sur Internet, arbitrer entre un acte médical à l'hôpital public qui sera fait en quelques mois et une prise en charge immédiate dans le privé par le même médecin, la sanction financière en cas de non-respect du parcours de soins... La mise en place de mécanismes de partage des coûts incitent les patients à choisir les médicaments qui leur sont accessibles financièrement et à renoncer à ceux qui sont le plus chers. Ce sont les pouvoirs publics qui conduisent les patients à s'inscrire dans une logique entrepreneuriale et à se conduire en sujets économiques, à sopeser les avantages et inconvénients de telle ou telle décision. On ne cherche pas à fabriquer un patient vertueux et moins dépensier, mais un patient entrepreneur de ses choix tarifaires.

La colonisation du public par le privé (cadran sud-est) : le processus de privatisation des hôpitaux publics n'est pas le même pour tous les pays. Dans certains d'entre eux, les chaînes hospitalières ont racheté les hôpitaux publics. Dans d'autres, la privatisation reste modérée (le cas de la France ou des pays scandinaves). On mobilise les nouveaux outils du management public (NMP). On réorganise le travail médical au nom des gains de productivité, de l'efficacité et de la performance. L'hôpital est assimilé à une unité industrielle où tout doit être chiffré et optimisé. Cette culture du résultat est aux antipodes des missions de service public des hôpitaux.

Après avoir exposé la carte des privatisations élaborée par Batifoulier, on tentera d'analyser son adaptabilité au contexte algérien.

En Algérie, le désengagement de l'État dans la prise en charge de la santé des populations n'a cessé de s'accroître depuis l'ouverture du secteur de la santé à l'investissement privé à la fin des années 80. Pour situer l'Algérie sur cette carte, on considère que la privatisation du financement et de la délivrance des soins a été imposée par l'État à travers l'abandon et la délégation du service public à des opérateurs privés (c'est le cas notamment pour l'hémodialyse, pour la chirurgie cardiaque et pour les accouchements tout récemment). Une politique de conventionnement a été mise en place dès 2002 par les pouvoirs publics entre les caisses de la sécurité sociale et les cliniques privées qui consisterait à prendre en charge intégralement les dépenses de soins occasionnées dans le secteur privé pour ces deux spécialités. Cette mesure a entraîné un véritable « effet d'aubaine », le nombre de cliniques d'hémodialyse monospécialisées a évolué de façon exponentielle.

En 2018, 481 cliniques étaient opérationnelles dont 160 cliniques relevant exclusivement de l'activité de l'hémodialyse (cliniques monospécialisées). Ces créations n'épuisent pas les lieux de prise en charge en hémodialyse puisque certaines cliniques pluridisciplinaires ont aussi à leur tour élargi la gamme des spécialités assurées à l'hémodialyse et/ou à la cardiologie interventionnelle, marché nouvellement solvabilisé par la sécurité sociale. Sur ce segment particulier, on voit l'effet attractif d'une politique publique ou d'une solvabilisation du marché sur la création des cliniques privées. L'extension vers les activités de maternité va certainement booster l'investissement dans ce secteur.

Paradoxalement en matière de financement, on n'assiste pas à un développement important de l'assurance santé privée, fortement souhaité par les propriétaires des cliniques et les médecins libéraux. Certes, les compagnies d'assurance ont investi ce marché mais sa croissance reste très modeste, soit un taux de croissance annuel moyen de 2,43% entre 2013 et 2019. Le risque maladie a représenté 0,9% de la branche assurances de personnes en 2019 (CNA, 2019). Il faudra certainement du temps pour que la culture assurantielle surtout en matière de santé puisse s'imposer du fait de considérations culturelles et religieuses. Pour l'instant, la majorité des ménages algériens préfèrent prendre en charge eux-mêmes leurs dépenses de santé que de passer par les compagnies d'assurance.

L'expansion du secteur privé est d'ailleurs l'un des accélérateurs et déterminants des dépenses de santé des ménages. Les dernières statistiques de l'OMS montrent qu'en 2017, les ménages algériens ont participé à hauteur de 26,5% à la dépense nationale de santé (DNS) devant la sécurité sociale qui a contribué avec 24%, le reste a été pris en charge par l'État. Les institutions internationales recommandent un maximum de 10% comme participation des ménages à la DNS, l'Algérie est encore loin de cette norme. Elle s'en éloigne encore plus ces dernières années. Ce report de charges financières sur les ménages n'est pas sans conséquence sur les dépenses catastrophiques en santé parce que les paiements directs des ménages sont très élevés en Algérie. Cette situation aggrave le problème d'accessibilité financière aux soins des franges démunies de la population. Le risque est fort d'une accentuation des inégalités d'accès aux soins de santé. À défaut d'un capital financier pour accéder aux soins dans le privé, nombreux sont les ménages qui vendent leurs biens pour se faire soigner, ce qui peut être source d'appauvrissement. Ce passage d'une logique de gratuité à une logique marchande pour accéder aux soins représente un bouleversement pour les patients.

Sur un autre registre, on assiste à un développement rapide et anarchique de la médecine de ville surtout pour le corps des spécialistes. Leur répartition territoriale est très déséquilibrée. Ils se localisent beaucoup plus dans les villes urbaines que dans le reste du territoire. En 2018, neuf wilayas sur 48 concentrent 60% des médecins spécialistes libéraux en activité. Les disparités régionales persistent malgré l'augmentation de l'offre nationale en médecins spécialistes dans un contexte d'absence totale d'une politique publique pour améliorer cette répartition. Le principe de liberté d'installation participe au maintien, voire à l'aggravation des déséquilibres enregistrés.

Même si la privatisation a été imposée, on observe une forme d'incorporation de la privatisation de la part des patients à travers des comportements de recherche d'informations sur les tarifs des cliniques et des médecins opérateurs. Certains font une véritable enquête sur les tarifs des uns et des autres pour choisir un prestataire. La liberté tarifaire des médecins s'accompagne ainsi d'un arbitrage tarifaire des patients (Batifoulier, 2014, p. 65). On assiste également à un phénomène de négociation des tarifs par les patients les plus modestes qui rencontrent des difficultés pour accéder aux soins.

Si le secteur privé a pu se développer malgré un contexte de financement défavorable, c'est probablement que la disposition à payer des ménages était forte compte tenu des nombreuses carences du secteur public.

L'utilisation de la typologie de Batifoulier nous a permis de statuer sur la privatisation émergente du système de santé algérien. Elle s'inscrit dans une dynamique internationale d'ensemble qui nécessiterait un changement progressif de paradigme de l'action publique.

CONCLUSION

À l'instar de beaucoup de pays, l'Algérie connaît un processus de marchandisation de la santé qui a débuté à la fin des années 80 avec la transition d'une économie centralisée vers une économie de marché. La privatisation du financement et de la délivrance des soins a été imposée par l'État à travers la délégation du service public à des

opérateurs privés dans certaines activités. Ce processus ne semble pas s'arrêter, car tout récemment les accouchements ont été délégués aux établissements privés de soins. Curieusement, l'expansion des activités du secteur privé des soins n'a pas été accompagnée par le développement de l'assurance-santé privée qui reste encore marginal. Par manque de culture assurantielle et un pouvoir d'achat qui ne cesse de s'amenuiser, les ménages algériens préfèrent prendre en charge eux-mêmes leurs dépenses de soins sans transiter par les compagnies d'assurance.

L'absence d'une grille officielle de tarification des actes qui baliserait les honoraires des cliniques et des médecins a favorisé la mise en place des modes de tarification auxquels les acteurs en présence ont souscrit, permettant ainsi la coordination de leurs actions. Cette situation a laissé une grande marge de manœuvre aux cliniques et aux médecins pour fixer leurs tarifs. La clinique adopte sa propre tarification en s'inspirant souvent des pratiques en vigueur dans d'autres cliniques de même standing. Il y a aussi les tarifs pratiqués par le médecin en tant que professionnel autonome. Cette convergence tarifaire pèse lourdement sur le patient, en tant que payeur en dernier ressort.

Les arrangements conclus entre les acteurs privés sont une réponse au déficit de régulation du secteur privé sur la question de la tarification. Pour l'instant, la principale revendication des cliniques 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. Si cette revendication aboutissait, les cliniques s'aligneraient systématiquement sur la grille officielle de tarification qui sera mise en place. La pratique des dépassements d'honoraires n'est pas à exclure dans le cas où les tarifs fixés par la sécurité sociale seront en deçà des attentes des cliniques et des médecins. Quoiqu'il en soit, cette possible solvabilisation de la demande conduira les cliniques privées à revoir leurs stratégies en matière de structuration des activités et de recrutement de la patientèle.

La récente décision des organismes de sécurité sociale de conventionner l'accouchement avec le secteur privé s'inscrit sans aucun doute dans le sillage de la privatisation émergente du système de santé algérien. Il serait intéressant d'évaluer les impacts de cette mesure sur les différents acteurs du système de santé.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Batifoulier P., (2014). Capital santé. *Quand le patient devient client*, Paris, Éditions La Découverte.
- [2] Batifoulier P., (2011). «Prix, marché et liberté tarifaire en médecine», *Journal d'Économie Médicale*, vol. 29, n° 5, p. 204-215.
- [3] Batifoulier, P., Bessis F., Biencourt O., (2011). «La déontologie médicale face aux impératifs du marché», *Politiques et management public*, vol. 28/1, p. 83-101.
- [4] Batifoulier, P., Domin, J.-P., Gadreau, M., (2008). «Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française», *Revue Française de Socio-Economie*, n° 1, p. 27-46.
- [5] Batifoulier P., (2001). *Théorie des conventions*, Paris, Éditions Economica.
- [6] Batifoulier, P., Bien, F., (2000). «Les honoraires libres en médecine ambulatoire: une lecture par la théorie des conventions», *Sciences Sociales et Santé*, vol. 18, n° 1, p. 5-22.
- [7] Batifoulier, P., Bien, F., Biencourt, O., (1999). «Les honoraires libres en médecine ambulatoire: le prix signale-t-il la qualité?», *Journal d'économie médicale*, vol. 17, n° 6/10, p. 395-404.
- [8] Béjean, S., (1997), «L'induction de la demande par l'offre en médecine ambulatoire: quelques évidences empiriques issues du contexte français», *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, vol. 37 n° 3-4, p. 311-339.
- [9] Béjean, S., Peyron, C., (2001). «Politiques de santé: éclairages par l'économie des conventions», Nanterre, *Séminaire ATEs n° 6, Politiques de régulation des dépenses de santé*, 31 mai 2001.
- [10] Blois, G., (2000). «Stratégie de distinction et dynamique des conventions: suggestions de complications», *Sciences Sociales et Santé*, vol. 18, n° 1, p. 23-34.
- [11] Boltanski, L., Thevenot, L., (1991). *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Éditions Gallimard.
- [12] Brahamia, B., (1991). *La dynamique du système de santé algérien: bilan et perspectives*, Thèse de Doctorat en Sciences économiques, Université de Montpellier 1.
- [13] Chamboud, L., Khennouf, M., Lannelongue, C., et autres, (2009). *Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers*, Rapport IGAS, tome 1, p. 18-36.

- [14] Claveranne, J.-P., Piovesan, D., (2003). «La clinique privée, un objet de gestion non identifié», *Revue française de gestion*, 2003/5, n° 146, p. 143-153.
- [15] Da Silva, N. (2018). «L'industrialisation de la médecine libérale: une approche par l'Économie de conventions», *Revue management et avenir santé*, 1/n° 3, p. 13-30.
- [16] Delattre, E., Dormont, B., (2005). «La régulation de la médecine ambulatoire en France: quel effet sur le comportement des médecins libéraux?», *Dossiers solidarité et santé*, n° 1, p. 135-161.
- [17] De Pourville, G., (2009). «La convergence tarifaire entre hôpitaux publics et privés: mission impossible?», *Regards croisés sur l'économie*, 1/n° 5, p. 181-190. DOI: 10.3917/rce.005.0181.
- [18] Dormont, B., (2000). «Microéconomie de la santé. Remarques sur l'expérience française», *Revue économique*, vol. 51, n° 3, p. 583-94.
- [19] Dormont, B., Milcent, C., (2011). «Comment évaluer la productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés? Les enjeux de la convergence tarifaire». CEPREMAP Working Papers (Docweb) 1108.
- [20] Doshmangir, L., Rashidian, A., Kouhi, F., et autres, (2020). «Setting health care services tariffs in Iran: half a century quest for a window of opportunity». *International Journal for Equity in Health*, vol. 19, article 112, <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01224-1>.
- [21] Dupuy, J.-P., Eymard-Duvernay, F., Favereau, O., et autres, (1989). «Introduction, économie des conventions», *Revue économique*, numéro spécial, vol. 40, n° 2, p. 141-145.
- [22] Evans, R. G., (1974), «Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications», *The Economics of Health and Medical Care*, p. 162-173, Macmillan, Perlman editor, London.
- [23] Eymard-Duvernay, F. (a), (dir), (2006). «L'économie des conventions, méthodes et résultats», tome 1: Débats, Paris, Éditions La Découverte, collection Recherches.
- [24] Eymard-Duvernay, F. (b), (dir), (2006). «L'économie des conventions, méthodes et résultats», tome 2: Développements, Paris, Éditions La Découverte, collection Recherches.
- [25] Favereau, O., (2018). «Valeur(s), exploitation et économie des conventions», *Cahiers d'économie politique*, n° 75, p.119-145.

- [26] Favereau, O., (1984). «La formalisation du rôle des conventions dans l'allocation des ressources» dans R. Salais et L. Thévenot, (dir), *Le travail, marchés, règles, conventions*, Éditions Economica, Paris.
- [27] Fuchs, V. R., (1978). «The Supply of Surgeons and the Demand for Operations», *The Journal of Human Resources*, vol. 13 (Supplement), p. 35-56, University of Wisconsin Press, <https://doi.org/10.2307/145247>.
- [28] Kessel, R. A., (1958). «Price Discrimination in Medicine», *Journal of Law and Economics*, vol. 1, p. 20-53.
- [29] Lewis, D.-K., (1969). *Convention: A Philosophical Study*, Cambridge, Harvard University Press.
- [30] 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, Association française des anthropologues.
- [31] Mebtoul, M., (2004b). «L'introuvable césure public-privé en Algérie. De nouveaux objets en santé dans le champ de la privatisation des soins», *Autrepart, Revue de sciences sociales au Sud*, n° 29, p.13-28, Éditions Les Presses de Sciences Po, Paris.
- [32] Moumjid, N., Protière, C., (2007). «Le pouvoir des patients», *La lettre du Collège des Économistes de la Santé*, décembre 2007, n° 4, 18^e année, p. 4-6.
- [33] Newhouse, J. P., (1970). «A Model of Physician Pricing», *Southern Economic Journal*, vol. 37, n° 2, p. 174-183.
- [34] Onur, K., Aydin, T., Gurkan, O., (2020). «Public and private healthcare coordination: An analysis of contract mechanisms based on subsidy payments», *Computers & Industrial Engineering*, vol. 146, <https://doi.org/10.1016/j.cie.2020.106526>.
- [35] Orlean, A., (1993). *Analyse économique des conventions*, Paris, Presses universitaires de France.
- [36] Oufriha, F.-Z., (2002). *Système de santé et population en Algérie*, Alger, Éditions Anep.
- [37] Rochaix, L., Jacobzone, S., (1997). «L'hypothèse de demande induite: un bilan économique», *Économie & Prévision*, n° 129-130, p. 25-36.
- [38] Roemer, M. I., (1961). «Bed supply and hospital utilization: a natural experiment», *Journal of the American Hospital Association*, vol. 35, p. 35-42.

[39] Salais, R., (1998). «À la recherche du fondement conventionnel des institutions» dans R. Salais (dir), *Institutions et conventions*, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, Paris, p. 255-291.

[40] Schelling, T., (1960). *The Strategic of Conflict*, Cambridge, Harvard University Press, édition française, (1986), *La stratégie du conflit*, Paris, Presses universitaires de France.

[41] Zehnati, A., Peyron, C., (2015). «Les cliniques privées en Algérie : logiques d'émergence et stratégies de développement», *Revue Mondes en développement*, n° 170, p. 123-140.

[42] Zehnati, A., (2014). *Analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie*, thèse de doctorat (en cotutelle) en Sciences économiques, Université de Bejaïa-Université de Bourgogne.

NOTES

1. **Ahcène ZEHNATI** est économiste de la santé, Directeur de recherche au Centre de Recherche en Économie Appliquée pour le Développement (CREAD, Algérie) et chercheur associé au Laboratoire d'Économie de Dijon (LEDi, France) où il est membre de l'Équipe d'Économie de la Santé. Sa thèse de doctorat, soutenue en 2014, a porté sur une analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie. Ses activités de recherche portent sur l'organisation et le financement des systèmes de santé, la santé maternelle et infantile, la démographie médicale, l'émigration des médecins, la sécurité sociale et le médicament. À son actif figurent plusieurs ouvrages et publications dans des revues nationales et internationales : Les Cahiers du CREAD, International Journal of Health Economics and Management, International Development Policy, Maghreb-Machrek, Mondes en Développement et la revue Européenne de Géographie.
2. À l'exception des médicaments (tarif de référence pour les médicaments remboursables, donc acquittement d'un ticket modérateur) et les actes dans deux spécialités : l'hémodialyse et la chirurgie cardiaque et tout récemment les accouchements.
3. Cette liberté est limitée par deux barrières à l'entrée : la première est liée à l'existence d'un capital relationnel pour accéder au secteur public dans certaines situations, celles relatives surtout à la prise en charge chirurgicale et aux examens d'exploration médicale. La deuxième concerne la disponibilité d'un capital financier pour accéder au secteur privé dans le cas où le patient sollicite des soins hors les trois spécialités conventionnées ou quand son organisme employeur ne dispose pas de conventions avec les cliniques privées.
4. Depuis 1995, dans le cadre de la politique du recouvrement des coûts, l'utilisateur du secteur public s'acquitte d'un ticket modérateur de 50 DA pour une consultation généraliste et de 100 DA pour une consultation spécialisée et la nuitée passée à l'hôpital. Cette contribution n'est en fait pas payée systématiquement par les usagers. De plus, dans beaucoup de situations, les usagers du secteur public recourent à des prestataires privés pour les examens complémentaires et les explorations médicales. Rappelons que le SMIG en Algérie est de 18 000 DA. Au taux de change officiel, 1 euro est l'équivalent de 130 DA, sur le marché parallèle, 1 euro est l'équivalent de presque 220 DA.

5. Le tarif d'une consultation chez un généraliste est compris entre 800 et 1 000 DA. Le tarif d'une consultation chez un spécialiste se situe entre 1 500 DA et 2 000 DA.
6. Nous désignons par médecins externes, les médecins libéraux et ceux du secteur public disposant d'une activité parallèle dans le secteur privé.
7. La clinique déclare ce profil de médecins comme salariés, ils s'entendent sur un salaire que la clinique ne leur verse pas. Il s'agit donc d'un salaire fictif fixé par la clinique en accord avec les médecins. Dans la réalité, ils sont payés à l'acte suivant un système de pourcentages. La clinique s'acquitte des cotisations sociales (sur un salaire plus faible que sur les revenus réellement gagnés) afin que les médecins bénéficient des prestations sociales y compris la retraite. Toutefois, les médecins doivent rembourser les montants acquittés par la clinique pour le compte de cette dernière. En définitive, ce sont les médecins eux-mêmes qui se prennent en charge, mais par l'intermédiaire de la clinique. Il s'agit d'un arrangement conclu entre les médecins permanents et les cliniques privées concernant la déclaration des revenus aux services fiscaux. Ces ententes permettent aux médecins d'éviter une imposition sur la plus grande partie de leurs revenus. Si par exemple, un médecin permanent d'une clinique déclare percevoir un salaire mensuel de 80 000 DA et que ce médecin tire 400 000 DA de revenus de son activité, alors c'est 320 000 DA, soit 4/5 du revenu réel qui échappe totalement à la fiscalité. De plus, les charges sociales sont calculées sur la base du salaire fictif de 80 000 DA. Nous sommes en présence d'une situation d'économie souterraine par rapport au système fiscal et de protection sociale.
8. Les cliniques privées tentent de s'organiser à travers des associations. Elles revendiquent principalement l'instauration d'un système de conventionnement avec les organismes de la sécurité sociale.