

Zeitschrift: Revue économique et sociale : bulletin de la Société d'Etudes Economiques et Sociales
Herausgeber: Société d'Etudes Economiques et Sociales
Band: 74 (2016)
Heft: 1

Artikel: Le management dans le secteur de la santé privée
Autor: Guelmami, Mohamed Hédi
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-823188>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 16.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

LE MANAGEMENT DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ PRIVÉE

MOHAMED HÉDI GUELMAMI

Clinique privée, Tunisie

drguelmami@gmail.com

gmhedi@gmail.com

➤ 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 de santé. 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. L'originalité de ce travail repose sur l'objet de recherche, la clinique privée, qui demeure une entité mal connue et peu étudiée en science de gestion. Notre recherche explore la clinique privée à travers ses principaux acteurs (le manager, les médecins et les patients). Les besoins de ces acteurs, ainsi que les attentes qui en découlent, sont extrêmement hétérogènes. Nous utilisons le cadre théorique de la traduction et développons ainsi un nouveau modèle de management de la clinique-réseau constituée autour de trois pôles d'acteurs internes à l'organisation. Ce modèle de management contribue à l'alignement des acteurs, et facilite la compréhension de la tâche du manager, en tant que traducteur. L'amélioration du mode de management d'une clinique privée en Tunisie, afin de satisfaire l'ensemble de ses principaux acteurs, sous-tend l'ensemble de notre travail.

Mots-clés: santé, clinique privée, traduire, aligner, gouvernance.

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, (Tschening, 2000 rapporté par Claveranne, 2003); en conséquence, la clinique privée est restée «un objet de gestion non identifié»

(Claveranne, 2003 p143). La clinique privée a donné lieu à des transformations et des innovations organisationnelles où les formes d'action collective ne cessent de changer, avec un acteur central: le médecin (Claveranne, Pascal et Piovesan, 2003), appelé le «professionnel» (Mintzberg, 1998), ou «l'homme-clé» (Michel, 1999).

Cependant, 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 d'organisation de ce phénomène collectif. La clinique privée est un lieu de rassemblement de plusieurs acteurs (investisseurs, médecins, patients...), 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).

1. LE CADRE CONCEPTUEL

La théorie ou sociologie de la traduction a été développée autour des travaux de plusieurs chercheurs dans les années soixante-dix. Plus qu'un outil de description, la sociologie de la traduction propose un regard théorique, interprétatif qui guide la description et la rend utile et pertinente (Callon, 1986).

À partir de la controverse scientifique et économique sur la domestication des coquilles Saint-Jacques dans la baie de Saint-Brieux (Callon, 1979), la notion de traduction est mobilisée dans notre travail pour individualiser les acteurs ou actants, leurs intermédiaires et porte-paroles intervenant dans l'espace d'une clinique privée, et constituant ainsi un réseau socio-technique (Callon, 1986).

Lors de notre travail de recherche, nous mobilisons ainsi la théorie de la traduction comme cadre conceptuel, et adoptons un modèle de réseau à trois pôles (Callon, 1986 et Renaud, 2012) pour nous permettre de décrire et comprendre la dynamique menant à une situation d'alignement dans la gestion d'une clinique privée. Avec l'aide de nos données empiriques, nous argumentons qu'un tel alignement permet d'en améliorer la gestion.

2. LA MÉTHODOLOGIE

Notre démarche obéit à différentes hypothèses relatives à la constitution de la connaissance. Ces hypothèses qui définissent notre paradigme de recherche ont trait à l'ontologie, l'épistémologie et la méthodologie.

La position méthodologique découle de nos positions ontologique et épistémologique. À la découverte de résultats rentrant dans le cadre d'une co-construction des connaissances, nous adoptons une méthode exploratoire du terrain répondant à une approche inductive. Compte tenu de notre positionnement paradigmatique et du cadre théorique adopté dans notre travail de recherche, nous optons pour des méthodes qualitatives et quantitatives sous l'appellation de «méthodologie mixte».

Nous adoptons une méthodologie de recherche mixte, avec une première étude qualitative qui permet d'appréhender toutes les interactions et perceptions des différents acteurs, ainsi que le développement d'un outil de mesure pour évaluer la satisfaction des deux principaux acteurs: soignant et soigné. Afin de mieux comprendre les attentes de chaque acteur, une étude quantitative vient compléter la première étude, afin de tester le degré de satisfaction des deux principales parties prenantes: médecin et patient.

2.1. LES DONNÉES QUALITATIVES

Charmaz, l'élève de Glaser et Strauss, plaide pour une approche constructiviste tout en considérant comme complémentaires les deux approches de ses professeurs malgré leurs divergences (Heath et Cowley, 2004). Elle estime que l'approche qualitative à elle seule ne peut être inductive, et que seule l'interprétation du chercheur est à l'origine de la conceptualisation. (Mills, Bonner et Francis, 2006). Nous partageons le cadre constructiviste de Charmaz, et considérons que le chercheur doit être impliqué sur terrain, sans pour autant tomber dans le subjectivisme absolu.

Nous avons opté pour l'entretien semi-directif visant des managers de cliniques privées en Tunisie. Le guide d'entretien est élaboré sur la base de thèmes jugés pertinents par rapport à la problématique de la recherche. Il prend en compte six thèmes de recherche: le profil du manager, l'environnement, le médecin, le patient, le personnel soignant et l'investisseur mettant en exergue les différentes interactions entre eux.

Le choix de notre échantillon repose sur les critères suivants:

- > Critères liés aux personnes interrogées: les personnes interviewées sont toutes des managers d'unités de soins privées en Tunisie, appelées cliniques privées. Les managers de cliniques interviewés, sont à part égale entre médecins et financiers avec un âge moyen de 49.7 ans. Notre échantillon est composé d'une femme et neuf hommes. Les cinq managers avec une formation et un profil de financier occupent le poste de directeur général, tandis que parmi les médecins managers, on a un directeur général adjoint, et quatre président directeur généraux.
- > Critères liés au terrain: nous nous sommes adressés à des cliniques privées en Tunisie, polyvalentes, pluridisciplinaires et ayant une certaine notoriété dans leur ville. Nous avons opté pour une clinique au nord-ouest, une clinique au sud-ouest, une clinique au sud-est, une clinique au centre sur la côte, et six autres cliniques sur le grand Tunis.
- > Critères liés à la recherche elle-même: les entretiens semi directifs centrés, ont eu lieu au cours de la journée soit le matin, soit l'après-midi, selon la disponibilité de l'interviewé. Les entretiens se sont déroulés toujours sur le lieu de travail de l'interviewé, dans son bureau précisément, avec un temps moyen de 58 minutes. Nous avons assuré dix entretiens semi directifs avec des managers de différentes cliniques et considérons que nous avons atteint la saturation sémantique.

Nous avons retranscrit les dix entretiens semi-directifs en format numérique, mot à mot, sans interprétation du texte, ni changement, ni abréviation selon les recommandations de Silverman. (Silverman 1999 rapporté par Andreani 2005)

Il nous a fallu 35 heures de retranscription de nos dix entretiens sous format Word avec saisie de 52 205 mots. Nous utilisons un logiciel d'enquêtes et d'analyses de données textuelles appelé Sphinx Quali dans sa version 6.3.1.4 prétendant être un outil mélangeant les approches et les ressources d'analyse, ainsi que la synthèse automatique des analyses de contenu et des fouilles de texte.

2.2. LES DONNÉES QUANTITATIVES

Dans le cadre de notre démarche méthodologique de recherche mixte, l'étude qualitative, nous a permis de mieux cerner les différents groupes d'acteurs, à savoir la clinique à travers le pôle institutionnel, les médecins à travers le pôle soignant et les patients à travers le pôle soigné, ainsi que leurs interactions. Afin de réaliser cette étude quantitative, nous avons choisi de la mener dans une seule clinique pluridisciplinaire, autre que celles des managers interviewés. Ce choix est justifié par l'accessibilité de mener cette étude empirique selon une rigueur scientifique sous notre contrôle. Mener cette étude au sein des cliniques interviewées est impossible à réaliser vu la lourdeur de la logistique d'un côté ainsi que les réserves émises par leurs managers. Les données quantitatives ont été traitées par le logiciel sphinx declic2®. L'étude est menée dans une unité de soins pluridisciplinaires de 35 lits.

Nous avons fixé la taille de l'échantillon à 100 médecins et 100 patients afin de pouvoir mener une étude quantitative d'une certaine envergure et obtenir des résultats qu'il pourrait être envisagé de généraliser.

L'échantillon comporte 100 médecins pratiquant dans diverses spécialités médicales et chirurgicales. Nous avons éliminé de cet échantillon les médecins des urgences, les médecins anesthésistes réanimateurs et les médecins radiologues, qui sont conventionnés avec la clinique. Le questionnaire est présenté directement aux médecins sur un support papier, à chaque fois qu'ils sont de passage à la clinique, ou pour certains via un lien internet. Suivant les cas, les réponses des répondants sont saisies à la main ou directement enregistrées en ligne. Le deuxième échantillon comporte 100 patients hospitalisés dans la clinique durant au moins 48 heures et dont l'âge est supérieur à 18 ans. Sont exclus de cette enquête les patients hospitalisés en milieu de réanimation sous ventilation artificielle ou incapable de répondre personnellement au questionnaire. Ce dernier est présenté directement aux patients sur un support papier, à leur chevet. Il est traduit et disponible en trois langues: le français, l'anglais et l'arabe.

3. RÉSULTATS

3.1. ETUDE QUALITATIVE

Notre corpus est composé de 52 205 mots, avec une longueur médiane de 16 mots par réponse. Un ensemble de lemmes, se dégage suite à l'étape de lemmatisation. On note la présence de la clinique en tant qu'entité de recherche, les différents acteurs au sein de cette structure de soins à savoir, le patient, le médecin, le personnel soignant, la notion de recommandations, ainsi que le profil du manager et la notion de gouvernance. La relation entre les différents acteurs représente 56.6% de la totalité de notre verbatim, suivi par les recommandations managériales dans 41.4%. Le thème qualité avec ses sous-thèmes occupe la troisième place dans 26.9%, succédé par le thème défaillances entre acteurs dans 26.1%, puis le thème perception des relations entre les acteurs dans 17.2% des entretiens, et finalement le thème profil du manager se trouve dans 8.1% des cas.

Les résultats de cette étude qualitative se résument dans les points suivants:

- > Les principaux acteurs sont: la clinique (l'institution), le médecin, le patient et le personnel paramédical.
- > Le médecin est considéré comme principal acteur de la clinique, impliqué à des degrés différents dans la gestion de la clinique, indépendamment de son degré d'actionnariat.

Il s'exprime au sein de la clinique via le comité médical, le conseil d'administration, le comité de lutte contre les infections nosocomiales, la direction médicale, ou directement auprès du manager de la clinique. Il est très exigeant quant au choix de la clinique, qui est conditionné par la qualité de la structure, le plateau médical dont elle dispose, ainsi que la qualité de formation du personnel soignant paramédical.

- > Le personnel paramédical constitue un élément important dans la gestion des ressources humaines d'une clinique et un sujet de discussion très fréquent entre le médecin et le manager de la clinique. La formation et l'ancienneté de ce personnel soignant conditionne la relation avec le médecin de la clinique, allant de la complicité et de l'entente (ancien personnel), jusqu'à la méfiance et le rejet (nouvelles recrues fraîchement diplômées).
- > La formation du manager (médecin ou gestionnaire), influence la qualité de la relation avec les médecins de la clinique, ainsi que celle avec l'investisseur. Les priorités du manager d'une clinique privée, diffèrent selon le profil. La relation du manager avec le ministère de tutelle est altérée voire rompue. Le manager de la clinique a une perception positive du médecin et de l'institution, neutre du patient, et négative du personnel paramédical et du ministère de tutelle. Le manager médecin recommande son profil pour la gestion d'une structure de soins, alors que le manager gestionnaire refuse cette approche.
- > L'investisseur d'une structure de soins privée, encourage le médecin à s'impliquer via l'actionariat ou la participation à l'un des comités de la clinique.
- > Les patients choisissent les structures de soins privées, selon les recommandations de leurs médecins, pour le plateau technique dont elle dispose, et pour son service paramédical. Les patients s'expriment auprès de l'institution à travers les réclamations, les enquêtes de satisfaction et les plaintes. La relation médecin et patient, est celle de soignant-soigné, basée en général sur le respect et la confiance. La relation du personnel paramédical avec le patient, varie de la complicité et la confiance (personnel expérimenté), jusqu'à la méfiance et même le rejet (du jeune personnel non expérimenté).
- > La perception des différents acteurs, varie selon le statut du manager (PDG, DG ou DGA), et de son profil (médecin ou gestionnaire).

3.2. ETUDE QUANTITATIVE

3.2.1. Les médecins

> 70% des médecins interrogés sont de sexe masculin, les 2/3 sont dans la tranche d'âge 31-50 ans. 80% des médecins sont spécialistes, et 50% ont une ancienneté dans le secteur privé inférieure à 10 ans.

> Les médecins peu impliqués dans leur majorité, souhaiteraient l'être plus. En effet plus ils sont déjà impliqués, plus ils souhaitent l'être. Par ailleurs, le fait d'être actionnaire ou de vouloir le devenir a une influence significative sur l'implication actuelle et l'implication souhaitée. Le niveau de l'implication dépend peu du type d'acteur dont on se sent le porte-parole, cependant le niveau de l'implication de ceux qui se voient comme porte-parole de la clinique est plus élevé. Un médecin choisit une clinique privée essentiellement pour son plateau technique et sa qualité de soins dont la responsabilité revient au directeur médical de la structure.

- > Le personnel paramédical ancien est mieux perçu par le médecin, que le nouveau.
- > Le médecin considère que la relation qui le lie au patient repose sur la confiance, et que les exigences de ce dernier se focalisent sur la qualité de soins, la sécurité et la guérison. Le médecin se considère le porte-parole de son patient auprès de la clinique. Pour le médecin, les attentes principales du patient vis-à-vis de la clinique touchent la qualité des soins, la performance du personnel soignant paramédical, la sécurité ainsi que le plateau technique.
- > Les médecins ont une perception positive du manager de la clinique, et considèrent qu'il doit avoir le profil d'un médecin gestionnaire.

3.2.2. Les patients

- > Les patients interrogés sont de sexe féminin dans 70% des cas, âgés entre 18 et 40 ans dans 57% des cas. Ils sont de nationalité Tunisienne dans 60% des cas et Européenne dans 22% des cas.
- > 29% des patients interrogés ont séjourné au moins une fois à la clinique. Le choix de la clinique par le patient dépend du nombre d'hospitalisations au sein de la même clinique, mais pas du degré d'exigence de choix de l'institution. Le premier séjour dépend du choix du médecin traitant, ou le choix de la famille, ainsi que par proximité (autre raison), tandis que le choix des patients ayant été hospitalisés plus d'une fois à la clinique dépend des normes de qualité et par habitude.
- > Le patient exprime son insatisfaction, dans la majorité des cas par une réclamation verbale.
- > Les patients ont une bonne perception de la prestation du personnel administratif de la clinique, et du personnel paramédical. La formation du personnel paramédical est perçue comme passable par les patients. La relation entre le personnel soignant paramédical et les patients reposent sur le respect et la confiance, la méfiance dans seulement 10% des cas.
- > Les priorités des patients au sein d'une structure de soins privée sont par ordre: la sécurité des soins, la bonne formation du personnel paramédical, la qualité des soins, puis les équipements de pointe.
- > 59% des patients choisissent eux-mêmes leurs médecins traitants, et sont satisfaits de leurs choix. La relation soignant-soigné repose sur la confiance. Le patient exige de son médecin traitant, une qualité de soins, un résultat, et une disponibilité; il le considère comme leur porte-parole.
- > Plus de la moitié de l'échantillon de patient estiment que le manager de la clinique doit être un médecin gestionnaire. Plus de 20% n'arrivent pas à se prononcer.
- > En croisant la perception de la gestion du manager avec le profil du manager, on trouve une relation significative entre le profil du manager en tant que médecin manager et la perception positive du mode de gestion de la clinique, jugé bon par le patient.

3.3. LE MODÈLE

Les données des études qualitative et quantitative nous ont permis d'individualiser les différents pôles œuvrant au sein d'une clinique privée, les différentes interactions entre ces pôles, ainsi que le positionnement du manager en tant que traducteur. Notre modèle à trois pôles est constitué comme suit (cf. fig. 1):

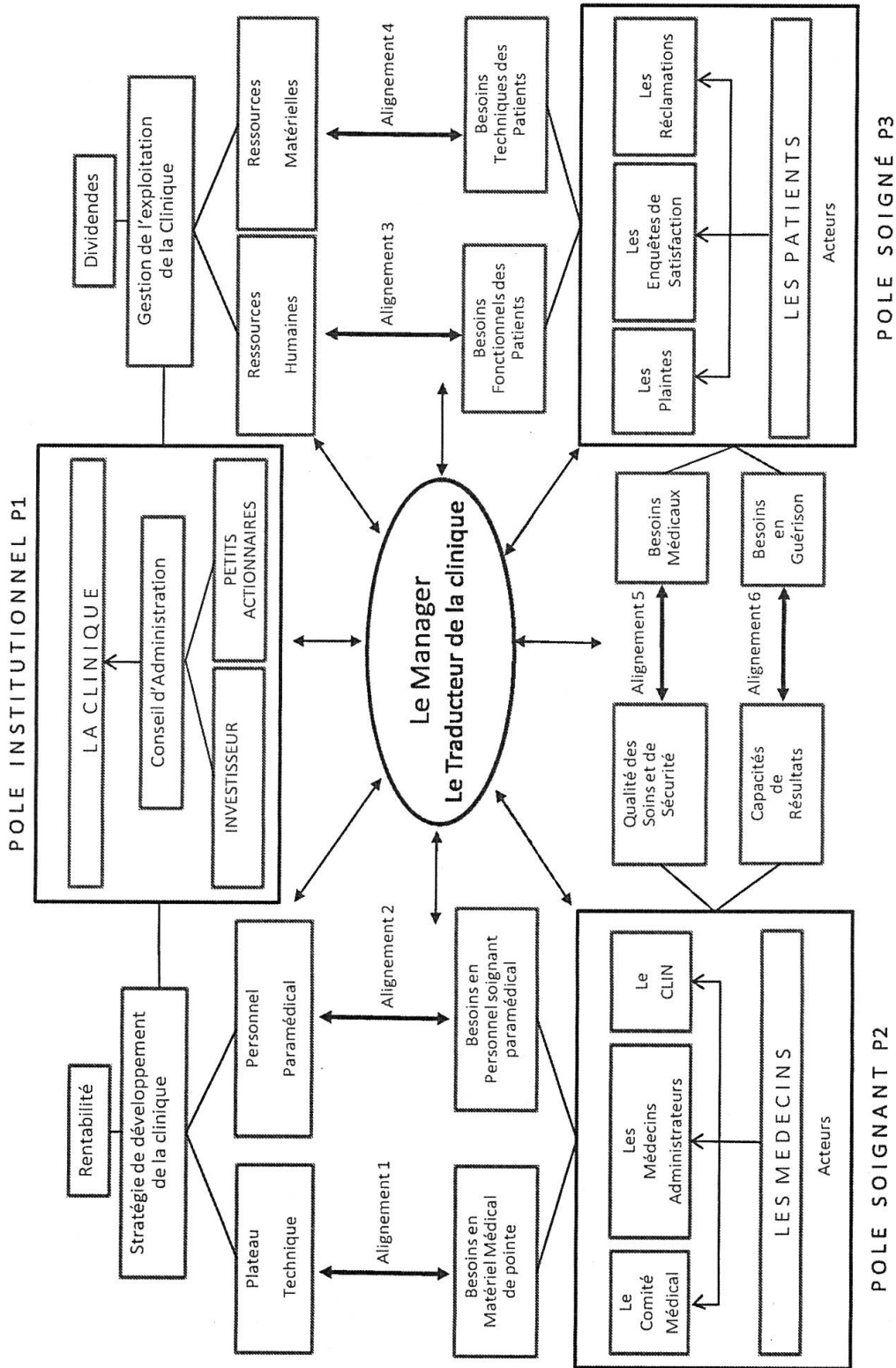


Fig. 1: Le positionnement du traducteur et les alignements

Le pôle Institutionnel est représenté par la clinique en tant que structure de soins privés (Actant). Ses principaux acteurs sont les actionnaires et les investisseurs, qui s'expriment à travers un conseil d'administration et une assemblée générale (Porte-paroles). La clinique repose sur deux principaux axes interagissant avec le pôle soignant et le pôle soigné: (i) Un axe stratégique de développement élaboré sur la base d'une rentabilité et s'exprimant par l'intermédiaire de deux volets: la capacité d'acquisition d'un plateau technique et la capacité de recrutement du personnel soignant paramédical et (ii) un axe gérant l'exploitation de la clinique, et qui s'exprime par l'intermédiaire de la capacité de gestion et de planification des ressources humaines et la capacité de gestion et de planification des ressources matérielles.

3.3.2. Le pôle soignant (P2)

Le pôle Soignant est représenté par les médecins essentiellement fournissant une prestation médicale aux patients. Les médecins exerçant dans la clinique, ne sont pas salariés de la structure, ils ont des cabinets de consultation privés en dehors de la structure de soins privée. Nous avons écarté de ce pôle soignant le personnel soignant paramédical, vu qu'il est salarié de la structure de soins et qu'il fait partie des ressources humaines de la clinique. Les médecins au sein du pôle soignant, interagissent avec le pôle institutionnel par le biais de deux intermédiaires: les besoins en matériel médical et les besoins en personnel soignant paramédical. Le pôle soignant échange avec le pôle soigné par deux intermédiaires: la capacité d'assurer la qualité de soins et de sécurité du patient et la capacité de résultats attendus de la part des patients.

3.3.3. Le pôle soigné (P3)

Le pôle soigné composé des patients, s'expriment directement ou par l'intermédiaire de leurs proches par le biais des réclamations, des enquêtes de satisfaction, ou des plaintes et du contentieux. Le pôle soigné interagit avec le pôle institutionnel par les besoins fonctionnels, ainsi que les besoins techniques des patients. Le pôle soigné, interagit avec le pôle soignant par deux intermédiaires: les besoins médicaux et les besoins de guérison.

Notre modèle à trois pôles, met en exergue des besoins exprimés par les médecins, les patients, ainsi que les capacités de l'institution pour satisfaire ces besoins. L'alignement de ces besoins est le résultat d'une traduction aboutie par le manager de la structure de soins. L'expression des différents besoins entre les trois parties prenantes de notre modèle, nous conduit à une architecture à trois pôles, où les ajustements mutuels génèrent des alignements d'intérêts dont le manager doit prendre compte pour se positionner et cimenter la structure de ce réseau. Six alignements se dégagent de notre modèle.

Le manager de la clinique joue un rôle central, puisqu'il est assimilé à un système nerveux, chargé d'assurer et veiller à la connexion et l'interconnexion entre les différents acteurs, constituant en réseau, pour une fluidité d'information, une gestion des besoins, et une stratégie d'exploitation efficiente. L'alignement de notre réseau est le résultat d'un processus de traduction réussi, des différentes parties prenantes, moyennant des ajustements mutuels d'intérêts spécifiques pour chaque acteur.

4. RECOMMANDATIONS

Le manager de clinique en tant que «bon» traducteur est tenu de comprendre les besoins de chaque acteur, ses intérêts, ses susceptibilités, et essayer d'œuvrer de façon à synchroniser leurs actions dans une démarche dynamique, positive et constructive.

4.1. PÔLE INSTITUTIONNEL

Le manager de la clinique est mandaté par le conseil d'administration, pour gérer cette structure de soins et veiller à:

1. La gestion de l'exploitation par une planification des ressources humaines et matérielles, elle englobe:

- > Le recrutement du personnel soignant paramédical, et non soignant performant
- > La mise en place d'un plan de formation avec des cabinets de formation externes et planifier son financement
- > Mettre en place une politique de gestion de carrière et impliquer le personnel soignant paramédical et non soignant, dans l'entreprise avec l'enracinement du sentiment d'appartenance.
- > La gratification du personnel performant et la mise en place d'indicateurs de performances incitant le personnel à se dépasser en préservant les intérêts de leur entreprise.
- > Bien équiper la clinique à la pointe de la technologie, avec une visibilité sur le plan rentabilité du matériel acquis. Ceci passe par les médecins de spécialités impliqués dans l'investissement en question, qui doivent s'impliquer pour rentabiliser ces achats, par le nombre d'actes, le nombre de patients à traiter...
- > Le manager ne doit pas perdre de vue, le retour sur investissement de la clinique, en optimisant son chiffre d'affaires, par la création de niches d'explorations rentables, la diminution de la moyenne de séjour des patients, l'encouragement des spécialités chirurgicales qui sont plus rentables, avec une bonne gestion et planification du planning opératoire, selon le type de chirurgie, et par chirurgien (rapidité de l'acte, résultats...)
- > Le manager doit contenir ses charges, avec le bon suivi des dépenses et charges directes et indirectes, la centralisation des tâches comme les consommables, la pharmacie, l'usage unique et la buanderie (centrales d'achats), l'externalisation des prestations difficiles à gérer comme la restauration, le transport médicalisé et le gardiennage.
- > Une maîtrise de la consommation d'énergie, de l'eau, du téléphone, du carburant, du consommable bureautique, des coûts de réparation et de la maintenance, peuvent baisser considérablement le taux des charges. Le but final est de booster le chiffre d'affaires, diminuer les charges, rentabiliser la clinique, dégager des bénéfices et distribuer des dividendes aux actionnaires, pour justifier les investissements, et encourager d'éventuelles acquisitions, extensions ou rénovations.

2. La mise en place d'une stratégie de développement en harmonie avec la direction médicale et les médecins de la clinique. Le manager est appelé à mettre en place une stratégie de développement par:

- > L'acquisition d'un matériel médical de pointe afin d'être en harmonie avec les progrès scientifiques en médecine, de se doter de nouvelles technologies pour se différencier de la concurrence, et créer de nouvelles niches d'exploration et d'hospitalisation comme la réanimation néonatale, les traitements endoscopiques, et les explorations radiologiques et cardiaques invasives et non invasives.
- > Le recrutement de responsables paramédicaux susceptibles, afin de donner une plus-value avec un esprit d'organisation, un travail de groupe, et une meilleure gestion des équipes soignantes paramédicales.
- > Sa présence au conseil d'administration: il doit convaincre l'investisseur d'impliquer les médecins dans la gestion de la clinique via une participation au capital (actionnariat). En effet, il a été démontré lors de notre étude empirique, que plus les médecins sont impliqués dans le capital, plus ils s'impliquent dans la clinique.
- > La mise en place d'un processus qualité des soins et de la sécurité pour les patients, à travers la mise en place de procédures de travail et de gestion de la structure des soins selon des normes internationales de qualité. (Certification et accréditation)

-par sa capacité à jouer le rôle de porte-parole des médecins et des patients, auprès des administrateurs de la clinique représentant l'investisseur. La finalité est d'améliorer les conditions de travail au sein de la structure de soins, sur le plan structurel, technique et humain.

-la réalisation de la nécessité d'avoir une direction médicale chapeauté par un directeur médical engagé à temps complet, dont le rôle est extrêmement important au sein de la clinique, en tant que maillon central dans la gestion relationnelle avec et entre les médecins, ainsi que la qualité de soins prodiguée aux patients par le personnel soignant paramédical. Une démarche qualité vise les deux principaux clients de la structure à savoir les médecins et les patients.

4.2. PÔLE SOIGNANT

Le manager joue un rôle important vis-à-vis des médecins:

- > Il doit être en mesure d'inciter la direction médicale et les médecins à mettre en place les porte-paroles de ce pôle pour que les médecins puissent s'exprimer, et s'impliquer. Cette mise en place se fait par des élections au sein de la communauté médicale de la clinique, pour élire les représentants des médecins.
- > Le comité médical (CM), doit être présidé par le directeur médical de la clinique, avec des médecins élus par leurs pairs, de diverses spécialités, pour débattre de toutes les perspectives de développement de la clinique sur le plan technique (matériel médical), paramédical (personnel soignant et non soignant), ainsi que débattre du mode de gestion de la clinique au quotidien, et les moyens de corriger les anomalies, et améliorer les procédures d'organisation.
- > Le manager doit s'assurer de la mise en place du comité de lutte contre l'infection nosocomiale (CLIN), présidé par un médecin anesthésiste réanimateur, avec des médecins élus, dans diverses spécialités, particulièrement en chirurgie, en hygiène et en explorations endoscopiques (gastroentérologues et pneumologues).

- > Le conseil d'administration (CA) doit avoir des médecins administrateurs dans son enceinte, afin de défendre les intérêts des médecins, et consolider la position du manager lors du budget d'investissement afin de justifier les achats en matériel médical et s'engager à le rentabiliser.
- > Les commissions d'achats: c'est l'espace technique, où le ou les médecins d'une même spécialité, préparent le cahier des charges du matériel à acheter, participent au dépouillement technique, et en harmonie avec le manager, le conseil d'administration, ainsi que le budget alloué à cet achat, engagent l'acquisition de ce matériel médical. La participation des médecins à ce processus, marque leurs implication réelle dans la gestion et l'exploitation de la clinique, sans pour autant qu'ils soient actionnaires ou propriétaires.
- > Le manager de la clinique, peut impliquer les médecins dans le choix des principaux responsables ou techniciens paramédicaux, qui représentent le principal maillon dans la chaîne de soins. Cette approche est même très recommandée, vu que les médecins peuvent choisir la structure de soins privée, en grande partie, pour la qualité de son personnel soignant.
- > La direction de la clinique, et le manager en particulier, doit impliquer les médecins dans la démarche qualité adoptée, et doit montrer son engagement à l'application des procédures de soins, de sécurité des patients, afin de faciliter la mise en place de ces normes. Les médecins veilleront à côté du département qualité et du manager à la rigueur de ces processus, seuls garants de la qualité espérée pour se positionner dans les normes internationales, et espérer une certification voire une accréditation.

À la lumière de cette implication espérée de la part des médecins, et vue que dans le contexte d'une clinique privée, les médecins exercent de façon non exclusive, sans aucune obligation, et percevant des honoraires à l'acte, une question se pose: est-ce que le fait d'avoir des médecins salariés dans le secteur privé, pourrait aider les médecins à s'impliquer beaucoup plus? La traduction de cette question en est une autre: est-ce que le concept d'hôpital privé, où les médecins sont salariés, serait le bon modèle pour diminuer toutes les tensions qui pourraient être générées par l'implication espérée dans cette unité de soins privée?

4.3. PÔLE SOIGNÉ

Les patients constituent un acteur important à prendre en compte par le manager et à satisfaire par la structure en tant qu'espace de soins et l'équipe soignante, médicale et non médicale.

> Le manager veille à l'existence d'une structure de soins aux normes de sécurité, et dans les limites des exigences légales, éthiques et médicales. L'existence d'un plateau technique de qualité est obligatoire.

> Le manager est responsable de la mise en place des normes de sécurité, de veiller à leurs application, et du déploiement des outils de surveillance et d'évaluation. L'accréditation serait recommandée pour le manager, afin d'améliorer la qualité des soins et la sécurité du patient.

> Le manager est tenu par sa politique de ressources humaines, à travers la formation, la gestion de carrière, le système de gratification, canalisé par des indicateurs de performances, à fournir un personnel soignant et non soignant capable de subvenir aux attentes des patients dans des conditions optimales.

> Le manager doit veiller à la mise en place de moyens d'expression des patients, à savoir la boîte de réclamation, les enquêtes de satisfactions, et un département qualité orienté vers l'écoute patient, afin de procéder à la correction des non conformités et adhérer à un processus d'amélioration continue.

> Le manager doit marquer sa présence directe ou indirecte à travers la direction médicale, lors d'une tension entre patient et médecin. Son apport est important pour préserver les intérêts des patients dans la chaîne de soins, veiller à la bonne application des exigences médicales, et arbitrer tout dérapage d'un côté ou d'un autre.

4.4. LE TRADUCTEUR

Le manager de la clinique est amené à jouer plusieurs rôles en même temps. Il préserve les intérêts de tous les acteurs, en veillant à diminuer les tensions générées par le réseau. Il joue le rôle de porte-parole du médecin auprès de l'investisseur, du patient auprès de l'investisseur, du médecin auprès du patient, et du patient auprès du médecin. Quel est le profil le plus performant d'un manager d'une clinique privée? Un médecin? Un gestionnaire de carrière? Un médecin ayant suivi une formation en gestion? La fonction hybride a-t-elle sa place dans le management des structures de soins?

Le manager à fonction hybride ou le médecin gestionnaire, cherche à équilibrer les deux rôles qu'il joue de façon intrinsèque. Cette cohabitation des deux facettes, médicale d'un côté, gestionnaire de l'autre est la clé du succès d'un bon management. En effet, le manager qui arrive à trouver le point d'équilibre entre ses deux personnalités, seul garant d'un compromis entre les différents acteurs, réussira sa traduction, son alignement du réseau, et même l'alignement de ses deux fonctions.

Finalement la traduction réussie du manager, est la conséquence d'un alignement des actants du même réseau, et l'alignement du médecin et du gestionnaire dans la fonction hybride de médecin gestionnaire.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ACHOUR, N., «Le système de santé tunisien: état des lieux et défis», Ministère de la santé publique, Septembre 2011.

ANDREANI J.-C., CONCHON F., «Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives, État de l'art en Marketing», *Actes du 4ème Congrès International sur les tendances du marketing en Europe*, Paris, 2005.

AOKI M., WILLIAMSON O., GUSTAFSSON B., *The Firm as a nexus of Treaties*. London: Sage Pub, 1990.

AUBIN-AUGER, Isabelle, MERCIER, Alain, BAUMANN, Laurence, et al. «Introduction à la recherche qualitative», *Exercer*, 2008, vol. 84, no 19, p. 142-5.

BOSISIO F., SANTIAGO-DELEFOSSE M., «Intérêts et limites de l'utilisation d'une méthodologie mixte: à propos d'une recherche en psychologie de la santé», *Pratiques psychologiques*, 2014, n°20, pp. 39-53.

CALLON M., «Ni intellectuel engagé, ni intellectuel dégage: la double stratégie de l'attachement et du détachement», *Sociologie du travail*, 1999, Vol.41, n°1, pp.65-78.

CALLON M., «Réseaux technico-économiques et irréversibilité», in BOYER R., (Eds), *Figures de l'irréversibilité en économie*, Editions de l'école des hautes études en sciences sociales (EHESS), Paris, 1991.

- CALLON M., «Sociologie des sciences et économie du changement technique: l'irrésistible montée des réseaux technico-économiques, ces réseaux que la raison ignore», Centre de sociologie de l'innovation, l'Harmattan, Paris, 1992, pp 53-78.
- CALLON M., «Some Elements of a Sociology of Translation: domestication of The Scallops and The Fishermen of St Brieuc Bay», LAW J. (ed), *Power, Action and Belief: a new Sociology of Knowledge*, London Routledge, 1986, pp. 196-223.
- CALLON M., LATOUR B., «Unscrewing the Big Leviathan: How Actors Macrostructure Reality And How Sociologists Help Them To Do So», dans KNORR-CETINA K.D., CICOUREL A.V (eds), *Advances in Social Theory and Methodology: Toward an Integration of Micro-and Macro-Sociologies*, Routledge and Kegan Paul, Boston, pp. 277-303. (Version Française: Callon M., et Latour B., (2006), *Sociologie de la Traduction: Textes fondateurs*, Presses de l'Ecole des Mines de Paris, 1981, pp. 11-32.
- CLAVERANNE J.-P., «Les restructurations des cliniques privées: radioscopie d'un secteur en mutation», *Revue française des affaires sociales*, 2003, Vol.3, n°3, pp.55-78.
- CLAVERANNE J.-P., PIOVESAN D., «La clinique privée, un objet de gestion non identifié», *Revue française de gestion*, 2003, Vol.5, n°146, pp. 143-153.
- HEATH H., COWLEY S., «Developping a Grounded Theory Approach: a Comparison of Glaser and Strauss». *International journal of nursing studies*, 2004, n°41, pp.141-150.
- JENSEN M.C., «Organization theory and methodology», *The Accounting Review*, 1983, Vol.58, n°2, pp. 319-339.
- LATOUR B., *Nous n'avons jamais été modernes*, La découverte, 1991.
- LATOUR B., «Science in Action», Harvard University Press, 1989, in LATOUR B., *La Science en Action*, La Découverte, Paris, 1987.
- MICHEL N., *La gestion des actifs humains, le cas des hommes-clés*, Thèse de doctorat de gestion, Université Paris 9, 1999.
- MILLS J., BONNER A., FRANCIS K., «The development of Constructivist Grounded Theory», *International Journal of Qualitative Methods*, 2006, Vol.5, n°1.
- MINTZBERG H., *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Editions d'Organisation, 1998.
- PIOVESAN D., PASCAL C., CLAVERANNE J.-P., «Les visages de la confiance. Restructurations et gouvernance des cliniques privées», *Communication pour les 29èmes Journées des Economistes de la Santé Français*, 2007, pp. 1-18.
- RENAUD A., *Traduire pour aligner: une analyse par les pratiques de la conduite de projets de reconfigurations de systèmes d'information*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Paris-Dauphine, 2012.
- ROMELAER P., *L'entretien de recherche. Management des ressources humaines: méthodes de recherche en sciences humaines et sociales*, De Boeck et Larcier (1ère édition), 2005, pp.102-137.
- WALSH I., RENAUD A., «La théorie de la traduction revisitée ou la conduit du changement traduit. Application à un cas de fusion-acquisition nécessitant un changement de système d'information», *Management & Avenir*, 2010, Vol.9, n°39, 283-302.
- WALSHAM G., «Interpretive case studies in IS Research: Nature and Method», *European Journal of Information Systems*, 1995, Vol.4, pp.74-81.

