



HAL
open science

Emergence, diffusion et déclin d'un réseau de cliniques franchisées en Inde

Bertrand Lefebvre

► **To cite this version:**

Bertrand Lefebvre. Emergence, diffusion et déclin d'un réseau de cliniques franchisées en Inde. *Cybergeo: Revue européenne de géographie / European journal of geography*, 2015, pp.710. hal-01179615

HAL Id: hal-01179615

<https://hal.science/hal-01179615>

Submitted on 23 Jul 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Cybergeo : European Journal of Geography

Space, Society, Territory

2015

710

Emergence, diffusion et déclin d'un réseau de cliniques franchisées en Inde

Emergence, diffusion and decline of a network of franchised clinics in India

BERTRAND LEFEBVRE

Abstracts

Français English

Le franchisage est devenu une stratégie courante dans le développement de réseaux commerciaux. Alors que la science de la gestion s'est intéressée aux raisons du choix de la franchise par les acteurs économiques, la géographie s'est encore peu intéressée à cette forme particulière de contrôle d'établissements et à ses conséquences sur la diffusion spatiale et l'implantation de ces réseaux. On revient dans cet article sur les raisons qui ont poussé une entreprise indienne à s'appuyer sur le modèle de la franchise pour développer ses cliniques et aux conséquences de ce choix sur la diffusion spatiale de son réseau. Quelles stratégies sont définies pour contrôler un réseau de franchises et tenir compte de l'effet de la distance ? On s'appuie sur des entretiens semi-directifs réalisés auprès des franchisés et des dirigeants du réseau et le développement d'une base de données sur les établissements pour suivre la diffusion spatiale du réseau dans le système urbain indien. Après une première phase de diffusion rapide, le développement du réseau va se ralentir et stagner jusqu'à l'abandon du modèle de la franchise au profit d'une croissance interne.

Franchising has become a common strategy in the development of commercial networks. While management science has long been interested in the reasons for choosing franchising, geography has shown little interest in this particular form of network's control and its impact on the spatial diffusion of these networks. The present paper analyses the reasons for an Indian company to expand its network of clinics through franchising and the consequences on its spatial distribution. Considering the effect of distance, what strategies are designed to control a network of franchises? Our methodology is based on semi-structured interviews with franchisees and management of the network coupled with the development of a database to study the spatial distribution of the network in India's urban

system. After an initial phase of rapid diffusion, network development was slowed down and later stagnated until the company finally dropped the franchise model for an internal growth model.

Index terms

Mots-clés : diffusion spatiale, Inde, franchisage, réseau de soins

Keywords : spatial diffusion, India, franchising, healthcare network

Author's notes

Ce projet de recherche a bénéficié du soutien du Centre de Sciences Humaines de New Delhi - www.csh-delhi.com

Full text

Introduction

- 1 Après avoir conquis l'Amérique du nord, l'Europe, le modèle du réseau de franchise¹ se développe rapidement dans de nouvelles régions, notamment en Amérique Latine et en Asie. Le succès de cette forme de partenariat tient à plusieurs raisons. Pour un franchiseur, ce modèle permet de développer rapidement un réseau de distribution en s'appuyant sur les ressources financières et la connaissance des franchisés de leur marché local. Pour le franchisé, rejoindre un tel réseau permet d'investir sur un modèle qui a réussi ailleurs et de bénéficier d'un soutien technique, logistique et marketing tout au long du contrat (Boulay, Chanut, 2010). Le modèle de la franchise soulève pourtant de nombreuses questions pour le franchisé comme pour le franchiseur.
- 2 Un des défis essentiel tient aux choix de l'implantation des établissements et à la stratégie spatiale adoptée par le franchiseur pour la croissance de son réseau. La phase de croissance d'un réseau de franchise est souvent une étape critique qui vient déterminer la forme du réseau et son futur. Le franchiseur, pour imposer sa marque et bénéficier pleinement des économies de réseau et d'échelle, doit définir avec soins des sites d'implantation, puis trouver des franchisés motivés (Floyd, Fenwick, 1999). Avec l'accroissement de la taille du réseau et des distances, le contrôle du réseau devient de plus en plus complexe et entraîne des coûts supplémentaires pour le franchiseur. Une expansion spatiale mal maîtrisée peut fragiliser l'intégration de nouveaux établissements et mettre en péril l'existence du réseau dans son ensemble (Ehrman, Meiseberg, 2011). Il est donc essentiel de mettre en place une structure et des outils de gestion capables de maintenir les liens de confiance entre franchiseur et franchisé. Le choix du modèle de la franchise n'est pas sans conséquence sur le fonctionnement et l'implantation d'un réseau d'établissements et posent des défis spécifiques par rapport à des réseaux d'établissements classiques.
- 3 La littérature issue des sciences économiques et de la gestion s'intéresse volontiers aux raisons qui poussent les entreprises à choisir le modèle de la franchise pour s'implanter sur de nouveaux marchés (Dant et al. 1996, Boulay, Chanut, 2010), mais peu de travaux s'intéressent à la diffusion spatiale des réseaux de franchises et à leurs spécificités par rapport à des réseaux de distribution traditionnels (Ehrmann, Meiseberg, 2011). Les rares travaux de géographes sur les réseaux franchisés restent quant à eux cantonnés à une analyse de la diffusion de ce modèle à l'échelle d'un pays (Gámir A., Méndez, 1999) ou dans un secteur d'activité (Jones, 1985). Si des modèles existent en géographie

pour définir les meilleurs sites d'implantation (Huff, 1964, Ghosh, McLafferty, 1987, Béguin, Thomas, 1997) et analyser la diffusion spatiale des réseaux d'entreprises (Saint-Julien, 1985, 2004), ces travaux portent surtout sur le poids des structures spatiales (effets de proximité, barrière, hiérarchie urbaine) sur la diffusion et intègrent à la marge le contrôle des entreprises sur ces processus (Daudé, 2001). Plusieurs travaux montrent pourtant que les stratégies d'implantation de réseau d'établissements sont rarement aussi sophistiquées et mobilisent bien plus souvent l'expérience des équipes dirigeantes et des données contextuelles sur les marchés visés (Hernandez, Bennison 2000, Wood, Tasker, 2008).

- 4 Cet empirisme qui peut prévaloir dans la période d'amorçage d'un réseau est renforcé par le système du franchisage. La diffusion spatiale d'un réseau de franchise et l'ouverture d'établissement, est le fruit d'une codécision entre un franchiseur et un franchisé. Le franchiseur peut sélectionner en amont des sites d'implantation et définir des stratégies de développement spatialisé en tenant compte de la hiérarchie urbaine, de la distance entre établissement. Mais la présence ou l'absence localement de franchisés prêts à s'investir, est tout aussi déterminante sur la diffusion spatiale et la forme du réseau (Ehrman, Meiseberg, 2011). Le franchisé, par sa connaissance du marché local, peut aussi dans certains réseaux de franchises proposer des sites d'implantation.
- 5 Cette tension, inhérente à tout réseau franchisé, entre la diffusion spatiale du réseau planifiée par le franchiseur et la diffusion spatiale réalisée, tributaire des franchisés, de leur présence et de leur réussite, est au cœur de cet article. Comment un franchiseur définit les sites d'implantation de ses futurs établissements ? Quelles stratégies sont définies pour contrôler un réseau de franchises et tenir compte de l'effet de la distance ? Etant donné la spécificité de la relation entre le franchisé et le franchiseur, deux entités juridiquement indépendantes, comment la distance affecte-t-elle les échanges et le contrôle au sein du réseau ? En fonction de la réponse des franchisés, jusqu'à quel point la géographie d'un réseau peut-elle différer des objectifs fixés initialement par un franchiseur ?
- 6 Le présent article s'intéresse à la trajectoire d'un réseau de cliniques franchisées en Inde, Apollo Clinic (Apollo Health & Lifestyle Limited, AHLL), créé au début des années 2000 par le groupe hospitalier Apollo Hospitals (Apollo Hospital Enterprise Limited, AHLE). Fondé en 1983, Apollo Hospitals est un des acteurs majeurs du secteur hospitalier indien et contrôle aujourd'hui directement et indirectement près de 10000 lits hospitaliers répartis dans 51 hôpitaux. La filiale Apollo Clinic s'est appuyée sur le modèle de la franchise pour développer son réseau en Inde et à l'étranger. En Inde le modèle de la franchise représente 1,4 % du PIB, mais prend de plus en plus d'importance y compris dans le secteur de la santé (KPMG, 2013). Le franchisage paraît particulièrement adéquat dans le contexte indien où la connaissance des marchés locaux, et de leurs spécificités, est essentielle à la réussite d'un réseau national. Le système de franchise permet d'obtenir une couverture rapide du territoire indien et de réduire les distances entre services et consommateurs. Parce qu'un réseau de franchises s'appuie sur un cahier des charges, ce modèle permet une standardisation des pratiques médicales et commerciales de l'établissement et doit garantir aux patients une meilleure qualité des soins. Ce point est particulièrement important dans un pays où les mauvaises pratiques commerciales et médicales gangrènent le secteur de la santé (Baru et al. 2000) et où certains groupes jouent sur la force de leur marque pour rassurer et attirer les patients (Lefebvre, 2008). Après un démarrage prometteur, Apollo Clinic a pourtant abandonné progressivement le modèle de la franchise pour développer et contrôler intégralement son réseau. Ce passage d'un réseau franchisé à un réseau contrôlé directement par l'entreprise nous permettra de

mieux comprendre les spécificités du modèle de la franchise par rapport à un réseau d'établissements classiques, y compris dans ses dimensions spatiales.

- 7 25 entretiens semi-directifs ont été menés auprès de différents acteurs du réseau : des franchisés, des directeurs de cliniques, du personnel médical et administratif, des responsables de la direction nationale d'Apollo Clinic, des responsables régionaux. Ces entretiens ont été menés à Chandigarh (2006), Delhi (2006-09), Gurgaon (2006, 2009), Hyderabad et Mumbai (2007). Un long entretien avec Ratan Jalan, le créateur d'Apollo Clinic, a été conduit en 2009 et a permis de compléter plusieurs éléments sur la trajectoire du réseau. D'autres entretiens auprès de la direction du groupe Apollo Hospitals et de personnes travaillant pour d'autres filiales du groupe Apollo Hospitals (hôpital Apollo de Delhi et d'Hyderabad) ont aussi permis de mieux comprendre la place du réseau Apollo Clinic dans la stratégie globale du groupe. Pour suivre la diffusion du réseau Apollo Clinic, une base de données rassemblant des informations sur les franchises (localisation, année de création, de fermeture) a été constituée entre 2006 et 2009. Ces informations ont été collectées via le site d'Apollo Clinic et durant les entretiens. Cette base a été mise à jour en 2013 et intégrée à un SIG sur le système urbain indien.
- 8 On reviendra dans un premier temps sur le modèle de franchise développé par Apollo Clinic, sa conception, ses objectifs et sa mise en place. On présentera ensuite la diffusion du réseau à l'échelle nationale et les différentes phases de son expansion. Enfin on interrogera les raisons de l'échec du développement du réseau par le franchisage et l'impact de la géographie sur cette trajectoire.

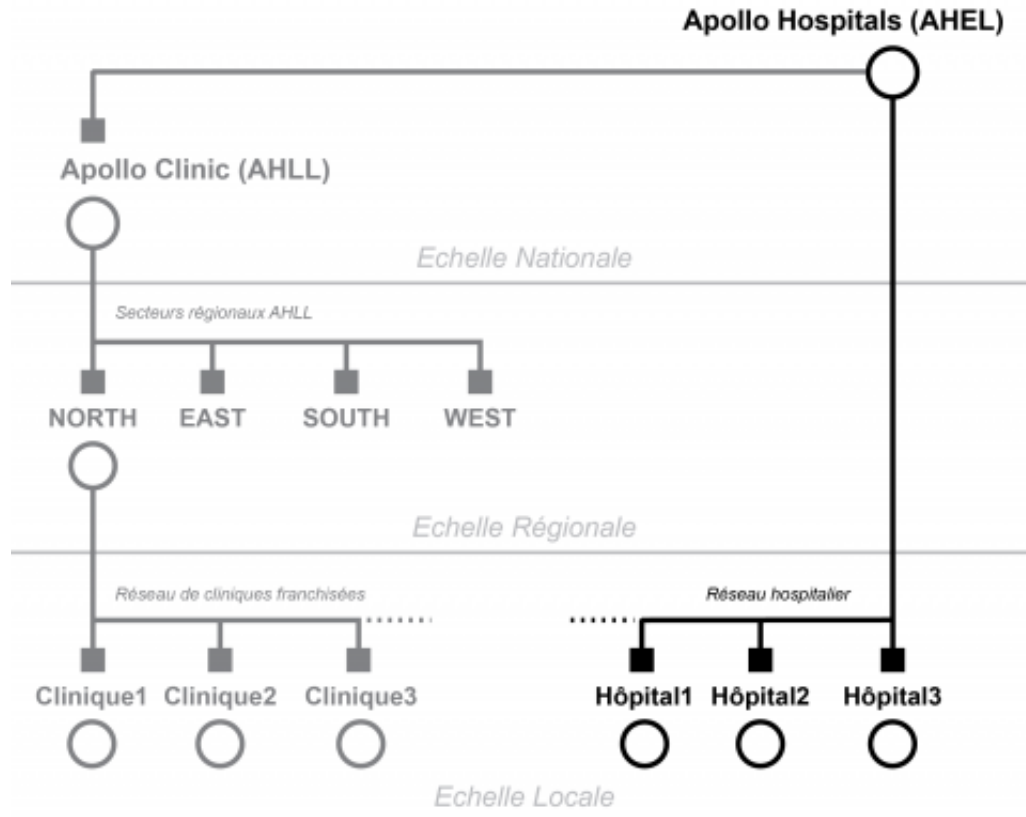
Présentation du réseau Apollo Clinic

Le choix du franchisage pour créer un nouveau réseau de soins

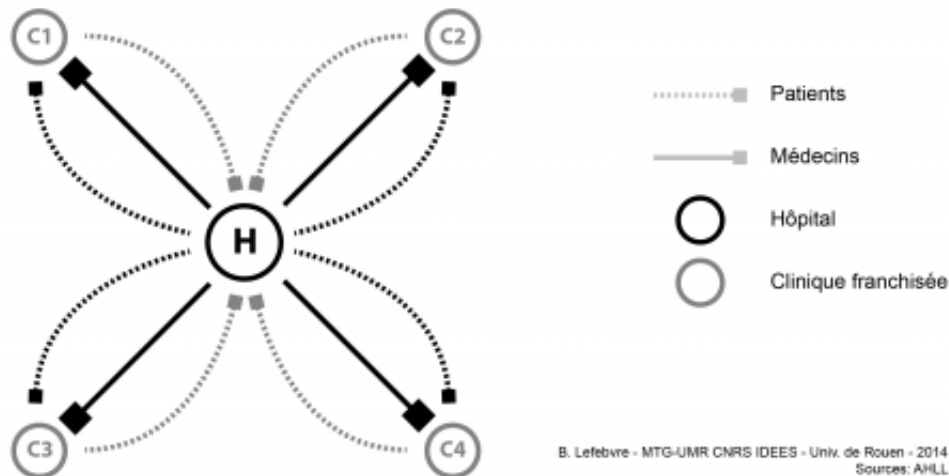
- 9 Au milieu des années 1990, Apollo Hospitals est la plus grande chaîne hospitalière privée en Inde et un des plus grands groupes hospitaliers d'Asie. Afin d'attirer de nouveaux investisseurs, le groupe restructure ses nombreuses filières et se lance dans une stratégie de diversification. Si l'activité hospitalière doit rester au cœur de son développement, l'objectif est de devenir un acteur complet et intégré dans le secteur de la santé : recherche, formation, assurance-santé, télémédecine, téléservices, conception d'hôpitaux, réseau de pharmacies. L'objectif est aussi d'internationaliser l'activité du groupe. C'est dans cette stratégie de diversification que s'insère le développement de la filiale Apollo Clinic (Figure 1-A).

Figure 1 : L'organisation du réseau Apollo Clinic

A- Organisation du réseau Apollo



B- Le modèle "Hub and Spokes"



10 Au tournant de 1999-2000 Ratan Jalan, alors consultant pour Apollo Hospitals conçoit le modèle du réseau Apollo Clinic. Il travaille à la création d'un modèle de développement qui doit permettre au groupe hospitalier de continuer sa croissance et d'offrir une gamme complète de soins à travers le développement d'un réseau de cliniques. Le concept est de capitaliser sur la marque « Apollo » et d'offrir dans ces établissements toute l'infrastructure humaine et technique nécessaire aux soins primaires. En s'appuyant sur le modèle *hub and spokes*, ces cliniques doivent servir de relais aux hôpitaux (Figure 1-B) et permettre au groupe dans son ensemble de pénétrer de nouveaux marchés où l'ouverture d'un hôpital serait une entreprise trop périlleuse financièrement.

11 Le modèle de la franchise s'est imposé pour plusieurs raisons. Apollo Hospitals voulait déployer son réseau rapidement mais n'avait pas, à l'époque, de moyens financiers et humains suffisants pour atteindre cet objectif par croissance interne. Le modèle s'imposait d'autant plus que l'objectif était de développer un réseau national, du nord au sud de l'Inde, parfois dans des régions où la présence d'Apollo Hospitals était marginale, voire inexistante. Il fallait donc trouver un modèle capable d'attirer des investisseurs et des managers extérieurs au groupe,

ayant une bonne connaissance de leur marché local ou régional. Le modèle de la franchise permet au franchiseur de garder un contrôle comptable et managérial sur ce qui se fait dans les cliniques et sur la croissance générale du réseau. Le choix du franchisage par Apollo Hospitals s'inscrit donc dans une logique complémentarité entre franchisé et franchiseur, un modèle qui s'inscrit dans la théorie de la rareté propre au choix du modèle de la franchise (Rubin, 1978). Par ailleurs le groupe avait déjà expérimenté le modèle de la franchise dans les secteurs hospitalier et de la pharmacie. Au cours des années 1990, le groupe avait ainsi autorisé plusieurs hôpitaux en Inde à apposer la marque « Apollo » à leur établissement en échange de royalties. En novembre 2000, Ratan Jalan devient le PDG d'Apollo Health and Lifestyle Limited (AHLL), la nouvelle branche du groupe dédiée au développement du réseau de cliniques (Figure 1-A).

Les objectifs d'Apollo Clinic

- 12 Par le passé, Apollo Hospitals avait déjà développé avec plus ou moins de succès des réseaux de cliniques satellites à partir de ses hôpitaux (Hyderabad, Chennai), ainsi qu'une clinique « test » à Mumbai. Fort de cette expérience, sa filiale Apollo Clinic a donc développé un modèle d'établissement cohérent dans ses objectifs et sa mise en œuvre.
- 13 La clinique est conçue comme un centre de soins primaires qui rassemble dans un établissement, des consultations généralistes et spécialisées (dentisterie, ORL, cardiologie...), un centre de diagnostic complet (laboratoire, imagerie médicale, test de cardiologie), une pharmacie et un centre de télémédecine. Une clinique est composée de vingt à trente médecins, dont une majorité de consultants, d'une vingtaine de personnel médical (infirmières, laborantins,...) et d'une équipe administrative et marketing dirigée par un manager qui peut ne pas être le franchisé.
- 14 Les patients visés appartiennent à la classe moyenne et supérieure. Apollo Clinic mise sur l'intérêt croissant de ces patients pour la prévention médicale et propose une série d'offre sur-mesure et qui doit fidéliser les patients. Par des formules de package ou de carte de membre, un patient bénéficie de plusieurs services qu'il aura choisi au préalable et qui lui seront ouverts lors de la durée de l'offre. Ainsi un package pour femme enceinte lui garantit un certain nombre de consultations et de tests durant sa grossesse. Il existe des packages pour les familles, les personnes âgées, les managers, et certains patients souffrant de maladies chroniques (p. ex. les diabétiques).
- 15 Les entreprises sont l'autre cœur de cible des cliniques Apollo. La signature de partenariats et de contrats avec des entreprises est un enjeu majeur pour le développement des cliniques. Des entreprises, notamment dans les grandes métropoles, offrent à leurs salariés des facilités d'accès aux services de santé, soit par le financement de police d'assurance-santé, soit par des visites médicales gratuites. Apollo Clinic encourage donc les cliniques à multiplier les partenariats avec les employeurs, les assureurs pour leur garantir un flux régulier de patients. L'entreprise négocie aussi directement avec de grands groupes pour des contrats nationaux.
- 16 Le développement du réseau Apollo Clinic doit aussi bénéficier au groupe hospitalier dans son ensemble. Dans les villes où Apollo Hospitals possède déjà des établissements hospitaliers, les médecins de ces hôpitaux sont encouragés à venir pratiquer dans les cliniques (Figure 1-B). Même dans des cliniques plus éloignées, les médecins et les chirurgiens du groupe peuvent être consultés via les salles de téléconsultation et venir dans l'établissement au cours de tournées. Les soins post-opératoires peuvent donc s'organiser au plus près du domicile des

patients. Les patients d'une clinique peuvent aller vers un hôpital Apollo pour des soins chirurgicaux ou des tests plus poussés. Les cliniques sont donc pensées comme des relais des hôpitaux (Figure 1-B).

- 17 A la création d'Apollo Clinic en 2000, l'objectif est d'établir d'ici 2006, 250 franchises dont 50 à l'étranger. Si Apollo Clinic veut privilégier des implantations dans les aires métropolitaines et les zones urbaines, l'entreprise a établi une norme d'une clinique pour une zone de 500000 habitants qui peut comprendre un centre urbain et sa périphérie rurale. Cette norme, absolument pas restrictive dans un pays de forte densité comme l'Inde, et qui placerait le nombre maximal de franchises à plus de 2400 établissements, autorise Apollo Clinic à couvrir l'ensemble du territoire national dès son lancement. Par ailleurs, si l'aire de desserte attendue pour chaque clinique est d'un rayon de 5 à 6 km, il n'existe aucun principe d'exclusivité territoriale qui assurerait au franchisé la garantie qu'Apollo Clinic n'ouvrira pas une nouvelle franchise sur son marché local. Un franchisé déjà établi bénéficie tout de même d'un droit de préemption sur toute nouvelle franchise qui s'établirait dans sa ville. Apollo Clinic a donc défini une stratégie spatiale très ouverte qui doit permettre une croissance rapide du réseau à l'échelle nationale.

Les franchisés et la création des établissements

- 18 Un franchisé est sélectionné au cours d'une série d'entretiens. Après avoir pris contact avec les différents bureaux régionaux (Delhi, Mumbai, Kolkata, Hyderabad), les potentiels franchisés sont évalués sur leur parcours personnel, leurs motivations pour réussir au sein du réseau. Les capacités financières sont aussi analysées car l'investissement est à la charge du franchisé. Le franchisé paie une licence de deux millions de roupies. Apollo Clinic reçoit ensuite chaque année, 5 % du chiffre d'affaire au titre des royalties. La durée de la licence est en général de cinq ans, mais certains franchisés se sont engagés sur 10 ans, ou sur plusieurs cliniques.
- 19 Si nous n'avons pas mené d'enquête exhaustive sur l'ensemble des franchisés, les entretiens avec les responsables d'Apollo Clinic et certains franchisés ont révélé qu'une très large majorité n'avait aucune expérience du secteur médical. En 2007, seuls cinq des 36 franchisés étaient médecins. Les franchisés sont essentiellement des entrepreneurs locaux, avec souvent un portefeuille diversifié d'activités dans le commerce, l'immobilier, ou la petite industrie. Le premier franchisé du réseau, basé à Delhi, était un fournisseur de matériel informatique. Le franchisé de Gurgaon et sa famille ont investi dans l'immobilier, le BTP et possèdent une mine de charbon en Orissa. A Chandigarh, la franchisée est une exportatrice de produits textiles, tandis que son frère, médecin retraité de l'armée, gère la clinique. A Mumbai, une des franchises est tenue par une famille de promoteurs immobiliers et une autre par une famille de concessionnaires automobiles.
- 20 Les franchisés passent donc par une phase de formation de deux semaines à l'*Indian Institute of Management* de Bangalore au cours de laquelle ils apprennent certaines bases de la médecine mais surtout les bases d'une bonne gestion selon Apollo Clinic. Avant le lancement de la clinique, Apollo Clinic réalise une étude de marché pour fixer entre autres les futurs tarifs en fonction de la concurrence locale. Les investisseurs locaux de leur côté proposent plusieurs sites d'implantation dans la ville. Le site est sélectionné conjointement par Apollo Clinic et le franchisé. Apollo Clinic envoie aussi une équipe d'architectes pour la transformation des locaux. Le matériel médical de la clinique est choisi parmi une

liste d'équipements neufs dont Apollo Clinic négocie les prix avec différents fournisseurs. Il faut compter de six mois à un an entre la signature du contrat et l'ouverture de la clinique.

21 Du fait de l'inexpérience des franchisés, le choix de l'équipe médicale fait l'objet de beaucoup d'attention. Une équipe d'Apollo Clinic fait passer les entretiens aux candidats. Les médecins consultants doivent souscrire leur propre assurance et accepter certaines clauses qui portent sur la manière d'accueillir le patient, l'implication dans l'équipe, le partage des revenus générés. Il est attendu des consultants qu'ils soignent au sein de la clinique leurs patients et qu'ils partagent leurs revenus avec la clinique. Les médecins reçoivent aussi un bonus en fonction du nombre de patients qu'ils réfèrent en interne vers d'autres spécialistes ou vers les services de diagnostic de la clinique.

22 Une fois la franchise ouverte, Apollo Clinic évalue les franchisés grâce à un logiciel de gestion dans lequel toute l'activité de la clinique doit être enregistrée (détails sur les patients, traitements, prescriptions...). Apollo Clinic organise aussi régulièrement des visites, parfois imprévisibles, où ils interrogent le manager, le personnel et les patients. Ils vérifient à cette occasion l'état des équipements médicaux, du laboratoire et de l'infrastructure. Des réunions régionales et nationales sont organisées pour partager les expériences entre franchisés et rappeler les objectifs d'Apollo Clinic.

23 De par son organisation, son ambition nationale, et le rôle central joué par les technologies d'information, Apollo Clinic appartient à la nouvelle génération du franchisage en Inde (Paswan et al., 2001). Si des franchises avaient déjà été créées dans le secteur de la santé (pharmacies, centres de diagnostic, laboratoires), il s'agit d'une première dans le secteur des soins primaires. Ce modèle a été récompensé de plusieurs prix par des associations professionnelles indiennes comme par exemple lors des Franchise Awards de 2008.

La diffusion du réseau Apollo Clinic

24 On revient ici sur les grandes phases du développement du réseau Apollo Clinic depuis 2002 et sur les conséquences inattendues du modèle de la franchise sur la diffusion spatiale du réseau.

Des débuts prometteurs (2002-2005)

25 Les premières franchises ouvrent à Delhi (Figure 2). Il s'agissait d'une stratégie délibérée d'Apollo Clinic. Pour minimiser les risques et bien encadrer les premiers franchisés, il fut décidé d'ouvrir plusieurs franchises en même temps dans une métropole. Les agglomérations de Chennai mais surtout Mumbai, une agglomération où Apollo Hospitals était absente, furent envisagées. Les tensions sur le marché immobilier local furent rédhibitoires. Delhi fut donc choisi par défaut mais présentait un potentiel intéressant. Il était attendu que les patients de l'hôpital de Delhi, le plus grand hôpital du groupe, se tournent rapidement vers les franchisés et que les échanges et la coordination entre l'hôpital et les franchisés soient plus faciles à organiser. Le lancement de plusieurs cliniques à quelques mois d'intervalle permettait aussi de rentabiliser les campagnes marketing et d'avoir un impact plus fort auprès du public et des médias locaux et nationaux.

Figure 2 : L'évolution du réseau Apollo Clinic de 2002 à 2005



- 26 Une campagne a ensuite été lancée à l'échelle nationale pour faire connaître Apollo Clinic. Le développement des franchises reste centré sur l'aire métropolitaine de Delhi au cours des années suivantes (Figure 2). On assiste à quelques ouvertures dans des métropoles comme Kolkata et Bangalore. C'est à cette époque qu'Apollo Clinic lance des campagnes ciblées dans différentes régions pour attirer des franchisés. Ces campagnes se concrétisent par un nombre croissant d'ouvertures en 2004-2005. Si une clinique supplémentaire ouvre encore dans l'aire métropolitaine de Delhi, la tendance est à la diffusion du réseau au sud (Bangalore, Kannur, Salem), à l'est (Kolkata, Siliguri, Guwahati) et dans certaines villes importantes du nord de l'Inde (Chandigarh, Agra). Apollo Clinic ouvre aussi sa première franchise à l'étranger, à Doha au Qatar. Fin 2005, la moitié des cliniques étaient dans le seul secteur nord. Les secteurs nord et est, des régions de faible implantation pour le réseau hospitalier d'Apollo Hospitals, concentraient les trois-quarts des cliniques. 54 % des nouvelles cliniques ont ouvert dans une agglomération qui n'était pas équipée d'un hôpital Apollo.

Crise de croissance (2006-2009)

- 27 La croissance du groupe ralentit fortement à partir de 2006, avec seulement sept nouvelles ouvertures en 2006. Ces ouvertures ont eu lieu principalement à Mumbai (Figure 3). Après Delhi et Kolkata, Apollo Clinic applique la même stratégie d'ouverture groupée dans une aire métropolitaine. Si le ralentissement peut être attendu, parce que les bonnes opportunités se font plus rares, et parce que les managers régionaux connaissent mieux les spécificités de chaque marché urbain, la stagnation, voire la régression va s'installer dans plusieurs régions.

Figure 3 : L'évolution du réseau Apollo Clinic de 2006 à 2009



28 En 2007, il était estimé qu'un quart des cliniques avait de très bons résultats financiers, un tiers avait des résultats corrects et environ 40 % des résultats décevants. Certaines cliniques réalisaient moins de 600000 Roupies de CA annuel, soit 30 % du CA moyen d'une clinique à l'époque. Les managers d'Apollo Clinic notaient à l'époque que ces résultats n'étaient pas forcément liés à l'implantation d'une clinique dans une métropole ou dans une région riche. Les franchises de Mumbai et Kolkata avaient de bons résultats financiers mais des franchises situées dans des villes secondaires au milieu de régions pauvres comme Gorakhpur ou Varanasi (Uttar Pradesh) obtenaient des résultats tout aussi excellents. A contrario les franchises de Delhi connaissaient des difficultés.

29 Si le nombre d'ouvertures a été très en deçà des objectifs initiaux, les dirigeants interrogés en 2007 restaient confiants. A leurs yeux, Apollo Clinic avait prouvé que son modèle était efficace et une forte demande pour rejoindre le réseau existait. Pour une cinquantaine de cliniques ouvertes en 2007, il y avait eu 75 projets abandonnés au cours des années précédentes. En 2007, une nouvelle campagne de recrutement pour attirer des franchisés à l'échelle nationale s'était concrétisée par 500 demandes d'information dont 250 furent converties en une demande de dossier. Le profil des franchisés se modifie avec l'arrivée de groupes d'investisseurs, désireux de développer d'entrée plusieurs cliniques. Apollo Clinic espérait donc atteindre d'ici 2010-12 son objectif initial de 200 cliniques. Pourtant 9 cliniques ferment entre 2006 et 2009 dont 7 dans le seul secteur nord.

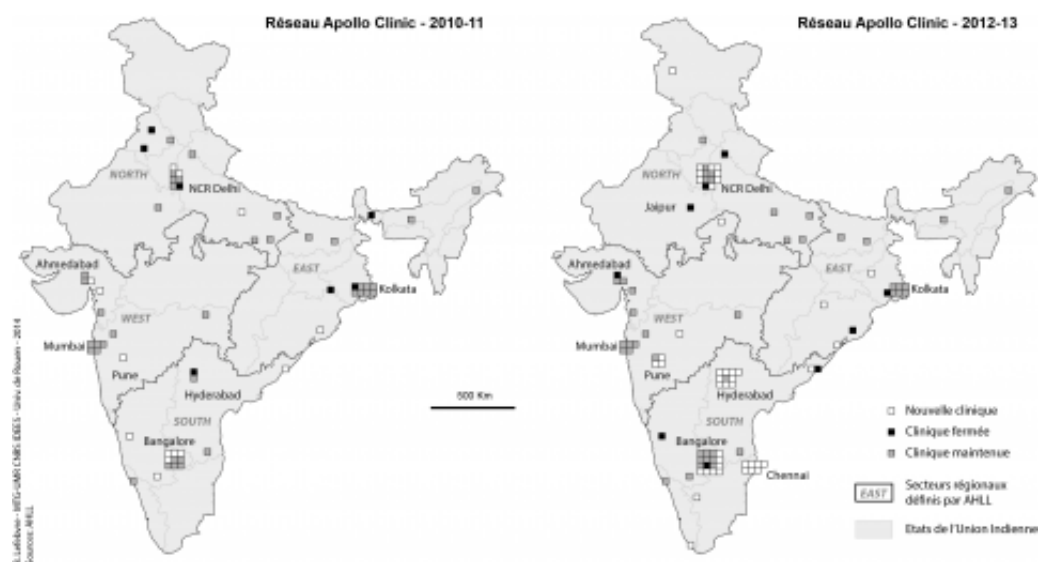
La fin du modèle de la franchise (2010-2013)

30 Face aux difficultés rencontrées par certains franchisés, et au ralentissement de la croissance du réseau, les années 2008-2009 marquent un tournant dans la trajectoire d'Apollo Clinic. L'entreprise est en retard sur ses objectifs initiaux aussi bien en nombre de cliniques, de chiffre d'affaires que d'externalités positives pour l'ensemble du groupe. Ratan Jalan quitte la direction d'Apollo Clinic en novembre 2008. Une réflexion s'engage alors sur la stratégie à adopter pour poursuivre le développement du réseau de cliniques.

31 Le modèle de la franchise est progressivement écarté. Si des franchisés continuent de quitter le réseau de leur plein gré, les contrats de franchise ne sont pas tous renouvelés. 40 % des cliniques ouvertes entre 2002 et 2005 sont fermées en 2013. Apollo Clinic cesse ensuite de recruter des franchisés et propose de racheter le contrat de certaines cliniques. L'objectif est désormais de rééquilibrer le réseau en faveur d'une croissance par développement interne. En 2012 le groupe Apollo Hospitals annonce un plan d'investissement de 35 à 60 M. € pour

faire passer Apollo Clinic à 250 cliniques d'ici 2017 et augmenter le chiffre d'affaire de la filiale de 5 M. € à 60 M. €. Le groupe annonce son intention de cibler les métropoles et les très grandes villes du pays. Dans une agglomération comme Mumbai, Apollo Clinic imagine pouvoir passer de cinq cliniques à 25 en quelques années.

Figure 4 : L'évolution du réseau Apollo Clinic de 2010 à 2013



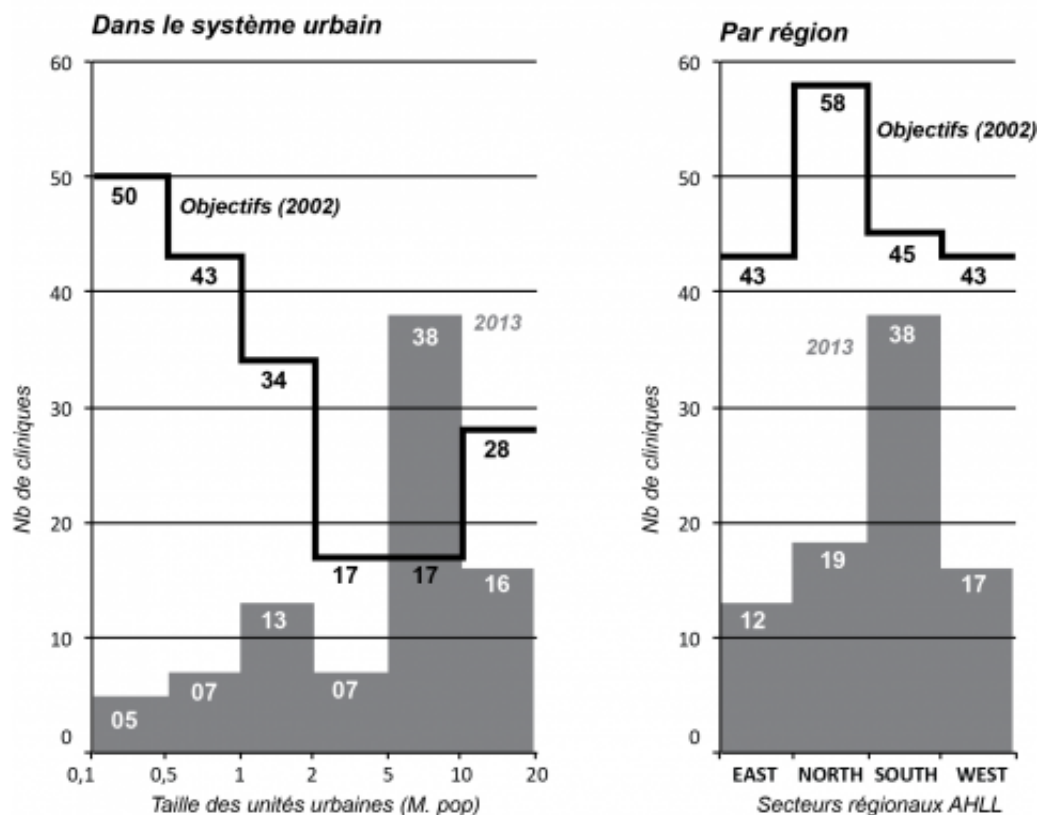
- 32 Ce changement de stratégie se traduit aussi spatialement (Figure 4). L'investissement direct d'Apollo Clinic permet de relancer la croissance du réseau. Sur les 87 cliniques recensées en 2013, 43 avaient ouvert entre 2012 et 2013 (50 %), un taux inégalé depuis la période 2002-2005. Les métropoles et les agglomérations équipées d'un hôpital Apollo sont véritablement au cœur de la stratégie (Hyderabad, Chennai, Bangalore, Delhi, Figure 7). Entre 2012 et 2013, 30 cliniques ouvrent dans des métropoles de plus de 5 M. d'habitants, et 32 cliniques ouvrent dans une agglomération équipée d'un hôpital Apollo. Le centre de gravité du réseau se déplace vers le sud de l'Inde. Le secteur sud comptait 38 cliniques en 2013 (44 % du total) contre trois cliniques en 2007 (8 % du total).

Franchisage et diffusion spatiale : contrôle et hasard

- 33 En 2013, et malgré l'investissement financier direct d'Apollo Clinic lors des dernières années, le nombre de cliniques reste inférieur de moitié (46 %) à l'objectif maintes fois décalé de 191 cliniques. Apollo Clinic n'est présent que dans 38 des 144 agglomérations ciblées initialement en 2002 (26 %). Dès les premières années, la diffusion spatiale du réseau Apollo Clinic est portée par une dynamique métropolitaine encadrée par la direction et une dynamique spatiale plus aléatoire reposant sur les franchisés. La combinaison de ces deux dynamiques était recherchée par la direction, mais sur la durée, la dynamique métropolitaine l'a emportée. Alors qu'Apollo Clinic tablait sur une distribution pyramidale de son réseau, avec près de 50 % de cliniques dans 94 agglomérations de moins d'un million d'habitants, les huit agglomérations de plus de 5 millions d'habitants concentrent 63 % des cliniques existantes en 2013 (Figure 5).

Figure 5 : La distribution du réseau Apollo Clinic en 2013

La distribution du réseau Apollo Clinic en 2013

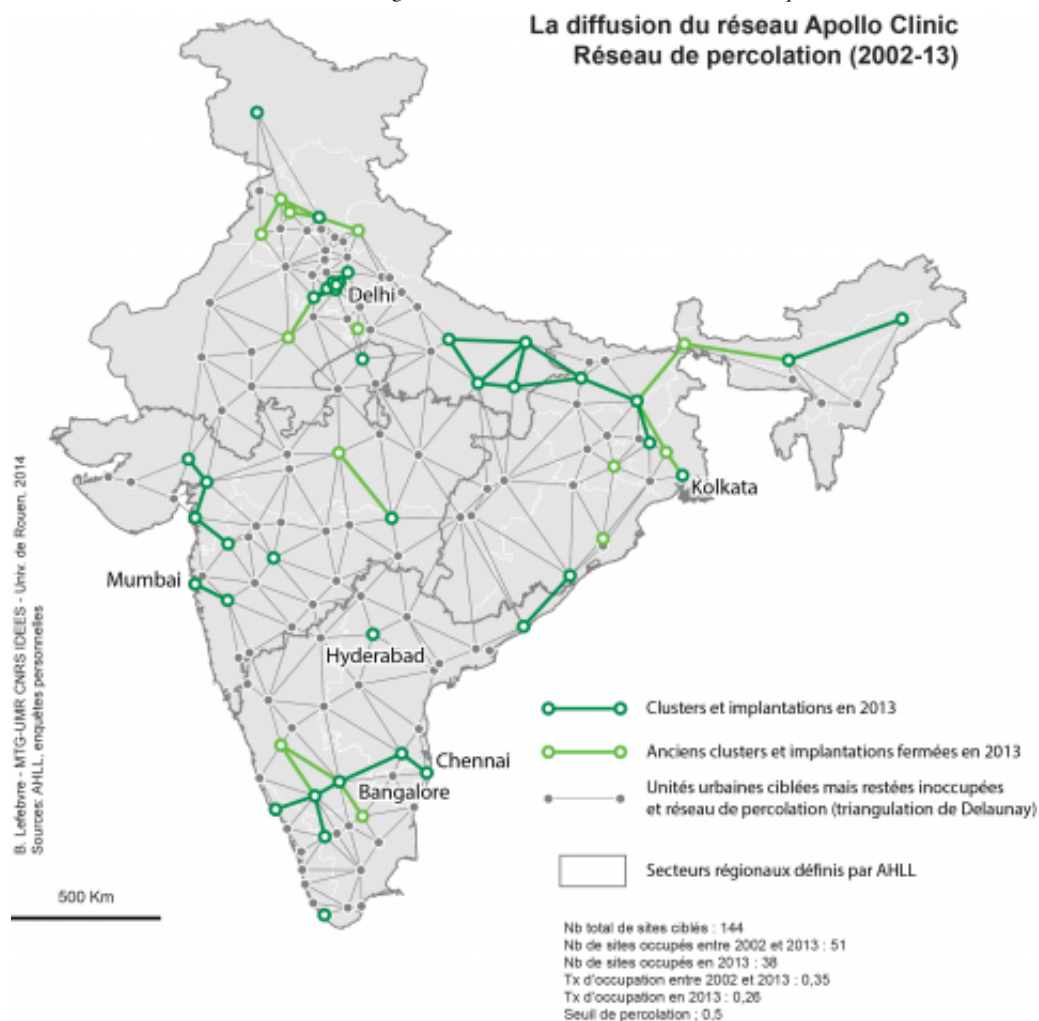


B. Lefebvre - MTG-UMR CNRS IDEES - Univ. de Rouen - 2014
Sources: AHLL

34 Cette métropolisation du réseau peut être analysée comme une conséquence directe du recentrage opéré à partir de 2012 sur les métropoles équipées d'hôpitaux du groupe. Les agglomérations de 5 à 10 millions d'habitants comptent ainsi 2,2 fois plus de cliniques en 2013 que prévu en 2002 (38 contre 17). Mais cette forte métropolisation s'explique aussi par l'abandon progressif du franchisage. Entre 2002 et 2009, le franchisage avait pourtant permis l'implantation de franchises dans des agglomérations secondaires et des régions où le groupe Apollo Hospitals était faiblement implanté.

35 La théorie de la percolation et la représentation de clusters sur la période 2002-2013 nous permettent d'analyser la diffusion du réseau et de comparer les sites d'implantation occupés par rapport aux sites d'implantation ciblés (Cliquet, Guillo, 2013, Lefebvre, 2014). Si les taux d'occupation pour 2013 (0,26) et sur l'ensemble de la période 2002-13 (0,35) sont restés largement inférieurs au seuil de percolation (0,5), et n'indiquent pas de diffusion à l'échelle nationale, plusieurs clusters importants se dessinent à l'échelle régionale.

Figure 6 : Les cliniques Apollo Clinic : réseau de percolation (2002 - 2013)



36 Le cluster le plus important du réseau en 2013, composé uniquement de franchisés, s'étend ainsi de l'Uttar Pradesh, au Bihar, jusqu'au Bengale Occidental (Figure 6). Ce cluster s'est étendu à une époque jusqu'en Assam et à Kolkata. Des clusters importants se sont constitués autour de Delhi et au Punjab dans la zone nord. Certains responsables et franchisés ont souligné l'importance de considérer les pratiques des entrepreneurs et leur variation régionale pour comprendre la trajectoire et la diffusion du réseau. La réponse à l'offre d'Apollo Clinic a été très positive dans le nord et l'est de l'Inde avec un nombre important de demandes d'information, bien supérieur à la réponse dans le secteur sud. Dans une agglomération comme Kolkata, il y eut près de 200 demandes d'information suite à une campagne de recrutement. Ceci n'était pas vraiment attendu par Apollo Clinic qui imaginait que la réputation d'Apollo étant mieux établie dans le sud du pays et le développement économique y étant plus avancé, les propositions de franchises y seraient plus nombreuses. La tension entre la métropolisation du réseau, recherchée par la direction d'Apollo Clinic, et la dispersion spatiale offerte par le franchisage et les 144 sites d'implantation définis initialement, a fragilisé la croissance du réseau et sa gestion.

Ambition nationale, difficultés locales

37 Face à la lenteur du développement du réseau, Apollo Clinic et Apollo Hospitals, la maison-mère, ont donc changé de stratégie et abandonné le modèle de la franchise. Si au début des années 2000, le modèle de franchise développé par Apollo Clinic paraissait comme une stratégie adéquate pour développer rapidement le réseau, les difficultés liées à ce modèle se sont accumulées et ont rendu le réseau très difficile à piloter. On revient ici sur les causes de cet échec qui

s'inscrivent dans la tension entre l'ambition nationale du réseau et la fragmentation du marché indien.

Confusion des échelles et implantation difficile

38 Si Apollo Clinic visait le développement d'un réseau national, le niveau de service médical proposé au sein des cliniques ne peut s'envisager que par sa dimension locale. Les patients qui ont recours aux soins ambulatoires et aux services de diagnostic d'une clinique Apollo viennent du voisinage immédiat de l'établissement. L'implantation de la clinique joue donc un rôle important dans le succès de la clinique. La première clinique Apollo de Gurgaon, souvent présentée comme la clinique la plus performante du réseau, avec un chiffre d'affaire deux fois supérieur à la moyenne, a longtemps bénéficié de son implantation. Gurgaon est une ville-satellite de Delhi à la croissance démographique et économique vertigineuse, où se sont multipliées les implantations de grandes entreprises indiennes et internationales et les projets immobiliers destinés aux classes moyennes et supérieures. Le franchisé a depuis créé une deuxième clinique à Gurgaon et ouvert une maternité en partenariat avec Apollo Hospitals. La proximité géographique des deux cœurs de cible d'Apollo Clinic (la classe moyenne, les entreprises) a eu un impact très fort sur l'activité de la clinique. Cette combinaison est aussi une des clés du succès d'autres cliniques à Mumbai ou à Bangalore.

39 L'impact de l'environnement de la clinique ne se joue pas seulement par son implantation spatiale mais aussi par les partenariats que la clinique va réussir à tisser localement avec d'autres acteurs. Parce que les cliniques Apollo sont des créations *ex-nihilo*, certains franchisés sont très actifs en direction des habitants afin de faire connaître leurs services et de s'insérer rapidement dans la « communauté locale » (*local community*). En soutenant des associations de quartiers, en organisant des camps de santé, en distribuant des lettres d'information vers les résidents, certaines cliniques mènent un double objectif de sensibilisation à la santé et de campagne marketing. Les franchisés mènent des programmes similaires en direction des entreprises.

40 Enfin l'ancrage local de la clinique se joue aussi dans la relation que la clinique va nouer avec d'autres acteurs du système de soins et notamment les médecins. L'activité de diagnostic dépend du référencement des médecins extérieurs vers la clinique. En Inde, le médecin qui réfère un patient reçoit une rémunération de la part du centre de diagnostic ou du laboratoire. Certains médecins peuvent aussi avoir investi dans un centre de diagnostic voisin de leur cabinet et en tirer une source importante de revenus. Certains franchisés acceptent donc de partager avec le médecin référent de 20 à 40 % du prix des tests réalisés pour encourager l'utilisation de leurs services. Les franchisés essaient aussi d'attirer ces médecins vers leur établissement pour bénéficier de leur clientèle et développer leur activité ambulatoire et de diagnostic. Mais il est très difficile d'attirer des médecins déjà établis, qui perçoivent souvent une clinique Apollo comme un nouveau concurrent majeur. Certains managers de franchise et franchisés, parce qu'ils sont médecins eux-mêmes, comme à Mumbai ou Chandigarh, réussissent à mobiliser leurs réseaux professionnels et ainsi à attirer des médecins à la réputation déjà bien établie comme consultants au sein de leur établissement.

41 Certains franchisés qui bénéficiaient a priori d'une localisation intéressante, comme plusieurs d'entre eux à Delhi, ont connu de grandes difficultés à créer cet ensemble de liens qui relie la clinique à son environnement. Le temps est un facteur essentiel à la réussite de l'implantation. Il faut du temps pour qu'un établissement s'inscrive dans le paysage sanitaire local. Il faut du temps pour

gagner la confiance des patients et convaincre les autres acteurs. Certains franchisés n'avaient pas une assise financière suffisante pour couvrir les pertes de leur clinique sur plusieurs années. Certains franchisés notamment dans le nord de l'Inde ont négligé cette dimension et ont imaginé que la force de la marque « Apollo » serait suffisante pour faire venir les patients à eux et réaliser des profits rapidement.

La relation entre franchisés et franchiseur au péril des royalties et de la distance

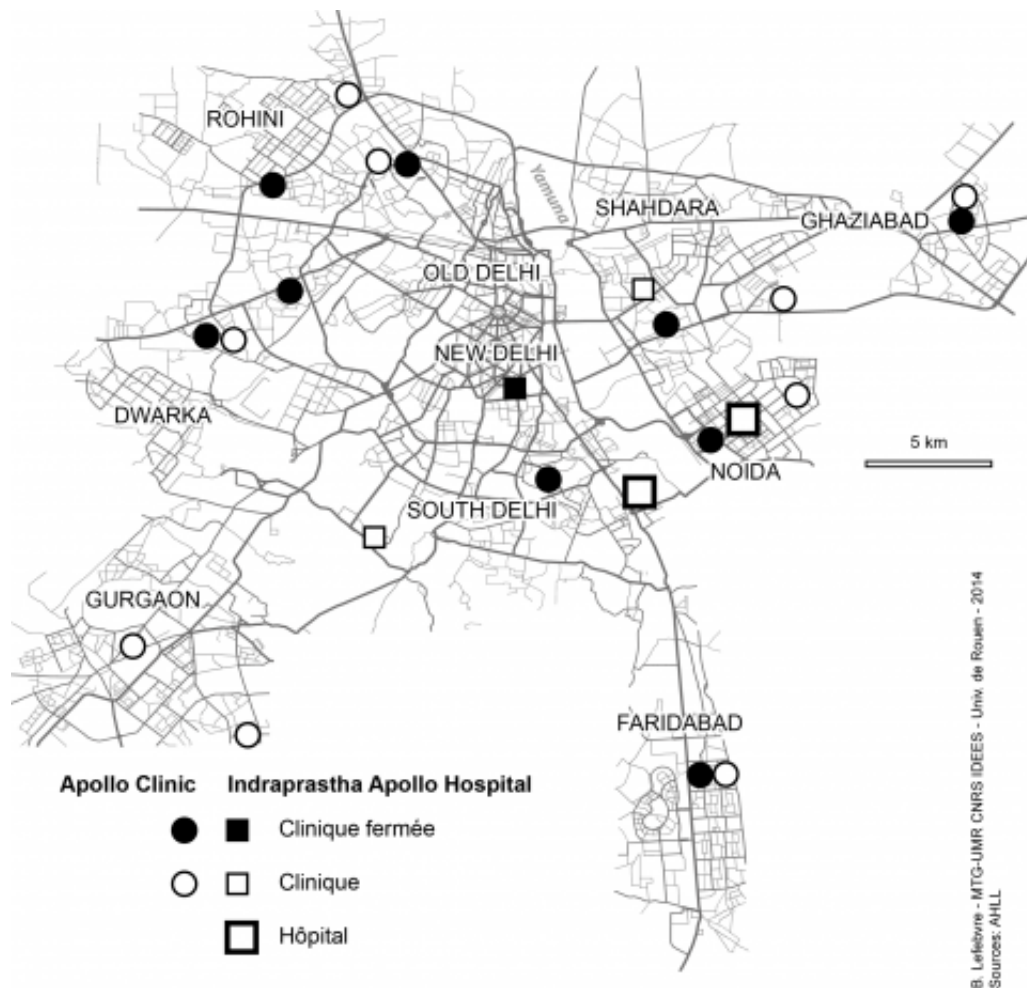
- 42 Pour certains managers d'Apollo Clinic et certains franchisés interrogés, la réussite d'une franchise s'expliquerait donc moins par le contexte local que par la détermination et la motivation du franchisé et de son équipe. Trouver des franchisés compétents et prêts à s'impliquer a été le frein principal à la diffusion du réseau. Lors des premières années, tout à son objectif de développement rapide du réseau, Apollo Clinic a accepté une large majorité de franchisés sans expérience dans le secteur médical. Le faible niveau de sélectivité au début d'une franchise est attendu (Boulay, Chanut, 2010) mais réclame une implication de tous les instants pour le franchiseur notamment pour s'assurer de la qualité des services. Face aux difficultés inhérentes à toute création de franchise, dans un secteur où le retour sur investissement peut être long, certains franchisés se sont rapidement découragés ou se sont engagés sur une pente dangereuse en s'autorisant des pratiques commerciales et médicales douteuses afin de maintenir l'équilibre financier de leur entreprise.
- 43 Au cœur de la relation entre Apollo Clinic et les franchisés se trouve le coût de la licence et des royalties. Le calcul des royalties reposant sur le CA et non sur les bénéfices, les franchises en difficulté se sont retrouvées acculées. Le coût élevé de la licence initiale et le faible investissement d'Apollo Clinic aussi bien financièrement que sur le suivi des franchisés a rapidement créé un climat de défiance. Certains franchisés ont alors refusé de payer les royalties et n'ont plus utilisé le système informatique du réseau, rendant impossible le contrôle à distance de l'activité de leurs cliniques par Apollo Clinic. Certains franchisés ont fini par refuser l'entrée de leur établissement aux équipes d'Apollo Clinic. Alors que certains auteurs considèrent les franchisés sans expérience comme étant plus malléables et plus respectueux du cahier des charges (Clarkin, Swavely, 2006, Doherty, Alexander, 2006), l'exemple d'Apollo Clinic nous donne à voir une situation de conflit ouvert entre des franchisés peu expérimentés et la direction. De la même manière, alors que certains travaux indiquent qu'un coût élevé d'investissement et de licence pour le franchisé limite les risques de conflits avec le franchiseur (Dant et al., 1996), dans le cas d'Apollo Clinic ce montant a exacerbé les tensions.
- 44 Cette situation de conflit ouvert fait écho à un reproche régulier de la part des franchisés interrogés sur le manque d'implication et de suivi d'Apollo Clinic. Toujours à la recherche de nouveaux franchisés, dont les licences constituaient la principale source de revenus pour Apollo Clinic, les managers régionaux n'assuraient pas toujours un suivi efficace. En ne posant pas de limite territoriale au développement du réseau, et en autorisant l'ouverture de cliniques dans des villes parfois très isolées, les managers régionaux se sont retrouvés à couvrir des distances importantes à l'échelle d'un pays-continent comme l'Inde, compliquant leur travail de contrôle et de suivi. Sur la période 2002-2013, la distance euclidienne moyenne entre les cliniques et les sièges régionaux était de 311 km. Dans le secteur est, les franchises de Tinsukia (Assam) et de Brahmapur (Orissa) se trouvent à plus de 2000 km de distance l'une de l'autre par la route. La distance

et la dispersion géographique des établissements peuvent encourager des comportements opportunistes par la difficulté à organiser le contrôle pour le franchiseur (Boulay, Chanut 2010) mais aussi parce qu'un franchisé isolé ne pourra pas bénéficier d'échanges réguliers avec d'autres franchisés. Ces échanges sont essentiels pour le développement d'un réseau franchisé et pour améliorer les pratiques des franchisés. Alors que certaines franchises mettent en place des systèmes de parrainage pour aider les nouveaux franchisés (Ehrmann, Meiseberg, 2011), Apollo Clinic a été incapable d'encourager les collaborations entre franchisés y compris sur des marchés métropolitains comme Delhi ou Mumbai. Cette absence de synergie locale a systématiquement été déplorée par les franchisés interrogés.

L'impossible intégration des réseaux au sein du groupe Apollo Hospitals

- 45 Le modèle de la franchise qui devait permettre de développer le réseau de cliniques Apollo, finalement vient nuire à son fonctionnement. Le moyen vient briser la finalité. Le développement des franchises devait permettre à Apollo Hospitals de nourrir la croissance du groupe et de ses hôpitaux par le jeu d'économies d'échelle et de réseau et par des synergies croissantes entre les différents niveaux de service (Figure 1-B). Mais comment créer ces synergies lorsque les franchises et l'hôpital appartiennent à deux filiales différentes du groupe ? Comment créer et organiser ces synergies locales (flux de patients, de consultants) lorsque l'hôpital censé être au cœur du réseau de soins n'a pas de prise directe sur des franchisés autonomes et sous le contrôle lointain de managers basés à Hyderabad et dans les sièges régionaux (Figure 1-A) ?

Figure 7 : Les réseaux Apollo à Delhi



46 Delhi qui fut le point de départ du réseau Apollo Clinic, offre un exemple saisissant des difficultés d'intégration entre les différents réseaux à l'échelle locale. Avant l'arrivée des franchises, l'Apollo Hospital de Delhi avait déjà son propre réseau de médecins référents, souvent des consultants au sein de l'hôpital, ainsi qu'un partenariat avec plusieurs cabinets et cliniques qui les autorisaient à utiliser le label « Apollo ». Les deux réseaux ont grandi et se sont étendus sans jamais bâtir de stratégie commune. Malgré des débuts prometteurs, le franchisé de Noida a rapidement fermé sa clinique. L'Apollo Hospital de Delhi avait décidé d'ouvrir sa propre clinique à quelques centaines de mètres de son établissement, entrant en concurrence directe avec le franchisé (Figure 7). L'Apollo Hospital de Delhi a mis sur son propre réseau de cliniques secondaires au motif de l'absence quasi-complète de synergie avec les franchisés, et dans un contexte local de forte concurrence face à d'autres chaînes hospitalières (Max Healthcare, Fortis Healthcare, Rockland). Les fermetures et les difficultés des franchises ne sont donc pas toutes liées au manque d'implication du franchisé ou à un environnement local difficile. On notera d'ailleurs que plusieurs cliniques contrôlées directement par Apollo Clinic ont ouvert à proximité d'anciennes cliniques franchisées fermées au cours des dernières années (Figure 7).

47 L'absence de synergie tient non seulement à un problème de stratégie générale mais aussi au fonctionnement des franchises. Si la télémédecine et la visite de certains spécialistes, permettent de mettre en contact le patient d'une franchise avec un chirurgien d'un hôpital Apollo, le patient de la franchise reste, en principe, libre d'aller où il veut pour ses soins hospitaliers. Un consultant d'une clinique Apollo peut aussi proposer de réaliser une opération chirurgicale dans un hôpital concurrent, dans lequel il travaille par ailleurs. Beaucoup de consultants des franchises de Mumbai travaillent pour les plus grands hôpitaux privés de la ville. Dans une agglomération où les déplacements sont difficiles, ils utilisent le réseau de franchises pour se rapprocher de leurs patients notamment pour les soins post-

opérateurs. Difficile dès lors de créer des synergies entre services de soins primaires et hospitaliers lorsque le parcours du patient, censé être au cœur du modèle *hub and spokes*, est aussi peu maîtrisé. Symptomatique du peu d'effet des interactions entre hôpital et cliniques, la présence d'un hôpital Apollo n'a pas d'impact sur la survie d'une clinique franchisée. Sur les 27 cliniques fermées entre 2002 et 2013, 13 étaient pourtant installées dans une agglomération équipée d'un hôpital Apollo.

Fragmentation de l'espace indien : vers la mixité du réseau de franchises ?

48 Plus qu'ailleurs, beaucoup de candidats à une franchise et de futurs franchisés du nord de l'Inde n'avaient aucune expérience des services de santé ou des services tout court. Le modèle proposé par Apollo Clinic et la force de la marque Apollo, offraient des gages de succès suffisant aux yeux de ces candidats, attirés par la forte croissance des services de santé. Plusieurs responsables d'Apollo Clinic ont souligné le fait que beaucoup de candidats du nord étaient dans une logique d'investissement, alors qu'au sud les candidats étaient dans une logique d'opérateur. Des candidats du nord de l'Inde approchaient Apollo Clinic simplement parce qu'ils avaient un terrain bien placé, ou un immeuble en partie inoccupé et qu'ils jugeaient le développement d'une clinique comme un bon moyen de valoriser leur investissement immobilier et de diversifier leurs activités. De manière générale, les managers régionaux et nationaux ont souvent souligné que la qualité des dossiers de candidatures et des projets était bien supérieure chez les candidats originaires du sud. Lorsque le démarrage d'une clinique s'est avéré plus difficile qu'initialement prévu, plusieurs franchisés du nord ont préféré fermer la clinique plutôt que d'éponger les pertes en attendant des jours meilleurs. Au total 14 des 27 cliniques qui ont fermé entre 2003 et 2013 étaient dans le seul secteur nord.

49 Alors que son modèle initial reposait sur un modèle *Franchisee-Owned and Franchisee-Operated* (FOFO), un modèle *Franchisee-Owned and Company-Operated* (FOCO) pourrait offrir un meilleur compromis entre les objectifs d'Apollo Clinic et ceux de certains franchisés notamment dans le nord de l'Inde. Parce que la clinique est gérée directement par le franchiseur dans le modèle FOCO, le contrôle de la qualité et les interactions avec le reste du groupe pourraient s'organiser de manière plus fluide et plus directe. Un franchisé investisseur verrait son rôle restreint au financement de la clinique avec la garantie d'obtenir une rémunération de base sur son investissement sans avoir à s'impliquer dans la gestion de l'établissement. La mixité d'un réseau composé de cliniques contrôlées par Apollo Clinic et de cliniques franchisées en mode FOCO et FOFO, permettrait de répondre au double objectif d'expansion nationale du réseau et d'intégration avec le reste du groupe. Depuis le début des années 1980, l'entreprise de centre de diagnostic, *Dr Lal Pathlabs* développe un réseau mixte et hiérarchisé où les laboratoires sont la propriété du groupe, et les centres de collecte sont franchisés. La plupart des entreprises de diagnostic ont adopté un modèle similaire. Le secteur de la pharmacie a vu aussi se multiplier les chaînes partiellement franchisées, y compris pour la filiale pharmacie du groupe Apollo Hospitals (*Apollo Pharmacy*).

Conclusion

50 Le réseau de cliniques Apollo Clinic et son développement sont révélateurs de plusieurs enjeux importants, sur le franchisage et l'espace économique indien.

51 Le franchisage réclame la définition d'une stratégie solide sur la diffusion d'un réseau d'établissements dans l'espace et sur la durée. En permettant, dès le lancement du réseau, l'ouverture de franchises dans l'ensemble des 144 agglomérations ciblées, la direction d'Apollo Clinic a rendu le contrôle de son réseau rapidement inefficace. L'impact de la distance et de sa rugosité sur le fonctionnement du réseau, les interactions entre franchisés et franchiseur ou la mise en place de partenariats avec les autres branches d'Apollo Hospitals, ont été ignorés. Dans un pays où les infrastructures de transport sont inégales d'une région à l'autre, cet impact de la distance a nui à la croissance du réseau ainsi qu'à une meilleure coordination des échanges de patients, de médecins, d'expériences entre les différents acteurs.

52 On peut aussi s'interroger sur la manière dont Apollo Clinic et ses responsables ont pensé l'espace indien, notamment par la sélection des sites d'implantation et par une confusion des échelles créant des attentes disproportionnées chez certains franchisés comme chez la maison-mère, Apollo Hospitals. Comme nous l'avons souligné dans cet article, le succès d'une clinique franchisée avant d'être une question d'implantation spatiale, repose sur la réussite de son ancrage territorial. Une implantation dans une ville ou une région riche ne dit rien de la qualité et de la densité des liens que le franchisé réussira à créer localement, sur la durée, avec la population et le monde médical.

53 L'Inde reste par ailleurs un marché fragmenté où les ambitions nationales doivent s'accommoder de la diversité des pratiques entrepreneuriales et commerciales d'une région à l'autre. Si le franchisage est souvent présenté comme un modèle adéquat sur ce genre de marché (Paswan et al., 2001), et permettant une croissance rapide du réseau (Castrogiovanni, Justis 2002, Boulay, Chanut 2010), plusieurs travaux montrent que les réseaux mixtes ont de meilleures chances de succès (Perrigot, Cliquet 2003, Perrigot 2008). En optant au démarrage pour un réseau intégralement franchisé, Apollo Clinic a mené de front et en quelques années, expérimentation, croissance et ajustement, tout en faisant porter sur les franchisés les risques de pertes financières. Alors que les débuts d'un réseau franchisé réclament de bâtir une relation de confiance entre franchisé et franchiseur, l'absence d'un noyau de cliniques appartenant à Apollo Clinic a certainement manqué.

54 Ces difficultés de coordination de réseau ne sont pas spécifiques à Apollo Clinic ou au modèle de la franchise et font écho aux difficultés rencontrées par d'autres réseaux de soins, comme les chaînes hospitalières, pour s'implanter en dehors de leur région d'origine et créer des réseaux nationaux (Lefebvre, 2010, 2014). Ces dernières années, la mixité du réseau entre franchisés et cliniques contrôlées par Apollo Clinic apparaît surtout comme une phase transitoire avant une prise de contrôle complète du réseau par Apollo Clinic. En tournant le dos au modèle de la franchise et en recentrant son développement sur les métropoles et les grandes villes, Apollo Clinic commet peut-être une erreur d'appréciation. Si l'essor du réseau a été en deçà des attentes, le franchisage a aussi prouvé qu'il existait une demande forte pour des services de soins de qualité dans des villes secondaires, y compris dans des régions pauvres du nord et de l'est de l'Inde. Alors que les grands opérateurs économiques indiens et étrangers, notamment dans les services, tendent à privilégier les aires métropolitaines, le franchisage a permis de révéler le potentiel de croissance existant dans cette partie de l'Inde.

55 Si cet article reste de portée essentiellement empirique, il vient rappeler l'importance de considérer les formes de contrôle et d'organisation des entreprises pour analyser la diffusion spatiale des réseaux d'établissements. Alors que les modèles de diffusion hérités d'Hägerstrand mettent en évidence des régularités

spatiales et temporelles, insistant notamment sur le rôle de la hiérarchie urbaine et de l'espace en tant que support de diffusion, il paraît tout aussi important d'analyser les logiques d'acteurs, a fortiori quand la diffusion d'un réseau est le fruit d'une série de codécisions entre un franchiseur et des franchisés. Loin des métropoles, et en dehors de toute logique hägerstrandienne de hiérarchie urbaine et de circulation de l'information à partir de centre émetteur (Hägerstrand, 1973), le cluster d'établissements le plus étendu du réseau Apollo Clinic s'est formé dans une région de grande pauvreté en Inde. Cette originalité n'enlève rien au poids majeur des marchés métropolitains, mais doit nous encourager à étudier les milieux d'adoption dans leur diversité. Le franchisage en général, et dans les pays émergents en particulier, reste un sujet peu étudié (Allix-Desfautaux, 2006), alors que le développement de ce type de réseau soulève des questions originales sur les réseaux d'entreprises et leur diffusion spatiale.

Bibliography

DOI are automatically added to references by Bilbo, OpenEdition's Bibliographic Annotation Tool.

Users of institutions which have subscribed to one of OpenEdition freemium programs can download references for which Bilbo found a DOI in standard formats using the buttons available on the right.

Format

APA

MLA

Chicago

The Bibliographic Export Service is accessible via institutions subscribing to one OpenEdition freemium programs.

If you wish your institution to become a subscriber to one OpenEdition freemium programs and thus benefit from our services, please write to: access@openedition.org.

Allix-Desfautaux C., 2006, "Franchise international et marchés émergents : un éclairage sur l'Inde", *Décisions Marketing*, No.43-44, 109-121

Baru R., Qadeer I., Priya R., 2000, "Medical Industry: Illusion of Quality at What Cost?", *Economic and Political Weekly*, vol. 35, No.28-29, 2509-2511

Beguïn H., Thomas I., 1997, "Morphologie du réseau de communication et localisations optimales d'activités. Quelle mesure pour exprimer la forme d'un réseau ?", *Cybergeo* : <http://cybergeo.revues.org>, No.26, 09 avril 1997

Boulay J., Chanut O., 2010, *Les réseaux de franchise*, Paris, La Découverte, Collection Repères

Format

APA

MLA

Chicago

The Bibliographic Export Service is accessible via institutions subscribing to one OpenEdition freemium programs.

If you wish your institution to become a subscriber to one OpenEdition freemium programs and thus benefit from our services, please write to: access@openedition.org.

Clarkin J.E., Swavelly, S.M., 2006, "The importance of personal characteristics in franchisee selection", *Journal of Retailing and Consumer Services*, vol. 13, No.2, 133-142

DOI : 10.1016/j.jretconser.2005.08.008

Format

APA

MLA

Chicago

The Bibliographic Export Service is accessible via institutions subscribing to one OpenEdition freemium programs.

If you wish your institution to become a subscriber to one OpenEdition freemium programs and thus benefit from our services, please write to: access@openedition.org.

Castrogiovanni G.J., Justis R.T., 2002, "Strategic and Contextual Influences on Firm Growth: An Empirical Study of Franchisors", *Journal of Small Business Management*, vol. 40, No.2, 98-108

DOI : 10.1111/1540-627X.00043

Format

APA

MLA

Chicago

The Bibliographic Export Service is accessible via institutions subscribing to one OpenEdition freemium programs.

If you wish your institution to become a subscriber to one OpenEdition freemium programs and thus benefit from our services, please write to: access@openedition.org.

Cliquet G., Guillo P-A, 2013, "Retail network spatial expansion: An application of the percolation theory to hard discounters", *Journal of Retailing and Consumer Services*, vol. 20, No. 2, 173-181

DOI : 10.1016/j.jretconser.2012.11.005

Format

APA

MLA

Chicago

The Bibliographic Export Service is accessible via institutions subscribing to one OpenEdition freemium programs.

If you wish your institution to become a subscriber to one OpenEdition freemium programs and thus benefit from our services, please write to: access@openedition.org.

Dant R.P., Paswan A.K., Kaufmann P.J., 1996, "What we know about ownership redirection in franchising: a meta-analysis", *Journal of Retailing*, No.72, 429-444

DOI : 10.1016/S0022-4359(96)90022-6

Daudé E., 2001, "Analyse de processus centralisés de diffusion de diffusion spatiale. Le cas des établissements de services rendus aux entreprises", *Ve rencontre de Théo Quant*, Besançon

Format

APA

MLA

Chicago

The Bibliographic Export Service is accessible via institutions subscribing to one OpenEdition freemium programs.

If you wish your institution to become a subscriber to one OpenEdition freemium programs and thus benefit from our services, please write to: access@openedition.org.

Doherty A.M., Alexander N., 2006, "Power and Control in International Retail Franchising", *European Journal of Marketing*, vol. 40, No.11-12, 1292-1316

DOI : 10.1108/03090560610702821

Ehrmann T., Meiseberg B., 2011, "Inner Strength Against Competitive Forces: Successful Site Selection for Franchise Network Expansion", in Tuunanen M., Windsperger J., Cliquet G., Hendrikse G. (eds.) *New Developments in the Theory of Networks Franchising, Alliances and Cooperatives*, Berlin, Physica-Verlag HD, 93-116

European Franchise Federation, 2013, *Code de déontologie européen de la franchise*. Fédération Française de la Franchise, <http://www.franchise-fff.com/base-documentaire/finish/206/318.html>, 4 p.

Format

APA

MLA

Chicago

The Bibliographic Export Service is accessible via institutions subscribing to one OpenEdition freemium programs.

If you wish your institution to become a subscriber to one OpenEdition freemium programs and thus benefit from our services, please write to: access@openedition.org.

Floyd C., Fenwick G., 1999, "Towards a Model of Franchise System Development", *International Small Business Journal*, vol. 17, No.4, 32-48

DOI : 10.1177/0266242699174002

Format

APA

MLA

Chicago

The Bibliographic Export Service is accessible via institutions subscribing to one OpenEdition freemium programs.

If you wish your institution to become a subscriber to one OpenEdition freemium programs and thus benefit from our services, please write to: access@openedition.org.

Gámir A., Méndez R., 1999, "Business networks and new distribution methods: the spread of franchises in Spain", *Cybergeo: http://cybergeo.revues.org*, No.97, 17 mai 1997

DOI : 10.1111/1468-2427.00270

Ghosh A., McLafferty S.L., 1987, *Location Strategies for Retail and Service Firms*, Lexington, Lexington Books

Hägerstrand T., 1973, *Innovation diffusion as a spatial process*, Chicago, University of Chicago Press

Format

APA

MLA

Chicago

The Bibliographic Export Service is accessible via institutions subscribing to one OpenEdition freemium programs.

If you wish your institution to become a subscriber to one OpenEdition freemium programs and thus benefit from our services, please write to: access@openedition.org.

Hernandez T., Bennison D., 2000, "The art and science of retail location decisions", *International Journal of Retail and Distribution Management*, No.28, 357–367

DOI : 10.1108/09590550010337391

Format

APA

MLA

Chicago

The Bibliographic Export Service is accessible via institutions subscribing to one OpenEdition freemium programs.

If you wish your institution to become a subscriber to one OpenEdition freemium programs and thus benefit from our services, please write to: access@openedition.org.

Huff D.L., 1964, "Defining and estimating a trading area", *Journal of Marketing*, vol. 28, No.3, 34–38

DOI : 10.2307/1249154

Jones P., 1985, "The growth of fast food operations in Britain", *Geography*, vol. 70, No.4, 347-350

KPMG, 2013, *Collaborating for Growth. Report on Franchising Industry in India*, New Delhi, KPMG

Lefebvre B., 2008, "The Indian Corporate Hospitals: Touching Middle Class Lives", in Jaffrelot C., Van der Veer P. (eds.) *Patterns of Middle Class Consumption in India and China*, New Delhi, Sage, 88-109

Lefebvre B., 2010, *Hospital chains in India: the coming of age?*, IFRI, *Asie.Visions*, No 23, <http://www.ifri.org/fr/publications/enotes/asia-visions/hospital-chains-india-coming-age>, 30 p.

Lefebvre B., 2014, "Les chaînes hospitalières en Inde. Quels modèles pour approcher la diffusion spatiale de ces réseaux de soins ?", in Beauguitte L. (dir.), 2014, *Les réseaux dans le temps et dans l'espace*, Paris, Actes de la deuxième journée d'études du groupe fmr (flux, matrices, réseaux), <http://halshs.archives-ouvertes.fr/FMR/>

Paswan A., Dant R., Young J., 2001, "The Evolution of Franchising in India : Prospects and Caveats", in . Welsh D., Alon I. (eds.) *International Franchising in Developed Markets: Western and Northern Europe*, Washington D. C., CCH Publishing, 131-157

Perrigot R., Cliquet G., 2003, "Survival Analysis Along A Hotel Chain Classification In France. Influence of Network Managerial Form and Nationality on the Fall in the Classification", in Welsh D., Alon I. (eds.) *International Franchising in Developed Markets: Western and Northern Europe*, Washington D. C., CCH Publishing, 227-256

Format

APA

MLA

Chicago

The Bibliographic Export Service is accessible via institutions subscribing to one OpenEdition freemium programs.

If you wish your institution to become a subscriber to one OpenEdition freemium programs and thus benefit from our services, please write to: access@openedition.org.

Perrigot R., 2008, "La pérennité des réseaux de points de vente : une approche par l'écologie des populations et les analyses de survie", *Recherche et Applications en Marketing*, vol. 23, No.1, 21-37

DOI : 10.1177/076737010802300102

Format

APA

MLA

Chicago

The Bibliographic Export Service is accessible via institutions subscribing to one

OpenEdition freemium programs.

If you wish your institution to become a subscriber to one OpenEdition freemium programs and thus benefit from our services, please write to: access@openedition.org.

Rubin P., 1978, "The Theory of the Firm and the Structure of the Franchise Contract", *Journal of Law & Economics*, No.21, 223–233

DOI : 10.1086/466918

Saint-Julien T., Thérèse, 2004, "Diffusion spatiale", *Hypergéométrie*, <http://www.hypergeo.eu/spip.php?article11>, 29 avril 2004, 4 p.

Saint-Julien T., 1985, *La diffusion spatiale des innovations*, Montpellier, Reclus, Coll. Reclus modes d'emploi, 40 p.

Format

APA

MLA

Chicago

The Bibliographic Export Service is accessible via institutions subscribing to one OpenEdition freemium programs.

If you wish your institution to become a subscriber to one OpenEdition freemium programs and thus benefit from our services, please write to: access@openedition.org.

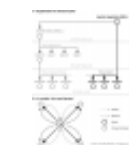
Wood S., Tasker A., 2008, "The importance of context in store forecasting: the site visit in retail location decision-making", *Journal of Targeting, Measurement and Analysis for Marketing*, No.16, 139–155

DOI : 10.1057/jt.2008.3

Notes

1 La franchise est « un système de commercialisation de produits et/ou de services et/ou de technologies, fondé sur une collaboration étroite et continue entre des entreprises juridiquement et financièrement distinctes et indépendantes, le franchiseur et ses franchisés, dans lequel le franchiseur accorde à ses franchisés le droit et impose l'obligation d'exploiter une entreprise en conformité avec le concept du franchiseur. Le droit ainsi concédé autorise et oblige le franchisé, en échange d'une contribution financière directe ou indirecte, à utiliser l'enseigne et/ou la marque de produits et/ou de services, le savoir-faire et autres droits de propriété intellectuelle, soutenu par l'apport continu d'assistance commerciale et/ou technique, dans le cadre et pour la durée d'un contrat de franchise écrit, conclu entre les parties à cet effet » (European Franchise Federation, 2013).

List of illustrations



Title Figure 1 : L'organisation du réseau Apollo Clinic

URL <http://cybergegeo.revues.org/docannexe/image/26756/img-1.png>

File image/png, 125k



Title Figure 2 : L'évolution du réseau Apollo Clinic de 2002 à 2005

URL <http://cybergegeo.revues.org/docannexe/image/26756/img-2.png>

File image/png, 450k



Title Figure 3 : L'évolution du réseau Apollo Clinic de 2006 à 2009

URL <http://cybergegeo.revues.org/docannexe/image/26756/img-3.png>

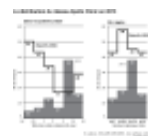
File image/png, 441k



Title Figure 4 : L'évolution du réseau Apollo Clinic de 2010 à 2013

URL <http://cybergegeo.revues.org/docannexe/image/26756/img-4.png>

File image/png, 446k



Title Figure 5 : La distribution du réseau Apollo Clinic en 2013

URL <http://cybergegeo.revues.org/docannexe/image/26756/img-5.png>

File image/png, 63k



Title Figure 6 : Les cliniques Apollo Clinic : réseau de percolation (2002 - 2013)



URL <http://cybergegeo.revues.org/docannexe/image/26756/img-6.png>

File image/png, 639k



Title Figure 7 : Les réseaux Apollo à Delhi

URL <http://cybergegeo.revues.org/docannexe/image/26756/img-7.png>

File image/png, 707k

References

Electronic reference

Bertrand Lefebvre, « Emergence, diffusion et déclin d'un réseau de cliniques franchisées en Inde », *Cybergegeo : European Journal of Geography* [Online], Space, Society, Territory, document 710, Online since 19 February 2015, connection on 23 July 2015. URL : <http://cybergegeo.revues.org/26756> ; DOI : 10.4000/cybergegeo.26756

About the author

Bertrand Lefebvre

Université de Rouen, UMR 6266 CNRS IDEES

Post-Doctorant

bertrand.lefebvre@univ-rouen.fr

<http://about.me/bertrandlefebvre>

Copyright

© CNRS-UMR Géographie-cités 8504