

NATURE ET CONTENU D'UNE INNOVATION DE GESTION. CAS : LA CARTE CHIFA

Nourredine **DIB***
Mohamed **BENGUERNA****

Received: 14/01/2019 / Revised: 13/06/2019 / Accepted: 03/07/2019

Corresponding authors: dibnourredine71@gmail.com

RÉSUMÉ :

La caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés – CNAS fait face à des dépenses supplémentaires, et ce, depuis l'automatisation du dispositif de tiers payant par le biais de la carte CHIFA. Il s'agit notamment des dépenses en matière d'assurance maladie, et plus particulièrement de la consommation du médicament. La carte chifa étant un moyen pour faciliter les procédures de remboursement, a été perçue par notamment les offreurs des soins, et ce, depuis son usage comme une opportunité de gains, dont aujourd'hui, plusieurs menaces inquiétantes risquent de fragiliser le système de sécurité sociale en Algérie et d'endommager sa pérennité.

La présente contribution a pour objectif d'analyser les rapports de force (influences et dépendances) entre les différents acteurs du système de sécurité sociale des travailleurs salariés-CNAS- en Algérie et de connaître leur stratégie d'usage de la carte chifa. Nos principaux résultats montrent que les pharmaciens, l'État, le conseil d'administration de la CNAS, le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la sécurité sociale et l'UGTA sont des acteurs qui ont une forte influence sur le management de la carte chifa. Notre approche méthodologique repose sur l'analyse des jeux d'acteurs. L'outil d'analyse s'appuie sur l'application de la méthode MACTOR (Méthode, Acteurs, Objectifs, Rapports de force).

* Doctorant à l'École Nationale Supérieure de Management- pôle universitaire de Koléa.

** Directeur de Recherche C.R.E.A.D (Centre de Recherches en Économie Appliquée pour le Développement, Bouzareah), mbenguerna@yahoo.fr, Algérie.

MOTS-CLÉS : Innovation, sécurité sociale, pouvoir, jeux d'acteurs.

JEL CLASSIFICATION : I18

NATURE AND CONTENT OF A MANAGEMENT INNOVATION: CASE STUDY: CHIFA CARD

ABSTRACT

The national social insurance fund of the salaried workers -CNAS faces additional expenses and, since the automation of the third-party payment device by means of the CHIFA card, it is in particular expenses in health insurance, and more particularly the consumption of the drug. The chifa card is a means to facilitate reimbursement procedures, has been perceived by the health care providers and since its use as a profit opportunity, which today, several worrying threats may weaken the social security system in Algeria and damage its longevity.

The purpose of this contribution is to analyze the balance of power (influences and dependencies) between the different actors of the social security system of salaried workers - CNAS - in Algeria and to know their strategy of using the chifa card. Our main results show that pharmacists, the State, the Board of Directors of the CNAS, the Ministry of Social Security and the UGTA are actors that have a strong influence on the management of the chifa card. . Our methodological approach is based on the analysis of actors' games. The analysis tool is based on the application of the MACTOR method (Method, Actors, Objectives, Power Relations).

KEY WORDS:

Innovation, social security, power.

JEL CLASSIFICATION : I18

طبيعة و محتوى الابتكار الاداري : دراسة حالة بطاقة الشفاء

ملخص

الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء يواجه زيادة مستمرة في نفقات التأمين على المرض و خاصة استهلاك الأدوية ، و ذلك منذ إدخال بطاقة CHIFA سنة 2007، هذه البطاقة التي سمحت بدفع وتيرة جهاز الدفع من قبل الغير. فاليوم يواجه الصندوق عدة تحديات مقلقة كهشاشة نظام التقاعد المرتبطة بانخفاض معدل التنمية و غيرها، فهذه العوامل قد تؤدي في مجملها إلى إضعاف نظام الضمان الاجتماعي في الجزائر، والمساس بديمومته.

و تهدف هذا الدراسة إلى تحليل علاقات القوة (التأثيرات و التبعيات) بين مختلف الجهات الفاعلة في نظام التأمينات الاجتماعية للعمال الإجراء في الجزائر - و ذلك بمعرفة درجة التزام الفاعلين في استعمال بطاقة الشفاء. و نستند في ذلك على منهج تحليل أدوار الفاعلين فيما يتعلق بالتحكم في نفقات أداءات التأمين على المرض. نعتد في ذلك على تطبيق طريقة MACTOR (الطرق، الفاعلين، الأهداف، علاقات التأثير و القوة).

كلمات مفتاحية:

الإبداع، التأمينات الاجتماعية، السلطنة

تصنيف جال: I18

INTRODUCTION

Les rétrécissements des espaces budgétaires ont exigé de la sécurité sociale en Algérie, plus d'efficacité économique et plus de rigueur dans la gestion de ses fonds, alors que son défi majeur est de continuer à garantir aux individus l'accès à la santé et aux services sociaux pour aider à faire face à certains risques importants de vie. À défaut de compromis entre ces deux logiques, le déséquilibre financier de la sécurité sociale est inévitable. Les gestionnaires des organismes de sécurité sociale en Algérie ont compris que le modèle financier classique qui repose sur les cotisations ne sera plus pérenne, et que la quête de nouvelles sources financières offre une marge de manœuvre très faible. Face à autant de contraintes, ces organismes, et jusqu'à preuve du contraire, ne sont pas autorisés en raison de leurs décrets de création, à investir leurs actifs à l'exception de quelques placements.

Plusieurs tentatives ont été faites pour aboutir à de nouvelles sources de financement, mais sans succès. Dans cet esprit, les gestionnaires de la sécurité sociale ont fait un choix d'une utilisation optimale de leurs ressources. Ce n'est que dans ce cadre que la carte chifa a été présentée comme une innovation de gestion, lors du II congrès international sur le TIC. MPTIC-UNSTA qui s'est tenu à Oran les 2 & 4 novembre 2010, sous le thème « le système CHIFA dans le développement des services aux citoyens ». Principalement, son objectif est l'amélioration de la qualité des services, et la facilitation des procédures de remboursement, mais, aussi un levier de gestion qui permet une meilleure traçabilité des consommations des soins et médicaments. On ne peut ignorer que ce dernier objectif est la finalité de cette carte, parce qu'à l'origine, l'apparition des cartes de soins avait pour objectif une maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé selon le projet SESAM- Vital conçu au début des années 80 en France. Bon gré mal gré, la carte chifa actuellement est alimentée par les mêmes technologies que la carte Vitale, pour ne pas dire que c'est le même producteur.

Cette contribution aura donc pour problématique de se questionner sur la place de la carte chifa dans le jeu d'acteur. En

d'autres termes comment la perception des acteurs de la sécurité sociale a-t-elle pu modifier le rôle de la carte chifa d'un moyen de facilitation à une opportunité de gains ? Et quelles sont les stratégies de ces acteurs et leur influence sur l'usage de cette carte ?

En effet, les organismes de sécurité sociale en Algérie se sont lancés dans des programmes de modernisation en s'inspirant du programme de l'État pour réformer et moderniser le système de sécurité sociale. Ces modernisations ont pris plusieurs formes dont celles liées à l'innovation de gestion.

Effectivement, « pour survivre ou se développer, les entreprises doivent à présent pouvoir créer de la valeur et innover dans tous les aspects de leur organisation, soit dans leur gestion, leurs processus, leurs produits et services, de même que dans la commercialisation et leur modèle d'affaires ». Manuel d'Oslo, 3e édition, OCDE (2005)

L'innovation est un processus concret qui se planifie, qui est réalisable et qui doit s'adapter aux besoins de l'entreprise.

En raison de sa complexité tant au plan technique qu'au plan opérationnel, la carte chifa depuis son lancement jusqu'à son utilisation, constitue à notre égard un processus d'innovation qui comprend une dimension transactionnelle avec les professionnels de santé et qui détermine d'ailleurs sa dynamique. À cet effet, les organismes de sécurité sociale peuvent tirer plus ou moins les effets positifs de cette innovation à condition de maîtriser les caractéristiques des acteurs qui sont impliqués dans ce processus d'innovation. Notre hypothèse met en évidence le lien qui existe entre la valeur attendue de cette innovation et la stratégie des acteurs directs et indirects qui sont impliqués dans le système de sécurité sociale. C'est-à-dire que, si l'intégration de la carte chifa est inférieure à ses attentes initiales, c'est parce qu'il existe plusieurs facteurs qui ont modifié son rôle initial : - la perception des producteurs de soins qui considèrent que la carte chifa est un moyen de contrôle et crée une charge de travail supplémentaire, - l'enjeu de l'information de santé et la résistance des structures publiques de santé par rapport au forfait-hôpital - un levier de solidarité entre les assurés sociaux et les membres de leur famille, et enfin la sous-estimation de l'ampleur de la

carte chifa qui dès son lancement, n'a pas permis une meilleure négociation du risque contractuel.

Eu égard à ces facteurs, nous pouvons d'ores et déjà dire qu'un des enseignements de cette étude est que l'intégration de la carte chifa dans la sécurité sociale, lorsqu'elle a lieu, n'est pas toujours synonyme de facilitation des procédures de remboursement.

En effet, l'analyse de la relation entre la sécurité sociale et ses partenaires a fait déjà l'objet d'une étude importante, notamment les aspects qui abordent l'enjeu de l'information et la contractualisation entre les financeurs producteurs de soins en Algérie. (SAADA Chougrani, 1998), cependant notre investigation a révélé peu de publications qui sont consacrées au rôle des acteurs dans la réussite ou l'échec des innovations dans la sécurité sociale en Algérie. Afin de satisfaire aux objectifs de notre étude, nous avons adopté une méthodologie qui s'appuie sur une approche qualitative, en mobilisant une perspective d'analyse sociologique des acteurs.

Nous proposons d'abord une relecture de la récente littérature relative aux problématiques d'intégration des TIC dans les services publics. Ensuite, nous expliquerons notre stratégie de recherche. Enfin, nous décrirons successivement les différents acteurs de manière à accéder progressivement aux résultats de notre étude.

Mise en contexte :

La carte chifa, introduite en 2007, est utilisée dans la gestion des activités de la CNAS, dont l'un des objectifs arrêtés est de permettre la facilitation des procédures de remboursement et une meilleure traçabilité des dépenses, notamment en matière de l'assurance maladie. À l'examen des chiffres et déclarations officielles des gestionnaires de la CNAS, il apparaît nettement que la carte chifa mérite une attention particulière. En effet, plus 12 millions de cartes chifa sont distribuées aux assurés sociaux durant la période allant de 2007 à 2017. Le résultat fait ressortir les chiffres suivants :

Tableau n° 1 : Dépense du médicament durant la période de 2007 à 2017 (y compris le tiers payant) en milliards de dinars

Année	Dépenses en MDA	Année	Dépenses en MDA
2007	64.7	2013	148
2008	70	2014	166
2009	76	2015	178
2010	94.8	2016	196
2011	110	2017	212
2012	124		

Source : CNAS

La CNAS a remboursé en matière des dépenses de la consommation de médicament durant l'année 2017, un peu plus de 200 milliards de dinars, ce qui représente une augmentation nette de plus de 200 % par rapport à l'année 2007 (année de mise en œuvre effective de la carte chifa), soit environ 55 % des dépenses totales de la CNAS. Cette évolution semble trouver son explication dans plusieurs facteurs, dont souvent c'est la généralisation du système de tiers payant mise en place en août 2012. Néanmoins, ce ratio reste excessif selon les responsables de cet organisme.

1- ÉTAT DE L'ART

L'accès aux soins est défini comme « l'utilisation en temps utile des services de santé par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé » (Lombrail P. 2000).

Quand on évoque l'efficacité des résultats en termes de santé, les technologies de l'information sont un des leviers les plus importants pour améliorer les services de santé, dès lors, que les décideurs des institutions de santé, mais aussi les bailleurs de fonds, notamment les organismes de sécurité sociale, devraient disposer d'informations suffisantes sur les parcours de soins de leurs usagers.

Donc, il est difficile de contester l'utilité des TIC dans le domaine de la santé et de la sécurité sociale. Dans ce domaine, Philippe. M & Yves. T (1994) affirment dans leurs recherches que « l'insertion sociale d'une NTIC, son intégration à la quotidienneté des usagers,

dépendent moins de ses qualités techniques “intrinsèques”, de ses performances et de sa sophistication, que des significations d’usage projetées et construites par les usagers sur le dispositif technique qui leur était proposé ». Si on se fonde sur ce raisonnement, on peut avancer que les TIC ne sont pas le but, c’est leur impact qui compte. D’ailleurs, est-il possible de vérifier la relation positive entre l’amélioration de la performance et les TIC, sans leur usage ?

Aborder la question de l’intégration des TIC dans les organisations, nous évoquons souvent les facteurs de réussite ou d’échec, notamment, par rapport aux enjeux internes et externes de l’organisation. Il s’agit, en matière d’enjeux externes, du rôle des acteurs à jouer dans la profitabilité des TIC par l’organisation. En France par exemple, l’effort de rationalisation et l’imposition de l’informatique pour la maîtrise des dépenses de santé ont commencé à partir de 1970 selon Hélène. R (2008). Cela n’a pas empêché R. Solow (1987) d’affirmer que « les ordinateurs sont partout sauf dans les statistiques de productivité ». Si nous avons pris l’exemple de l’usage des TIC en France c’est parce les recherches révèlent que « la tradition des études d’usage des technologies de l’information et de la communication (TIC) a pris naissance en France au début de la décennie 1980, à partir d’analyses sociologiques décrivant « ce que les gens font effectivement avec des objets techniques » S. Proulx (2015).

Par une rétrospective, le sujet de l’usage des cartes électroniques de soins avait toujours des débuts controversés. À la lumière de la carte vitale, dont un rapport, établi en 2015 par le leader mondial de la sécurité numérique, *gemalto*, précise que « l’histoire du projet d’après les articles de presse de l’époque et tous les témoignages recueillis s’est déroulée sur fond de tensions, de résistances et d’oppositions extrêmement fortes..., il a fallu beaucoup de volonté politique pour faire avancer ce projet ».

Ce constat corrobore les mêmes hypothèses pour la carte chifa en Algérie, dont nous avons recensé pas moins de 100 articles de presse depuis 2017, et qui affichent des mécontentements de quelques acteurs de l’écosystème de sécurité sociale.

Derrière cette impressionnante manifestation des acteurs se cachent pourtant des traductions diverses de l'usage de la carte chifa. Il est difficile de démystifier l'attitude de ces acteurs sans l'interprétation sociologique de l'usage de cette technologie. En effet, l'exercice est encore plus délicat que les travaux de recherche sur la sécurité sociale, dans cette perspective en Algérie, sont rares. De ce fait, une approche interprétative a été appliquée pour comprendre la signification sociale de la carte chifa mise en œuvre depuis 2007. Nous avons supposé que la carte chifa en tant que technologie de l'information, à l'instar d'autres systèmes de connaissances, est soumise à la construction sociale et que les interprétations sociales qui en résultent peuvent influencer sur sa mise en œuvre et son utilisation. Donc, nous allons tenter de comprendre le comportement social des acteurs de l'écosystème de la sécurité sociale par le biais d'une interaction observable et de sources de comportement.

Nous considérons que l'intégration des TIC dans la gestion de la sécurité sociale comme des innovations de gestion, parfois appelées innovation administrative ou organisationnelle. Le manuel d'Oslo définit l'innovation organisationnelle comme l'adoption de nouvelles méthodes organisationnelles dans les pratiques de l'entreprise, pour l'organisation du lieu de travail, ou des relations extérieures (OCDE, 2005, p. 51).

Dans notre cas d'étude, nous montrons les aspects dynamiques de l'interaction entre la CNAS et les acteurs utilisateurs de la carte chifa, en particulier les acteurs offreurs de soins, en utilisant une analyse conforme à la théorie sociologique de l'action organisée de Michel Crozier et Erhard Friedberg. Les concepts sociologiques d'acteur, de jeu et de système sont examinés à travers le modèle précité.

La large diffusion des TIC comme source, plus concurrentielle, qui oblige les entreprises à nouer des relations inter-organisationnelles Powell, Koput & Smith Doerr (1996) ainsi que les caractéristiques des solutions technologiques actuelles, Küppers & Pyka 2002, sont l'une des raisons de la montée en puissance des réseaux d'innovation. En ce sens, un réseau d'innovation peut être considéré comme un processus d'interaction entre un ensemble d'acteurs hétérogènes produisant

l'innovation à tous les niveaux possibles d'agrégation Küppers & Pyka (2002). Cependant, il reste de nombreuses questions à examiner dans le domaine de la sécurité sociale : pourquoi les offreurs de soins forment-ils des stratégies communes ? Comment sont-ils organisés ? Comment exercent-ils leur influence sur la CNAS ?

Lorsque l'on aborde, la question du processus d'innovation, notamment dans son aspect de diffusion, une des théories qui a mis l'accent sur l'importance des acteurs externes dans un processus d'innovation, est celle d'E.M Rogers, qui explique comment, au fil du temps, une idée ou un produit prend de l'élan et se diffuse (où se propage) à travers une population ou un système social spécifique. Selon (Rogers, 1983) l'adoption d'une innovation est perçue comme un processus caractérisé par cinq phases que sont : La connaissance, la persuasion, la décision, la mise en œuvre et la confirmation. Rogers affirme que la clé de l'adoption d'une innovation est que la personne doit percevoir l'idée, le comportement ou le produit comme étant nouveau ou innovant. Ses travaux révèlent que « la diffusion et l'adoption de l'innovation, sont des phénomènes éminemment sociaux », c'est-à-dire, à travers elle (l'innovation), les individus et les sociétés expriment leur créativité, leurs besoins et désirs. En plus de son interaction avec la société, l'adoption de l'innovation administrative ou managériale selon (Ackoff, 1999), « ne peut être expliquée qu'en prenant en compte les interdépendances entre ses différents antécédents et les interdépendances avec d'autres types d'innovations ». Qu'elle soit en interaction avec la société ou avec d'autres types d'innovation, (Damanpour, 2010 ; Damanpour et Gopalakrishnan, 2001 ; Roberts et Amit, 2003) considèrent qu'un type d'innovation ne peut être expliqué que grâce à une compréhension de ses relations avec les autres types d'innovations. En effet, les membres d'un système social d'une organisation sont loin d'être passifs face à une innovation qui vient de l'extérieur, notamment s'ils sont impliqués dans son processus d'adoption. L'innovation n'est plus le fait d'un seul acteur, mais, plutôt un ensemble d'opérateurs fournissant des services, dont l'organisation ayant initié l'innovation ne peut s'en passer. Pour résumer, la carte chifa est mise en place pour

être utilisée par les acteurs externes, qui sont principalement les pharmaciens, médecins et autres établissements conventionnés avec la CNAS. Chaque acteur est inséré dans un réseau, et répond à une logique d'action et mène des collaborations avec les autres acteurs, ce qui conduit évidemment à des stratégies collectives. En un mot, ces réseaux s'auto-organisent sous forme de structures qui réduisent la dynamique complexe de la carte chifa.

En effet, pour Crozier et Friedberg, une action organisée est «le processus par lequel les interactions stratégiques entre un ensemble d'acteurs placés dans un domaine d'action donné et mutuellement dépendant pour la solution d'un « problème » commun, ces stratégies sont stabilisées et structurées» (Crozier et Friedberg, 1995). Leur approche repose principalement sur quatre éléments : un acteur stratégique (être un individu, un groupe ou toute autre entité collective) ayant ses propres intérêts en interaction avec d'autres acteurs - agissant également de manière stratégique ; un système concret formé par les acteurs en interaction ; le jeu en tant que mécanisme d'intégration entre acteur et système où chaque acteur a ses propres intérêts, mais aussi celui de maintenir en vie un système d'action concret ; le pouvoir en tant que capacité d'action qui est l'échange déséquilibré de possibilités d'action et qui a quatre sources (maîtrise des connaissances spécifiques, contrôles des ressources en information et en communication et règles organisationnelles)». (Crozier et Friedberg, 1979).

Cette façon de considérer l'action sociale comme une structuration et une restructuration des champs d'action par la création et la stabilisation d'alliances et de réseaux d'acteurs s'applique aussi à des innovations de gestion par exemple l'intégration d'une TIC dans une organisation.

Avec leur approche, ils expliquent l'existence de réseaux d'innovation, qui jouent un rôle intermédiaire entre le marché et la hiérarchie. De plus, cela peut expliquer le fait que différents acteurs défendent leurs propres intérêts et sont tous intéressés à en tirer profit par un jeu sur le marché. L'élément de pouvoir entre également dans cette explication : les médecins, par exemple, ont des connaissances

scientifiques, tandis que les pharmaciens ont l'accès à l'industrie des médicaments et ne possèdent pas le pouvoir de prescription nécessaire pour accéder aux ressources financières. Les deux peuvent entrer dans une relation d'échange réciproque, mais une relation à partir de laquelle un acteur pourrait obtenir plus que l'autre.

Crozier et Friedberg posent que l'homme est un « acteur qui entretient des rapports avec un système ». L'acteur, les contraintes de l'action collective, les systèmes d'action concrets, la coopération, l'incertitude, le pouvoir, la négociation et les intérêts et stratégies d'acteurs sont autant de variables qui permettent de décrire l'organisation, auxquelles ils donnent sens.

En résumé, l'approche qu'offrent Crozier & E. Freiberg semble fournir une bonne illustration de plusieurs facettes diverses, émergées entre le bailleur de fonds (CNAS) et les prestataires de soins (les professionnels de santé). Avec l'introduction de la carte chifa, comme une technologie de pointe, la caisse de sécurité sociale – CNAS- et notamment avec l'automatisation du dispositif du tiers payant, va devoir travailler avec les professions libérales de santé (médecins, pharmaciens et établissements conventionnés, etc.), sans oublier l'action directe vis-à-vis des assurés sociaux. Cela nous conduit vers l'enjeu de la multiplicité des acteurs dont les objectifs sont souvent contradictoires.

3- MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

3.1- Terrain d'étude

Nous avons choisi la caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés « CNAS » comme étant une caisse « mère » dans l'architecture du système de sécurité sociale en Algérie. Cette dernière, et à partir de 2007 a développé une attitude « proactive » en anticipant par un programme de modernisation de son système de gestion, qui repose sur un projet novateur, fondé sur l'utilisation d'une carte à puce appelée « CHIFA », qui vient automatiser le dispositif de tiers payant. Cette carte est devenue une véritable percée dans l'assouplissement des procédures de remboursement des frais

médicaux et des soulagements chez les assurés sociaux. Sa dimension dynamique vis-à-vis des acteurs impliqués dans le dispositif du tiers payant mérite une attention particulière.

3.1. Outils de collecte des données : Une dizaine d'entretiens réalisés sur un mode semi-directif ont été menés entre janvier 2018 et avril 2018, avec les professionnels de santé (médecins et pharmaciens). Nous avons cherché à obtenir des informations sur les attitudes, les comportements et les représentations des professionnels de santé par rapport au dispositif du tiers payant qui repose sur la carte chifa. Trois principaux axes d'analyse ont alimenté notre guide d'entretien : le niveau de coordination du professionnel de santé avec la CNAS, la perception du professionnel de santé vis-à-vis du tiers payant par le biais de la carte chifa et les risques du métier du professionnel de santé dans le nouvel environnement institutionnel.

3.2. Technique de traitement des données :

Pour l'analyse de la dynamique des acteurs, nous utilisons la méthode MACTOR. C'est « une méthode développée en 1989-1990 par François Bourse et Michel Godet, sur des problèmes de prospective du transport aérien » (**M. Godet, 2007**). La méthode permet d'analyser les jeux d'acteurs, à travers les divergences et convergences entre les objectifs des acteurs, elle permet aussi d'estimer les rapports de force entre les différents acteurs impliqués dans un processus donné. Elle comprend cinq phases : la définition des acteurs et leur stratégie, l'analyse des influences entre acteurs, l'identification des enjeux stratégiques, le repérage des convergences & divergences et la formulation des recommandations stratégiques cohérentes et poser les questions clés pour l'avenir.

4- DESCRIPTION DES VARIABLES D'ÉTUDE

4.1- Acteurs, objectifs et matrices d'entrée

4.1.1. Les principaux acteurs impliqués dans le dispositif du tiers payant

Nous précisons que les acteurs ayant des liens selon leur intensité avec la sécurité sociale, ont des objectifs soit convergents soit divergents, en l'occurrence, par rapport aux dépenses de l'assurance maladie.

- **Le pharmacien :**

La carte chifa en fait, vient automatiser la relation entre la CNAS et le pharmacien, en d'autres termes, il s'engage à remettre à l'assuré social les médicaments gratuitement, ensuite il procède aux vérifications d'usage de toutes les pièces et il exécute les gestes administratifs de l'assuré : vignettage, feuille de soins, etc. Les pharmaciens interrogés déclarent qu'« au départ il y avait un vrai problème technique pour maîtriser les applications mises à notre disposition par la CNAS, surtout des problèmes liés au fonctionnement du logiciel et de sa mise à jour, etc., mais maintenant, la contrainte est toute autre, il s'agit, de surcroît, de travail conséquent pour vérifier les droits des assurés sociaux auprès de la CNAS ». Justement, nous estimons que ces tâches engendrent un volume de travail supplémentaire pour le pharmacien, ainsi qu'une augmentation des dépenses et des charges au niveau de l'officine. En d'autres termes, cela constitue un **enjeu** pour le pharmacien. C'est-à-dire qu'il va perdre sa marge de liberté en matière d'action, que la pharmacie ne doit être gérée que par lui, et qu'il doit être quotidiennement présent à son officine. D'autres pharmaciens ont évoqué les contraintes financières, « ma pharmacie avec ce dispositif de la carte chifa risque de perdre son équilibre du fait que nous délivrons gratuitement les médicaments donc nous supportons une charge, alors que le paiement s'effectue par la CNAS de manière différée ». Le pharmacien est un acteur important dans la diminution des dépenses du médicament, mais son rôle ne peut être effectif qu'à la lumière des mesures incitatives de la part du bailleur

de fonds (la CNAS). Selon l'article 27 du décret 09-396 du 24 novembre 2009 portant sur le conventionnement avec les caisses de sécurité sociale, il est dit clairement que l'organisme de sécurité sociale verse une majoration de 10 % du montant de l'ordonnance lorsque le pharmacien dispense, pour l'intégralité des médicaments prescrits, des produits dont les prix sont inférieurs ou égaux aux tarifs de référence. Cette majoration est portée à 20 % en cas de dispensation intégrale de produits fabriqués au niveau national, sans compter un pourcentage sur les frais administratifs. Ainsi, la CNAS peut légitimement se poser la question sur la proportion de ces majorations dans les dépenses proprement dites du médicament, d'autant que le nombre de pharmaciens conventionnés ne cesse d'augmenter (plus de 12000 en 2017). Dans cet ordre d'idées, on peut croire que le pharmacien détient plusieurs possibilités d'action dans le système de tiers payant. Évidemment, c'est un échange déséquilibré entre les deux acteurs (CNAS/Pharmacien). Selon (Friedberg, 1992), il s'agit d'un rapport de dépendance « la coopération des acteurs autour des «problèmes» et de leurs «solutions» est donc toujours sous-tendue de rapports de dépendance et de pouvoir, c'est-à-dire de relations d'échange négocié à travers lesquelles chaque acteur cherche à «vendre» ses comportements aux autres aussi avantageusement que possible, tout en leur «achetant» au moindre prix les comportements dont il a besoin ». Par ailleurs, et de par son droit de substitution, le pharmacien peut apporter une contribution inestimable dans la réduction des dépenses de la sécurité sociale en optant pour la dispensation du médicament générique. Ce qui fait un atout majeur et constitue pour lui une « **zone d'incertitude** » qui la contrôle, surtout vis-à-vis de la CNAS.

- **L'assuré social et l'enjeu de l'aléa moral :**

Dans une assurance obligatoire comme la sécurité sociale en Algérie, les assurés sociaux cherchent globalement à maximiser leur utilité de sorte que le rapport remboursements sur cotisation soit égal à 1, c'est-à-dire, l'assuré social est à la quête de ce qui lui a été prélevé comme cotisation. Lorsqu'un assuré social est sous un contrat

obligatoire (cotisations), un phénomène lié à l'asymétrie d'information entre assureurs et assurés serait présent (aléa moral).

Dans le domaine de la sécurité sociale et la santé, on utilise le terme risque moral. Pour Pauly. M « le comportement de risque moral des assurés génère une perte de bien-être social » (Bardey, D., Couffinhal, A., & Grignon, M. 2003), parce que l'assuré social ne choisit pas le niveau de couverture. Dans cette logique, le comportement de l'assuré social peut être un facteur de risque pour les gestionnaires de la sécurité sociale, d'où d'ailleurs, le phénomène de négligence et d'imprudence, en d'autres termes, l'assuré social peut augmenter ses pratiques à risques (assurance maladie) ou réduire ses efforts pour trouver du travail (assurance chômage). Pour « la théorie des contrats, le risque moral qualifie le comportement d'un agent qui ne va pas agir dans l'intérêt exclusif de son principal, parce que ce dernier n'est pas en mesure d'observer son niveau d'effort » (Bardey, D., Couffinhal, A., & Grignon, M. 2003). En effet, pour ces auteurs « les comportements de prévention des individus en matière de santé sont dictés par deux motivations : éviter le risque financier associé aux dépenses de santé, mais également réduire le risque de détérioration de l'état de santé ». Cependant, dans la sécurité sociale, on ne peut pas contrer ce phénomène, puisque aucune contribution financière ne sera imposée aux assurés sociaux concernés et ce, en dehors des actions du contrôle médical, pratiquées par la CNAS, et la limitation du nombre d'ordonnances pris en charge par la CNAS à raison de 3 ordonnances par trimestre pour les assurés à 80 % (non atteint d'une affection de longue durée). Nous estimons qu'il y a nécessité de lancer des mécanismes efficaces qui permettent d'inciter les individus à réguler leur consommation de médicaments.

- **Les structures publiques de santé (MSP) :**

Un autre phénomène se pose aux gestionnaires de la sécurité sociale en Algérie, en effet, il s'agit du problème de « free rider », parfois traduit en français par « problème du passager clandestin », qui désigne « le comportement d'une personne ou d'un organisme qui obtient et profite d'un avantage, sans y avoir investi autant d'efforts

(argent ou temps) que les membres de ce groupe et/ou sans acquitter leur juste quote-part ou le droit d'usage prévu » (Mancur. OLSON, 1965). La sécurité sociale en Algérie, faut-il le rappeler, repose sur le principe de l'assurance qui conduit chaque travailleur à verser une cotisation obligatoire en fonction de ses ressources. Logiquement, le principe d'assurance doit se traduire par un mécanisme qui permet le tri des bénéficiaires légitimes et l'écartement de ceux qui ne cotisent pas. Or, la question de contractualisation en matière d'échange d'informations entre la CNAS et les établissements publics de santé reste toujours sujette à débat dans le cadre de la contribution de la CNAS au financement des établissements publics de santé à travers un forfait-hôpital. Sous ce rapport, la contractualisation permet justement de connaître de façon rigoureuse le statut des personnes admises dans le système de soins (assuré social, ayant droit d'un assuré social, démuné non assuré social, etc. ...). Toutefois, elle constitue à notre égard un moyen de transparence dans les relations entre le bailleur de fonds et le prestataire de soins, et par conséquent une meilleure maîtrise des dépenses de l'assurance maladie.

Enfin, il convient de préciser que la CNAS, fait face non pas à un seul couple assuré social/établissement public de santé, mais, à un autre couple assuré social/médecin. Tous deux disposent d'informations pertinentes que l'assureur n'a pas. « On distingue donc parfois un risque moral producteur (de soins) et un risque moral consommateur (de soins) » (Bardey, D., Couffinal, A., & Grignon, M. 2003).

- **Le médecin traitant et la résistance au conventionnement :**

Sans le tiers payant, l'assuré social se fait soigner, il paye la totalité des frais et se retourne ensuite vers la CNAS pour réclamer leur remboursement selon le taux de couverture, alors que, dans le dispositif de tiers payant, le parcours est différent, c'est-à-dire l'assuré social ne paye rien, ou à la limite il s'acquitte de la différence selon son taux de couverture par la CNAS. Dès lors, le médecin traitant devient un acteur qui détient des ressources qu'il peut mobiliser. D'abord, il est indépendant de la CNAS, en même temps qu'il est impliqué dans la gestion du risque maladie. Il importe de savoir quel est son poids dans

le système du tiers payant. Nombreux sont les médecins, surtout les spécialistes qui refusent catégoriquement l'adhésion volontaire au conventionnement proposé par la CNAS, dans le cadre du tiers payant. Un spécialiste en ORL, déclare à cet effet, que « c'est parce que l'assuré social qui ne paye rien qui va se déresponsabiliser, alors qu'actuellement nous examinons que ceux qui sont malades... ». Les discours des différents médecins rencontrés à l'occasion de l'entretien font apparaître un constat en défaveur de la sécurité sociale. En effet, c'est un acteur indépendant, dont le seul souci est de réaliser des économies en offrant ses services aux (patients), conformément à un code de déontologie médicale, autrement dit, le statut d'assuré social dans ce code importe peu.

Nous avons observé aussi que sa maîtrise technique lui confère une marge de liberté en matière de prescription, même si la CNAS, de son côté, mobilise un mécanisme de contrôle médical. Toutefois, cette marge à notre égard est renforcée par la maîtrise du lien avec le patient, qui joue un rôle prépondérant dans la pratique du système de tiers payant.

5- RÉSULTATS ET DISCUSSIONS

5.1- Influences directes et indirectes

5.1.1. Matrice des Influences directes et indirectes (MIDI)

L'intérêt de cette matrice est d'apporter une vision plus complète du jeu des rapports de force (un acteur pouvant limiter l'éventail des choix d'un second en agissant sur lui à travers un acteur relais). Deux indicateurs sont calculés à partir de MIDI :

- a. Le degré d'influence directe et indirecte de chaque acteur (**I_i**, par sommation sur les lignes).
- b. Le degré de dépendance directe et indirecte de chaque acteur (**D_i**, par sommation sur les colonnes).

Tableau n°2 : La matrice des positions valuées (2MAO)

	CNAS	CACNAS	MED TRAIT	MSP	PHARM	CLNPRIV	EMPLOCNAS	EMPYASSUJ	ETAT	UGTA	MTESS	SAS	SNAPO	BIT	InDuspha	Li
CNAS	12	4	7	8	9	9	2	2	3	5	5	5	3	0	8	70
CACNAS	18	7	8	11	12	11	5	4	4	7	6	6	6	1	11	110
MED TRAIT	10	3	6	7	8	7	1	1	2	3	2	4	2	0	6	56
MSP	14	4	6	9	10	9	3	2	3	4	4	5	4	0	9	77
PHARM	13	5	8	9	11	9	2	3	3	5	4	5	4	1	9	80
CLNPRIV	6	3	5	6	6	6	1	1	2	2	2	4	2	0	5	45
EMPLOCNAS	3	3	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	0	3	30
EMPYASSUJ	4	1	1	3	3	3	2	2	0	1	1	2	1	0	2	24
ETAT	16	6	7	10	10	9	4	5	4	5	7	6	6	1	11	103
UGTA	14	8	5	7	9	8	5	4	3	6	6	4	5	1	7	86
MTESS	13	6	6	8	8	7	3	2	3	5	4	4	4	0	7	76
SAS	9	3	5	7	6	6	2	1	2	2	2	4	2	0	6	53
SNAPO	7	4	4	5	6	5	2	2	3	2	2	3	3	0	5	50
BIT	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	0	2	21
InDuspha	14	6	7	10	11	9	4	4	4	5	5	6	6	1	11	92
Di	143	58	73	96	102	96	37	34	35	49	49	57	48	5	91	973

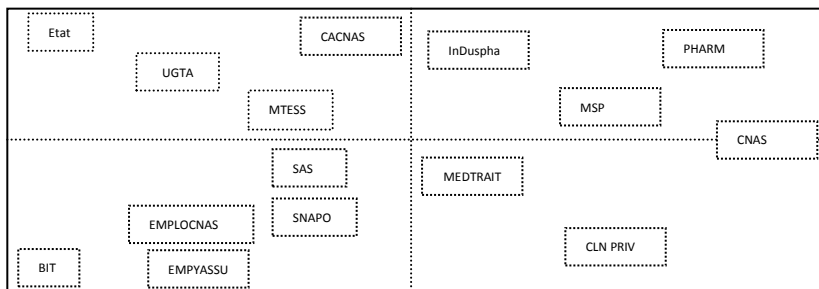
Source : Résultat de MACTOR Adapté

Les valeurs représentent les influences directes et indirectes des acteurs entre eux, alors, plus le chiffre est important, plus l'influence de l'acteur sur l'autre est importante.

5.1.2. Plan des influences et dépendances entre acteurs

Le plan des influences et dépendances fournit une représentation graphique du positionnement des acteurs en fonction de leurs influences et dépendances directes et indirectes nettes (**li** et **Di**). Ce positionnement est automatiquement calculé par le logiciel Mactor.

Figure n°1 : Plan des influences et dépendances entre acteurs



Source : Résultat de MACTOR Adapté

Le graphique apporte une visualisation des positions de chaque acteur en tenant compte de son influence et sa dépendance avec les autres par rapport à l'objectif de « l'optimisation des dépenses d'assurance maladie, notamment la consommation du médicament ».

Ce graphique se décompose en quatre parties faisant apparaître quatre catégories d'acteurs :

- **Les acteurs relais (Nord-Est) :**

Ils disposent d'une influence forte et ils sont également fortement dépendants. Il s'agit surtout de l'industrie pharmaceutique (InDuspha), les pharmaciens (PHARM) et dans une moindre importance on retrouve le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSP). L'industrie pharmaceutique (InDusphar) a une influence importante dans la maîtrise des dépenses du médicament, dans la mesure où les gros montants dépensés pour le remboursement des médicaments concernent les médicaments importés. Alors que la production nationale peut constituer une des solutions notamment en matière de prix. Cependant, cet acteur demeure toujours dépendant de la politique pharmaceutique nationale élaborée par le ministère de la santé (MSP) et opéré largement par le réseau des pharmaciens (PHARM). Dans ce sens, les statistiques du commerce extérieur de l'Algérie durant les dix premiers mois de l'année 2017 montrent une évolution en faveur de la production nationale (statistiques du CNIS année 2017).

Les pharmaciens (PHARM), et malgré leur forte dépendance au conventionnement avec la sécurité sociale, exercent une très forte influence sur la CNAS, à partir des mesures incitatives, évidemment en récompense de leur implication dans l'usage de la carte CHIFA.

Pour le ministère de la santé (MSP), il se trouve dans une double posture d'influence et de dépendance. Il est fortement dépendant de la CNAS au vu du forfait hospitalier qui constitue une source financière importante pour le système national de santé, mais aussi, son influence est significative du fait de la non-effectivité de la contractualisation avec la CNAS, ce qui laisse supposer que les non-assurés sociaux, comme nous l'avons précisé précédemment, peuvent

encore profiter de cette manne. Par conséquent, les dépenses en matière d'assurance maladie, au niveau des structures publiques de santé, requièrent plus de traçabilité.

- **Les acteurs dominants (Nord-Ouest) :**

Ces acteurs disposent d'une influence forte sur les autres, sans être eux-mêmes fortement influencés : dans notre cas d'étude, c'est : l'État (**ÉTAT**), le conseil d'administration de la CNAS (**CACNAS**), l'union générale des travailleurs algériens (**UGTA**) et le ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale (**MTESS**). Principalement, l'État (**ÉTAT**) exerce une influence très importante sur les dépenses de la CNAS, en raison de la dimension sociale de l'État algérien, traduite d'ailleurs, par des politiques mises en œuvre par le ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale (**MTESS**). Ce qui laisse supposer que le système national de sécurité sociale est « très généreux », puisqu'il couvre, même les catégories particulières qui bénéficient de toute la panoplie des prestations de la sécurité sociale, alors que leur taux de cotisation est considéré comme faible. L'État (**ÉTAT**), n'étant cependant dépendant des autres acteurs, sa proximité de l'UGTA (voir la figure n° 1), renseigne sur sa fidélité à un modèle social dont l'UGTA proclame sa légitimité. Sachant que ce syndicat est aux racines du syndicalisme algérien, il a animé le processus de lutte et de maturation de la conscience politique et sociale des travailleurs algériens et a toujours soutenu le principe et l'utilité du maintien du rôle de l'État dans le développement économique et social du pays.

Dans ce contexte, l'UGTA participe aux conseils d'administration des institutions de sécurité sociale où ses représentants ont un rôle non négligeable d'orientation stratégique. Justement, en raison de son rôle important et fondamental en tant qu'acteur dans la gouvernance de la CNAS, théoriquement, il (**CACNAS**), doit fortement influencer le processus de contrôle des dépenses étant un organe de délibération. Mais, la réalité est toute autre, du fait que la tutelle représentée par le **MTESS** exerce de sa part, un pouvoir sur les actes d'approbation ou d'annulation des décisions des conseils d'administration, sans

compter son pouvoir de contrôle général et/ou ponctuel sur le fonctionnement de la caisse.

- **Les acteurs autonomes (Sud-ouest) :**

Ce sont des acteurs peu influents et peu dépendants, ils ne disposent pas d'un pouvoir et d'une influence forte pour agir sur la maîtrise des dépenses. Cette catégorie regroupe l'ensemble des acteurs suivants : le bureau international de travail (**BIT**), les employeurs assujettis (**EMPYASSU**) et les employés de la CNAS (**EMPLOCNAS**), le salarié assuré social (**SAS**) ainsi que le syndicat national des pharmaciens d'officines (**SNAPO**). L'analyse de cette catégorie d'acteurs a montré que, bien que certains acteurs soient autonomes, ils ont influencé le processus de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie. En effet, les congés de maladie et les accidents de travail en milieu professionnel sont pour beaucoup observés au niveau des employeurs (**EMPYASSU**), en d'autres termes, quand les mesures de prévention dans le milieu de travail ne sont pas aux normes exigées par les services de la CNAS, d'ailleurs, ce constat est souvent relevé lors des opérations de contrôle sur chantiers, les risques d'accident de travail et maladie augmentent. Par ailleurs, l'employeur assujetti (**EMPYASSU**), malgré sa position hiérarchique sur le graphique, dont il apparaît comme un acteur autonome. Néanmoins, il joue un rôle important dans l'équilibre financier de la CNAS, étant considéré comme la source principale du recouvrement des cotisations, cette position lui permettant une forte influence sur les ressources. De plus, son autonomie nous renseigne sur le manque d'informations de la part de la CNAS sur son comportement de fraude (sous-déclaration ou non-déclaration). Par ailleurs, l'assuré social (**SAS**) constitue l'épine dorsale de la question de dépenses de l'assurance maladie et particulièrement la consommation du médicament, même si en réalité il est dépendant des différentes règles de gestion de l'assurance maladie (tarif de référence, le générique, limitation trimestrielle de consommation du médicament, le contrôle administratif, etc.), il appartient au groupe d'acteurs autonomes. Son autonomie réside essentiellement dans son attitude d'aléa moral, c'est-à-dire que la

CNAS ne possède pas totalement de l'information sur son parcours de soins. Cet acteur (**SAS**) est à la quête de ce qui lui a été prélevé comme cotisation. Dans cette logique, son comportement peut être un facteur de risque pour les gestionnaires de la CNAS, d'où, d'ailleurs, sa négligence et son imprudence vis-à-vis de son état de santé, en d'autres termes, l'assuré social peut augmenter ses pratiques à risques (assurance maladie). Le syndicat national des pharmaciens d'officines (**SNAPO**) et les employés de la CNAS (**EMPLOCNAS**) ne disposent pas d'un pouvoir et d'une influence forte, financière ou juridique pour agir au niveau des actions de maîtrise des dépenses d'assurance maladie. Enfin, le bureau international du travail (**BIT**), dont l'influence sur les dépenses de l'assurance maladie n'est pas significative, quoique, l'impact de la norme internationale du bureau international du travail sur notre système de sécurité sociale mérite un examen plus approfondi, notamment en matière de représentation syndicale.

● **Les acteurs dominés (Sud-Est) :**

Ceux qui disposent d'une faible influence et qui sont fortement influencés : le médecin traitant (**MED TRAIT**), et les cliniques privées (**CNL PRIV**). L'examen de ce groupe d'acteurs fait apparaître la nécessité de renforcer le cadre institutionnel. En effet, Le médecin traitant (**MED TRAIT**), censé être un maillon fort dans le début de la chaîne du dispositif de tiers payant, se trouve hors-jeu, pour la simple raison qu'il résiste à la forme actuelle de conventionnement avec la CNAS. La phrase témoin, issue des entretiens avec les médecins traitants, est que : « Le médecin risque de devenir un fonctionnaire chez la CNAS, s'il accepte de pratiquer avec les tarifs actuels des actes proposés par la CNAS... ». Cependant, sa maîtrise technique qui lui confère une marge de liberté en matière de prescription, son influence sur les dépenses est presque nulle, du fait que sa prescription soit encadrée par le contrôle médical de la CNAS. Sa dépendance est potentiellement importante dans le cas où l'État (**ÉTAT**) s'engage à renforcer les lois de la sécurité sociale en exigeant le conventionnement avec la CNAS, comme préalable à l'exercice en

cabinet médical. Les cliniques privées sont fortement dépendantes des prises en charge délivrées par la CNAS, et leur influence est presque nulle, parce qu'elles opèrent dans un cadre strictement codifié.

51.1. Balance Nette des influences (BN)

La balance nette des influences directes et indirectes mesure pour chaque couple d'acteurs le différentiel des influences directes et indirectes. En effet, les valeurs en signe (+) indique que l'acteur exerce plus d'influence qu'il n'en reçoit, alors que les valeurs en signe (-) indique que l'acteur exerce moins d'influence qu'il n'en reçoit.

Tableau n°3 : **Balance Nette des Influences**

BN	CNAS	CACNAS	MED TRAIT	MSP	PHARM	CLNPRIV	EMPLOCNAS	EMPYASSUJ	ETAT	UGTA	MTESS	SAS	SNAPO	BIT	InDusphar	SOMME
CNAS	-14	-3	-6	-4	3	-1	-2	-13	-9	-8	-4	-4	-4	-2	-6	-73
CACNAS	14	5	7	7	8	2	3	-2	-1	0	3	2	-1	-1	52	
MED TRAIT	3	-5	1	0	2	-1	0	-5	-2	-4	-1	-2	-2	-1	-17	
MSP	6	-7	-1	1	3	0	-1	-7	-3	-4	-2	-1	-2	-1	-19	
PHARM	4	-7	0	-1	3	0	0	-7	-4	-4	-1	-2	-1	-2	-22	
CLNPRIV	-3	-8	-2	-3	-3		-1	-2	-7	-6	-5	-2	-3	-2	-4	-51
EMPLOCNAS	1	-2	1	0	0	1		0	-2	-3	-1	0	0	-1	-1	-7
EMPYASSUJ	2	-3	0	1	0	2	0		-5	-3	-1	1	-1	-1	-2	-10
ETAT	13	2	5	7	7	7	2	5		2	4	4	3	0	7	68
UGTA	9	1	2	3	4	6	3	3	-2		1	2	3	0	2	37
MTESS	8	0	4	4	4	5	1	1	-4	-1		2	2	-1	2	27
SAS	4	-3	1	2	1	2	0	-1	-4	-2	-2		-1	-1	0	-4
SNAPO	4	-2	2	1	2	3	0	1	-3	-3	-2	1		-1	-1	2
BIT	2	1	2	2	1	2	1	1	0	0	1	1	1	1	1	16
InDuspha	6	-5	1	1	2	4	1	2	-7	-2	-2	0	1	-1		1

Source : Résultat de MACTOR

À la lecture de la matrice (BNI), il apparaît clairement que la CNAS exerce moins d'influence qu'elle n'en reçoit et à l'exception de son influence sur les cliniques privées, son différentiel total des influences directes et indirectes (-73) affiche une tendance vers une balance négative. À l'inverse, son conseil d'administration (CACNAS) se trouve dans une situation très confortable avec un solde d'une balance positive de (+ 52), ce qui conforte notre analyse précédente.

5.2- Rapport de force MIDI

5.1.4. Vecteur des rapports de force MIDI

Le R_i^* est le rapport de force de l'acteur i tenant compte de ses influences et dépendances directes et indirectes et de sa rétroaction.

Tableau n°4 : Vecteur des rapports de force MIDI

	R_i		R_i		R_i
CNAS	0.60	CLN PRIV	0.39	MTESS	1.38
CACNAS	2.12	EMPLOCNAS	0.38	SAS	0.74
MED TRAIT	0.68	EMPYASSUJ	0.29	SNAPO	0.76
MSP	0.95	ETAT	2.33	BIT	0.53
PHARM	0.96	UGTA	1.60	InDuspha	1.28

Source : Résultat de MACTOR

Le R_i du conseil d'administration de la CNAS est presque équivalent à celui de l'État. Ces deux acteurs en raison de leurs influences directes et indirectes peuvent agir efficacement sur la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie.

5.3- Matrice de convergences (ICAA)

La matrice des convergences d'objectifs entre acteurs identifie pour chaque couple d'acteurs le nombre d'objectifs sur lesquels deux acteurs ont la même position (favorable ou opposé). Les valeurs représentent le degré de convergence : plus l'intensité est importante, plus les acteurs ont des intérêts convergents.

Tableau n°5 : Matrice de convergences (ICAA)

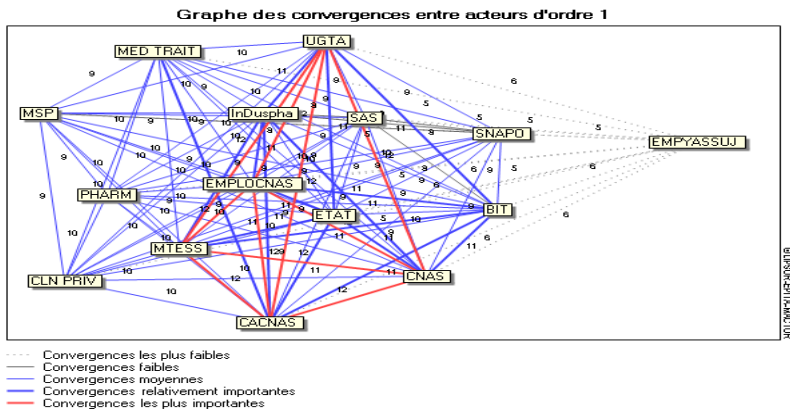
ICAA	CNAS	CACNAS	MED TRAI	MSP	PHARM	CLN PRIV	EMPLOCNAS
CNAS	0	12	10	10	10	10	12
CASNAS	12	0	11	10	10	10	12
MED TRAIT	10	11	0	9	10	10	10
MSP	10	10	9	0	9	9	10
PHARM	10	10	10	9	0	10	10
CLN PRIV	10	10	10	9	10	10	10
EMOLOCNAS	12	12	10	10	10	10	0

Tableau n°5 : (suite)

1CAA	EMPLYASSUJ	ETAT	UGTA	MTESS	SAS	SNAPO	BIT	InDuspha
EMPLYASSUJ	0	5	6	6	5	5	6	5
ETAT	5	0	11	11	9	9	10	10
UGTA	6	11	0	12	9	9	11	11
MTESS	6	11	12	0	9	9	11	11
SAS	5	9	9	9	0	8	8	8
SNAPO	5	9	9	9	8	0	9	8
BIT	6	10	11	11	8	9	0	10
InDuspha	5	10	11	11	8	8	10	10
nombre de convergences	76	138	145	154	121	119	134	132

Source : Résultat de MACTOR

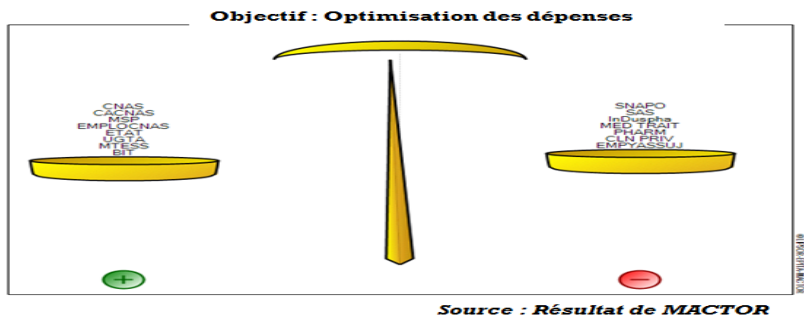
Figure n° 2 : Graphe des convergences entre acteur d'ordre 1



Source : Résultat de MACTOR

Ces convergences sont établies par rapport à des enjeux (objectifs), par exemple la balance des positions, par objectif, évaluées et pondérées par les rapports de force - Objectif : « Rationaliser les dépenses des assurances sociales » se présente comme suit :

Figure n°3 : Objectif : Optimisation des réponses



Source : Résultat de MACTOR

CONCLUSION

L'analyse stratégique, en tant que modèle de recherche sociologique, a été largement appliquée dans de nombreux domaines d'études. Son utilisation en tant que cadre conceptuel pour l'analyse des stratégies d'acteurs dans le domaine de la sécurité sociale présente divers avantages. En utilisant le cadre et le langage des idées de *Crozier et Friedberg* sur l'action organisée, on peut affirmer que les caractéristiques de la carte chifa et le processus de son intégration auprès des acteurs dans le domaine de la sécurité sociale montrent que la perception d'usage de cette technologie, grâce aux opinions recueillies lors d'entretiens réalisés auprès des acteurs principaux, notamment les offreurs de soins, est en décalage par rapport aux fonctions initiales prévues pour cette technologie.

Le jeu, entre autres, les alliances entre les acteurs ont formé des boucles de renforcement dans la structure de l'offre des soins, puisqu'ils considèrent que la carte chifa « n'est pas simplement un moyen de facilitation des procédures de remboursement, mais c'est un dispositif de contrôle des inputs des offreurs de soins et en même temps, un mécanisme d'information auprès des institutions de l'État, notamment les impôts ». L'enjeu ici est surtout la sélection adverse (anti sélection) due à l'asymétrie d'information entre l'initiateur de la carte chifa (la CNAS) et les offreurs de soins.

Plusieurs arguments appuient l'hypothèse d'opportunité au détriment de facilitation qu'apporte la carte chifa. Le niveau actuel des

mesures incitatives au profit des pharmaciens, en est la preuve pour se défendre face au risque de démythification des ressources en possession des offreurs de soins. Toutefois, ces mesures incitatives fournissent à ces derniers les ressources nécessaires pour exercer leur pouvoir sur la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie, notamment la consommation du médicament. D'autres arguments renforcent la perspective d'opportunité, à savoir, la résistance des médecins spécialistes à l'architecture actuelle du dispositif de conventionnement des professions de santé, et présente incontestablement un inconvénient majeur et rend la facilitation de la carte chifa limitée, et ce malgré les raisons évoquées et qui paraissent légitimes par exemple, l'actualisation de la nomenclature des actes médicaux et des tarifs de remboursement qui demeure une contrainte de fond pour passer à une étape supérieure en matière de conventionnement.

Fondamentalement, ces alliances sont potées par la qualité de gouvernance de la sécurité sociale et la politique sociale qu'emprunte l'État ;

Enfin, notre contribution offre différents apports théoriques et pratiques. Toutefois, elle comprend certaines limites qui ont trait au choix des acteurs externes de l'organisation, alors l'acteur interne n'a mérité que peu d'analyse. Une exploration plus poussée dans ce domaine pourrait enrichir le développement de la théorie sociologique et l'étude de ces questions.

Références bibliographiques

Ackoff R. L. (1999). Re-creating the Corporation. *New York: Oxford University Press*

Bardey D., Couffinal, A., & Grignon M., (2003). Efficacité et risque moral ex post en assurance maladie. In *Revue française d'économie*.

Bernoux P., Jean-yves B., Jean-claude C., & Martine M., (2001). « L'analyse des systèmes d'acteurs ». *Cahier n° 1: Diagnostics de territoire et systèmes d'acteurs*

Birkinshaw J, Hamel G. & Mol, M. J. (2008). « Management innovation ». *Academy of Management Review*.

- Brahamia B, (2007).** « Quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie ». *Université Mentouri. Constantine*
- Burz R.D, (2012).** « Development and social security system sustainability ». *University Library of Munich, Germany.*
- Catusse M., Destremau B & Verdier E, (2010).** « L'Etat face aux débordements du social au Maghreb » Formation, travail et protection sociale. Ed. Karthala. Paris.
- Crozier M., (1963).** « *Le phénomène bureaucratique* », Editions du seuil. Paris.
- Crozier, M., Friedberg, E. (1977).** « *L'acteur et le système* ». Editions du Seuil, Paris.
- Damanpour F., & Evan W.M., (1984).** « Organizational Innovation and Performance : The Problem of "Organizational Lag » ». *Administrative Science Quarterly*, 29(3): 392-409.
- Damanpour F., (2010).** « An Integration of Research Findings of Effects of Firm Size and Market Competition on Product and Process Innovations ». *Journal of Management, British.*
- Décret Exécutif n° 09-396 du 24/11/2009.** La convention-type : organismes de sécurité sociale et les officines pharmaceutiques.
- Derradji A., (2009).** « Droit de substitution: opportunité ou contrainte ». *Communication présentée à la 4ème journée pharmaceutique de TAZA.*
- Friedberg E., (1992).** « Les quatre dimensions de l'action organisée ». *In: Revue française de sociologie, Organisations, firmes et réseaux.*
- Godet M., (2007).** « *Manuel de prospective stratégique (2 tomes)* », l'indiscipline intellectuelle, 3^e édition, Dunod.
- Lionel R., (2013).** « Le financement de la protection sociale Présentation ». *Chaîne TDE.*
- Lombrail P., (2000).** «26. Accès aux soins ». *in Didier. Fassin éd., Les inégalités sociales de santé, Paris.*
- Mahfoud N., Brahamia B., & Yves C., (2017).** « Consommation de médicaments et maîtrise des dépenses de santé en Algérie ». *Algerian business performance review*

Merouani W., Hammouda N., & Claire E., (2016). « Les nouveaux déterminants de la demande de sécurité sociale : le cas de la région d'Alger », *Retraite et société*, vol. 73, no. 1, pp. 119-148.

MTESS (2010). Séminaire technique sur les reformes de la sécurité sociale : *organisé avec le bureau de liaison de l'AISS pour l'Afrique du nord.*

Olson M., (1965). « *The Logic of Collective Action: Public Goods and the Theory of Groups* » (Revised ed.). Harvard University Press.

Pauly M.V., (1968). "The economics of moral hazard: comment". *The American Economic Review*. 531-537.

Mallein Ph., & Toussain Y. (1994). « L'intégration sociale des technologies de l'information et de la communication : une sociologie des usages », *Technologies de l'information et société*.

Proulx S., (2015). « La sociologie des usages, et après ? », *Revue française des sciences de l'information et de la communication*.

Rogers E., (1995). « *Diffusion of innovations*: New York ». Free Press.

Romeyer H., (2008). « TIC et santé: entre information médicale et information de santé ». *tic & société*, vol. 2, no 1.

Von Hauff M., (2002). « The relevance of social security for economic development ». *Social Protection in South east and East Asia, Singapore: FES*.

Ziani L., & Ziani Z., (2012). « Rôle de la sécurité sociale dans le financement de la santé en Algérie ». *Université A. MIRA Bejaïa, Rencontre internationale 03 et 04/12/2012. Université de CHLEF*.