

**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

ÉCOLE NATIONALE SUPÉRIEURE DE MANAGEMENT

ENSM. PU. KOLEA



THESE

Pour l'obtention du diplôme de Doctorat L.M.D

Filière : Science de Gestion

Spécialité : Management des Organisations

**Les déterminants de l'innovation dans le secteur
de la sécurité sociale en Algérie : Cas de la C.N.A.S.**

Présentée par :
DIB Nourredine

Sous la Direction de :
Pr. BENGUERNA Mohamed

Membre du jury :

Mme. MESSAID Amina Hasna	Professeure, Directrice de l'Ecole Nationale Supérieure de Management	Présidente du jury
M. BENGUERNA Mohamed	Professeur, Directeur de recherche, CREAD	Directeur de thèse
M. BELARBI Yacine	Professeur, Directeur de recherche CREAD	Examineur
M. FEROUKHI Amine	Maître de conférences, Ecole Nationale Supérieure de Management	Examineur
Mme. TOUMI Djamila	Maître de conférences, Ecole Nationale Supérieure de Management	Examinatrice
M. LASSASSI Moundir	Maître de conférences, CREAD	Examineur

2019

Remerciement

Au moment de finir ce premier voyage dans le monde de la recherche, dont cette thèse est l'aboutissement, mais aussi la porte ouverte sur des ailleurs, je tiens à exprimer mes plus profonds remerciements à toutes les personnes qui m'ont accompagnées un bout de chemin ou tout au long de ce sinueux chemin que représente le parcours du doctorant.

*Durant ces quatre années, j'ai ressenti la confiance, l'exigence mais aussi la bienveillance de mon directeur de thèse, le **Pr. Dr. BENGUERNA Mohamed**. Il a cru en mes capacités, avant de parvenir à accepter mes choix et il m'a accompagné dans la concrétisation de cette thèse. J'ai beaucoup apprécié l'autonomie qu'il m'a accordée, son soutien et ses précieux conseils à différentes étapes. Enfin, au-delà d'un simple encadrement, j'ai aussi eu le sentiment de bénéficier d'un apprentissage rare. A travers ces quelques lignes je ne peux que lui témoigner ma plus profonde gratitude.*

*Je tiens aussi à remercier vivement la **Pr. Dr. Amina Hasna MESSAID**, Directrice de l'école nationale supérieure de management, qui m'a accueillie au sein de l'ENSM et qui m'a fait bénéficier d'un véritable parrainage dans le monde de l'enseignement et de la recherche, son perfectionnisme, sa rigueur, ses remarques aiguisées, mais toujours constructives et son humanité m'ont aidés à développer de nouveaux horizons de recherche, je la remercie également pour la reconnaissance et la confiance qu'elle m'a accordées en m'invitant à collaborer avec elle en acceptant de faire partie des enseignants vacataires de l'école.*

Je souhaite également remercier les examinateurs de la thèse Madame et Messieurs :

***Dr. TOUMI Djamila, Pr. Yacine BELARBI, Dr. Amine FERROUKHI, et Dr. Moundir LASSACI**, qui me font l'honneur de participer à mon jury de thèse et pour le temps consacré à la lecture et à l'évaluation de ce travail, et dont les remarques et commentaires seront, sans nul doute, des sources d'enrichissements pour mes travaux à venir.*

*Evidemment, ce travail n'aurait pu se faire sans le soutien, et l'encouragement de ma femme **Dr. MEDJTOUH Fadila**, et mes quatre enfants, **Med Ryad, Med Aymene, Med Nadjib et Lyndy**, je tiens, à cet effet, à les remercier tous.*

*Ce travail n'aurait pas non plus pu se faire sans l'excellent accueil de M. **Abdelmadjid CHEKAKRI** directeur général de la CACOBATPH et M. **Bouziani Hafez CHOUKRI** l'ex- directeur général de la CNAS, qui ont accepté de m'ouvrir leurs portes, en me réservant des espaces pour communiquer et échanger les concepts de ma thèse.*

« L'école nationale supérieure de management – ENSM- n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans la thèse, celles-ci devant être considérées comme propres à leur auteur ».

Sommaire

INTRODUCTION GENERALE	4
Chapitre premier : POSITIONNEMENT EPISTEMOLOGIQUE ET LE PREMIER SENS DE L'INNOVATION	13
Section 1. Les contours épistémologiques de la thèse	14
Section 2. L'innovation dans l'économie classique	22
Chapitre II : DU PROGRES TECHNIQUE VERS LES MODELES ET PROCESSUS D'INNOVATION	37
Section 1. L'innovation dans l'économie contemporaine	38
Section 2. La réussite ou l'échec de l'innovation : la perception sociologique	51
Chapitre III : LES PERSPECTIVES DE L'INNOVATION DANS LA SECURITE SOCIALE	63
Section 1. L'innovation peut-elle sauver la sécurité sociale ?	63
Section 2. L'innovation en mouvement dans la sécurité sociale	78
Chapitre IV : ETUDE EMPIRIQUE : ANALYSE DES DETERMINANTS DE L'INNOVATION DANS LA SECURITE SOCIALE	88
Section 1. La démarche méthodologique de l'enquête	88
Section 2. Présentation & discussion des résultats	97
CONCLUSION GENERALE	121
Bibliographie	130
Annexes	147
Table des matières	152

RESUME DE LA THESE :

La caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés –CNAS fait face à des dépenses supplémentaires ces dernières années. Il s'agit notamment des dépenses en matière d'assurance maladie, et plus particulièrement de la consommation du médicament. Plusieurs leviers ont été mobilisés afin d'atténuer ces dépenses, en s'inscrivant dans un vaste programme de modernisation. La carte chifa étant une des innovations technologique et de gestion a permis entre autre la facilitation des procédures de remboursement, cependant il 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 thèse vise à comprendre les déterminants et la dynamique de cette innovation, en passant par l'analyse des 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'Etat, le conseil d'administration de la CNAS, le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la sécurité 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'utilisation de la méthode MACTOR (Méthode, Acteurs, Objectifs, Rapports de force).

ABSTRACT

The national social insurance fund for salaried workers -CNAS faces additional expenses in recent years. These include health insurance expenses, and more specifically the consumption of the drug. Several levers have been mobilized to mitigate these expenses, as part of a major modernization program. The chifa card being one of the technological and management innovations allowed, among other things, the facilitation of reimbursement procedures, however it has been perceived by the health care providers in particular, since its use as an opportunity for earnings, of which today several worrying threats threaten to weaken Algeria's social security system and damage its sustainability.

The aim of this thesis is to understand the determinants and dynamics of this innovation, by analyzing the balance of power (influences and dependencies) between the different actors of the social security system of the 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 Labor, Employment and 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 use of the MACTOR method (Method, Actors, Objectives, Power Relations).

ملخص

يواجه الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجاء نفقات إضافية في السنوات الأخيرة. وتشمل هذه النفقات التأمين الصحي، وبشكل أكثر استهلاك الدواء. و لقد تم وضع برنامج تطوير و عصنة القطاع من اجل التخفيف من هذه النفقات، و كجزء من هذا البرنامج بطاقة chifa والتي تعتبر واحدة من الابتكارات التكنولوجية والإدارية و التي سمحت من بين أمور أخرى بتسهيل إجراءات التعويض، ومع ذلك فقد كان ينظر إليها على وجه الخصوص من قبل مقدمي الرعاية (الأطباء، الصيادلة و غيرهم، وذلك منذ استخدامها كفرصة للربح ، مما قد المثير يضعف نظام الضمان الاجتماعي في الجزائر والإضرار باستدامته.

الهدف من هذه الأطروحة هو فهم محددات وديناميكيات هذا الابتكار ، من خلال تحليل توازن القوى (التأثيرات والتبعيات) بين مختلف الجهات الفاعلة في نظام الضمان الاجتماعية للعمال الأجاء - CNAS - في الجزائر ومعرفة استراتيجيتهم في استخدام بطاقة الشفاء. تبين النتائج الرئيسية التي توصلنا إليها أن الصيادلة والدولة ومجلس إدارة CNAS ووزارة العمل والتوظيف والضمان الاجتماعي و UGTA هم ممثلون لديهم تأثير قوي على إدارة بطاقة الشفاء. يعتمد منهجنا المنهجي على تحليل ألعاب الممثلين. تعتمد أداة التحليل على استخدام طريقة MACTOR (الطريقة ، الجهات الفاعلة ، الأهداف ، علاقات القوى)

Introduction générale

Le travail est la colonne vertébrale de la croissance industrielle et du développement économique d'un pays. C'est le segment qui contribue le plus significativement au produit intérieur brut (PIB) du pays. Une main-d'œuvre heureuse est la base de la paix industrielle, ce qui se traduit par une production plus élevée et une plus grande activité économique.

Dans le même ordre d'idées, la sécurité sociale est de plus en plus considérée comme une partie intégrante du processus de développement. Elle contribue à créer une attitude plus positive non seulement aux changements structurels et technologiques, mais, aussi au défi de la mondialisation et à ses avantages potentiels en termes d'efficacité et de productivité. Ainsi, la sécurité sociale a été reconnue comme un instrument de transformation et de progrès social et doit être préservée, soutenue et développée comme telle.

L'Algérie en tant qu'Etat providence, s'est engagée à étendre les divers avantages de la sécurité sociale et de l'action sociale à ses citoyens. Cependant, la sécurité sociale en Algérie était traditionnellement la responsabilité de la famille ou la communauté en général, autrement dit, la famille étant un espace de protection et d'entraide.

Introduite en Algérie durant l'ère coloniale, la sécurité sociale reposera jusqu'en 1962 sur une législation restrictive quant à la population couverte et aux niveaux des avantages offerts par rapport à ce qui s'appliquait en France, faisant bénéficier principalement les couches de la population de souche Européenne et très peu d'autochtones.

Après l'indépendance, la politique mise en œuvre prend en charge le besoin légitime de protection sociale, devenu un droit reconnu pour tous, garanti et protégé par l'Etat.

Le développement de la sécurité sociale suivra alors des voies différentes, conformes aux objectifs d'une politique de protection sociale plus large et plus juste.

La première décennie postindépendance s'est caractérisée par la multiplicité des régimes (onze) et des organismes de sécurité sociale (quatre vingt deux) est s'est singularisée par deux faits importants :

- ✚ L'extension en 1968 du régime des allocations familiales au secteur agricole public.

- ✚ La prise en charge des risques des accidents de travail et des maladies professionnelles, par la sécurité sociale (1967).

En 1983, la sécurité sociale a connu une refonte totale visant l'unification et l'uniformisation des régimes et des avantages à servir en matière d'assurances sociales, de retraite, d'accidents de travail et de maladies professionnelles.

C'est ainsi, que les nombreux organismes existants ont été remplacés par deux caisses d'assurances sociales (**CNAS**) et retraite (**CNR**). Puis plus tard, d'un organisme pour les non salariés (**CASNOS**) et de couverture du risque chômage (**CNAC**).

La crise économique et la politique d'ajustement structurel ont eu pour effet, de ralentir la croissance économique, d'augmenter le chômage et donc de réduire sensiblement le nombre de cotisants et les ressources générés à un moment où les besoins sociaux n'ont jamais été aussi importants.

Si en 1986, 08 salariés actifs cotisants pour assurer le paiement d'une pension de retraite, ils ne sont aujourd'hui que 02 pour une pension selon des sources de la CNR.

De même en 1995 plus de 2/3 des assurés sociaux étaient actifs, en 2000 ils ne représentent que la moitié du total des assurés. En effet, la sécurité sociale algérienne fonctionne sur le régime de la répartition. C'est-à-dire qu'elle organise la solidarité entre les actifs et les inactifs : ceux qui travaillent payent les pensions de ceux qui ont cessé de travailler. Or pour qu'un tel système puisse fonctionner au moins en équilibre, il est admis qu'il faut qu'il y ait 7 à 8 actifs pour un inactif. Ce qui est loin d'être le cas.

Si les recettes globales ont relativement évolué de 25,6 milliards de DA en 1990 à 90,6 milliards de dinars en 1995 et à 157,8 milliards de dinars en 2000 pour atteindre 477,2 milliards de dinars en 2012, ceci s'explique principalement par :

- Le relèvement du taux de cotisation des travailleurs qui est passé de 5% à 9% (y compris les 0,5 des œuvres sociales) alors que celui des employeurs a évolué d'un seul point (de 24 à 25%).
- L'alignement du taux de cotisation des institutions et administrations publiques (IAP) sur le secteur économique.

En sus de ces deux facteurs, l'augmentation du volume de la population active a contribué également dans l'évolution positive des recettes de la CNAS.

Toutefois, le système de sécurité sociale reste pénalisé par les créances qu'il détient sur le secteur économique. En effet, en 2016, les créances de la Caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés (**CNAS**), détenues sur les entreprises publiques et privées, ont atteint des proportions importantes par rapport aux recettes qui ont frôlé en 2014 les 950 milliards de dinars.

Il est vrai que, l'évaluation du système de sécurité sociale en Algérie ne peut être abordé de façon linéaire, mais, aussi dans le cadre du rôle joué dans la politique sociale globale menée par l'Etat et qui se résume comme suit :

- La participation prépondérante au développement de la santé et au bien être de la population à travers la démocratisation de l'accès à la couverture sociale et sanitaire selon le principe de l'égalité.

- L'octroi de revenus de remplacement à des millions de travailleurs ayant perdu pour différentes raisons, leur revenu (retraite, maladie, invalidité, chômage) ;
- La contribution essentielle dans l'atténuation des effets de la crise économique et des programmes d'ajustement structurel ;
- Le soutien aux entreprises en difficultés à travers ses composantes : Assurances-chômage et retraite anticipé ;
- La contribution déterminante à la protection sociale des couches défavorisées et démunies (filet social) ;
- La contribution à la cohésion sociale, en tant qu'instrument de régulation sociale de distribution des revenus (achat de titre obligataires, dépôt à terme etc.).

Ainsi, en dépit des insuffisances, des difficultés et des obstacles rencontrés, le système de sécurité sociale continue d'assurer une couverture sociale globalement satisfaisante pour plus de 80% de la population du pays, entre assurés sociaux toutes catégories confondues et leurs ayants droit. Concrètement deux principales causes concourent à l'explication des difficultés que connaît le système : d'une part, la stagnation des ressources due à une régression du nombre de cotisants à plein temps, d'autre part, l'accélération des dépenses, en raison de l'accroissement de la demande de prestation par les bénéficiaires et leurs ayants droit.

Face à cette situation, il demeure, que la meilleure garantie de pérennité du système est la relance et la croissance économique, néanmoins, des mesures devraient être arrêtées et mises en œuvre dans le cadre de la modernisation du système, en intégrant de nouveaux système de gestion.

En tenant compte du contexte décrit ci-dessus et de l'importance de la sécurité sociale comme dispositif fondamental de la protection sociale du pays, nous posons la question suivante :

En quoi les stratégies des acteurs s'opposent-elles ou favorisent-elles la réalisation des objectifs de la carte CHIFA, étant une innovation de gestion au sein de la CNAS? Telle est la problématique de recherche à laquelle nous tenterons de répondre au cours de notre travail.

Objet du travail et choix du thème

Justement, c'est le volume important des investissements alloués aux solutions de modernisation et d'innovation dans le secteur de la sécurité sociale en Algérie, associé à l'appel sans cesse des responsables de ce dernier pour rationaliser et pérenniser le système de sécurité sociale, ces deux facteurs ensemble malheureusement à la fois contradictoire et

complémentaire, constitue un paradoxe intéressant et suscite notre intérêt particulier pour analyser les déterminants des innovations mises en place au sein de ce secteur.

Nous portons notre regard essentiellement sur une innovation administrative, entreprise par la caisse nationale des assurances sociale des travailleurs salariés- CNAS-. Il s'agit de la carte chifa qui constitue le point focal de notre recherche.

Nous recherchons, entre autre, la façon dont les acteurs de la sécurité sociale, construisent leurs influences et leurs stratégies autour de cette innovation, et ce, à travers l'analyse de leur positions (offreurs de soins, bailleurs de fonds, demandeurs de soins).

La connaissance du profil des stratégies des acteurs en fonction de leurs positions, permet aux caisses de sécurité sociale de repenser leur mode de gouvernance, et par conséquent profiter des effets positifs de la carte chifa en tant qu'une innovation de gestion.

Le choix de la thématique concernant l'innovation dans la sécurité sociale est par souci de traiter une question qui reste toujours d'actualité, il s'agit de l'apport de la carte chifa dans la maîtrise des dépenses de la sécurité sociale. Plusieurs autres motifs, nous ont motivé à choisir cette thématique, notamment, l'appel lancé par les organismes de sécurité sociale à l'effet d'initier toutes études pouvant apporter des solutions viables pour faire face à la nouvelle conjoncture économique.

De plus, notre cursus universitaire et nos recherches effectuées antérieurement, justifient également ce choix. Nous avons établi en graduation un mémoire de master portant sur le diagnostic organisationnel de la caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés –CNAS- à travers lequel, nous avons analysé l'organisation de cet organisme suite à l'implémentation de la carte chifa. Cette vision interne, nous a permis d'explorer les composantes du management sous l'effet de la carte chifa, notamment, la RH, la stratégie, l'organigramme etc.

En plus de cette source d'information, nous avons suivi une démarche explicative, basée sur l'investigation et l'exploitation des données et informations disponibles, des rapports et tout autre document ou étude, en relation avec le sujet.

Opter encore une fois pour cette problématique, est une occasion pour nous d'élucider des éléments qui suscitent toujours nos questionnements.

En effet, notre intégration dans une formation doctorale en management des organisations, a été une opportunité de traiter autrement, l'impact de la carte chifa, vue cette fois-ci par une vision externe. Par conséquent, creuser davantage l'impact des innovations de gestion sur le management de la CNAS, étant un établissement public.

C'est une occasion aussi pour élargir notre champ d'investigation sur la question de l'influence des acteurs externes dans le processus d'adoption et diffusion des innovations, de la voir avec une posture sociologique dont l'objectif principal est d'ordre compréhensif.

Eu égard de ce qui précède, s'inscrire dans une formation doctorale en management des organisations et mener un projet de thèse dans cette spécialité paraît un aboutissement logique, cependant, notre statut de praticien d'organisation depuis plus de 25 ans rend le défi difficile à relever. Parce que, l'engagement est de fournir une analyse plus efficace et impartiale. Il s'agit d'examiner et de reconnaître consciemment les hypothèses et les idées préconçues que nous apportons à notre travail de recherche et qui forment donc le résultat.

On s'est posé plusieurs questionnements quant à la piste à prendre pour aborder la thématique d'un point de vue statistique et sociologique à la fois.

Choix de terrain d'étude

Nous avons choisi la caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés –CNAS- parce que, nous la considérons comme une caisse « mère » dans l'architecture du système de sécurité sociale en Algérie. Puis, notre connaissance de cet établissement et particulièrement, de la carte chifa, sont les principales justifications de notre choix du terrain, il s'agit d'un domaine que nous avons pratiqué au quotidien, et ayant exercé des fonctions en son sein depuis son lancement officiel en mois avril 2007. D'ailleurs, « ce n'est que de l'intérieur que le chercheur peut concevoir ou tout juste approcher la diversité et les difficultés des trajectoires possibles des acteurs et de leur sites dans l'ensemble » **ZAOUAL, H (2002)**. La proximité et l'immersion dans le champ de la sécurité sociale, était pour moi un repère pour observer de l'intérieur les capacités managériales de la CNAS, appréhender le processus de cette innovation de gestion et sa finalité.

Il est vrai que, les terrains peuvent être nécessaires à l'élaboration des connaissances, « les démarches de production des savoirs pour et dans les milieux professionnels se multiplient » **Bouzon, Meyer, (2008)**. De sa part **Kohn. R.C (2001)** affirme que « la posture du praticien chercheur est un « cas limite », un analyseur « qui met en relief beaucoup de questions et de situations qui se posent à tout chercheur ». Aucun de nous n'est détaché de sa réalité. Nous sommes tous des êtres humains qui détiennent des opinions et des idées préformées, en fonction de nos expériences, et de ce, dont nous avons été exposés dans nos vies. Notre compréhension du monde, repose sur nos propres schémas de pensée et de comportement, nos valeurs personnelles, nos tendances politiques, notre culture, notre origine ethnique, notre religion, notre âge, notre genre et notre travail.

Appartenir au même territoire et partager les mêmes connaissances, nous a facilités l'interaction avec les acteurs externes impliqués dans le processus d'innovation.

Par ailleurs, lorsque, nous essayons de prendre la distance nécessaire par rapport au sujet de recherche, dans notre cas, la carte chifa, il n'est pas souvent facile d'oublier notre influence sur le processus. En effet, nos expériences, que nous portons avec nous, peuvent influencer de manière inhérente les décisions de recherche. A titre illustratif, la sélection des questions de l'entretien pendant l'entrevue avec les acteurs de la sécurité sociale, sont tributaires des hypothèses, qui sont la résultante de nos échanges antérieurs avec ces acteurs, et de notre perception sur leur pouvoir d'influence sur la sécurité sociale. Alors « la recherche peut se trouver ainsi au service de la professionnalité, comme la professionnalité au service de la recherche, se découvrant, se métamorphosant mutuellement dans leurs aspects les plus irréductiblement vivants. » **Perrault Soliveres, (2001).**

De plus, la nécessité de notre présence au moment des entretiens avec les acteurs ainsi que la contrainte temps nous a menés à choisir un terrain le plus proche pour nous. Mener une enquête avec les acteurs de la sécurité sociale, nous a épargnée des longs déplacements qu'exigent les rencontres directs avec les acteurs ainsi les absences répétées du poste de travail en étant responsable d'une partie de management de la CNAS.

Notre choix est aussi motivé par notre présence permanente dans le milieu de travail et les expériences acquises antérieurement qui ont été une source facile d'accès aux différentes données de gestion de la carte chifa.

C'est à travers nos relations quotidiennes, que nous avons pu trouver des acteurs externes qui ont accepté de s'engager avec nous dans les entretiens.

Toutefois, pour ne pas risquer que la subjectivité inévitable pour notre recherche, interfère dans la lecture de nos différentes représentations et avec l'analyse des entretiens, nous avons pensé de manière réflexive, c'est-à-dire, que tout au long du processus de recherche, nous avons réfléchi, en faisant du processus de recherche lui-même un point d'analyse, nous avons réduit, par conséquent, le risque d'être trompé par nos propres expériences et interprétations.

En même temps, nous avons estimé que, c'est un impératif d'exprimer notre attitude à l'égard du sujet en discussion, afin d'informer les lecteurs de la position alternative ainsi que pour faciliter leur meilleure compréhension de la situation. Pour nous, être réflexif dans notre démarche fait partie d'être éthiquement éduqué et mature dans la pratique de la recherche.

En somme, se considérer par rapport au contexte du terrain de recherche, dont, nous sommes des praticiens, est un exercice mental délicat.

Notre démarche s'inscrit dans une recherche-action parce qu'elle est utilisée dans une situation réelle, ensuite, son objectif principal est de résoudre des problèmes réels, qui relèvent d'un secteur d'activité bien déterminé, et de nous permettre étant praticien chercheur, de mieux comprendre les pratiques de changement dans le domaine étudié, à savoir, celui de la sécurité sociale. Dans ce sens, **Brown et Dowling (2001)** affirment que, « la recherche-action est un terme qui s'applique aux projets dans lesquels les praticiens cherchent à effectuer des transformations dans leurs propres pratiques ...».

Dès lors, la réalité que nous appréhendons en étudiant la sécurité sociale est une réalité que nous considérons complexe, qui prend un caractère social, et nous avons tenté de l'interpréter et la construire, en interaction avec les acteurs de la sécurité sociale.

L'intérêt du thème

Notre recherche présente un intérêt sur le plan de la recherche scientifique. Un intérêt non seulement d'ordre épistémologique et méthodologique, à savoir l'amélioration du cadre analytique pour étudier l'adoption des innovations de gestion dans le domaine de la sécurité sociale, mais aussi, d'ordre socioéconomique, parce que la compréhension des contributions actuelles ou potentielles d'acteurs, ou de groupes d'acteurs, à la performance et à la dynamique d'une innovation de gestion permet l'amélioration de la performance du système de sécurité sociale et principalement l'optimisation des dépenses du médicament et des soins. Autrement dit, la démarche adoptée permet de fournir une bonne illustration de plusieurs aperçus de la relation qui a émergé entre le bailleur de fonds et les offreurs de soins.

En conclusion, notre investigation a révélé peu de publications qui sont consacrées, au rôle des acteurs dans la réussite ou l'échec des innovations de gestion dans la sécurité sociale. A cet effet, nous proposons dans la présente contribution, l'analyse des effets induits par la carte CHIFA, étant une innovation de gestion, en tenant compte de la dynamique d'évolution du jeu des acteurs.

Chapitre I

Traiter la question de l'innovation exige une compréhension préalable de ce concept et de son évolution sur le plan théorique. L'innovation a fait, depuis longtemps, l'objet des théories des

sciences sociales. La science économique et la sociologie ont manifesté à travers le temps leur intérêt à étudier les différents processus de l'innovation. En s'appuyant sur des approches différentes voir même paradoxales, chacune de ces disciplines essaye d'apporter des éléments de réponse aux questions qui sont liées, entre autre, aux facteurs de réussite et aux facteurs d'échec de l'innovation.

L'innovation est interprétée en fonction du monde dans lequel se trouve, c'est-à-dire l'espace économique qui s'est profondément modifié a donné des sens divers à l'innovation. L'innovation dans une économie empirique fondée sur le travail humain n'a pas le même sens de l'innovation dans à une économie virtuelle.

En d'autres termes, ce chapitre scindé en deux sections, vise dans sa première section à éclairer sur les contours épistémologiques de notre thèse à travers une illustration du changement de paradigme et les interprétations y afférentes dans le domaine de la sécurité sociale, ensuite dans une deuxième section, l'ambition et de tenter d'extraire le rôle donnée à l'innovation dans un paradigme économique classique. Ainsi les approches économiques classiques apportent-elles des perspectives de modélisation ou d'analyse de l'innovation ?

SECTION 1. LES CONTOURS EPISTEMOLOGIE DE LA THESE

Nous avons estimé important de consacrer tout un chapitre pour expliquer la conception de recherche de notre thèse, non seulement parce qu'il s'agit d'un domaine qui relève des sciences sociales, mais, parce qu'il y va aussi du bon sens de comprendre d'abord, l'objet de recherche avant de dérouler le reste du protocole de recherche. En effet, par analogie, nous pouvons assimiler la conception de recherche à la construction d'un bâtiment. Alors, il est inutile de commander des matériaux de construction, de prévoir une date l'achèvement ou de planifier les étapes d'un projet de construction avant de savoir quel type de bâtiment que nous devons construire. Dès lors, il faut déterminer préalablement ce qu'il nous faut. Un immeuble de grande hauteur, une usine, une école, une résidence ou un immeuble à appartements etc.. Avant cette étape, évidemment, nous ne pouvons pas esquisser un plan, obtenir des permis, établir un horaire de travail ou commander du matériel.

De même, la recherche sociale a besoin d'une conception ou d'une structure avant que la collecte ou l'analyse de données puisse commencer.

Une conception de recherche n'est pas simplement un plan de travail qui détaille ce qui doit être fait pour mener à bien le projet mais c'est le plan de travail qui découle de la conception de la recherche du projet.

La fonction d'un plan de recherche est de s'assurer que les preuves obtenues nous permettent de répondre à la question initiale aussi clairement que possible. Obtenir des preuves pertinentes implique de préciser le type de preuves nécessaires pour répondre à la question de recherche, pour tester une théorie, pour évaluer un programme ou pour décrire avec précision un phénomène. En d'autres termes, lors de la conception d'une recherche, nous devons poser les questions suivantes: compte tenu de cette question de recherche (ou de cette théorie), quel type d'éléments de preuve est nécessaire pour répondre à la question (ou tester la théorie) de manière convaincante?

En effet, dans la recherche sociale, les questions d'échantillonnage, de méthode de collecte de données (par exemple, questionnaire, observation, analyse de documents), la conception des questions sont toutes subsidiaires à la question de «Quelles preuves dois-je recueillir?

La nature de la recherche indique que les chercheurs doivent utiliser des méthodes appropriées pour collecter et analyser les données de recherche et les appliquer de manière rigoureuse... Elle indique que le but de la recherche est d'étudier une question de recherche en vue de générer des connaissances. **Collis & Hussey, (2013).**

Le monde «objectif» de la science n'est qu'une interprétation du monde de notre expérience immédiate » **ANGEN.M.J., (2000).**

La «connaissance» est donc, en aucun cas, le résultat de la convention actuelle dans le monde de la science, généralement associée au choix épistémologique. Ce dernier est un moyen possible de production de la connaissance. **DE GIALDINO, I. V, (2009).**

En effet, nous pensons qu'il est important de décrire notre cadre épistémologique pour aider le lecteur dans la compréhension de ce travail de recherche. En plus des raisons évoquées ci-dessus, d'autres raisons motivent la production de ce chapitre, nous citons d'abord, le constat suivant : « auparavant, les chercheurs dans les études de gestion et particulièrement dans le management ont été critiqués pour être mal informés dans l'adoption de positions particulières en matière de recherche ». **Whitley. R, (1984).** Ensuite, les questions soulevées par **Martinet. A.C, (1990)**, qui se résument comme suit : n'est-il pas vrai que, l'ordre de ce qu'on appelle «connaissance scientifique» réduit les possibilités du domaine de la science sociale, dont le management fait parti ? Est-ce que, la «recherche qualitative» souffre encore, de la légitimité et des crises de représentation à défaut de l'objectivité que nécessitent les connaissances dites scientifiques ? Et ce, malgré que de nombreux étudiants et chercheurs sont en plein essor, et déploient de plus en plus de concepts et de langages épistémologiques. Par conséquent, la réflexion épistémologique est consubstantielle à toute recherche qui s'opère.

A cet effet, nous commençons à présenter succinctement, les principales caractéristiques liées à l'épistémologie de recherche dans les sciences sociales, puis, nous expliquerons le pourquoi de notre choix d'un positionnement épistémologique, adapté à la nature de notre recherche.

Selon **DE GIALDINO, I. V, (2011)**, l'épistémologie soulève de nombreuses questions, y compris:

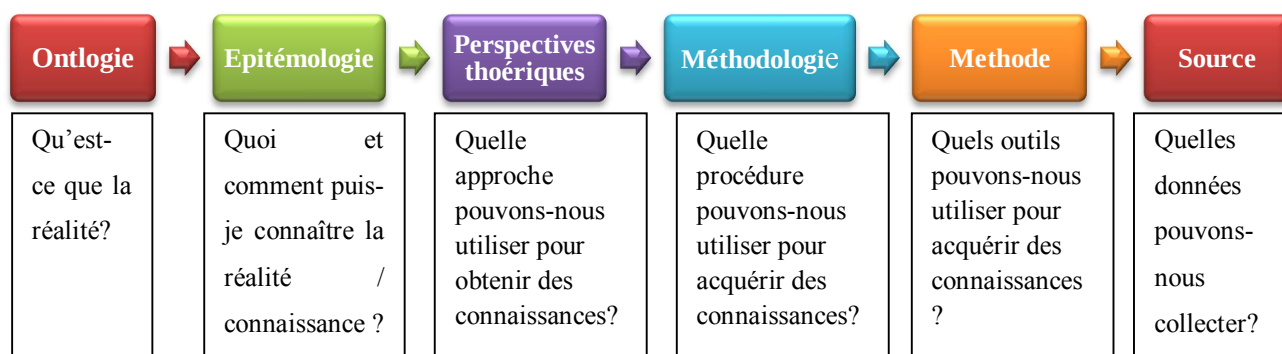
1. Comment la réalité peut être connue ;
2. La relation entre le connaisseur et ce qui est connu ;
3. Les caractéristiques, les principes, les hypothèses qui guident le processus de connaissance et la réalisation des résultats, et enfin, la possibilité que, ce processus soit partagé et répété par d'autres afin d'évaluer la qualité de la recherche et la fiabilité de ces résultats.

A notre égard, les réponses à ces questions nécessitent de prime à bord la définition du concept du paradigme dans les sciences sociales. Toutefois, le concept sur lequel repose la théorie sur la science, provient de **Thomas Kuhn**.

Selon **Guba, (1990)**, les paradigmes de la recherche peuvent être caractérisés à travers leurs:

1. Ontologie - Qu'est-ce que la réalité?
2. Épistémologie - Comment savez-vous quelque chose?
3. Méthodologie - comment s'y prendre pour le découvrir?

Le diagramme ci-dessous explique les termes ci-dessus et la relation entre eux:



La nouvelle habitude, depuis quelques années au moins, pour étudier le sens d'un mot, est de faire un raccourci, en premier lieu pour consulter l'internet, Alors, on peut tout d'abord, signaler que le moteur de recherche Google affiche pas moins de dizaine de pages concernant le concept de paradigme, comprenant au total une centaine de références francophones et ce, précisément le jour où nous l'avons interrogé.

Toutefois, les références en langue anglaise, nous paraissent plus robustes, puisque, l'inventeur du concept « paradigme », à savoir **Thomas Kuhn**, est américain. « Un paradigme de recherche est «l'ensemble des croyances communes et des accords partagés entre scientifiques sur la manière dont les problèmes doivent être compris et traités». **T.Kuhn, (1962).**

La littérature, nous révèle trois principaux paradigmes, à savoir, le positivisme, l'interprétativisme et le constructivisme. « Ces paradigmes au sens de Kuhn (1983), constituent autant de modèles, schémas intellectuels ou cadres de référence dans lesquels peuvent s'inscrire les chercheurs en sciences de l'organisation et revendique un positionnement réaliste » **R.A. Thiétart et coll. (2003).** Ces trois conceptions générales de la nature et de la science, qui vont nous permettre, non seulement d'appréhender et de connaître la réalité sociale, mais, aussi, du choix de l'une des conceptions, que va découler notre méthodologie de recherche.

Tableau N° 1. Positions épistémologiques des paradigmes, positiviste, interprétativiste et constructiviste

Les paradigmes Les questions épistémologiques	Le positivisme	L'interprétativisme	Le constructivisme
Quel est le statut de la connaissance ?	Hypothèse réaliste. Il existe une essence propre à l'objet de connaissance.	Hypothèse relativiste. L'essence de l'objet ne peut être atteinte (constructivisme modéré ou interprétativisme) ou n'existe pas (constructivisme radical).	
La nature de la « réalité »	Indépendance du sujet et de l'objet. Hypothèse déterministe Le monde est fait de nécessités	Dépendance du sujet et de l'objet. Hypothèse intentionnalistes. Le monde est fait de possibilités	
Comment la connaissance est-elle engendrée ? Le chemin de la connaissance scientifique	La découverte Recherche formulée en termes de « pour quelles causes... » Statut privilégié de l'explication	L'interprétation. Recherches formulés en termes de « pour quelles motivations des acteurs ... ». Statut privilégiée de la compréhension.	La construction. Recherche formulée en termes de « pour quelles finalités... ». Statut privilégié de la construction.
Quelle est la valeur de la connaissance ?	Vérifiabilité	Idéographie	Adéquation
Les critères de validité	Confirmabilité Réfutabilité	Idéographie Empathie (révélatrice de l'expérience vécue par les acteurs)	Enseignabilité

Source : R.A. Thiétart (2003). P14 & 15

Pour simplifier la portée du concept de paradigme, nous avons sélectionné une définition qui nous semble plus simple, « sans s'embarrasser des nombreuses controverses qui ont suivi son « invention » par Thomas S. Kuhn », **M. Morange, (1994).**

« Un paradigme est un ensemble cohérent d'hypothèses qui constitue un tout et qui offre au scientifique un point de vue sur les phénomènes qu'il étudie, une matrice qui conditionne son regard, une représentation du monde cohérente qui façonne sa manière de penser les phénomènes ». **Olivier. Martin, (2013).**

Le mot paradigme donc, implique l'idée d'un modèle à suivre, est bien adapté pour décrire ce qui se passe dans les sciences. Dans ce sens **Juignet. P, (2015)**, révèle que, «pour expliquer le concept du paradigme, T. Kuhn, prend ses exemples notamment en physique, et qu'il n'est pas le seul à avoir tenté de conceptualiser cet ensemble de questions, en référence aux sciences normales dont l'activité scientifique empirique, prédictive et productive s'appuyant sur un paradigme accepté par un groupe de la communauté scientifique ».

Cependant, la question reste posée à quel paradigme de recherche ma recherche appartient-elle? En termes très simples, et avant de répondre à cette question, nous pouvons résumer les deux principaux paradigmes ci-dessus, comme suit :

Les positivistes croient qu'il n'existe qu'une seule réalité, mesurable et connue, et qu'ils sont donc plus susceptibles d'utiliser des méthodes quantitatives pour mesurer cette réalité.

Les constructivistes croient qu'il n'y a pas de réalité ou de vérité unique et que, par conséquent, la réalité doit être interprétée. Ils sont donc plus susceptibles d'utiliser des méthodes qualitatives pour obtenir ces multiples réalités.

1.1. Le changement du paradigme et la réalité de la sécurité sociale

De notre part, et pour mieux cerner les divers sens du paradigme, nous proposons, l'analyse d'un exemple dans la sécurité sociale, pour tenter d'en extraire une signification commune.

Depuis, le milieu des années 1980, les systèmes nationaux de sécurité sociale dans de nombreux pays sont soumis à la pression de plusieurs directions. Les systèmes de sécurité sociale ou de protection sociale (souvent appelé «État providence») comme nous l'avons définis précédemment, peuvent être considérés comme un ensemble d'institutions, de mesures, de droits, d'obligations et de transferts dont l'objectif principal est de garantir l'accès à la santé et aux services sociaux ainsi qu'une sécurité du revenu pour aider à faire face à certains risques importants de vie (notamment perte de revenu due à l'invalidité, à la vieillesse ou au chômage) et enfin, prévenir ou atténuer la pauvreté.

D'un point de vue juridique mondial, la sécurité sociale a été reconnue comme un droit des personnes. Les instruments juridiques universellement négociés et acceptés, décrivent la sécurité sociale comme un droit fondamental de la société, et qui accordent ce droit à tous les êtres humains comme par exemple, la convention internationale n° 102 de la sécurité sociale.

La sécurité sociale en tant que droit de l'homme fait explicitement partie du mandat de l'OIT et est consacrée dans une série de conventions de l'OIT, le plus en vue est la convention qu'on vient de citer qui est devenue le modèle de sécurité sociale pour beaucoup de pays.

Ces pays, notamment, ceux qui sont industrialisés ont explicitement accepté ce droit et ont développé des systèmes étendus fournissant divers transferts sociaux comme une partie

inhérente de l'environnement d'après-guerre caractérisé par des taux de croissance économique élevés, en revanche, ces systèmes ont subi par la suite des tensions dans les conditions plus récentes de croissance réduite, rendent la tâche plus difficile, avec des perspectives économiques et un avenir imprévisible. Donc un nouveau *paradigme* économique s'est établi, dans lequel on s'aperçoit que toute augmentation de l'équité doit être échangée contre l'efficacité économique. De ce point de vue, certains observateurs considèrent que la sécurité sociale est un «luxue» qui peut être inabordable, en particulier dans les économies en cours de restructuration. Par conséquent, l'espace budgétaire disponible dans les économies nationales pour les transferts sociaux a été limité ou réduit.

Parallèlement, les nombreux systèmes de transferts, ont fait face à de nouvelles demandes déclenchées par l'évolution des modèles familiaux, le vieillissement de la population et le taux de chômage plus élevé. Cette combinaison de contraintes sur les systèmes nationaux de sécurité sociale a été exacerbée par des demandes de plus en plus stridentes pour des niveaux d'imposition réduits en réponse aux pressions concurrentielles réelles et perçues à mesure que le processus de mondialisation a pris forme à partir de la seconde moitié des années 90.

Le nouveau paradigme économique, dans lequel il est suggéré que le bien-être social doit être «échangé» contre la croissance économique en période de concurrence mondiale, influence naturellement le développement des systèmes de sécurité sociale dans les pays en développement où ils sont le plus nécessaires. À l'échelle mondiale, le résultat a été une augmentation de l'insécurité sociale.

La réforme Algérienne des retraites, introduite au début de l'an 2017, a été la première tentative de mise en œuvre des politiques suite à ce nouveau paradigme. L'abrogation de la retraite sans condition d'âge et le rallongement de l'âge de la retraite à 60 ans, a annoncé ce nouveau paradigme de la politique de retraite comme étant pertinent à l'échelle nationale.

En somme, le but de cet exemple est de montrer la possibilité de l'existence de deux paradigmes à la fois dans la réalité, toutefois, chaque paradigme possède ses propres mécanismes et conséquences. En d'autres termes, un changement de paradigme entraîne nécessairement un bouleversement car il influe directement sur la vision de la réalité et sur l'explication que l'on donne des éléments de cette réalité.

Par exemple, le fait que l'on sache que la sécurité sociale n'est plus un droit éternel, et elle est subordonnée des fluctuations économiques, influence notre conception de travail. De même, on peut penser que les faiblesses de l'Etat providence à assurer le même niveau des transferts sociaux vont sensiblement modifier notre paradigme de légitimité du modèle social prôné par

l'Etat providence. Notamment, devant l'incapacité apparente des gouvernements à faire face aux coûts des risques sociaux.

Par conséquent, l'idée qu'un paradigme est une sorte d'univers méthodologique et conceptuel dans lequel le scientifique peut opérer.

En lien avec notre thèse de recherche, on peut dire que, le changement de paradigme nous permet de se libérer de cette pensée stéréotype qui, nous fait espérer que l'innovation génère automatiquement des effets positifs.

1.2. La sécurité sociale : vers la fin de l'Etat providence

Comme nous l'avons illustré dans l'exemple précédent, nous considérons que l'Etat-providence dans le nouveau paradigme commence à marquer la rupture avec la conception linéaire de la sécurité sociale. Dans ce sens, nous considérons que, les pressions de la crise économique mondiale, ne sont pas sans conséquences sur le droit à la sécurité sociale, en d'autres termes, une bonne partie de ces systèmes de sécurité sociale ont connu une brutale contraction de leurs réserves depuis 2007, affectant leur viabilité à long terme. Bref, les systèmes de sécurité sociale devront relever le défi de continuer à faire face au chômage grandissant et au fardeau d'une demande forte de la sécurité sociale.

Nous ne considérons pas que, la réalité de la sécurité sociale comme invariante ; l'exemple de la consommation énergétique en est une preuve, puisque, pendant un siècle, nous utilisons nos modes de consommation d'énergie seulement pour découvrir que nous avons réchauffé la planète. Il semblait que notre façon de vivre était durable; En réalité, ce n'était pas le cas.

De plus, nous précisons que, notre vision de la réalité de la sécurité sociale, n'est qu'une apparence de la réalité, vue, à partir de notre position de praticien-chercheur, puisque entre la façon dont les choses semblent et comment elles sont réellement, c'est comme entre la subjectivité et l'objectivité. Dans cet ordre d'idées, nos connaissances sont parfois biaisées, tronquées ou, dans le pire des cas, manquantes, etc.

D'ailleurs, cette image de la réalité de la sécurité sociale telle que nous la voyons, nous renvoi à un deuxième élément fondamental de l'épistémologie, à savoir les limites de notre position de chercheur-praticien.

Il est vrai que la recherche-action, soit souvent associée à une sorte de recherche qualitative, alors qu'en réalité, « la recherche-action est fondée non seulement sur les méthodes qualitatives, mais aussi sur les méthodes quantitatives et mixtes ». **Martí. J, (2016).**

En fait, c'est l'accent mis par la recherche-action sur «l'écoute des voix» des participants qui la rend proche de l'approche qualitative.

En effet, les contributions portantes sur les méthodes mixtes en recherche-action sont encore rares, **Mertens, (2007)**, et ne systématisent pas l'intégration des méthodes qualitatives et quantitatives dans la dynamique participative. Cependant, dans le cadre de notre thèse de recherche, il est nécessaire de mesurer pour évaluer l'innovation et sa performance sur la sécurité sociale. Notre recherche est une recherche-action, parce que, nous sommes de concert avec les acteurs étudiés, puis, c'est l'aboutissement de la discussion théorique du concept de l'innovation et de sa relation avec la sécurité sociale, qui a guidé notre stratégie pour le choix d'une approche mixte. « La stratégie de recherche aide également le chercheur à utiliser des méthodes de collecte de données spécifiques pour étayer ses arguments », **Saunders. B.E, (2003)**.

Afin de satisfaire aux objectifs de la thèse, une recherche principalement qualitative a été menée. La principale caractéristique de la recherche qualitative est qu'elle convient principalement à de petits échantillons, alors que ses résultats ne sont ni mesurables ni quantifiables. Son avantage fondamental, qui constitue également sa différence fondamentale avec la recherche quantitative, est qu'elle offre une description et une analyse complètes du sujet de la recherche, sans limiter l'envergure de la recherche ni la nature des réponses des participants, **Collis & Hussey, (2003)**.

Cependant, l'efficacité de la recherche qualitative repose largement sur les compétences et les capacités des chercheurs, bien que les résultats puissent ne pas être perçus comme fiables, car ils résultent principalement des jugements et interprétations personnels du chercheur. Comme il est plus approprié pour de petits échantillons, il est également risqué que les résultats de la recherche qualitative soient perçus comme reflétant les opinions d'une population plus large **Bell, (2005)**.

Le choix de la recherche qualitative est justifié, d'une part, par la complexité des soins de santé et leur prise en charge par la sécurité sociale et, d'autre part, par la nécessité d'une gamme de méthodologies pour comprendre et évaluer ces complexités.

Tableau N°2 Caractéristiques de la recherche qualitative et quantitative

Recherche qualitative	Recherche quantitative
L'objectif est une description complète et détaillée.	L'objectif est de classer les caractéristiques, de les compter et de construire des modèles statistiques pour tenter d'expliquer ce qui est observé.
Le chercheur ne peut savoir que grossièrement à l'avance ce qu'il recherche.	Le chercheur sait clairement à l'avance ce qu'il recherche.
Recommandé lors des phases précédentes des projets de recherche.	Recommandé lors des dernières phases des projets de recherche.
La conception apparaît au fur et à mesure du	Tous les aspects de l'étude sont soigneusement

déroulement de l'étude.	conçus avant la collecte des données.
Chercheur est l'instrument de collecte de données.	Le chercheur utilise des outils, tels que des questionnaires ou du matériel, pour collecter des données numériques.
Les données se présentent sous la forme de mots, d'images ou d'objets.	Les données sont sous forme de chiffres et de statistiques.
Subjective - l'interprétation individuelle des événements est importante, par exemple, utilise l'observation des participants, des entretiens approfondis, etc.	Objectif: recherche de mesures et d'analyses précises des concepts cibles, par exemple, utilise des enquêtes, des questionnaires, etc.
Les données qualitatives sont plus «riches», prennent du temps et sont moins faciles à généraliser.	Les données quantitatives sont plus efficaces, capables de tester des hypothèses, mais peuvent manquer de détails contextuels.
Le chercheur a tendance à devenir subjectivement immergé dans le sujet.	Le chercheur a tendance à rester objectivement séparé du sujet.

Source : Adapté de: Miles & Huberman (1994, p. 40). Analyse qualitative de données.

En effet, pour connaître les déterminants de l'innovation dans le domaine de la sécurité sociale, nous avons jugé utile de valider les données par la convergence de l'information provenant des différentes sources (questionnaire auprès des assurés sociaux, ainsi que les données documentaires fournies par l'organisme de sécurité sociale). En effet, « la triangulation se réfère à l'utilisation de multiples méthodes ou sources de données dans la recherche qualitative pour développer une compréhension globale des phénomènes. », **Patton. M.Q, (1999).**

De manière générale, la triangulation méthodologique peut être définie, comme « le fait d'appréhender un objet de recherche d'au moins deux points de vue différents », **Caillaud, S. &Flick, U, (2016).**

Nous considérons que, ces deux approches sont impliquées de la même façon dans la compréhension des stratégies des acteurs dans la sécurité sociale, chacune les éclaire à sa manière, alors que, les données quantitatives, ne sont pas considérées comme plus ou moins vraies, elles apportent un regard spécifique sur l'ampleur de la consommation des soins par les assurés sociaux, qui est en lien avec les attitudes des professionnels de santé étant des prescripteurs.

Nous avons donc décidé de conjuguer ces deux types d'approches, et ce dans une perspective purement séquentielle selon laquelle l'approche quantitative constitue un préalable exploratoire dont les résultats sont ensuite utilisés pour expliquer une partie des résultats de l'approche qualitative. C'est dans ce sens que, l'on peut entendre les propos de **Koenig. G (1993)** qui souligne l'intérêt « de disposer d'une variété d'approches qui, chacune à leur manière, sont en mesure de rendre compte de certains aspects des réalités complexes auxquelles s'intéressent les sciences de l'organisation ».

Notre thèse porte sur un objet particulièrement difficile à aborder du point de vue méthodologique, notamment, du fait de sa complexité et de son invisibilité statistique.

SECTION 2. L'INNOVATION DANS L'ECONOMIE CLASSIQUE

Pour bien comprendre l'histoire de l'innovation, il faut revenir vers les œuvres des économistes classiques.

Adam Smith, (1776), a analysé les principaux éléments économiques de la terre, du travail et du capital et il ouvre la voie à l'innovation par le biais de la liberté du marché et la division internationale du travail, **D. Ricardo, (1817)**, va dans le même sens, affirmant, qu'il est préférable pour certains pays de se spécialiser dans des domaines dont ils sont relativement capables. **J.M.Keynes, (1936)**, s'intéresse, au comportement des agents économiques sur le marché, en évoquant le concept de l'imperfection du marché.

Apparemment, l'expansion de l'économie à leur époque, n'a pas permis d'aborder explicitement le concept de l'innovation. En revanche, leurs principales contributions, ont introduit les bases de l'entrepreneuriat et la liberté de l'action sur un marché. Il semble qu'une grande partie de ce que nous savons aujourd'hui sur l'innovation et son processus de mise en œuvre est enracinée dans les théories économiques des auteurs qu'en vient de citer, mais abordé avec d'autres concepts qui exerçaient la même fonction, comme par exemple : le progrès technique, l'entrepreneuriat, la croissance etc. De ce fait, nous attirons l'attention du lecteur, que tout au long de l'analyse de l'état des lieux du concept, nous avons consciemment relié l'innovation à la croissance et à la dynamique économique.

A ce titre, pour parvenir à cerner le concept de l'innovation à cette époque, nous proposons dans ce chapitre, de décrire le contexte global dans lequel est née (l'innovation), et enfin de connaître les facteurs qui favorisent son efficacité, son efficience et sa durabilité, et nous exposerons principalement, les travaux de cinq fondateurs de la pensée économique, **Adam Smith, D. Ricardo, JM. Keynes, Karl. Marx et L. Walras.**

2.1.Le courant du capitalisme libéral

Au début, **Adam Smith**, « économiste et fondateur de la pensée économique, considéré d'ailleurs, comme l'auteur emblématique du libéralisme » **Picon Dorothée, (2007)**, s'est distingué par son intérêt aux questions sous-jacentes qui relèvent, à la fois du champ philosophique et moral, mais aussi, ses questions par la suite, deviendront économique, surtout quand il s'agit de la description des échanges entre agents pour expliquer l'origine de la richesse des nations.

Adam Smith, affirme que l'augmentation importante de la productivité est provoquée par des améliorations graduelles de la technologie telles que la charrue et le moulin à maïs.

Cette idée constitue pour lui un élément clé dans son modèle qui explique la production et la distribution des richesses matérielles dans une économie capitaliste, de ce fait, il a mis l'accent sur le rôle moteur du profit, d'ailleurs, son statut philosophique et moral l'a opposé au système mercantile, le considérant nuisible à l'intérêt général de la société, du fait, de sa conception de la richesse.

Expliquant sa philosophie de la richesse, la monnaie et les métaux précieux pour lui, n'est qu'une perception rudimentaire, et ce ne sont pas la finalité de la richesse, plutôt, c'est l'ensemble de choses de la vie qui constituent la richesse, **Dorothée Picon, (2007)**.

2.1.1. Adam Smith et la voie vers l'entrepreneuriat

Ainsi, **Adam Smith**, ouvre une voie plus libre pour la notion de la richesse en préconisant un rôle limitatif pour le gouvernement, pour que le marché trouve sa place, il s'agit pour l'Etat d'exercer seulement fonctions régaliennes, notamment dans des domaines tels que l'éducation publique des adultes pauvres, un pouvoir judiciaire et une armée permanente.

Dans ce sens, **A. Smith** critique vigoureusement les règlements gouvernementaux anticoncurrentiels qui, selon lui, gênaient l'expansion industrielle. En fait, il s'oppose à la plupart des formes d'interférence du gouvernement dans le processus économique, y compris les tarifs en avançant l'argument que les tarifs créent une inefficacité et des prix élevés à long termes. Cette philosophie contre l'intervention du gouvernement sur les marchés est connue sous le nom de «laissez-faire», une notion selon laquelle un marché libre d'acheteurs et de vendeurs devrait dicter ce qui se passe sur le marché. Si nous nous appuyons sur cette hypothèse, nous considérons que, cette philosophie constitue d'ores et déjà, l'esprit de l'innovation, car, pour lui cela permet une amplification de l'entrepreneuriat.

Sur un autre plan, et à partir de son observation de la manufacture d'épingles, aux alentours des années 1776, **A. Smith** développe des arguments qui militent en faveur du pouvoir de la division du travail pour donner une explication à la notion de la productivité dans l'usine, cet argument devient important par la suite, pour appréhender l'idée de la division internationale de travail (**DIT**), celle-ci, selon lui, a permis aux pays qui avaient une division du travail de devenir plus riches que ceux qui ne l'ont pas fait. Plus précisément **A. Smith**, croyait que la principale innovation de l'usine de broches était la division du travail. Il explique d'ailleurs que, la division du travail se produit lorsque chaque personne effectue une tâche particulière et précise à plusieurs reprises.

Cette manufacture considérée par **A. Smith** comme prototype, se révèle comme une organisation avec une chaîne de valeur de production de l'épingle, organisée de bout en bout, et si l'on se fonde sur ce raisonnement, on peut avancer que cela peut dénoter l'existence de deux formes d'innovation, d'abord, *organisationnelle*, du fait de la division verticale et horizontale du travail, puis *technologique*, considérant que l'invention des machines pour cette manufacture est une étape primordiale de l'innovation, contrairement aux constats faits par **Alain Villemeur**, (2005), affirmant qu'**A. Smith** n'a retenu que l'innovation organisationnelle en faisant référence à la même réalité économique de l'époque.

Par conséquent, **Smith** affirme que la division du travail rend les sociétés plus riches, parce que les gens peuvent faire beaucoup plus quand ils divisent le travail entre eux, une société dans laquelle la division du travail est avancée sera beaucoup plus productive que les autres sociétés.

Par ailleurs, **A. Smith** soutient que « c'est l'attitude de la maximisation de l'intérêt individuel sans prise en compte des conséquences défavorables de la décision sur l'utilité collective », toutefois, ce raisonnement met en exergue l'un des concepts fondamentaux dans le déroulement d'un échange sur le marché, mais aussi, suscite plusieurs interrogations, entre autre, il suppose que les individus, à vrai dire, les acteurs sur le marché ou dans la société, peuvent réaliser des profits au détriment de l'utilité collective. Cela corrobore le sens qu'a apporté **Mark Pauly**, (1968), qui conclut que cela « ...entraîne une perte de ressources pour d'autres biens ou services et donc une perte de bien-être collectif », un tel comportement aboutit en définitive, à une contraction du processus d'innovation, du fait d'une attitude risquée (aléa moral) des individus ». Cette importance accordée à l'utilité collective, par **A. Smith**, à notre sens, vise à éviter les comportements opportunistes qui augmentent le risque de perte.

Eu égard à ce qui précède, le concept ainsi examiné, en lien avec la pensée de **A. Smith** peut être décliné en trois niveaux :

- ✚ Au niveau de l'organisation : la division de travail et la spécialisation favorisent l'intelligence et habilité des travailleurs et donc l'invention (cas de la manufacture des épingles), en conséquence, il y a reconnaissance explicite du concept de l'innovation organisationnelle.
- ✚ Au niveau du marché : la critique du protectionnisme par **A. Smith** ouvre la voie nécessairement aux initiatives, en termes modernes, il s'agit de « l'entrepreneuriat » ;
- ✚ Au niveau du pays : si l'on admet que le rôle attribué par **A. Smith** à l'Etat (protectionniste) est exceptionnel pour expliquer le libre-échange et même l'origine de la

croissance économique, toutefois, la doctrine défendue reste pour lui les bienfaits du libre-échange, selon cet angle d'analyse, il est possible de dire que cela permet d'alimenter un flux permanent d'innovation.

Cette vision sous-jacente de l'innovation a caractère économique et commerciale décelée dans la pensée et les observations d'**A. Smith**, n'est qu'une conception de la richesse et par conséquent de la croissance, dont tout, repose sur le nouveau patrimoine qui provient des investissements dans les fermes et les usines, pourtant sur le côté opposé se trouve l'économiste britannique **John Maynard Keynes**, qui pense que la croissance dépend des dépenses des consommateurs. En effet, le débat entre les deux points de vue sur la croissance a donné lieu à plusieurs visions à l'explication de celle-ci, entre autre la vision de **Paul Romer, (1990)**, qui insiste sur le postulat que c'est « les idées qui constituent les choses qui stimulent la croissance économique ». En somme, nous considérons que la création de la richesse réelle vient de l'innovation, qu'il s'agisse d'améliorations mineures ou de nouvelles inventions majeurs.

De ce point de vue, les politiques de croissance les plus importantes qu'un Etat peut exercer ne doivent pas concerner les taxes ou les dépenses, mais en accélérant le rythme de l'innovation.

2.1.2. Le premier sens de l'innovation chez D. Ricardo

Il est hors de doute que la vision d'**A. Smith**, s'accorde parfaitement aux hypothèses développées dans les travaux de **D. Ricardo**, qui va renforcer l'analyse d'Adam Smith en montrant que même lorsqu'un pays est plus efficace que les autres dans plusieurs domaines, il a néanmoins intérêt à se spécialiser, donc **D. Ricardo**, prônait la nécessité d'une spécialisation des tâches pour augmenter le gain de productivité de l'agriculture, d'ailleurs, de ses travaux notamment « les principes de l'économie politique et de l'impôt (1817) », il ressort l'importance cruciale du *progrès technique* dans le retardement de la situation de l'état stationnaire, en effet, de l'analyse de **D. Ricardo**, on peut imaginer déjà, un premier sens, plus explicite du concept de l'innovation, qu'à cette époque on l'appelait *progrès technique*, nous considérons que ses travaux abordent prématurément, l'impact de l'une des formes de l'innovation (technique) sur la société. Pour **D. Ricardo**, selon les conclusions de **Geneviève Schméder, (1989)**, il s'agit de rechercher « l'effet que des perfectionnements mécaniques produisent sur les différentes classes de la société, sachant que la part qu'obtient chacune d'elles varie à chaque époque, en fonction des perfectionnements des machines, d'une meilleure division et distribution du travail, et de l'habileté toujours croissante des producteurs

dans les sciences et les arts », ainsi peut-on dire que les travaux de **D. Ricardo** complètent l'analyse d'**A. Smith**, pour ne pas dire que c'est le même souci « le devenir du capitalisme ». Parallèlement, à cela, un deuxième déterminant, se dégage des hypothèses de **D. Ricardo**, il s'agit de la situation du marché international qui se caractérise selon lui, par une imperfection, notamment, en matière d'information. Ce même marché, que lui-même (D. Ricardo), fait la démonstration de son caractère bénéfique en termes de libre-échange, le prescrivant, d'ailleurs, comme une règle de croissance des nations.

Quoi qu'il en soit, ses travaux ont permis par la suite, à la construction des théories du commerce international, depuis deux siècles déjà.

2.1.3. Le comportement des agents économiques sur le marché : L'option keynésienne

Après **Adam Smith** et **D. Ricardo** il y a **John. M. Keynes**, qui se démarque par son étude du comportement des agents sur le marché financier, dont ses conclusions révèlent une inefficience des marchés financiers, du fait de l'«esprit animal» des individus sur le marché financier, cette qualification utilisée par **J.M. Keynes** en 1936. Cette inefficience, selon lui, serait en premier lieu, liée aux investissements dont les individus agissent d'un besoin spontané, alors que la rationalité exige une évaluation des incertitudes d'un investissement à long terme.

A partir de l'inefficience du marché, on peut imaginer que ce dernier ne s'auto coordonne pas, or, l'argument cité plus haut, qu'a développé **Adam Smith**, stipule que les marchés libres conduisent à des résultats efficaces, "comme par une main invisible", en conséquence, les deux visions ne vont pas dans le même sens.

Dans le même ordre d'idées, si l'on examine les hypothèses de **J.M. Keynes** concernant l'imperfection des marchés, évidemment, ces derniers s'efforcent de surmonter les asymétries d'information, alors que, depuis longtemps la modélisation formelle en économie s'est concentrée sur les modèles dans lesquels l'information était parfaite. En réalité, que même une petite quantité d'imperfection de l'information pourrait avoir un effet profond sur la nature de l'innovation, de ce fait l'information sur le marché constitue une source d'avantage concurrentiel et de performance supérieure, que les entrepreneurs doivent exploiter.

Ceci implique, aussi que les entrepreneurs devant rechercher les moyens par lesquels peuvent limiter les conséquences de l'asymétrie d'information, d'autant que, toutes les étapes du processus d'innovation, nécessitent de la bonne information.

L'inefficience du marché, nous intéresse dans le cadre de cette thèse, notamment pour ce qui est de l'information sur les individus dans un marché, pourtant l'information est un élément-

clé, malheureusement souvent inaccessible. En définitive, nous estimons que, l'information sur les individus dans un marché est un préalable au lancement des projets ou des investissements, de surcroît que, les interactions entre ces individus, que nous les considérons, comme des acteurs, vont conditionner la réussite de ces investissements, pour ne pas dire le succès des innovations.

Dès lors, il devient plus important de consacrer une plus grande attention au marché, parce que non seulement il constitue le lieu de diffusion des innovations, mais aussi, le débat est encore frais sur la question de ce qui crée l'innovation, la demande ou l'offre ?

Par ailleurs, **M. Keynes** affirme que la demande crée son propre approvisionnement, réfutant ainsi la loi de **J. Baptiste Say**. Les hypothèses de **M. Keynes**, et sa doctrine économique fournissent un aperçu sur l'importance de la demande (consommateurs) dans le cycle des investissements, autrement dit, la remise en cause la loi de **B. Say**.

En effet, **B. Say** qui « se veut un continuateur de l'œuvre de SmithMais, en même temps, il entretient un rapport critique à Smith notamment lorsqu'il est question de la différence entre les profits de l'entrepreneur et les profits du capital», **Philippe. Steiner, (1997)**.

B. Say, développe donc, une loi qui a été largement acceptée tout au long du 19ème siècle dans l'économie classique, qui stipule que c'est l'offre qui constitue une demande. En effet, le débat est encore frais, entre les chercheurs qui font parti de la vision de **M. Keynes**, et quelques chercheurs contemporains qui cherchent à réhabiliter la loi de **B. Say**, en l'exemptant de la critique de **M. Keynes**. Même si nous considérons que, la consommation (la demande) est une fonction importante pour la production (l'offre), c'est-à-dire, sans les consommateurs disposés à acheter un produit, les fournisseurs ne feront pas partie de leurs activités, de surcroît que les dépenses de consommation entraînent l'économie, il existe par ailleurs des produits(offre) sans pour autant qu'elle soit exprimée préalablement par la consommation(offre).

Dans ce sens, **Joseph Alois. Schumpeter, (1954)** a écrit que «la loi de Say est évidemment vrai, néanmoins, ce n'est ni trivial ni immuable ».Selon Schumpeter, la loi résulte directement des interrelations entre les producteurs qui agissent dans une économie distinguée par la division verticale du travail. Bref, il n'est peut-être pas très exagéré de constater que la loi de **B. Say** met l'individu (l'utilisateur), dans une situation de passivité, c'est-à-dire il ne consomme que ce qu'on lui offre, alors qu'en réalité il a des besoins à exprimer aux offreurs des biens et services.

En outre, on peut mieux comprendre, pourquoi quelques innovations peuvent ne pas être acceptées (diffusées), faute d'un besoin qui n'a pas été exprimé, ou à la limite par manque de co-construction du processus d'innovation avec l'utilisateur.

En conclusion, nous estimons, que le courant libéral classique notamment approché par **A. Smith** et **D. Ricardo**, aborde des questions d'ordre macroéconomique, c'est-à-dire l'offre et la demande agrégées. Cependant, ils reconnaissent implicitement les notions, de l'innovation et du rôle de l'information dans les échanges entre les agents économiques.

Cette reconnaissance est ancrée dans les deux grands principes suivants:

- ✚ L'individualisme des agents économiques : autrement dit l'utilitarisme, la maximisation des satisfactions et la minimisation de l'effort, cette attitude dans une relation d'échange, met l'une des parties contractantes dans une situation d'asymétrie d'information ;
- ✚ L'affirmation de la liberté économique : D'abord, c'est la liberté d'entreprendre et l'initiative de créer, bref, ces deux éléments sont importants dans l'innovation.

2.2. Le courant marxiste

2.2.1. L'innovation entre le politique et la perspective économique

Selon **J.A. Schumpeter, (1854)**, « Karl Marx est l'un des premiers à tenter d'élaborer un modèle explicite du procès capitaliste ».

J.A Schumpeter affirme que « les premiers travaux de **Karl Marx**, ont été consacrés aux origines du capitalisme et à l'aberration de la concentration des richesses, dans un petit nombre de mains », cependant, **Karl Marx** ne reconnaît pas le droit à la propriété privée, d'ailleurs, **Gaëlle Blanc, (2008)**, le confirme « il (Karl Marx) défend la propriété privée et l'économie concurrentielle, il est conscient des inégalités sociales de son époque et refuse d'assimiler le progrès économique au progrès social ». En effet, le concept de propriété dans les écrits de **K. Marx** est au cœur de sa philosophie sociale et politique ainsi que de sa théorie de l'histoire, à cet effet, les arguments qu'il développe sont contre la propriété privée quant celle-ci est liée notamment au capitalisme, qui selon lui la propriété privée est en fait un moyen de séparer les classes au sein de la société. En conséquence, pour lui c'est cette propriété qui est utilisée comme moyen pour opprimer les pauvres, crée de l'incohérence, de l'exploitation et l'aliénation.

Justement dans le sillage de la propriété privée, et à la lecture de l'œuvre de **K. Marx**, nous avons pu dissiper la confusion sur l'idée reçue, comme quoi, le raisonnement de **K. Marx** et à l'encontre de l'innovation, or, les marxistes ne sont pas contre le progrès technologique, et que **Marx** lui-même considère que, l'investissement dans la technologie est l'un des moyens

pour accroître les capacités de production dont les capitalistes obtiennent un avantage temporaire sur leurs concurrents. Mieux encore, il considère que les nouvelles technologies sont indispensables au développement des forces productives et donc de la société en général. Le problème pour lui, est qu'avec le capitalisme, un tel progrès technologique comporte des contradictions. C'est dans le cadre du capitalisme qu'il affirme que la technologie est loin de nous libérer, sert à nous asservir. **K. Marx**, évoque plusieurs arguments, entre autre celui du chômage massif, qui existe parallèlement à ceux qui travaillent 50 à 60 heures par semaine, et c'est pendant ce temps, que les riches deviennent encore plus riches.

Dans cette perspective, **K. Marx**, démontre inéluctablement la fin du capitalisme en donnant comme preuve ses crises, et sans nul doute, pour lui, la grave dépression économique de l'Angleterre, fait parti des ses arguments, sans compter la France et l'Amérique du Nord qui ont connu des crises périodiques de surproduction.

Karl Marx soutient que, le développement du capitalisme provoque la grande misère, notamment pour de nombreux artisans et paysans, et il estime que, la lutte des classes, entre les capitalistes et les prolétaires, est l'un des indices révélateurs, sur l'accumulation croissante du capital par l'accroissement de la plus value différentielle, c'est-à-dire, produire une quantité importante pour le même volume de travail, notamment, quand il s'agit de la découverte d'une innovation technologique. Même, si à première vue il semble que, **K. Marx** n'a pas accordé une primauté à l'innovation, comme élément central pour expliquer la croissance, néanmoins, sa position tend à la considérer comme un mécanisme lié au processus de production. D'ailleurs, une partie de sa vision de l'évolution économique est qualifiée de juste par **Schumpeter, (1942)**, qui affirme que « la vision de Marx était juste, nous pouvons donc nous y rallier en associant la transformation sociale spécifique qui se poursuit sous nos yeux avec l'évolution économique qui en est le moteur initial ».

Sur un autre plan, **K. Marx**, qui emprunte la théorie de la valeur à **David Ricardo**, il considère que, le mode de production capitaliste (industrie/prolétariat), c'est-à-dire les forces productives et les rapports de production engendrent des contradictions, voire de l'opposition entre la bourgeoisie et le prolétariat, inversement, ce mode permet dans un premier temps un développement des forces productives (la période de prospérité), cependant, **K. Marx** prévoit dans un deuxième temps la période de crise. Suivant ce principe, on peut affirmer que **K. Marx**, reconnaît du moins, l'innovation étant un moteur de croissance durant la période de prospérité du capitalisme.

2.3. Le courant néo-classique

À la fin du 19^{ème} siècle, « les économistes néoclassiques ont recentré leur travail sur les principes fondateurs **d'A. Smith** (concurrence et propriété privée) et ont mobilisé une série d'outils d'investigation scientifique », **Sophie Boutillier, Dimitri Uzunidis, (2014)**.

L'entreprise a disparu et est devenue une combinaison de facteurs de production, il s'agit de la fonction de la production. Une nouvelle vision de l'entreprise comme une organisation, qui obéit à un ensemble de règles fonctionnelles établies par l'entrepreneur en tant que décideur. Dans ce contexte, l'entrepreneur est devenu comme une sorte « d'intermédiaire entre les marchés (de facteurs de production, de marchandises, etc.). **Sophie Boutillier, Dimitri Uzunidis (2011)**.

2.3.1. L'innovation et l'entrepreneur rationnel

La recherche indique que **Léon. Walras** est le principal fondateur de l'approche néoclassique, impliqué dans l'analyse de la dynamique économique, la qualité de son œuvre reconnue, comme une base et prolongement des analyses économiques contemporaines , « Si le système de **Walras** n'est peut-être en dernière analyse qu'un vaste programme de recherche, il est encore, à cause de sa qualité intellectuelle, la base de presque toutes les meilleures œuvres de notre temps. » **Schumpeter, (1954)**.

Une des hypothèses fondamentale que, **L. Walras** pose comme condition pour la dynamique économique, est la concurrence pure et parfaite du marché, dont la place de l'entrepreneur, est perçue comme un intermédiaire. Parmi de nombreuses critiques imposées sur le modèle de **L. Walras**, celles de **Joan Robinson, (1975)**, qui affirme que le modèle de concurrence pure et parfaite, ne peut fonctionner efficacement que dans une économie planifiée, en d'autres termes, en l'absence d'incertitude et le risque. De ce fait, on note que la question des marchés en situation de monopole reste posée. Par conséquent, sont nombreux les auteurs qui ont conclu que le modèle de **L. Walras** n'est pas une représentation de la réalité économique, mais une sorte d'idéal que l'économie réelle cherche à aborder.

En outre, « **L. Walras**, n'a pas construit une théorie claire de l'entrepreneur, même si pensée est basée sur la libre entreprise », **S. Boutillier, D. Uzunidis, (2014)**.

Vu de cet angle, l'entrepreneur dans la théorie de **L. Walras** est un agent économique comme le travailleur ou le consommateur, il n'est pas un individu exceptionnel, contrairement aux descriptions de **J. B. Say, S. Boutillier, D. Uzunidis, (2012)**. En effet, « **J. B. Say**, fait de l'entrepreneur une pièce maîtresse de la dynamique économique. L'entrepreneur au centre du «grand échange de la production est l'intermédiaire entre toutes les classes de producteurs et

entre ceux-ci et les consommateurs». **Paul Laurent, (1989)**. Alors que pour **L. Walras**, son rôle est simplement, la combinaison des différentes ressources, de la même manière que l'entreprise. En conséquence, la représentation de l'entrepreneur, et de l'entreprise dans la vision des néoclassiques restent une boîte noire, autrement dit, c'est un entrepreneur rationnel qui cherche à maximiser son profit par la meilleure combinaison des facteurs de production. Un tel postulat se fonde sur l'hypothèse substantielle des agents.

2.3.2. L'entrepreneur face à la rationalité délimitée

Carl Menger de sa part « a construit un cadre théorique différent, de la dynamique économique, puisqu'il met l'accent sur l'incertitude qui influence » **P. Le Masne, (2002)**, son analyse économique (contrairement à celle de **L. Walras**) tend à retracer la dynamique évolutive du capitalisme en insistant sur la cause essentielle du progrès qui réside dans la croissance de la connaissance.

Le processus qui conduit les agents économiques à prendre des décisions est relativement plus complexe que celui imaginé par **L. Walras**, car l'information disponible pour les agents économiques n'est pas parfaite. Cette connaissance peut être utilisée dans les interactions des comportements individuels. De ce point de vue, la thèse de **Carl Menger** relative à l'importance de la connaissance entre agents économiques, nous permet, d'annoncer d'ores et déjà, le concept d'asymétrie d'information qui est crucial pour réduire les risques et les incertitudes sur le marché.

En outre, dans la vision de **L. Walras** « l'équilibre général dénote que, toutes les parties dans un échange (producteurs et consommateurs) sur un marché sont toutes satisfaites, et ne cherchent pas, donc à améliorer leur situation », **Bernard Valade, (2015)**. Encore, **L. Walras** affirme que « les agents (ménages et firmes) qui, par tâtonnement trouvent un accord sur les quantités et les prix de l'échange, se trouvent ainsi dans une situation d'équilibre général ». De ce fait, on peut affirmer, qu'il y a une remise en cause indirectement de l'innovation et de l'imperfection de marché, et ce pour au moins deux raisons, d'abord, il n'y a pas l'esprit d'initiative et d'amélioration tant qu'il y a utilité maximum des agents économiques, ensuite, tous les producteurs ne se ressemblent pas, et ils sont motivés par le besoin d'accomplissement à des degrés divers, en dégagant du profit. En d'autres termes, la rationalité des agents économiques, donne naissance à une égalité d'accès à l'information, ce qui renvoie à la représentation théorique du comportement de l'homo-économus, or, l'intuition, la créativité et l'opportunisme des producteurs, sont autant des caractères de l'entrepreneur. Pourtant, l'information asymétrique est une situation extrêmement fréquente dans la réalité.

Sous cet angle, **Yves Thépaut, (2002)**, affirme que « l'information obtenue est utile pour prendre des décisions avantageuses, elle procure également des gains et recouvre dès lors, la qualité de bien rare, utile et pouvant faire l'objet d'échange, c'est-à-dire le statut de bien économique ».

Finalement, si l'on se fie à l'analyse de **L. Walras**, nous déduisons que l'innovation et la crise économique ne relevait pas des ses ambitions. Cela peut-être dû au monde économique qu'il imagine sans incertitude ni risque. Pourtant « **J.A. Schumpeter** a en fait, adopté ce que **L. Walras** a initié », **S. Boutillier, D. Uzunidis, (2012)**.

Dans ces conditions, il est possible que **L. Walras** soit proche de la vision de **K. Marx**, d'ailleurs, **Andrée Kartchevsky et Marlyse Pouchol, (2011)**, concluent que, **L. Walras** « reconnaît la légitimité de l'objectif de justice sociale poursuivi par le courant socialiste proclamé par **K. Marx**, et ce, malgré son optimisme envers le système libéral concurrentiel, sa nuance est soulevée quant aux moyens pour atteindre cette justice sociale ».

Toutefois, parmi les économistes néoclassiques, qui se sont intéressés à l'histoire économique et ayant abordé la notion d'entrepreneur, **Alfred Marshall**, qui sous l'angle de la concentration du capital, il distingue au moins deux types d'entreprises des différentes étapes de l'histoire économique : l'entreprise individuelle, incarnée par l'entrepreneur, le propriétaire du capital et la société à responsabilité limitée, incarnée par le gérant (l'actionnaire joue un rôle relativement mineur). **Marshall**, observe deux périodes d'évolution de l'entrepreneur, la période de la pré-industrialisation et la deuxième période à la fin du 19^{ème} siècle. Durant la première période, l'entrepreneur industriel, occupe une position centrale, du fait du pouvoir d'estimer avec précision l'investissement requis et recruter le travail nécessaire. À partir de la fin du 19^{ème} siècle, la socialisation du capital a divisé la fonction de l'entrepreneur, entre le gérant et les actionnaires. Le responsable s'occupe, donc, de l'orientation stratégique de l'entreprise, mais il est salarié et n'a aucun risque inhérent à la gestion ; En cas d'échec, il risque, selon **A. Marshall**, sa réputation et son travail.

Les actionnaires, en revanche, supportent les risques mais délèguent presque toutes leurs fonctions en tant que propriétaires de l'entreprise aux gestionnaires.

Dans l'ensemble **A. Marshall** considère que, l'entrepreneur et le gestionnaire divisent le marché entre eux. Le premier survit grâce à son dynamisme et à sa capacité d'innovation et le second s'appuie sur la solidité d'une grande organisation qui, le protège des dangers de l'incertitude. Certes, il manque d'énergie et d'initiative par rapport à l'entrepreneur.

Cependant, les moyens financiers importants à sa disposition lui permettent d'exploiter les nouvelles idées de l'entrepreneur. Le rôle de chacun est clairement différent.

L'entrepreneur n'est pas obligé de justifier les décisions qu'il prend, contrairement au gérant qui doit obtenir l'approbation de son conseil d'administration ou même de tous les actionnaires. C'est peut être là, qu'on retrouve la genèse de la théorie des contrats comme résolution des problèmes liés à l'asymétrie d'information comme nous l'avons signalé plus haut.

Il est à noter qu'**A. Marshall**, enfin met l'accent sur le charisme de l'entrepreneur qui lui permet de manager son personnel, ce qui nous mène à déduire que ce n'est pas tout les économistes néo-classiques qui laissent invisible le concept de l'entrepreneur, en revanche, de nombreux principes communs du courant néoclassique sont partagés, notamment le principe de la rationalité des agents économiques, et l'intervention de l'Etat pour diminuer les charges sociales en vu d'un équilibre.

Hormis, le principe de la rationalité des agents économiques, dont nous l'avons mentionné antérieurement, on note que, les économistes classiques depuis **A. Smith** mettent le concept d'équilibre entre l'offre et la demande et le rôle de l'Etat dans la dynamique économique au centre de la théorie économique, et à cet égard, la conception néoclassique préconise de réduire les salaires et les charges sociales, puisque, pour les néoclassique ceci constitue un coût du travail trop élevé qui est la cause du chômage. Ils conseillent également de diminuer les dépenses publiques et sociales » **Pigou, (1933), Rueff, (1932)**, et ce contrairement à la conception de **M. Keynes**. Dans ces conditions, on peut dire que l'esprit de l'entrepreneuriat et de l'innovation, dépasse l'équilibre statique tel que formalisé notamment par **L. Walras**.

Une telle représentation de l'univers économique, élaborée par **L. Walras**, abordant l'équilibre général dans une vision statique, est reprise synthétiquement dans un esprit plus dynamique par **J.A. Schumpeter**, ou des explications plus fines, seront abordées dans le deuxième chapitre.

En conséquence, les interrogations des économistes néoclassiques sur les relations entre les entrepreneurs et le système (l'économie du marché) ont été approfondies, mais tant la rationalité veut que, tous les individus soient placés sur un pied d'égalité dans un marché, ceci, revient à dire que la place de l'innovation dans ce courant économique reste mitigée.

Conclusion

Chercher à définir et à comprendre le sens de l'innovation dans l'économie classique, est une tentative pour maîtriser la genèse du concept. C'est en traversant les différentes périodes de l'économie classique qu'on peut mieux assimiler et comprendre les perceptions des économistes de cette époque par rapport au concept de l'innovation.

En passant en revue les principales contributions sur les théories économiques, il est ressorti, dans la théorie mais aussi dans la pratique, que le paradigme économique de l'époque ne s'occupait pas de l'innovation en tant que telle, malgré que le modèle de l'Homo oeconomicus évoqué par le courant classique met l'accent sur l'individualisme des agents économiques et l'affirmation de la liberté économique. Les différentes théories de l'économie classique revues, malgré les changements importants de l'époque sur le plan politique, économique ou encore culturel, il semble que celle-ci n'a pas imposée l'innovation comme moteur du développement de la société. La notion de l'innovation et malgré la présence de tous les ingrédients fournis par les capitalistes pour construire un cadre conceptuel de l'innovation, cette dernière est restée bien souvent floue et assez sommaire.

Il résulte des théories des courants : classique, néoclassique et marxiste, pour ce qui est du concept de l'innovation, n'apportent pas beaucoup de systématisation du concept, plutôt leur centre d'intérêt, soit ceux qui sont en faveur du marché aussi bien ceux qui critiquent le capitalisme se regroupent en trois théories: la théorie de la valeur, la théorie de l'équilibre général, la théorie de l'emploi. De ce fait, il ne se dégage des grandes théories économiques classiques aucune méthode de prévoyance conduisant-à-des règles d'action pratique en matière d'innovation.

Nous tenterons donc de montrer que le changement du contexte économique et l'évolution des tensions et de combinaisons entre les approches en sciences de gestion, en sociologie, en économie etc., a permis d'aborder le processus d'innovation au travers des modèles et des cadres théoriques et d'imposer le sujet de l'innovation étant notion d'actualité. Le chapitre qui suit a justement pour objet d'analyser certaines approches théoriques qui mettent au centre de l'analyse du processus d'innovation et du changement technique les interactions entre acteur.

Chapitre II

L'innovation est considérée pendant longtemps et de manière stéréotypée comme l'affaire des petites entreprises et des jeunes entreprises, car elles ont tendance à être très dynamique, mais comme nous le verrons, c'est également un aspect vital et viable des grandes entreprises.

Le plus important dans une innovation est de pouvoir concrétiser une idée en un concept réussi. Pour ce faire, il faut suivre un processus long et complexe. Ainsi la réussite d'une innovation nécessite la compréhension de son processus, d'ailleurs, c'est ce qui différencie un processus d'innovation réussi d'un processus d'innovation infructueux.

Le bon sens pratique veut que l'innovation soit une amélioration d'un service ou d'un produit par rapport à son état actuel. Dorénavant, nous pouvons en dire, que l'innovation ne se limite pas à la taille de l'entreprise ou à un secteur spécifique.

Par conséquent, l'innovation est ouverte à tous les acteurs du monde des affaires. L'innovation ajoute de la valeur aux services ou aux biens que fournit une organisation, de ce fait, nous devons nous poser des questions sur l'innovation et ses différents modèles et processus. Donc nous examinerons dans ce qui suit, les différentes définitions de l'innovation ainsi que les modèles associés. Ceci permettra aussi d'appréhender les risques qui y sont liés.

SECTION 1 : L'INNOVATION DANS L'ECONOMIE CONTEMPORAINE

Tout le monde, depuis Auguste Comte, est resté d'accord sur le fait que la science doit engendrer la prévoyance nécessaire à l'action, **Fourastié, J, (1949)**. Cependant, comme nous l'avons précisé dans la conclusion du chapitre précédent, à l'époque des classiques de l'économie, l'innovation est restée sans cadre formel.

1.1. Joseph Schumpeter entre la théorie de J.M. Keynes et la théorie néoclassique

Nous l'avons précisé au début de ce chapitre que, pour **J.A. Schumpeter**, les hypothèses prônées par les néoclassiques, particulièrement, « la structure de marché, qui ne reflète pas la réalité économique, ou encore, le producteur qui devient entrepreneur au sens de **J.A. Schumpeter**, est à la recherche d'une situation de monopole ne correspondant guère à la concurrence pure et parfaite perçue par L. Walras, **Sophie Boutillier, Dimitri Uzunidis, (2011)**.

Au début du 20ème siècle **J.A. Schumpeter** a développé sa théorie pour compenser les lacunes du modèle de **L. Walras**. Pour Schumpeter l'entrepreneur est le moteur de la «destruction créatrice»; Ensuite, il explique que l'impulsion fondamentale qui définit et maintient le moteur capitaliste en mouvement provient des biens des nouveaux consommateurs, des nouvelles méthodes de production et de transport, les nouveaux marchés, les nouveaux types d'organisation industrielle - créée par l'entreprise capitaliste.

Donc c'est grâce à « l'entrepreneur innovateur », que la dynamique du capitalisme est maintenue, ce sont des progrès réalisés sur le plan quantitatif (augmentation du volume de production) et qualitatif (des idées nouvelles), cette course vers le profit (excédents sur le coût) ce n'est que par le biais de l'innovation.

1.2. Définition du concept de l'innovation

Le mot «innovation» représente une «construction» complexe, un concept de dimensionnalité et de conceptualisation large et divergente, pratiquement toutes les publications, les écrivains et les gestionnaires ont une vision différente de la conceptualisation de «ce que cela signifie». En soi, il s'agit d'un défi méthodologique majeur.

Justement c'est l'hétérodoxe¹ **J.A.Schumpeter**, est le premier qui a mis les fondements théoriques du concept de l'innovation. D'ailleurs, il fait référence dans son œuvre, qu'il est ni keynésien, ni néoclassique. Quoique, sa thèse, va dans la continuité des néoclassiques, notamment, quand il s'agit du profit recherché par le système capitaliste, ce profit qui est une

1.Selon plusieurs auteurs, **J.A. Schumpeter** a la particularité de n'appartenir à aucune école.

récompense de l'entrepreneur selon Schumpeter. En effet, c'est à lui que, revient le mérite de dessiner les contours du concept de l'innovation. Pourtant le sens de l'innovation existait, déjà à l'époque que le précédée.

J.A. Schumpeter, à partir de 1912 a popularisé le concept de l'innovation, en théorisant l'évolution de l'économie dans un système capitaliste. Pour lui, l'innovation est « l'ensemble des idées nouvelles qui augmentent la productivité ». Cependant, une de ses conséquences, est le phénomène de la «destruction créative», celle-ci, fait référence au changement apporté à un système économique par l'innovation. Autrement dit, le remplacement des anciennes technologies par de nouvelles, de ce fait, les entreprises qui innover deviennent donc capables de bénéficier d'une position quasi monopole, qui peut être menacée par l'imitation ou de nouvelles innovations. Ainsi, il devient nécessaire d'innover continuellement pour maintenir le leadership du marché.

Toutefois, l'innovation telle que définit par **J.A. Schumpeter**, mène souvent à une modification du marché, alors que, des innovations internes peuvent ne pas engendrer ce changement, d'ailleurs, le manuel d'Oslo, **OCDE**, définit l'innovation de façon plus large « une innovation est la mise en œuvre (implémentation) d'un produit (bien ou service) ou d'un procédé (de production) nouveau ou sensiblement amélioré, d'une nouvelle méthode de commercialisation ou d'une nouvelle méthode organisationnelle dans les pratiques d'une entreprise, l'organisation du lieu de travail ou les relations extérieures ».

Bref, « l'innovation est l'un des facteurs les plus importants de la performance concurrentielle des entreprises dans l'environnement commercial moderne », **G.Rubera & Kirca. A.H, (2012)**. Alors que, certaines organisations ont choisi d'innover pour se différencier, d'autres sont forcées d'innover pour survivre.

1.3. Les différents modèles de l'innovation

Étant donné que **J.A.Schumpeter** a établi l'importance de l'innovation, de nombreux travaux de recherche ont été développés pour étudier ce phénomène. Ces recherches ont abordés les différentes facettes de l'innovation, les ressources, des processus, des comportements, des caractéristiques et des déterminants de l'entreprise qui renforcent la capacité d'innovation. Dans ce contexte, il existe plusieurs systèmes et modèles de l'innovation qui ont été proposés depuis le cadre théorique de **J.A. Schumpeter**, pour organiser et donner un sens aux différents aspects qui doivent être gérés pour permettre à une entreprise d'être innovante.

La majorité de ces modèles sont influencés par la littérature de développement de produits, comme l'entonnoir d'innovation, **Wheel wright & Clarke, (1995)**, le processus de démarrage **Cooper, (1993)** et le processus d'innovation de produit **Crawford, (1994)**.

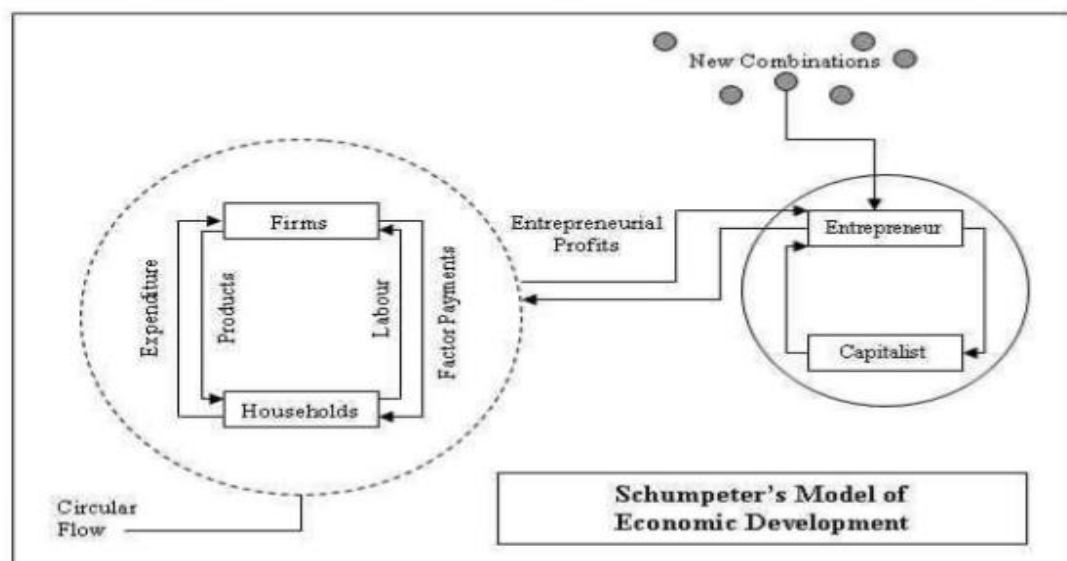
Indépendamment de la nature et du type de système de gestion de l'innovation proposé, la gestion systématique de l'innovation au niveau de l'entreprise est très complexe, car le phénomène lui-même est influencé par de nombreuses variables et activités interconnectées, qui peuvent être internes ou externes à l'entreprise.

Ainsi, même les systèmes génériques ne peuvent être adoptés sans adaptation pour un réglage particulier pour chaque entreprise. On note, qu'il n'y a beaucoup de travaux qui visent à cartographier efficacement et analyser de manière critique les modèles et les systèmes de gestion de l'innovation proposés dans la littérature académique.

Dans ce sens, l'objectif de cette section est d'identifier et d'analyser les différents modèles de l'innovation. Une telle analyse est utile pour soutenir la proposition de nouveaux déterminants de l'innovation dans le secteur de la sécurité sociale.

Si l'on retient les hypothèses de **J.A. Schumpeter**, qui considère que, le moteur du circuit économique est l'introduction de la nouveauté. Ainsi le premier modèle de l'innovation lui appartient. Il s'agit du modèle du développement économique:

Figure N°1. Modèle du développement économique de J.A. Schumpeter



Ce cadre théorique de l'innovation, a ouvert la voie à beaucoup d'auteurs, pour une meilleure maîtrise du concept, ces auteurs considèrent d'ailleurs à ce jour, le concept d'innovation comme un concept polysémique, traité par de très nombreuses études dans le champ des sciences sociales, il est de plus en plus utilisé pour expliquer et justifier les changements dans les stratégies des organisations.

Dans ce sens, et à partir de la catégorisation de l'innovation telle que établie par **Schumpeter**, que de nombreux auteurs ont défini et opérationnalisé le concept, mais avant de

prendre connaissance de ces modèles, nous précisons que, **Odile. Lakomski-L, (2006)**, dans son article « faut-il lire Schumpeter », apporte une critique de fond sur le caractère économique du modèle schumpétérien, dont il précise que les travaux de **Schumpeter** « réside dans une analyse économique, qui prend en compte le caractère dynamique et systémique du capitalisme et qui souligne les interactions entre le fonctionnement des mécanismes purement économiques et des institutions qui l'encadrent ».

D'ailleurs, ceci, corrobore la vision **d'E. Shannon et E. Rogers**, quand au « caractère linéaire et mécanique de l'innovation ainsi élaboré par J.A.Schumpeter », **P.Y. Badillo, (2013)**. Ce dernier, défend un modèle communicationnel, dont il attribue un rôle crucial au consommateur dans le processus d'innovation, « les usagers ont un rôle qui peut devenir crucial, à travers les possibilités de ré-innovations numériques dans le cadre d'une approche communicationnelle et sociale » d'où la systémique du processus d'innovation. Il convient de préciser que « c'est Eric Von Hippel (1988) qui a été l'un des premiers à montrer l'importance des usagers qui vont créer des innovations adaptées à leurs propres besoins. Cependant, cette approche intègre des objectifs marketing » **P.Y. Badillo, (2013)**.

A la lumière des conclusions d'**E. Shannon, E. Rogers & Odile, (2006)**, nous nous somme investi davantage pour relire avec plus d'attention l'œuvre de **Schumpeter**.

Faut-il le rappeler que, l'innovation vue par **Schumpeter** comme source de croissance, est un constat partagé par presque tous les auteurs, néanmoins, nous posons quelques interrogations sur les aspects liés à la nature de l'innovation et son processus de déroulement. D'abord, la relation entre la notion de « la destruction créatrice » et les structures de marchés, est peu visible dans la réalité économique. C'est-à-dire, le cycle de destruction et création ne peut exister que dans une situation concurrentielle, parce qu'il existe en réalité des rentes monopolistiques comme par exemple, le domaine de la protection sociale, de l'informatique (Microsoft), de l'aéronautique etc.), autrement dit, en l'absence de concurrents dans un marché, la destruction créatrice ne devient plus une conséquence de l'innovation.

Ensuite, **Schumpeter** considère que, l'entrepreneur et le banquier représentent les deux acteurs complémentaires du processus d'innovation. En effet, en 1912, dans sa « théorie de l'évolution économique », il met l'accent sur le rôle primordial des banquiers, qui par leur financement des entrepreneurs encouragent l'innovation technologique, l'accumulation de capital et stimulent ainsi la croissance économique. Si tel est le cas, l'entrepreneur et le financeur, sont deux parties indépendantes. C'est-à-dire, ce n'est pas celui qui investit qui est l'entrepreneur, même si les deux peuvent être confondus. Cela, nous mène à s'interroger sur l'enjeu de l'entrepreneur, qui lui-même le financeur de son projet d'innovation. Parce que la

réalité économique et sociale contemporaine, à travers beaucoup d'exemples nous le confirme, en conséquence la notion du risque, qui normalement existe entre le banquier et l'entrepreneur change de dimension. Dès lors, l'attitude de l'entrepreneur change en fonction de l'ampleur du risque.

En admettant que, l'entrepreneur joue à la fois le rôle de l'offreur et du financeur, et qu'il se trouve dans une situation de monopole selon la vision de **Schumpeter**, alors, dans cette situation, l'entrepreneur est face à un autre type de risque, qui est celui du consommateur ou de l'utilisateur de l'innovation, finalement ce type de risque est peu abordé par **J.A. Schumpeter**. En définitive, cette illustration nous mène vers l'idée du modèle communicationnel de l'innovation.

De ce point de vue, nous sommes en droit d'en déduire qu'il y aurait par extension, un comportement d'opportunisme (risque), dans l'usage d'une innovation par un consommateur, cette innovation, dont il n'est ni financeur ni entrepreneur, notamment, si celle-ci est offerte sans l'expression du besoin et/ou elle est imposée.

En ce qui concerne, le profil de l'entrepreneur, que **Schumpeter** le qualifie de créateur et d'aventurier, il est vrai qu'il est souvent à la recherche de nouvelles combinaisons productives, cependant, on ne peut ignorer que ses motivations profondes, sont principalement les bénéfices supplémentaires, ce sont en définitive des innovations à prédominance économiques et commerciales.

Cette conception purement, économique ou commerciale de l'innovation, est considérée par **J.A. Schumpeter** comme étant un moteur de croissance et de réussite au profit des organisations à tous les niveaux, peu importe sa nature, qu'elle soit une innovation de produit, de procédé, de nouveau marché, d'une nouvelle organisation, etc. souvent elles génèrent des bouleversements dans les comportements économiques (niveau et modes de vie).

Si l'on retient hypothèse du caractère économique de l'innovation, prônée par **Schumpeter**, ainsi donc, les finalités sociales de l'innovation sont reléguées au second plan.

Pour sa part, **Dennis Harrison**, (2012) affirme que « de plus, l'économiste d'origine autrichienne n'a pas prévu que l'innovation sociale allait prendre une place importante dans le développement des sociétés industrialisées vers la fin du XXe siècle », il conclut « qu'au-delà de la vision traditionnelle de l'innovation centrée sur le profit et l'avantage économique, il y a des besoins sociaux pressants », en conséquence, la logique purement économique de l'innovation n'a pas apporté de nouvelles solutions en matière sociale, et il va de soi que, cette approche économique est à l'origine de pas mal de crises sociales.

1.3.1. Incidence du modèle économique de l'innovation sur l'orientation de la recherche sur l'innovation

Notons que, malgré de nombreux appels, comme **M. Gosselin, P. Mévellec, (2003)** et **Wolf, (1994)** à prendre en compte les autres formes d'innovation « managériale, sociale, etc.), nous constatons encore, dans la récente littérature, beaucoup de travaux théoriques et empiriques avec la prédominance du caractère économique, notamment en France. Non seulement l'usage des instruments scientifiques à caractère économique, mais surtout, les terrains de recherche que relève de la manufacture (industrie).

Dans ce sens, certaines études, ont montré que les facteurs associés à l'innovation diffèrent significativement en fonction du secteur d'activité, **R. Rothwell, (1974), Le Bars, (2001) Souitaris, (2002), Freel, (2003), De Jong & Vermeulen, (2006).**

En effet, nous avons, recensé pas moins de huit thèses de doctorat soutenues publiquement et au moins cinq thèses encours, sans compter une vingtaine d'actes de colloque et d'articles scientifiques, toutes ces références, ont étudié le concept de l'innovation et au-delà de leurs apports scientifiques et savoirs académiques, l'état des lieux du concept de l'innovation, en règle générale, a couvert un champ très large de l'innovation dans l'industrie manufacturière, reléguant ainsi, le secteur de services au second rang, de plus, les auteurs se sont préoccupés à analyser l'innovation des entreprises face à leurs concurrents, encore une fois, le cas de l'innovation au sein d'une entreprise qui détient le monopole n'a mérité que peu d'attention.

Plusieurs visions d'analyse se dégagent de ces travaux de recherche, nous citons, les études de cas usités par **François Romon, (2003)**, dans le cadre de sa thèse de doctorat, dont il a montré clairement des préférences d'analyse du concept dans une situation de concurrence pure et parfaite, de même son usage du schéma classique des cinq forces de **M. Porter**, sous prétexte que « l'école libérale orthodoxe de l'économie industriel » dans les années 1950-1960, considère que le marché joue un rôle moteur dans le développement du progrès technique », ce qui consolide sa vision, que l'innovation soit une réponse à la concurrence, en revanche, la pression de la concurrence, n'est pas le seul facteur qui induit des comportements innovatifs, tandis que, beaucoup d'organisations ont adopté des innovations, alors qu'elles ne subissent pas de concurrence, parallèlement, les préférences de **François Romon**, des domaines d'activités pour explorer le concept d'innovation sont exclusifs du champ des activités de services, au même titre que, **W. Ben arfi, (2014)**, dont les travaux de recherche ont porté sur « l'articulation entre management de l'innovation et management des connaissances », au sein du secteur agroalimentaire en Tunisie, malgré qu'il aborde une question prépondérante dans le

processus d'innovation qui est la connaissance et l'information, en revanche, les cas retenus pour sa recherche sont constitués de groupes industriels, d'autant plus, que **Ben arfi**, ouvre d'autres pistes de recherche à des observations empiriques pour mobiliser des théories sociologiques, qu'il n'a pas intégré dans son travail doctoral. Justement, l'apport de notre thèse est focalisé sur l'importance de l'analyse sociologique du processus de l'innovation dans un domaine non manufacturier.

Bref, parmi les travaux de recherche que nous avons exploré, une proportion importante, présente des préférences en premier lieu, pour le secteur de la manufacture, et en deuxième lieu pour une structure de marché concurrentiel. Le tableau ci-après montre quelques thèses de doctorat élaborées par des chercheurs français et ayant abordé le concept d'innovation avec ces deux préférences :

Tableau N°3 : Quelques thèses de doctorat en France, ayant abordé le concept d'innovation dans le domaine de la manufacture et dans un marché concurrentiel.

Ordre	Intitulé de la thèse	Auteur	Année	Secteur d'activité	Phrases témoins de la structure de marché
1	Le management de l'innovation. Essai de modélisation dans une perspective systémique	François Romon	2003	- Sodial - Sanofi synthelabo - Poclín hydraulics - Francetelecom	« Cette étape est étayée par des études de marché qui identifient les opportunités, »p.207.
2	Partage des connaissances : articulation entre management de l'innovation et management des connaissances : cas des plates-formes d'innovation d'un groupe leader du secteur agroalimentaire en Tunisie	Wissal Ben Arfi	2006	Le secteur du lait et produits laitiers en Tunisie .	« L'industrie laitière a subi aussi un développement de ses capacités de production grâce aux investissements privés favorisés par la dynamique des marchés... »p.174
3	L'innovation organisationnelle : antécédents et complémentarité : une approche intégrative appliquée au Lean Management	Sandra Dubouloz	2006	Un échantillon de 44 entreprises industrielles situées dans la vallée de l'Arve en Haute - Savoie .	« Avec cette montée en puissance de la concurrence, les incitations et pressions pour adopter de nouvelles pratiques organisationnelles et managériales augmentent également »p.85
4	Evaluation des processus d'innovation	Nadoli Guillaume ASEILLOU	2008	Entreprises industrielles innovantes dans la région de Lorraine dans le domaine de procédés.	en décrivant le rôle du logiciel proposé par l'auteur « son rôle est de permettre au tout praticien de faire un autodiagnostic de son entreprise, c'est-à-dire de se comparer à d'autres entreprises pour connaître ses points forts et ses points faibles par rapport à la concurrence... »p.118

5	Comprendre la continuité d'un processus collectif d'innovation avec une théorie du véhicule : application au cas d'un projet collaboratif européen	Guillaume Pérocheau	2009	Les acteurs de la filière de l'électronique, réunissant 7 partenaires issus de trois pays européens (France Allemagne Angleterre).	« MEMORY est en concurrence avec d'autres projets de mémoires, de même que Colomb n'est pas le seul explorateur à faire le tour des cours européennes » p.390
6	L'innovation managériale de l'invention à la diffusion. : Analyse du processus d'établissement d'une innovation managériale à partir du cas de la méthode 5 steps	Emilie Canet	2012	Le système analysé est l'industrie du conseil (descabinets de conseil et la mission de conseil)	« Au sein de cette industrie, les différents cabinets sont en concurrence, ce qui provoque des entrées et sorties des cabinets dans l'industrie » p.67
7	Elaboration et mise en œuvre d'un modèle organisationnel favorisant l'Open Innovation	Alexis STEINER	2014	Solvay est un groupe belge leader de la chimie mondiale fondé en 1863	l'objectif de l'Open Innovation est de prendre de l'avance sur la concurrence.

Source : Nous même

Également que, malgré l'importance des approches adoptées par les auteurs de thèses qu'on vient de citer, nous pensons que, l'innovation est assez facile à caractériser, quand elle est étudiée dans le domaine de la manufacture (le caractère de tangibilité existe), à l'inverse, elle est plus difficile à la cerner (l'innovation), dans domaine des services. De surcroît que, la première idée qui vient à l'esprit dès que l'entend l'innovation est celle du tangible, ou bien, quelque chose que l'on voit et que l'on touche, faisant référence aux inventions dans des laboratoires etc., du coup, les innovations d'ordre organisationnel et social restent méconnues. Ce constat, d'ailleurs est relevé par d'autres chercheurs comme **Sandra Dubouloz, (2013)** qui affirme que « dans leur grande majorité, les recherches ont porté sur différents aspects de l'innovation technologique ».

1.3.2. Au-delà du modèle de J.A. Schumpeter

Si **J.A. Schumpeter** a décrit les différentes facettes de l'innovation, son œuvre, reste « classiquement présentée sous deux formes : incrémentale ou radicale », **R. Durant, (2003)**, en effet, il existe d'autres types l'innovation, qui ne sont pas nécessairement liés ni à l'industrie ni la structure de marché, puis, en réalité, les innovations radicales ne sont pas nombreuses et rarement spontanée.

Conséquemment, les auteurs ayant abordé le concept de l'innovation après **J.A Schumpeter** ou même à son époque, ont tenu compte dans leur travaux, de la nature de l'innovation et de sa mise en œuvre : **Simondon, (1958)**, **Sfez, (1973)**, **Latour, (1992)**, **Delaunay, (1994)**, et aux mécanismes de diffusion et d'adoption : **Rogers, (1983)** ; **Akrich, Callon et Latour, (1986)**, **Damanpour, (1991)**, **Drazin & Schoonhoven, (1996)** et aux différents processus et de leurs impacts : **Van de Ven & Poole, (1989)**, **(1995)**, **Abernathy & Clark, (1984)**.

« Crossan et Apaydin en 2010, ont classé le terme innovation selon de nombreuses interprétations » **S. Dubouloz, (2013)**. Une première distinction est celle entre l'invention et l'innovation. Pour ces deux auteurs l'innovation est plus que faire quelque chose de nouveau, elle est le résultat d'une mise en œuvre intentionnelle et réussie d'une nouvelle idée qui apporte des avantages à l'organisation. En conséquence, on peut imaginer que l'innovation passe de l'idée à l'exploitation.

Si nous prenons l'œuvre de Thomas Edison, il serait une création pour la première fois, alors, lui est un inventeur, c'est-à-dire c'est lui qui déclenche le processus de création, parallèlement, Steve Jobs est innovateur, puisque, il a contribué significativement dans quelque chose qui existe déjà. Là, est un premier degré de différenciation entre l'invention et l'innovation. Cependant, la mise en œuvre d'une invention est une innovation.

Toutefois, il existe plusieurs types d'innovation, qui sont devenus, pratiquement comme des modèles, comme par exemple, « l'innovation nommée le «4Ps», **Tidd et al., (2008)** et il s'agit d'un modèle développé par **John Bessant et Joe Tidd** qui distinguent :

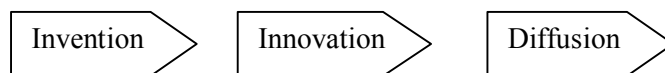
- ✚ L'innovation produit : c'est-à-dire les changements dans les choses (produits / services) que l'organisation offre ;
- ✚ L'innovation de processus : c'est-à-dire les changements dans la manière dont les produits et services sont créés ou livrés ;
- ✚ La position innovation : c'est-à-dire les changements dans le contexte dans lequel les produits / services sont encadrés et communiqués ;
- ✚ L'innovation de paradigme : c'est-à-dire les changements dans les modèles mentaux sous-jacents qui façonnent ce que fait l'organisation.

Nous rappelons, que l'innovation à l'époque de **J.A. Schumpeter** a accordé de l'importance, beaucoup plus à l'innovation dans le fonds, ce qui fait, au fait la destruction créatrice. A cet égard, la dimension radicale de l'innovation exprime le niveau de changement provoqué par une innovation.

Windrum & Goni, (2008) discutent de la façon dont l'innovation radicale apporte de l'incertitude et influe sur les compétences établies, ce qui modifie les structures de pouvoir et impose des tensions et des malaises aux organisations. Il précise qu'à l'inverse, l'innovation progressive, qui peut être mise en œuvre par des outils de gestion de base tels que PDCA (Plan, Do, Check, Act) ou la gestion de la qualité totale, a tendance à avoir des règles plus claires et est généralement associée à des impacts plus prévisibles - bien que limités ; Le défi pour tout système de gestion de l'innovation est donc de gérer les discontinuités, qui dépendent essentiellement de la nature de l'innovation.

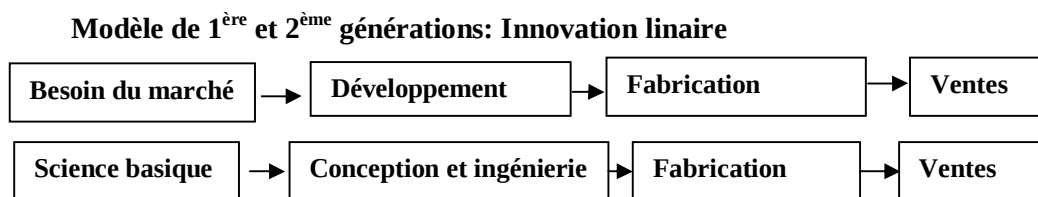
Pour **B. Coriat & O. Weinstein, (2002)**, l'information et les connaissances sont nécessaires pour innover, développer les processus d'apprentissage et de coordonner les intérêts conflictuels qui surviennent lors d'événements de changement. Bref, plusieurs aspects caractérisent l'innovation, quoi qu'il en soit, elle demeure un choix stratégique qui influe directement sur la capacité d'une entreprise à concurrencer.

R. Rothwell, (1994) a proposé une classification générationnelle des modèles de gestion de l'innovation avec six générations. Le modèle de première génération, du milieu des années 1950 à la fin des années 1960, baptisé génération de la technologie *Push*, les systèmes de gestion de l'innovation étant basés sur des processus linéaires simples à partir de la R&D.



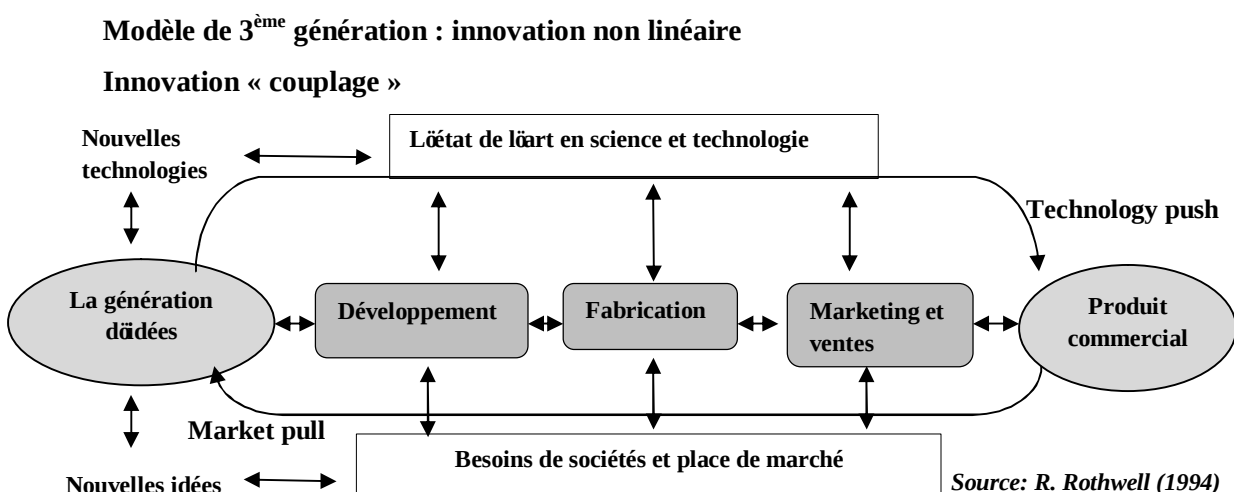
Le challenge réside dans un meilleur management, des fonds d'investissement de R&D.

Ensuite, pendant le modèle de la génération **Market Pull**, du milieu des années 1960 au début des années 1970, les processus linéaires étaient également la norme, mais, ils ont généralement commencé à partir des besoins du marché et ces besoins ont orienté les efforts de R&D. L'enjeu réside dans l'identification des besoins du client.



Source: R. Rothwell (1994) « traduit par nous même »

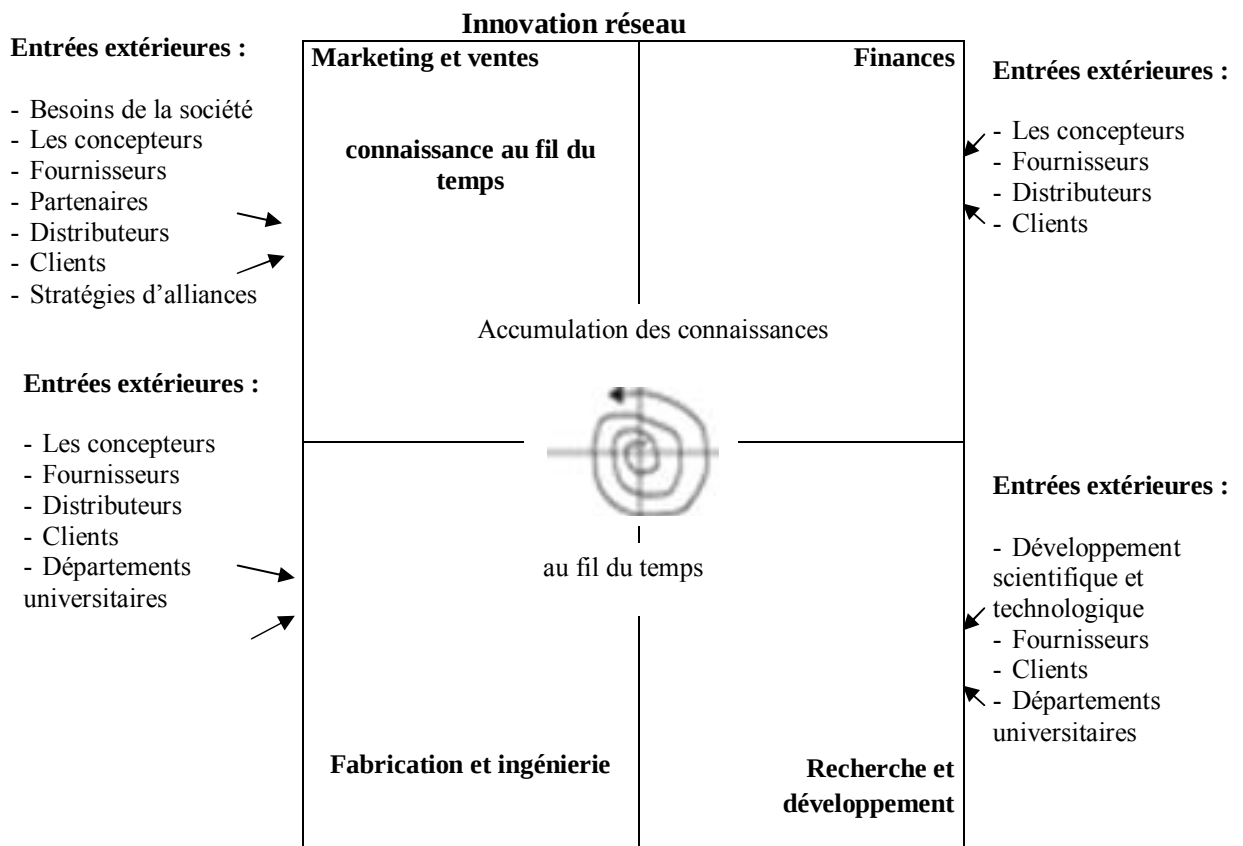
Le modèle de troisième génération, à la fin des années 1970, s'est concentrée sur le couplage de modèles basés sur des processus d'innovation séquentielle qui comprenaient des commentaires et une intégration entre marketing et R&D.



Le modèle de troisième génération, vient de surmonter bon nombre de lacunes des précédents modèles (linéarité), en incorporant des boucles d'interaction et de rétroaction pour reconnaître que, l'innovation est caractérisée par un couplage et une interaction entre la science et la technologie et le marché. Par conséquent, ce modèle intègre plusieurs fonctions internes et des étapes interdépendantes. Dès lors c'est un modèle *non linéaire* surtout, avec les boucles de rétroaction. Il s'agit de la communication inter-organisationnelle (marketing/recherche).

La quatrième génération, dans les années 80, s'est caractérisée par des systèmes d'innovation intégrés, avec une forte intégration des agents externes.

Modèle de 4^{ème} génération



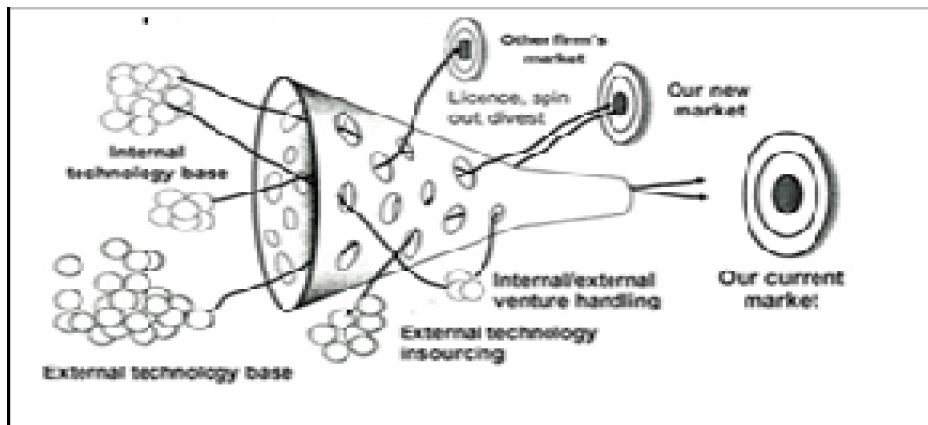
Source: du Preez and Louw (2008)

Pour N.D. Preez & L. Louw, (2008), ce modèle constitue une réponse, et vise à refléter le degré élevé d'intégration inter-fonctionnelle au sein des entreprises, ce qui reflète, des chevauchements fonctionnels importants entre les activités. Une autre nouveauté de ce modèle, est le concept d'intégration externe en termes *d'alliances* et de liens avec les fournisseurs, les clients, les universités et les agences gouvernementales. Enfin, il ya reconnaissance explicite de la complexité de l'innovation, de par les apports d'acteurs variés incluant les clients, fournisseurs et partenaires.

Enfin, le modèle de cinquième génération, à partir des années 1990, a ajouté le concept des réseaux d'innovation intégrés, car la technologie de l'information contribue à intégrer pleinement toutes les parties impliquées, parmi lesquelles les clients et les fournisseurs deviennent particulièrement pertinents. Il s'agit finalement d'un écosystème, d'où, le partenariat et la collaboration.

Modèle de 5^{ème} génération

L'innovation ouverte



Source: du N.D. Preez & L. Louw, (2008)

Il s'agit du dernier modèle cadre en matière de processus d'innovation, dite ouverte dont, le paradigme est de tirer parti de ses propres chemins internes au marché, en s'engageant avec des organisations externes qui peuvent être mieux positionnés pour commercialiser une technologie donnée.

Confrontés à l'innovation fermée, où les activités d'innovation se déroulent entièrement au sein d'une entreprise, le processus d'innovation ouverte, se caractérise par des frontières fermées, présentant des occasions de réduire les risques et de commercialiser extérieurement des idées externes et des idées internes.

En outre, les modèles de co-développement et les relations de collaboration horizontale deviennent plus fréquents, et c'est **R. Rothwell, (1994)** qui a introduit la notion de l'innovation qui, pourrait être gérée comme un système, et pas nécessairement comme un processus linéaire.

Le tableau ci-dessous, illustre la synthèse des principales caractéristiques des générations de modèles de l'innovation.

Tableau N° 4 : Les modèles cadres d'innovation

Modèles	Générations	Caractéristiques	Forces	Faiblesses
Technology Push	1 ^{ère}	- Simple linéaire - Processus séquentiel l'accent sur la R & D et la science	- Simple - Innovation radicale	- Manque de rétroaction - Aucune attention du marché - Aucune interaction en réseau - Aucun instrument technologique
Market Pull	2 ^{ème}	- Simple linéaire - Processus séquentiel, l'accent sur le marketing, le marché est la source de nouvelles idées de R & D	- Simple - Innovation incrémentale	- Manque de rétroaction - Aucune attention du marché - Aucune interaction en réseau - Aucun instrument technologique - Aucune recherche technologique
Coupling	3 ^{ème}	Reconnaissant l'interaction entre les différents éléments et les boucles de rétroaction entre eux, l'accent mis sur l'intégration de la R & D et du marketing	Simple Innovation radicale et incrémentale Rétroaction entre phases	Pas encore d'interactions en réseau Aucun instrument technologique
Interactive	4 ^{ème}	Combinaison de modèles push-pull, intégration au sein de l'entreprise, accentuation des liens externes	Réseau d'acteur Les phases parallèles	Augmentation de la complexité Aucun instrument technologique
Network	5 ^{ème} ↓	Accent sur l'accumulation des connaissances et les liens externes, l'intégration des systèmes et l'extension des réseaux	Innovation envahissante L'usage des technologies sophistiquées Mise en réseau pour poursuivre l'innovation	Augmentation de la complexité
Open		Idées internes et externes, ainsi que les voies internes et externes sur le marché peuvent être combinées pour faire avancer le développement de nouvelles technologies	Des idées internes et externes ainsi peuvent être combiné	Assume la capacité et la volonté de collaborer en réseau Risques d'externalisation

Source: Rothwell, 1994; Eleveens, 2010 ; Raghallaigh & al., 2011

Quelque soit le modèle, « il reste que les progrès technologiques, les changements de comportement des clients, l'intensification de la concurrence et l'évolution des affaires sont des facteurs qui créent le besoin d'innovation dans les organisations, **Goffin & Mitchell, (2010)**. Selon **J. Tidd, J. Bessant & K. Pavitt, (2008)**, « l'innovation peut être liée à la capacité des organisations à reconnaître les débouchés commerciaux et à établir des relations et les rendre économiquement viables ».

Cependant, l'un des plus grands défis des organisations est de tester et de gérer le processus d'innovation, en tenant compte de plusieurs facteurs.

En résumé, ce sont les différents modèles de l'innovation que l'on peut rencontrer. En effet, tous ces modèles sont inspirés du cadre théorique du **J.A.Schumpeter**.

SECTION 2 : LA REUSSITE OU L'ÉCHEC DE L'INNOVATION : LA PERCEPTION SOCIOLOGIQUE

Aujourd'hui, il est largement partagé que pour être compétitive, une entreprise doit être innovante, il reste à savoir quel modèle doit-elle adopter ? Et quels sont les éléments qui influent sur la réussite ou l'échec de l'innovation.

D'abord, peu importe le modèle, la majorité d'auteurs ayant abordé le concept d'innovation s'accordent à dire, que la production ou l'adoption d'une innovation au sein d'une entreprise est un processus. Ce dernier difficile à maîtriser, notamment à son aval, ce constat a fait l'objet de démonstration par **A. Gerybadze, H. Reiners, & D. Thomaschewski, (2010)**, « le processus d'innovation est unique, complexe et difficile à contrôler » sous ce rapport, **A. Gerybadze & al., (2010)**, décrivent le processus d'innovation dans une organisation comme un « espace dans lequel se joue, la planification stratégique, la planification de l'innovation, la créativité, c'est-à-dire de nouvelles idées, le choix de projet, l'introduction sur le marché et le contrôle de l'innovation », de sa part, **E. Rogers, (1995)**, affirme que « le processus d'adoption d'une innovation est organisé seulement, en deux phases, l'initiation et la mise en œuvre », en d'autres termes, il synthétise la complexité du processus dans l'efficacité de gestion des deux phases.

A cet égard, nous estimons que, la complexité du processus d'innovation dépend aussi bien, du domaine d'activité et de ses caractéristiques. Donc, de il s'agit d'adapter l'innovation aux caractéristiques de l'organisation. A ce propos, l'adoption de l'innovation pour **S. Gopalakrishnan & F. Damanpour, (1997)**, est « considérée comme un processus de changement organisationnel qui affecte directement les aspects techniques et systèmes d'une organisation ». Par conséquent ils rajoutent que, « le succès de l'adoption dépend de l'intégration de l'innovation et de sa contribution aux résultats organisationnels ».

Dès lors, on peut percevoir l'innovation comme deux réflexes complémentaires avant et après l'adoption. Ainsi, « la génération et l'adoption d'une innovation représentent donc des processus distincts, conduits par des acteurs distincts, à des niveaux d'analyse différents **H. Damanpour, (2014)**.

Evidemment, comme nous l'avons précisé ci-dessus, les organisations avaient l'habitude de mener la plupart de leurs activités innovantes en interne, car cela était considéré comme un

atout stratégique et dans certaines industries, même en tant que barrière d'entrée sur le marché. Avec la complexité croissante des produits et des technologies, les coûts croissants de l'innovation, conjugués à des délais de développement plus courts, les organisations aujourd'hui sont obligées d'ouvrir leurs activités d'innovation et d'entrer non seulement dans de différentes formes de coopération, mais également dans de nouvelles formes.

Henry W. Chesbrough, (2003) soutient que l'approche d'innovation appliquée par les organisations est passée d'un système fermé à un système ouvert. De ce fait, si la gestion du processus d'innovation pose en soi un énorme défi aux organisations, avec son ouverture sur l'environnement, cela, exige davantage à être novateur dans le domaine de l'innovation, tout en recherchant comment réussir nos innovations.

Dans notre thèse nous nous sommes donné comme objectif de cerner les déterminants de l'innovation dans le domaine de la sécurité sociale. Ceux qui sont liés au processus, en interne ou bien ceux qui relèvent de l'environnement externe. La littérature sur l'innovation est vaste, nécessitant un traitement très sélectif, associée, également à une grande variété de définitions du terme «innovation», nous avons pensé fondamentalement utile pour les besoins de notre recherche de déplacer la discussion d'une structure «centrée sur le concept » vers une structure «centrée sur l'acteur». Ce choix, repose sur deux postulats, d'abord les exigences du dernier modèle de l'innovation, dont la réussite repose sur le degré de coopération avec les acteurs et les parties prenantes, ensuite, l'innovation est la résultante d'un acte créatif, donc éminemment humain.

Cependant, malgré la complexité du processus d'innovation, notre compréhension de l'innovation reste simple, toute nouveauté introduite dans l'organisation qui peut être perçue par les membres de l'organisation comme un changement. D'ailleurs, plusieurs auteurs comme **E. Rogers & Kim, (1985)** soulignent que « l'innovation a un caractère de nouveauté ». Quoique, la nouveauté diffère d'une organisation à une autre, ce qui est affirmé par **J. Downs & B. Mohr, (1976)**.

Pour cela, nous retenons la définition standard d'**E. Rogers, (1995)** : « l'adoption d'une idée, d'une pratique ou d'un objet existant qui est perçu comme nouveau par un individu ou une autre unité d'adoption », bien que, que cette définition selon **Wycoff, (2003)** n'est pas très descriptive de ce qui est impliqué, parce que, selon lui, la pensée contemporaine tend à considérer l'innovation comme un mélange de personnes et de processus.

En réalité, ce que nous intéresse le plus, sont les déterminants de l'innovation, c'est-à-dire les facteurs qui influencent la valeur produite par l'innovation. Donc, il s'agit de les connaître, de les mesurer pour enfin les maîtriser.

Mike Warren, (2004), révèle que « le processus d'innovation commence habituellement par un bassin de connaissances », à la suite de ça « l'innovateur manipule l'information d'une manière originale pour produire un résultat nouveau et potentiellement utile », **R. Radhakrishna, (1991)**. Cependant, la question du résultat utile produit par l'innovation reste posée. Ce qui nous incite à ouvrir le débat sur les méthodes de mesure des résultats de l'innovation et selon qu'il s'agit d'impact tangible ou intangible, **Nick. Bontis, (1999)**, suggère quatre systèmes de mesure qui pourraient être considérés: la comptabilité des ressources humaines, la valeur ajoutée économique, la carte de pointage équilibrée et le capital intellectuel.

Parmi les indicateurs de mesures retenus par **N. Bontis**, on retrouve :

- L'impact sur les ventes: quel impact important de l'innovation sur les revenus de ventes de l'organisation ;
- L'impact sur le bénéfice: quel impact important a eu le projet sur les bénéfices annuels de l'organisation ;
- La valeur actuelle nette: l'impact futur du projet sur la valeur de l'entreprise. Les projets avec une VAN positive devraient augmenter la valeur de l'entreprise ;
- La rentabilité par rapport aux dépenses: la rentabilité de nouveaux produits par rapport au montant dépensé pour ces produits.
- Le taux de réussite: la proportion de projets de développement qui deviennent des succès commerciaux.
- Le pourcentage de ventes par nouveaux produits: le pourcentage des ventes de l'organisation découlant de nouveaux produits introduits au cours des dernières années.
- L'évaluation de réussite technique: quelle est l'efficacité de l'innovation d'un point de vue technique/technologique.
- Le succès global: tout considéré, quel succès les efforts d'innovation de l'organisation comparés aux concurrents

En effet, ces indicateurs, comme nous l'avons signalé tout au début de ce chapitre, reflète une prédominance économique, et que **N. Bontis**, s'est inspiré dans l'élaboration de ces indicateurs de quatre écoles (de développement, process school, du contexte et de configuration). Finalement, malgré la diversité des écoles qui ont servi à l'élaboration de ces indicateurs, il reste que « La question de savoir ce que le succès signifie dans l'innovation est une énorme difficulté », **N. Bontis, (1999)**.

Il y a autant de concepts et de définitions de succès, qu'il y a d'auteurs et de chercheurs. De nombreuses mesures des innovations réussies observées dans la littérature de gestion et de

recherche, ne sont tout simplement pas mesurables. Notamment, s'il s'agit d'une innovation à but social. En effet, **E. Rogers, (1995)**, énumère les facteurs endogènes et exogènes qui facilitent l'adoption et la diffusion d'une innovation, autrement dit, les facteurs de succès liés à la valeur intrinsèque de la solution innovante et les facteurs qui sont liés à l'environnement dans lequel est introduite la solution.

En revanche, nous estimons que, d'une part, la quantification des facteurs établis par l'auteur est rarement constatée dans la réalité de gestion et de recherche, surtout, quand il s'agit d'une innovation à caractère sociale, et ce à défaut d'une bonne déclinaison, d'autre part, les facteurs relatifs à l'environnement sont trop agrégés, sous le terme « consommateur ». Or, les parties prenantes sont des acteurs qui appartiennent au même environnement et ne sont pas nécessairement de consommateurs, mais, ils ont leur pouvoir sur le processus d'innovation. Dès lors, la mesure de l'innovation reste un problème épineux et tenace. Et, faute de sa mesure, l'effort d'innovation peut toujours être considéré comme sans valeur, puis, les organisations qui innovent et qui ne mesurent pas leurs efforts risquent de gaspiller des ressources et, au final, de décevoir définitivement leurs parties prenantes.

Il convient de préciser que, dans un processus d'innovation, les parties prenantes doivent comprendre en quoi l'innovation est importante et ce qu'elle est censé accomplir.

En somme, la réussite ou l'échec de l'innovation, non seulement ne dépend pas du modèle et du processus lui-même, mais, elle dépend du degré d'interaction voire d'implication des acteurs exogènes du processus. Abordant, la question des acteurs, nous soulevons nécessairement l'aspect sociologique de l'innovation. Nous visons par acteur, soit la personne physique ou morale, qui peut avoir de l'influence sur le processus d'innovation, soit dans sa phase d'adoption ou de diffusion.

2.1. L'innovation sociale et économie sociale et solidaire

Comme nous l'avons expliqué précédemment, il relève d'un défi méthodologique de définir et de mesurer l'innovation en général. Encore, plus complexe quand à l'innovation sociale, puisque, il s'agit de mesurer des résultats de complexe interactions qui peuvent prendre des formes diverses. « Le terme social a, en effet, une acception très large, susceptible de varier au cours du temps » **A. Baron, (2010)**. Ce n'est qu'au début des années 2000 que les travaux de **l'OCDE, (2002)**, contribuent à la diffusion de la notion d'innovation sociale, en lien avec une analyse plus centrée sur les sciences sociales, **Richez. Battesti. N, (2008)**.

A ce titre, nous avons examiné les différentes approches de l'innovation sociale.

Partant du postulat que, « l'innovation sociale, par définition, est un processus collectif qui engage et concerne de facto une multitude d'acteurs », **G. Gaglio, (2011)**, son adoption

devient donc, complexe du fait que, son acception dépasse les frontières de l'organisation l'ayant acquise, par conséquent ses effets dépendent aussi de l'interprétation des parties prenantes impliquées dans le processus d'innovation. De leur part, **Harrison. D & Vezina. M, (2006)**, précisent que, « les innovations sociales concernent la coordination de relations entre les acteurs sociaux dévolus à la résolution de problèmes socio-économiques en vue d'une amélioration des performances et du bien-être des collectivités »

Cette complexité, née de la multiplicité d'interaction, apparaît déjà dans la quatrième génération de modèles d'innovation (modèles interactifs), vers la fin des années 1970 et 1980 dans le cadre des approches non mécaniques de l'innovation.

Ce qui irrite le plus dans l'innovation sociale, est le terme « social », dont l'ampleur à notre égard est provoquée par l'avènement de la société industrielle. Alors qu'en réalité, même l'innovation technologique provoque aussi, des changements sociaux. **R. Battesti. N, V. Delphine, (2009)**, affirment que « la conception centrée sur le changement social et notamment, l'organisation du travail qui accompagne tout changement technologique et qui revient à postuler que toute innovation technologique est une innovation sociale... ». En définitive, le changement social, n'est lié seulement à l'innovation sociale, plutôt à d'autres facteurs. D'ailleurs la question du social est ancienne. **J.M. Keynes**, à travers sa *théorie d'équilibre général* a mis les bases du social. « La taxation des revenus, le développement des dépenses publiques et la redistribution massive qu'implique la protection sociale sont mis en place non pas tellement dans le but de justice sociale, mais dans un but de sauvetage économique du capitalisme nécessaire à sa survie sociale et politique » extrait de la théorie de l'équilibre général. Pour **M. Keynes**, donc les politiques sociales sont des instruments des politiques économiques, et là que, réside évidemment une première intégration entre le social et l'économique, dont l'équation est difficile à résoudre, d'autant que, nous sommes face à une divergence d'objectifs.

M. Keynes, n'est pas le seul à évoquer les aspects sociaux dans une dynamique économique, il y a **K. Marx** qui développe aussi, des thèses plus robustes et qui ont menés à même de créer l'actuelle protection sociale. En effet, pour **Marx**, c'est « l'effondrement du système capitaliste sous le poids de ses propres contradictions.. » qui va faire bénéficier les prolétaires. Nous estimons, qu'entre la thèse des capitalistes et des socialistes il y a le rôle de l'Etat en matière de régulation dans l'économie. Cette régulation, constitue, en fait, le cœur de la théorie de régulation qui repose principalement sur une analyse **keynésiano-marxiste**. En ce sens, **R. Boyer, (1986)**, définit la régulation comme étant « la conjonction de mécanisme

concourant à la reproduction d'ensemble compte tenue des structures économiques et des formes sociales en vigueur ».

Bien qu'il existe une reconnaissance généralisée de la nécessité d'une innovation sociale, il n'y a pas de compréhension claire de la façon dont l'innovation sociale mène au changement social. Les phénomènes du changement social sont souvent considérés en relation principalement avec l'innovation technologique, mais, sans accorder une attention suffisante aux éléments de l'innovation sociale.

Les dimensions sociales et technologiques de l'innovation sont fortement interconnectées et peuvent difficilement être séparées les unes des autres expliquant le changement social.

Cependant, peu d'études ont été faites sur l'innovation sociale proprement dite, et notamment celle liée aux entreprises à but non lucratif, et ce, malgré que, l'institut **Jean-Baptiste GODIN**, dont les travaux de recherche s'inscrivent dans l'économie sociale et solidaire, indique qu'il existe plusieurs approches, qui ont abordé l'innovation sociale. En effet, ces innovations s'inscrivent dans le cadre de la modernisation des politiques publiques, passant par l'entrepreneuriat sociale, comme approche anglo-saxonne jusqu'aux approches européennes et institutionnalistes.

2.1.1. L'innovation sociale vs l'entreprise sociale ?

M. Yunus, (2010) affirme que « les entreprises sociales sont censées fournir de nouveaux modèles économiques innovants dans les domaines sociaux ... », ce constat est partagé par beaucoup d'auteurs anglo-saxons ayant abordé le concept de l'innovation sociale, entre autre, **Joseph Stiglitz, (1997)**, qui atteste que « les institutions publiques devraient développer des capacités d'intervention efficaces d'un point de vue social. ». Bien que, certains des concepts et démarches sur l'innovation des entreprises sociales sont adaptables à des entreprises économiques. Toutefois, les entreprises sociales présentent principalement, de nombreuses caractéristiques uniques, parce qu'elles ont une double mission: réaliser des performances sociales et performances économiques.

Selon, **M. Souviron, (2011)**, « une entreprise sociale est une entreprise dont les objectifs sont principalement sociaux et que, les excédents sont principalement réinvestis dans le but de la collectivité, plutôt que, d'être motivés par la nécessité de maximiser bénéfice net pour les actionnaires et les propriétaires ». Pour sa part, **B. Anderson, (2006)**, insiste sur le fait « qu'un entrepreneur social joue le rôle d'un agent de changement dans le secteur social en adoptant une mission de créer et de soutenir l'entreprise sociale », il pense que, « les entrepreneurs sociaux sont ceux qui effectuent des innovations et qui mélangent les méthodes du monde des affaires pour créer la valeur sociale ».

En effet, il existe de nombreuses définitions et interprétations de ce qui est une entreprise sociale, **K.Tanimoto, (2006)**, affirme que « pour parler d'entreprise sociale, les facteurs suivants sont indispensables : mission sociale, affaires sociales et innovation sociale. C'est-à-dire, répondre aux besoins sociaux, avoir le soutien de la société et enfin développer un service ou un bien social pour résoudre des problèmes sociaux ». Ce dernier facteur, repris par l'OCDE, avec une expression plus détaillée pour dire que, « les problèmes sociaux, sont liés à l'amélioration du bien être individuel et collectif et de la qualité de vie ». Par conséquent, il y a presque un consensus entre les auteurs sur les missions des entreprises sociales, il s'agit d'un investissement social, bref, une innovation sociale. Cependant, ne sont pas toutes les entreprises sociales qui ont la même vision de l'innovation sociale.

En ce sens, **J. Cloutier, (2003)**, par le de réalités différentes pour aborder le concept de l'innovation sociale, et il recense au moins quatre niveaux d'analyse du concept : la nature de l'innovation sociale, la cible des changements, le processus de création et de mise en œuvre et les résultats obtenus.

Finalement, peu importe les réalités de chaque entreprise sociale, ce qui est commun est que, l'innovation sociale mobilise différentes parties prenantes, parfois hétéroclites, mais, liées à la problématique soulevée. Ainsi, comme nous l'avons précisé, le processus d'innovation sociale, implique une diversité des acteurs et la participation des usagers, d'où l'importance de la coopération et du partenariat entre les acteurs.

Donc plusieurs arguments, militent en faveur d'un processus interactif voir une innovation sociale ouverte, au fait l'idée est que les effets de l'innovation sociale sont ceux qui résultent de la coopération entre une diversité d'acteurs. De ce point de vue, l'innovation sociale étant un processus collectif d'apprentissage et de création de connaissances, elle exige la maîtrise des comportements des acteurs et des usagers au cours du déroulement du processus de création et de mise en œuvre de l'innovation sociale, **Julie. Cloutier, (2003)**.

D. Harrison, (2011), fait une synthèse de différents angles d'analyse du concept de l'innovation sociale, dont les fondamentaux sont largement partagés avec les termes régulièrement cités par l'OCDE.

Tableau N°5 : Récapitulatif des approches de l'innovation sociale

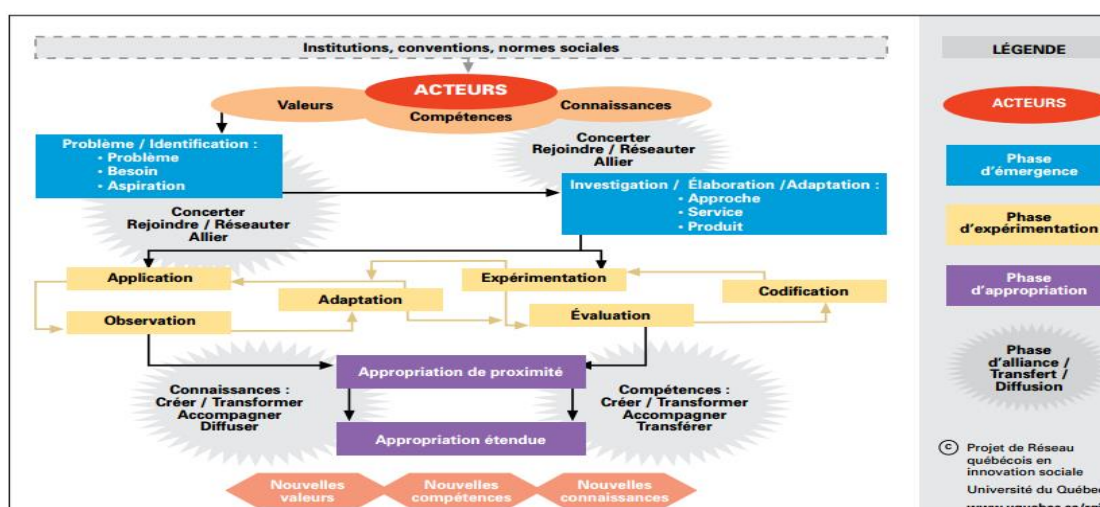
	Motif de l'action	Innovation sociale	Concept clés	Force	Faiblesse	Coopération	Principaux auteurs
Pragmatisme	Conditions de l'humain	Résolution de problèmes	Expérience	Très opérationnel Créativité	Peu d'intégration d'ensemble	Nécessité de nouveaux arrangements sociaux	John Dewey James, Pierce
Choix rationnel	Comportement rationnel/motifs individualistes	Entrepreneur social Valeur sociale influence	Intérêt, calcul, jeux	Très opérationnel Théorie des jeux, Créativité	Faible /apport des arrangements sociaux	Utilitarisme et réciprocité	(Rawls1997) Lipford et Yandle 2009
Institutionnalisme	Faiblesse/désuétude de la convention (règle)	Transformation sociale, Efficacité et légitimité des solutions aux problèmes	Convention, normes, cognition	Stabilité, cadre d'interprétation, Diffusion	Peu opérationnel,	Arrangements sociaux légitimés, Justice distributive, contrat	(Douglas 2004) DiMaggio et Powell 1991), Hallet Soskice 2001)
Communautarisme	Partage des choix et dialogues moraux communs	Droits, obligations et responsabilités	Liens sociaux denses et loyauté, société civile	Cadre intermédiaire, appartenance multiple,	Communauté des communautés	Intérêt commun	(Etzioni 2004)
Constructionnisme social	Interprétation des règles et volontarisme	Interaction sociale, relations sociales	Cognition, action sociale, volontarisme, Alliance	Boîte noire, créativité	Peu d'Intégration d'ensemble	Légitimité des interactions	(Berger et Luckman 1966, Callon 2007)
Mouvements sociaux	Conflits sociaux. Nouveaux risques,(les «sans» et les exclus)	Innovations des luttes, expérimentations civiques	Conflits sociaux. Identités collectives, mobilisation	Contestation de l'ordre social et réglementaire, revendications	Conciliation de différentes logiques opposées	Conflits à la source de coopération	(McCarthyet Mayer 1977) Melluci 1989, Cefaï et Trom 2001
Solidarité/Don	Justice distributive dense et immuable	solidarité, échange non-économique	caractère moral, intérêts collectifs	Démarchandisation des liens sociaux	Applicable à petite échelle	Justice sociale, réciprocité	(Mauss, Godbout, Caillé)

Source: D. Harrisson, Crises-Uqam, 2011 adapté par nous même

Il est clair, que dans toutes les approches de l'innovation sociale, « le processus lui même constitue une partie intégrante de l'innovation, c'est-à-dire que le processus qui a engendré la solution doit respecter certaines exigences comme la diversité des acteurs et la participation des usagers » **J. Cloutier, (2003)**. La multiplicité des acteurs, fait que le processus présente de difficultés dans la réalisation. Soit dans l'adoption, dans la mise en œuvre jusqu'à la routinisation (par l'usage).

Pour **P. Lukacs, (2008)** « les entrepreneurs sociaux rencontrent les difficultés lors de la réalisation de l'innovation sociale » ce qui confirme les constats faits par **C. Patureau, (2010)**, dont lesquels il affirme qu'« il existe deux constats majeurs qui font que le processus d'innovation sociale est risqué, d'abord au tout début du processus d'innovation, les moyens sont extrêmement limités, autrement dit, un coût incertain et l'issue du processus est aléatoire, du fait de la méconnaissance du comportement des consommateurs, des acteurs installés déjà et du contexte politique et social ». La réussite du processus d'innovation sociale dépend d'une grande partie de l'interprétation de l'innovation sociale par la communauté et par rapport à son problème, **Mulgan. G, (2006)**.

Figure N°2 : Schéma global d'un processus d'innovation sociale



Source : ROLLIN, J., & VINCENT, V. (2007).

J. Rolin & V. Vincint, (2007), identifient quatre types d'acteurs, qui participent à la mise en œuvre des processus d'innovation sociale : les porteurs, les bailleurs de fonds, les partenaires de soutien et les preneurs de l'innovation. À leur manière, ces acteurs contribuent au succès des innovations sociales. Ces acteurs sont issus de réseaux (p. ex. : réseau communautaire, réseau de la santé et des services sociaux, syndicat, etc.), ils se regroupent autour d'intérêts communs (p. ex. : la prévention de l'abandon scolaire, l'amélioration des services aux

personnes âgées, la revitalisation d'un territoire, etc.), les deux auteurs, affirment que les acteurs, sont mus par des valeurs (solidarité, coopération) et des ambitions (volonté de changer les choses), semblables et ils partagent une vision commune de la réalité socioéconomique dans laquelle ils évoluent.

En réalité, l'écosystème de l'innovation sociale ainsi composé, n'indique pas un profil plus fin de l'acteur ni son degré d'intéressement au processus d'innovation sociale.

Il est donc nécessaire d'analyser empiriquement les acteurs et leur position dans un processus d'innovation sociale afin de répondre aux questions clés: sont-ils un facteur critique permettant à l'innovation sociale de produire un impact durable et d'être étendu? Comment l'entrepreneur social agit face aux différentes attitudes des acteurs? Toutefois, ces interrogations renforcent davantage notre questionnement du départ, à savoir l'importance des acteurs dans la réussite ou l'échec d'une innovation.

En effet, pour répondre à ce questionnement, nous estimons que les acteurs possèdent plus d'influence sur le résultat de l'innovation quand ils s'associent dans leur stratégie. De plus, l'existence préalable d'une stratégie de l'innovateur permet de maîtriser les différentes actions d'influence des acteurs, enfin, une meilleure gouvernance interne de l'organisation innovatrice facilite la réussite de l'innovation.

Conclusion

Au-delà de la définition de l'innovation, et des modèles théoriques qui l'encadrent, la littérature en la matière nous a permis d'identifier la nécessité théorique d'approfondir le cadre conceptuel des facteurs de réussite ou d'échec de l'innovation, et ce dans la direction d'une perspective sociologique qui met l'acteur comme un point focal d'analyse.

Le chapitre qui suit a justement pour objet d'analyser une innovation de gestion dans le domaine de la sécurité sociale qui nécessite une approche sociologique qui mettra au centre de l'analyse du processus d'innovation, les interactions entre acteurs.

Les hypothèses que nous avons avancées précédemment, vont être reformulées de façon plus pratique et elles seront projetées sur le domaine d'application que nous avons choisi.

En effet, pour donner un sens plus pratique à l'apport des acteurs dans le processus d'innovation, nous proposons donc une analyse empirique d'une innovation introduite dans un organisme de sécurité sociale en Algérie, à savoir la caisse nationale des assurances sociale des travailleurs salariés (CNAS).

Chapitre III

Face au rôle primordiale de la sécurité sociale aussi bien ex-ante qu'ex-post, son financement demeure une question cruciale, il est nécessaire d'identifier les ressources à la fois pour les réactions contre les crises et les programmes conventionnels de protection sociale dans un contexte économique de contraintes mondiales et en même temps garantir le droit d'accès aux avantages de la sécurité sociale.

Cette nécessité, trouve son origine dans la tension qui existe entre la position macroéconomique d'un pays et la position des programmes de la sécurité sociale. En cas de crise, généralement les suggestions provenant de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international (FMI) ont souvent favorisées par une approche budgétaire contractuelle dans la pratique. Ce qui entraîne une tendance à la baisse des dépenses publiques particulièrement les dépenses sociales. Cela, met en évidence une incohérence entre les prescriptions macroéconomiques et les politiques de la protection sociale, dont la sécurité sociale est la cheville ouvrière.

SECTION 1 : L'INNOVATION PEUT-ELLE SAUVER LA SECURITE SOCIALE ?

L'innovation dans la sécurité sociale c'est un rapport qui se situe dans une logique économique, en effet, rappelons-le, au niveau de la théorie économique, il existe « deux conceptions de la protection sociale qui s'affrontent. La conception néoclassique dominante, qui considère que la protection sociale et son financement comme un handicap pour l'économie, en raison de charges sociales présumées trop lourdes et grevant le coût du travail.....mais en opposition à cette théorie une conception hétérodoxe montre qu'au contraire, la protection sociale est un facteur de croissance réelle de l'économie, de l'emploi et de la productivité du travail. » **Kurt Huebner, (2005).**

La qualité des services de sécurité sociale et de soins reflète la qualité de la société qui les a conçus. En outre, une prestation efficace de services de sécurité sociale est nécessaire pour le développement économique d'un pays. Dans ce sens, **MERRIEN, F. X, (2013)**, met l'accent sur le rôle de la sécurité sociale qui assure le développement du capital humain et social, ces derniers sont les deux piliers fondamentaux du développement économique, et qui vont permettre à faire des économies de coûts dans d'autres domaines d'intervention publique. Par exemple, en matière de santé, une meilleure situation sociale réduit la probabilité d'apparition de certaines maladies.

1.1. La sécurité sociale et l'enjeu économique

Il est intéressant de faire le point sur le fonctionnement de la protection sociale et effectivement quels sont les défis futurs.

La protection sociale repose sur une idée qui est la solidarité. Selon la convention n° 102 concernant les normes minimum de sécurité sociale, la protection sociale désigne l'ensemble des mécanismes et des institutions qui ont pour objet de garantir des ressources à des personnes qui au cours de leur vie, se retrouvent placées dans des situations de perte de revenus souvent parce qu'ils ne l'ont pas voulu.

Le mécanisme de protection sociale publique, composé essentiellement de la sécurité sociale, est totalement différent du mécanisme assurantiel privé, le principe est que la protection sociale publique est obligatoire. Donc les ressources des actifs sont redistribuées aux inactifs et les ressources des bien portants sont redistribuées aux personnes malades, c'est pourquoi, on parle de solidarité. Aussi, le système public de protection sociale est différent du système privé, c'est que, dans le public, les cotisations sont calculées en fonction des ressources des individus et n'ont pas comme dans le système privé en fonction du coût du risque couvert, donc on peut choisir le niveau du risque que l'on veut couvrir, alors que, les prestations qui sont versées dans la sécurité sociale publique dépendent des besoins des individus et du risque qui s'est réalisé.

En somme, il convient d'avoir à l'esprit une définition claire de la protection sociale versus la sécurité sociale, d'autant que notre thèse de recherche s'inscrit particulièrement dans le champ de la sécurité sociale et précisément c'est la branche des prestations de l'assurance maladie qui nous intéresse. Nous proposons une synthèse de l'ensemble des aspects de la sécurité sociale, en mobilisant le cadre théorique et la réalité des pratiques en la matière.

1.2. La protection sociale vs la sécurité sociale

La protection sociale, comme nous l'avons signalé au début, est assurée essentiellement par la sécurité sociale, celle-ci repose sur la notion du risque que nous expliquerons. Elle est gérée par les organismes publics, indépendants de l'Etat, dont une partie de la protection sociale est assurée par l'Etat.

Selon, **Gilles HUTEAU, (2001)**, « la sécurité sociale est appréhendée à partir de la notion de solidarité qui en constitue à la fois le fondement et la finalité. En effet, elle procède à une socialisation des risques de la vie humaine qui trouve à s'incarner à partir de la notion du risque social ». C'est une notion originale, qui permet de déterminer le périmètre d'intervention de la sécurité sociale, d'où la question : quels sont les risques sociaux ?

La convention n°102 citée précédemment, énumère une liste d'éventualité qui rentre parmi les risques sociaux comme : la maladie, la maternité, l'invalidité, le décès, les accidents de travail et maladies professionnelles, ou encore la vieillesse, le chômage etc.

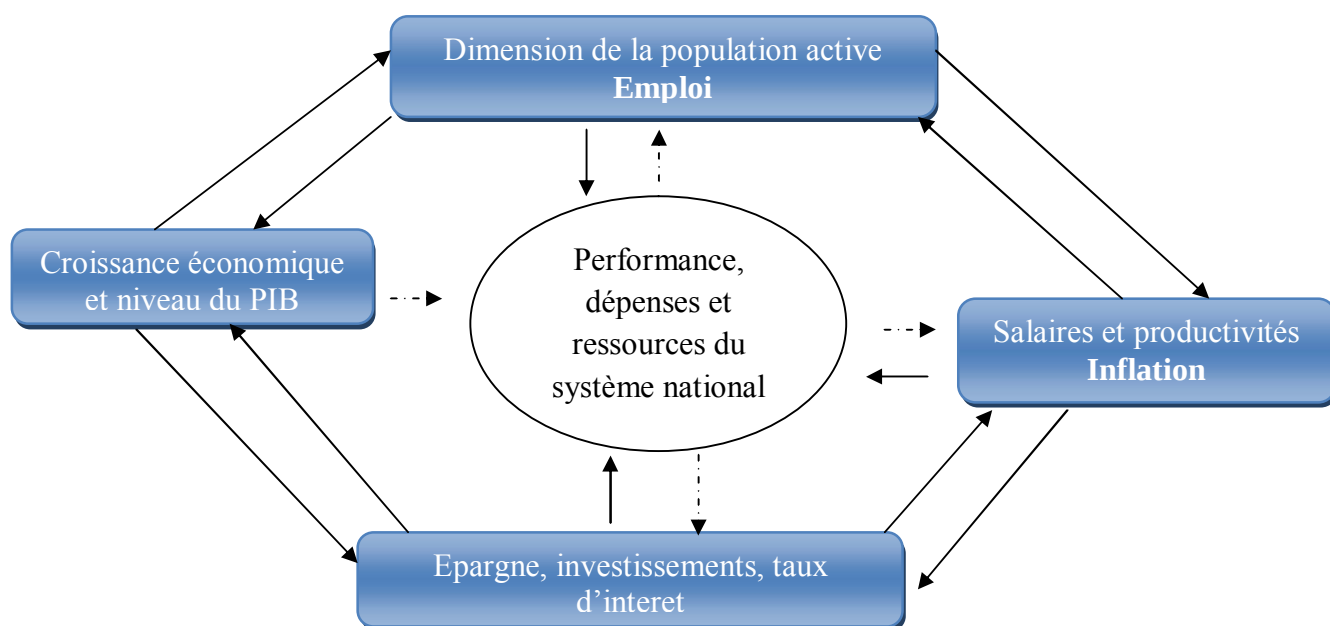
A ce titre, nous sommes en possession d'une liste d'éventualités qui permet de cerner le champ des systèmes modernes de la sécurité sociale. **G. Huteau**, croit que, ce document international ne donne pas une définition universelle de la sécurité sociale. Alors, peut-il d'ailleurs en exister une ? En effet, dans la mesure où cette sécurité sociale repose sur la notion de solidarité qui est avant tout une valeur sociologique, mais, au même temps, elle qui fait l'objet de représentations différentes selon les sociétés, selon aussi les périodes de l'histoire, dès lors, il est néanmoins, possible d'adapter une définition de la sécurité sociale à la réalité sociale Algérienne, donc elle peut s'entendre comme « l'ensemble des organismes, des lois et même des techniques qui assurent par le biais de la solidarité, un ou plusieurs groupes d'individus contre certain nombre de risque ».

Finalement, l'idée de sécurité sociale est ancienne, elle remonte à longtemps, sauf que les mécanismes de protection contre les risques ont changé. A l'époque les hommes étaient préoccupés à se garantir contre les risques auxquels ils étaient exposés, et la meilleure façon d'y parvenir, consistait naturellement à se grouper pour en répartir les conséquences dommageables. Aujourd'hui, la sécurité sociale au sens moderne, est une notion beaucoup plus récente, elle est même apparue tardivement. Au fait, le premier texte qui en fait état est un texte juridique adopté aux USA, en 1935, qui est en rapport avec la conception de la sécurité sociale que nous avons aujourd'hui, alors, l'expression était déjà employée, cependant, il va falloir attendre le lendemain de la seconde guerre mondiale pour que la notion de la sécurité sociale connaisse un grand développement dans le monde, d'ailleurs, à cette époque, a eu une forte aspiration des peuples pour plus de justice sociale et plus d'avantage de solidarité, et la sécurité sociale à partir de la fin de la seconde guerre mondiale va connaître une très forte expansion, ceci n'est pas sans lien avec la croissance économique.

Alors, dans une vision plus large, le but principal de la sécurité sociale selon l'esprit de l'IOT est de réduire la pauvreté et de renforcer la résilience des familles pauvres et vulnérables grâce à des transferts qui augmentent les revenus, avec un coût très élevé, ce qui fait croire à l'impact négatif de la sécurité sociale sur la croissance, en revanche, selon les statistiques de l'OCDE, les pays ayant les investissements les plus élevés dans la sécurité sociale - tels que les pays nordiques et l'Allemagne - ont tendance à être parmi les économies les plus prospères.

Les pays en développement reconnaissent de plus en plus qu'une sécurité sociale bien conçue a un impact positif sur la croissance économique. La figure suivante illustre les interrelations qui existent entre la protection sociale et les grandes variables économiques (croissance, marché du travail, inflation, salaires, productivité, épargne et investissements. (Voir figure N°3)

Figure N°3 : Les principales interrelations entre l'économie nationale et les régimes de protection sociale



Source : BIT

Pour vérifier la relation entre la sécurité sociale et l'économie nationale, nous avons exploité les données du secteur de la sécurité sociale en Algérie en matière de dépenses, ainsi que les données du PIB en Algérie pour une période de quinze années.

Tableau N°6. Evolution des dépenses de la sécurité sociale« CNAS » en Algérie en % du PIB

Année	PIB en (MD)	Dépenses (2) en (MD)	Dépenses sécurité en sociale en %, PIB
2001	4227,10	80,6	1,90
2002	4523,00	98,7	2,18
2003	5252,00	106,4	2,02
2004	6149,10	128,6	2,09
2005	7562,00	159,7	2,11
2006	8502,00	160,8	1,89
2007	9353,00	167,2	1,78
2008	11044,00	191,7	1,73
2009	9968,00	187,1	1,87
2010	11991,50	205	1,70
2011	14588,50	242	1,65
2012	16209,00	286,3	1,76
2013	16650,10	319,6	1,91
2014	17242,50	374,8	2,17
2015	16592,00	406,8	2,45

Source : ONS & CNAS

Le rapport, dépenses sécurité sociale/PIB est passé de 1,90% en 2001 à 2,45% en 2015, ce qui montre que les dépenses durant cette période ont augmenté plus vite que le PIB.

En effet, le taux d'accroissement annuel moyen du PIB durant la période 2001-2015 est de 0,5 % alors que celui des dépenses de sécurité sociale est de 1,5%. De ce fait, le coût de la sécurité sociale gérée par la CNAS, en Algérie a augmenté beaucoup plus vite que le PIB.

Ainsi se trouve posé le problème de l'avenir de la sécurité sociale gérée par la CNAS.

Pour l'objectivation du rapport dépenses de la sécurité sociale et produit intérieur brut nous avons utilisé comme instrument statistique l'analyse de la corrélation, dont les résultats indiquent un coefficient de corrélation est 0.952, c'est-à-dire une forte corrélation. (Voir tableau en annexe)

L'explication qu'on peut avancer est que, parmi les causes conjoncturelles de l'augmentation des dépenses de la sécurité sociale se trouve la croissance économique mesurée par le PIB, c'est-à-dire, quand la croissance est ralentie entraîne une diminution de la masse salariale, ce qui mène non seulement à l'augmentation du chômage et la pauvreté, mais, aussi une diminution des recettes de cotisations du fait que le financement du système de sécurité sociale est financé principalement par les cotisations sociales qui sont prélevées sur les salaires.

Cette situation engendre un décaissement plus important, par conséquent le déficit de la sécurité sociale se creuse. Par contre, une croissance plus forte, fait diminuer le déficit, notamment en matière de l'indemnisation du chômage. Pour rappel, l'Algérie émerge sur la convention n°102 de l'organisation internationale du travail (OIT) : « les soins médicaux et indemnités de maladie, les prestations de maternité et celles d'invalidité, les prestations d'accidents du travail ou des maladies professionnelles, les prestations aux familles, les prestations de vieillesse, de survivants et les prestations de chômage, d'invalidité, de vieillesse et de décès du soutien de famille, ou un revenu supplémentaire aux personnes qui ont des responsabilités familiales », **KASMI M.S, (1989)**. Donc la sécurité sociale est liée étroitement avec tout le reste de l'économie sociale.

D'ailleurs, ce lien est affirmé par des études menées dans d'autres pays, dont le système de sécurité sociale est dit bismarckien. **E. MäBAREK, (1990)** a conclu que « Tout changement au niveau des variables de nature économiques comme le salaire, le coût des prestations, la productivité, l'activité économique en général, la politique de promotion de l'emploi, l'investissement, le progrès médical et technologique, ..., a un impact certain sur le niveau des recettes et des dépenses ».

L'impact de la sécurité sociale, n'est pas seulement en lien avec les agrégats macroéconomique, plutôt, une autre dimension plus intéressante, est celle de l'apport de la sécurité sociale sur de l'entreprise, en effet, il s'agit de la productivité qu'il faut mettre en valeur.

1.3. Le rôle de la sécurité sociale dans la productivité

La sécurité sociale joue un rôle prépondérant dans la productivité au sein de l'entreprise, pour commencer, les systèmes de santé aident à maintenir les travailleurs en bonne santé et à guérir ceux qui deviennent malades. Donc, une mauvaise santé est une cause majeure de faible productivité dans de nombreux pays en développement où les travailleurs n'ont pas accès à des soins de santé adéquats. Non seulement, elle limite la capacité de l'individu à faire face aux exigences physiques de son emploi, mais, elle entraîne aussi une absence pour motif de maladie et peut sérieusement compromettre l'efficacité même chez les travailleurs qui ne s'absentent pas du travail. Aussi, les soins aux membres de la famille des travailleurs contribuent aussi à assurer la bonne santé de la future main-d'œuvre. Outre, les régimes de retraite facilitent le départ des travailleurs âgés de la population active, ce qui contribue à éviter le problème des travailleurs qui restent en emploi lorsque leur productivité est tombée à un niveau bas.

De plus, la prestation de maladie en espèces contribue au rétablissement des travailleurs malades en supprimant la pression financière pour continuer à travailler lorsqu'ils sont malades. Il contribue également à maintenir la productivité des autres travailleurs en luttant contre la propagation de l'infection.

Par ailleurs, l'assurance maternité revêt une importance particulière pour la reproduction d'une main-d'œuvre en bonne santé, ainsi que pour le maintien de la santé des mères qui travaillent. Parallèlement, la sécurité sociale joue un rôle de plus en plus important dans la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et dans la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes. Ces activités sont d'une importance considérable pour la productivité, compte tenu du nombre considérable de jours de congé attribuables aux risques évitables pour la santé. Sans compter que, les allocations familiales aident à assurer que les familles avec enfants ont suffisamment de revenus pour assurer une bonne nutrition et un environnement de vie sain pour leurs enfants.

Pour conclure, la sécurité sociale en tant que fin en soi, participe à la réalisation du mieux-être des populations et fait parti des buts ultimes de l'activité économique. Or, chaque pays

possède une économie politique et politique économique différentes des autres pays, dès lors le modèle de sécurité sociale ne peut en aucun cas être dépendant de la vision économique.

1.4. Les modèles de la sécurité sociale

Ainsi, la théorie moderne de la sécurité sociale a été proposée à partir de 1942 par le Britannique **Lord Beveridge**, qui a développé une conception radicalement nouvelle de la sécurité sociale et qui vise à la fonder sur la solidarité nationale, de façon à ce que toute la population puisse en bénéficier. C'est une conception qui marque une rupture avec celle qui prévalait jusqu'alors, et qui était la conception des assurances sociales développée par **Otton Van Bismarck**, d'ailleurs, le Chancelier Allemand avait fait adopter une série de lois dans ce sens entre 1883 et 1889, ces lois avaient un fort retentissement, puisque pour la première fois il y avait une organisation moderne de couverture de certains risques dits sociaux, sachant que d'un côté, dans la conception de **O.V. Bismarck**, ce n'est pas la solidarité nationale qui est mise en avant, ce sont plutôt les solidarités socioprofessionnelles, entre travailleurs, c'est-à-dire les solidarités entre les salariés du commerce et de l'industrie etc., c'est le sens qui est donné à cette expression à l'époque, de l'autre côté, les prestations qui sont accordées sont des prestations qui sont subordonnées à un effort préalable de cotisations de l'employeur et du salarié.

Il convient, d'en déduire que les prestations dans l'univers « Beveridgien » sont dues non plus aux travailleurs mais aux citoyens, de ce fait, il n'y a donc plus de lien de commutativité entre prestations et cotisations, en somme, c'est une démarche radicalement nouvelle et beaucoup plus exigeante en terme de solidarité.

Toutefois, l'objectif du système d'O.V. Bismarck est donc d'assurer un niveau de vie, tandis que le système de L. Beveridge se concentre sur la sécurisation d'un niveau de subsistance.

En Europe, on parle généralement du système mixte. En France particulièrement, la sécurité sociale va voir le jour sous l'influence des travaux du conseil national de la résistance à partir de la libération, et c'est Pierre LAROCHE, qui en est la cheville ouvrière, et il élabore un plan de sécurité sociale qui va se mettre en place dès 1945, dont la pierre angulaire est l'ordonnance du 4 octobre 1945.

A cette époque, les principes qui ont été posés, sont les principes qui sont plus ou moins encore appliqués aujourd'hui, mais, qui pour l'essentiel notamment l'universalité, sont effectifs.

En effet, en dehors de ces deux principaux modèles, il existe d'autres conceptions de la sécurité sociale comme les modèles mixtes. Il s'agit d'un système qui a des éléments de

Beveridge et Bismarck. Il fait appel à des fournisseurs du secteur privé, mais le paiement provient d'un programme d'assurance géré par le gouvernement que chaque citoyen paie.

Enfin, un dernier modèle qui s'appelle le « the out-of-pocket » ou le modèle hors-poche. Ce dernier adopté dans quelques pays industrialisés développés. La règle de base dans ces pays est que les riches obtiennent des soins médicaux et les pauvres restent malades ou meurent.

Dans les régions rurales d'Afrique, d'Inde, de Chine et d'Amérique du Sud, des centaines de millions de personnes passent leur vie sans jamais consulter un médecin. Ils peuvent avoir accès à un guérisseur de village en utilisant des traitements qui peuvent ou non être efficace contre la maladie.

Dans le monde pauvre, les patients peuvent parfois payer assez pour payer une facture de médecin. Dans le cas contraire, ils paient des pommes de terre, du lait de chèvre ou, tout ce que leur peut avoir à donner. S'ils n'ont rien, ils ne passent pas de soins médicaux.

Ces quatre modèles sont évolutifs dans le temps, en fonction d'un certain nombre de facteurs, tel que, l'orientation politique, la conjoncture économique etc.

Par rapport à cette évolution, le système de sécurité sociale algérien a connu aussi, une évolution remarquable en devenant un véritable moyen de solidarité nationale. On estime 80% d'algériens entre assurés et ayant droits bénéficient des avantages du système de sécurité sociale. La sécurité sociale en Algérie possède une dimension de nationalisme reposant sur une solidarité forte, comme modèle collectif. **D. Bland & A. Lecours, (2004)** affirment que, « le nationalisme et la protection sociale sont deux phénomènes directement associée à l'identité et à la solidarité ».

Cependant, qu'il soit contributif ou non contributif, sa générosité se heurte aujourd'hui au problème du financement : difficulté de recouvrement des cotisations pour l'un et dépendance aux cours du pétrole pour l'autre » **C. Perret, (2012)**. En conséquence, la sécurité sociale algérienne fonctionne sur le régime de la répartition. C'est-à-dire qu'elle organise la solidarité entre les actifs et les inactifs : ceux qui travaillent payent les pensions de ceux qui ont cessé de travailler. Ceci ne va pas à l'encontre des conclusions de quelques recherches qui affirment que, « le système algérien de protection sociale semble être l'aboutissement d'un compromis entre le système bismarckien et beveridgien ». **W. Merouani, N. Hammouda, C. Elmoudden, (2014)**.

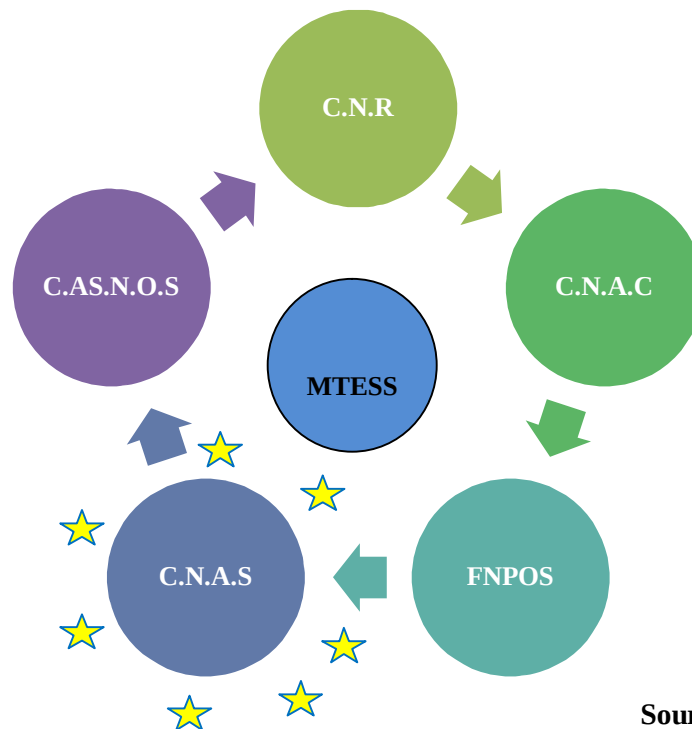
1.4.1. Architecture du système de sécurité sociale en Algérie

Principalement, quatre caisses de sécurité sociale, à compétence nationale, largement déconcentrées :

CNAS	• La Caisse Nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés
CNR	• La Caisse Nationale des Retraites
CASNOS	La Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Non Salariés
CNAC	La Caisse Nationale d'Assurance chômage
FNPOS	• Le Fonds National de Péréquation des Oeuvres Sociales

Le Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale exerce la tutelle sur les caisses de sécurité sociale et assure la coordination, l'évaluation, le suivi et le contrôle de conformité.

Figure N°4 : Système de sécurité sociale Algérien



Source : Nous même

La CNAS, elle gère aujourd'hui deux régimes, il y a le régime général qui rassemble la plus grosse partie de la population, si nous prenons les chiffres de l'Agence CNAS de la wilaya d'Alger, on retrouve que parmi les 1 324 079 assurés sociaux, presque 68% des assurés relèvent du régime général et l'autre partie relève du régime des fonctionnaires.

En Algérie il ya une organisation morcelée qui conduit à assujettir à des régimes des personnes en fonction de leur activités professionnelles et les personnes sont protégées non pas à titre individuel, mais, comme membre d'une communauté socioprofessionnelle, c'est

d'abord cette appartenance à la communauté qui va déterminer les prestations et les cotisations en matière de sécurité sociale.

En dehors de cette organisation en régimes, qui est importante et qui structure le système, est venue se superposer une organisation en branche, cette dernière est apparue en 1983.

Par exemple la branche des assurances sociales, gérée par la caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés –CNAS- couvre les risques suivants :

- ✚ L'assurance maladie : c'est la prise en charge des soins de santé et les indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour raison de maladie ;

- ✚ L'assurance maternité: C'est la prise en charge des soins de santé et congés de maternité de 14 semaines ;

- ✚ L'assurance invalidité: Sont les pensions en cas de réduction de la capacité de travail d'au moins 50% ;

- ✚ L'assurance décès : c'est le capital versé aux ayants droit de l'assuré social décédé

1.4.2. Les grandes lignes de l'organisation administrative et financière de la sécurité sociale en Algérie

L'organisation administrative et financière de la sécurité sociale en Algérie, au même titre que les pays ayant adopté le système **Bismarckien**, présente une originalité, elle se distingue de celle de l'Etat assez curieusement, y pourtant il s'agit de l'un des premiers services publics, l'explication se trouve dans le principe de démocratie sociale de la sécurité sociale posé en 1945, puisque à l'époque, **Pierre Laroque**, « Ordonnance du 4 octobre 1945 », avait souhaitait que la sécurité sociale soit confiée aux partenaires sociaux et organisations syndicales et patronales, du coup les organismes de sécurité sociale quelque soit leurs régimes sont des organismes distincts des administrations d'Etat. A l'exception, des allocations familiales et les dépenses dites de solidarité nationale à travers l'octroi d'un complément différentiel pour les retraités dont le montant de la pension issu des droits contributifs n'atteint pas le montant minimum légal, soit 75% du SNMG et 2,5 fois le SNMG pour les moudjahidine de la guerre de libération nationale, des indemnités complémentaires prévues pour les petites pensions de retraite et d'invalidité et pour les allocations de retraite

Donc, il y a partition organique entre l'Etat et la sécurité sociale qui ne doit pas faire oublier, néanmoins que, l'Etat exerce un contrôle et une tutelle étroite sur les organismes qui en assurent la gestion, en Algérie c'est le ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale.

L'organisation matérielle de la sécurité sociale en Algérie, elle repose sur deux notions clés, c'est celle du régime et celle de branche.

Dans ce sens, la première décennie postindépendance s'est caractérisée par la multiplicité des régimes (onze) et des organismes de sécurité sociale (quatre vingt deux) est s'est singularisée par deux faits importants :

- L'extension en 1968 du régime des allocations familiales au secteur agricole public ;
- La prise en charge des risques des accidents de travail et des maladies professionnelles, par la sécurité sociale (1967).

En 1983, la sécurité sociale a connu une refonte totale visant l'unification et l'uniformisation des régimes et des avantages à servir en matière d'assurances sociales, de retraite, d'accidents de travail et de maladies professionnelles.

C'est ainsi, que les nombreux organismes existants ont été remplacés par deux caisses d'assurances sociales (**CNAS**) et retraite (**CNR**). Puis plus tard, d'un organisme pour les non salariés (**CASNOS**) et de couverture du risque chômage (**CNAC**).

1.5. Les grands enjeux de la caisse des assurances sociales ñCNAS-

Les enjeux de gestion pour la CNAS, sont très nombreux, on peut citer trois, le premier, est de garantir l'égalité sociale d'accès aux soins, c'est un enjeu important, puisque, les assurances sociales, ne reposent pas simplement, sur la mise en œuvre d'un système de prestations, avec en particulier le dispositif de tiers payant, mais, a coté, la CNAS doit s'assurer que les professionnels de santé, délivrent donc les prestations à tous les assurés qui peuvent y prétendre, par exemple en matière de tiers payant, un certain nombre de professionnels libéraux de santé refusent de recevoir les bénéficiaires de ces dispositifs qui sont porteurs de la carte CHIFA, pour motif, qu'ils ne sont pas conventionnés, d'où la nécessité d'une intervention en lien éventuellement avec le conseil de l'ordre des médecins pour garantir l'effectivité du droit à l'accès aux soins,

Par ailleurs, la CNAS est amenée à développer une action sociale complémentaire des prestations légales, pour faire face à certaines situations particulières auxquelles la législation et la réglementation ne peuvent pas répondre, comme par exemple, les transferts pour soins à l'étranger (T.S.E), particulièrement pour quelques pathologies dont les moyens locaux présentent un déficit défaut. Il y a une la nécessité de devoir disposer d'un service d'assistance sociale par la caisse destinée à répondre à certain nombre de situation individuelle, afin de lutter contre la précarité de soins.

Le second enjeu, est lié à la relation bipolaire organisme de sécurité sociale/professionnel libéral de santé, il s'agit, de la fameuse question du dépassement des honoraires médicaux. En effet, avec la mise en place par CNAS du dispositif de tiers payant, et notamment la vulgarisation de la carte chifa, la question de la rationalisation des dépenses se pose avec

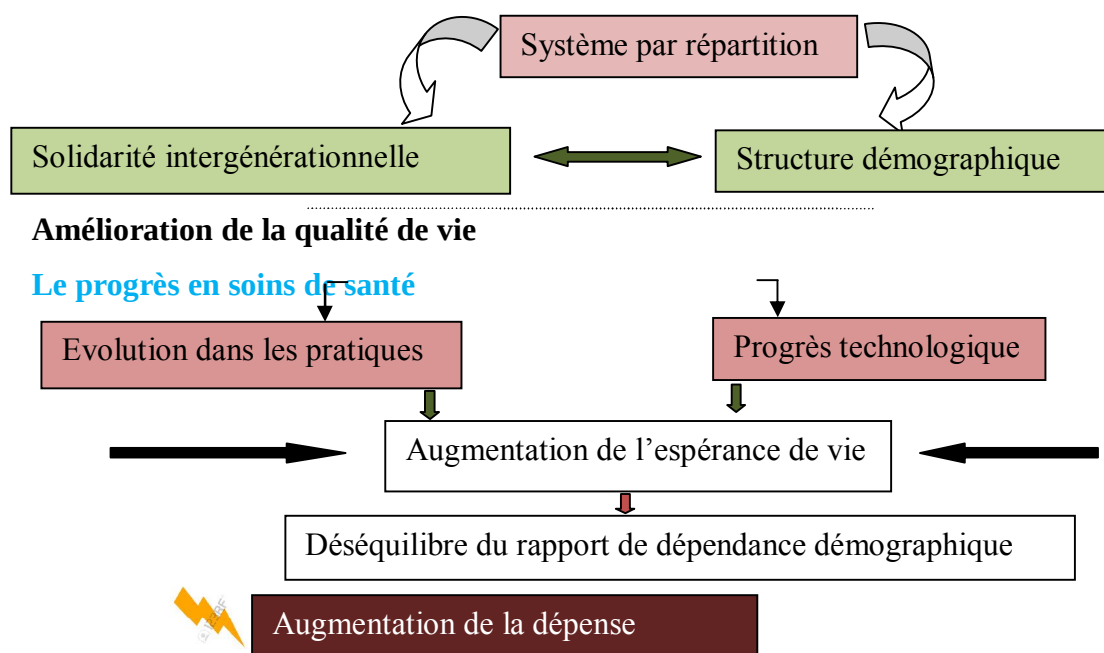
acuité. Celle-ci renvoi, à la régulation médico-économique des dépenses. C'est un objectif qui consiste à promouvoir le bon usage des soins et des fonds consacrés par la nation au financement de la santé.

Ainsi, c'est une démarche, qui vise évidemment à lutter contre les abus et les fraudes, un sujet qui est régulièrement évoqué, sachant que la notion de fraude est différente de l'abus, plutôt, elle revoie à une violation des règles de droit, alors que la notion d'abus est plus diffuse, quoi qu'elle, représente aussi un enjeu de gestion beaucoup plus important que la lutte contre la fraude, même si, cette dernière n'est pas négligée. Bref, les gisements d'économie dans le système de sécurité sociale en Algérie, repose surtout sur la lutte contre les abus en matière de consommation de soins, ce qui suppose, d'agir sur les comportements de santé, nous pensons que c'est une œuvre de grande haleine qui ne peut s'étaler que dans le temps.

En définitive, la caisse de sécurité sociale –CNAS- va devoir travailler en la matière avec les professions libérales de santé (médecins, pharmacien et établissements conventionnés), sans oublier l'action directe vis-à-vis des assurés sociaux, comme par exemple, des campagnes de communication et de contrôle. Cela nous conduit du coup, au troisième *enjeu* de la gestion qui est plus moderne, il s'agit, de l'accompagnement des assurés sociaux, par la CNAS dans leur parcours de santé ; quoi que, ceci, reste, un sujet qui devrait encore se développer dans le cadre de la future stratégie de la caisse, notamment, avec l'élargissement du dispositif de tiers payant aux médecins traitants, ce dernier point, qui reste à notre avis, un dispositif à enrichir. Ainsi, peut-on dire qu'on dehors, des enjeux de gestion et les enjeux structurels de la sécurité sociale en Algérie (vieillissement de la population et la crise économique, etc.), le modèle bismarckien, sur lequel repose principalement, la sécurité sociale en Algérie, porte, doré déjà ses signes de défaillance. Sa première faiblesse, comme il le précise, **Join-Lambert, (1998)** est l'emploi : « La survie du modèle bismarckien est intimement liée à l'efficacité du marché de l'emploi et à la démographie »,

La CNAS, se trouve dans une mutation dans son rôle, qui devient de plus en plus, un assureur solidaire en santé, à tel point que, certain nombre d'économistes, mettent en cause l'efficacité des prélèvements obligatoires que constituent les cotisations sociales, et prévoient une progression importante des déficits sociaux, notamment, avec la progression du chômage, l'augmentation des dépenses de santé et de dépenses liées aux retraites associés à une croissance qui a tendance à se tarir.

Figure N°5 : Facteurs du déficit de la sécurité sociale



Source : MTESS Algérie

Le système de financement par répartition fonctionne donc, selon un principe de solidarité entre générations. De ce fait, il est nécessaire pour son maintien de renouveler à chaque fois la population active de 18 ans à 65ans et ce, pour assurer l'équilibre entre ceux qui cotisent et ceux qui bénéficient. En outre, le progrès technologique et l'évolution dans les pratiques, produisent souvent, une augmentation de l'espérance de vie, qui pèse mécaniquement sur les comptes des organismes de la sécurité sociale, c'est-à-dire un déséquilibre du rapport de dépendance démographique.

1.5.1. Caractéristiques de la branche maladie

A la différence des autres branches de la sécurité sociale, l'assurance maladie relevant de la CNAS, dépasse la relation bipolaire classique, c'est-à-dire, celle qui lie l'utilisateur à son organisme de sécurité sociale, mais, elle s'inscrit dans une relation *tripolaire*, donc, il y a en a trois acteurs, puisque, il vient s'ajouter aux deux premiers, le professionnel ou l'établissement de santé, en effet, cette relation tripolaire vient évidemment, complexifier la mise en œuvre de l'assurance maladie.

En réalité, dans le système de sécurité sociale Algérien, il y a une partition entre d'un côté, le système d'assurance maladie que relève de la sécurité sociale gérée par la CNAS et de l'autre le système de santé, géré par les professionnels de santé. Du coup, cette relation tripolaire va mettre *enjeu* trois types de relations.

D'abord, assuré social/organisme de sécurité sociale, dont il est versé au profit des assurés sociaux deux genres de prestations : en nature, comme les prestations destinées à prendre en charge les dépenses de soins et santé, et en prestations en espèces, pour fournir des revenus de remplacements, comme les indemnités journalières (congrés de maladies), pensions d'invalidité, par conséquent, nous sommes dans un schéma classique.

Ensuite, l'organisme de sécurité sociale/les professionnels et établissements de santé, à notre égard, cette relation est importante dans la législation de la sécurité sociale Algérienne, et qui est relativement déterminante, dans la mesure où à la relation assuré social/sécurité sociale se substitue et vient une relation assuré social/ professionnel de santé conventionné, cependant, ce schéma de relation est un peu complexe et qui va évidemment se traduire par des **enjeux** spécifiques de gestion notamment pour la caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés –CNAS-

Figure N°6 : Schéma bipolaire

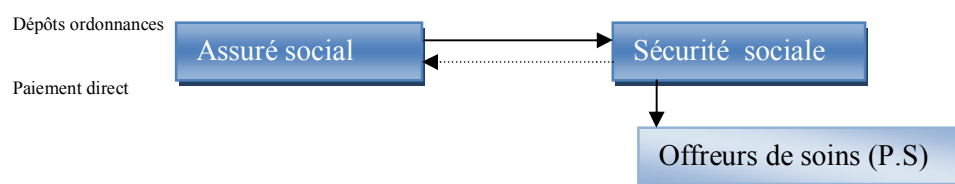
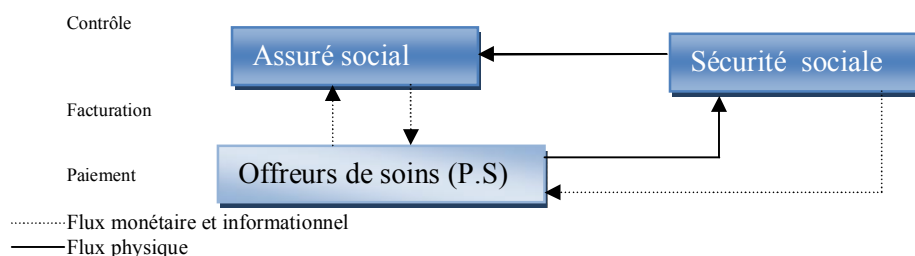


Figure N° 7 : Schéma tripolaire



Source : Nous même

1.5.2. La gestion du risque par la caisse de sécurité sociale CNAS

En premier lieu, l'expression de gestion de risque peut apparaître quelque peu iconoclaste, c'est une notion qui est apparue dans les années 1990 dans le domaine des assurances, à l'initiative d'ailleurs, des caisses de sécurité sociale en Europe, ces caisses qui ont compris la nécessité de chercher à mieux utiliser les fonds de la sécurité sociale. En deuxième lieu, gérer les risques, renvoi à un champ d'activité très large, il existe différentes définitions. Au-delà de la définition classique du risque dans le dictionnaire « l'éventualité d'un événement qui peut causer un dommage », il y a une autre définition qui est donnée par la loi hôpital santé territoire de 2009 en France, qui elle aussi, à notre sens, reste relativement générale, puisque, elle évoque seulement la question du contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé sans détails. De ce fait, nous avons jugé utile de

revenir fidèlement à l'expression elle-même de gestion des risques pour en préciser le contenu, vu de l'angle d'un assureur public après tout, gérer le risque c'est tout d'abord, éviter qu'il ne survienne, il ya aussi place pour une activité de prévention en amont, et là, nous considérons qu'il y a un double intérêt dans une démarche de santé publique, d'abord, c'est une démarche économique rationnelle, ce qui va revenir à faire un contrôle du respect des pratiques de soins, puis, il est important de signaler qu'au cœur de la sécurité sociale il y a la notion de droit d'accès aux soins, parce que, le risque aussi est que les individus au cours de leur vie peuvent se retrouver dans des situations de pertes de revenus souvent en raisons de situations qui n'ont pas voulu.

Evidement, il est difficile de joindre l'utile à l'agréable dans la gestion des risques, d'autant que les caisses de sécurité sociale sont tenues par l'obligation de préservation de leur fonds pour assurer la pérennité du système de la sécurité sociale. Pour illustrer la difficulté entre la démarche économique rationnelle et le droit d'accès aux soins, nous revenons sur chiffres cités précédemment. Il apparaît, clairement que, les dépenses de l'organisme de sécurité sociale en charge de l'assurance maladie en Algérie, à savoir la CNAS, en matière de sécurité sociales en 2007, s'élevées à peu près de 167,2MDA, c'est-à-dire 1,78% du PIB, alors que les recettes, selon les déclarations officielles des responsables de cet organisme s'élevées à peu près à 176,9 MDA, donc 1,89 %du PIB, dès lors, le solde est de l'ordre de 9,7 MDA. A ce solde, les projections de dépenses de cet organisme, à l'époque informaient qu'une situation difficile en termes de préservation de fonds est prévue, compte tenu évidemment de quelques hypothèses de projection comme par exemple l'évolution graduelle des dépenses des assurances sociales, ainsi que la transition démographique. De ce fait, un programme de réforme est lancé, visant, l'amélioration de la qualité des prestations qui repose sur l'innovation dans les outils de gestion des prestations, afin de préserver les équilibres financiers de cet organisme.

SECTION 2. L'INNOVATION EN MOUVEMENT DANS LA SECURITE SOCIALE

En avril 2007, la caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés –CNAS- a lancé effectivement une première opération pilote de son processus électronique de gestion des prestations via une carte électronique dénommée « chifa ». Plusieurs régions ont été sélectionnées pour lancer le programme, les quatre coins du pays. Alors que, cette caisse qui depuis des années s'est appuyée sur des systèmes papier pour suivre ses millions de demandes de prestations en nature et en espèces, est passée à une base de données centralisée, pour mieux gérer ses dépenses

L'objectif clé de cette innovation de gestion donc est la maîtrise des dépenses et le maintien de l'équilibre financier de la sécurité sociale en Algérie. Autrement dit, cette carte a été mise au point dans un double objectif : la simplification des procédures administratives et réduction des délais de prise en charge et de remboursement et la maîtrise de gestion moyennant, la productivité, la traçabilité et la réduction des coûts par le contrôle et lutte contre les abus et fraudes.

En effet, plus 12 millions de cartes CHIFA sont distribuées aux assurés sociaux durant la période allant de 2007 jusqu'à 2017, le résultat fait ressortir les chiffres suivants :

Tableau N°7 : Dépenses du médicament durant la période du 2007 à 2017 (y compris le tiers payant) en milliards de dinars

ANNEE	DEPENSES MILLIARDS/ DA	EN	ANNEE	DEPENSES EN MILLIARDS/ DA
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 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, soit environ 55% des dépenses totales de la CNAS.

Cette évolution semble trouver son explication dans plusieurs facteurs, dont la généralisation du système de tiers payant en août 2012. Néanmoins, ce ratio reste excessif selon les responsables de cet organisme.

Pour accompagner cette innovation deux mesures concrètes ont été mis sur pieds, à savoir :

2.1. L'incitation des patients « assurés sociaux » à la consommation du médicament générique

Il s'agit selon les sources de la CNAS, de la promotion du médicament générique et de la production pharmaceutique locale grâce à l'instauration des tarifs de référence de

remboursement, ce dernier qui consiste à fixer un montant unique de remboursement par DCI –forme dosage, sur la base du prix du générique et du produit fabriqué localement, autrement dit, le principe du tarif de référence est le suivant : quelque soit le prix de vente d'un médicament soumis à un tarif de référence, l'assureur rembourse toujours le même montant, en fonction du groupe thérapeutique auquel appartient le médicament en question, et tout dépassement de prix de vente au-delà du tarif de référence n'est pas couvert par l'assureur et reste entièrement à la charge de l'assuré.

Cette mesure vise comme objectifs :

- La rationalisation de la dépense du médicament de la sécurité sociale ;
- La contribution à la régulation économique du marché du médicament;
- L'encouragement de l'utilisation des produits génériques et de la production pharmaceutique locale.

L'Algérie à l'instar des autres pays a décidé d'encourager le médicament générique afin de réduire les dépenses en matière de médicaments. Donc, l'encouragement de la consommation des médicaments génériques s'est matérialisé par l'application du tarif de référence et le droit de substitution.

2.2.La contractualisation

Les relations entre les différents acteurs du système de soins nécessitent d'être formellement définies. « Les moindres imperfections dans l'élaboration des clauses contractuelles peuvent laisser des marges de manœuvres importantes à l'une ou l'autre des parties » **S. Chougrani, (1998)**. Un contrat est défini comme «un accord entre deux agents économiques (ou plus) par lequel ils s'obligent à céder ou s'approprier, faire ou ne pas faire certaines choses. » **OMS, (1997)**.

On estime que, la sécurité sociale est le premier « acheteur » de médicaments au niveau national, de ce fait, la CNAS et pour une meilleure gestion de ses fonds, a mis en place une pratique contractuelle avec ses partenaires, notamment :

- Des conventions avec les pharmaciens d'officines, généralisées en 2011;
- Une convention avec l'ONAAPH pour l'appareillage médical;
- Des conventions Avec les transporteurs sanitaires;
- Des conventions avec les centres privés d'hémodialyse et les cliniques de chirurgie cardiaque, mises en œuvre en appui au système public de santé ;
- Des conventions avec les médecins du secteur privé, dispositif introduits en 2009 pour les consultations et actes médicaux en faveur des retraités et les membres de leurs familles, à travers ce qu'on appelle « le dispositif du médecin traitant » ;

➤ Des conventions avec les opticiens lunettiers, appliqué en 2012 pour les lunettes de vue en faveur des enfants d'âge scolaire et préscolaire ayants droit d'assurés sociaux à faibles revenus.

Selon les sources de la CNAS, le système de tiers payant constitue l'axe majeur des ces mesures, et qui va reposer sur la nouvelle carte électronique chifa, considérée comme projet novateur.

Il s'agit donc, de l'automatisation du processus de tiers payant qui nécessite une coopération étroite avec toutes les parties concernées.

Sous son ancien système, la CNAS a traité d'épineux problèmes d'efficacité à chaque étape du processus de réclamation exprimé par les assurés sociaux et ayant droit. La domiciliation, l'organisation, l'envoi et le suivi des informations liées au carnet du tiers payant, étaient laborieux et ont entraîné des retards considérables pour les assurés sociaux.

La nouvelle carte électronique chifa, élimine les retards et prendra en charge les coûts financiers associés aux dossiers papier et à la correspondance.

Entre autres, parmi les objectifs de la carte électronique est la consolidation des données de l'assuré social, sous forme d'un dossier électronique qui contient des données médicales, etc. En utilisant ce système électronique, les partenaires dans le système de tiers payant pourront accéder à ses informations. Cette carte permet de :

- Vérifier les droits des assurés ;
- Vérifier la validité de la carte ;
- Vérifier les consommations ;
- Elaborer automatiquement la facture ;
- Authentifier le détenteur de la carte ;
- Signer électroniquement la carte.

2.2.1. C'est quoi le système de tiers payant ?

Comme nous l'avons précisé précédemment, le schéma tripolaire n'est que le principe du système du tiers payant, qui garantit en effet, une plus grande efficacité dans le fonctionnement du système public de soins et une amélioration de la qualité de la prise en charge hospitalière des assurés sociaux, et d'assurer une meilleure maîtrise des nombreuses dépenses.

La définition classique du tiers payant, est que lorsqu'un patient (assuré social) ne bénéficie pas du dispositif « avant la mise en place du dispositif », la règle est connue et bien comprise : après la consultation médicale, il règle lui-même la note « soit par exemple 1000 dinars pour un généraliste » et il se fait ensuite rembourser par la CNAS.

Un patient « assuré social » bénéficiant du tiers payant, au contraire, n'a pas besoin d'avancer cette somme : le coût de la consultation médicale est pris directement en charge par la caisse. Selon les cas, le tiers payant pourra être intégral « aucun frais à payer » ou partiel « le patient reste alors redevable du ticket modérateur ou des diverses participations forfaitaires » selon le taux de sa prise en charge par la caisse.

Donc, le principe du tiers payant a pour avantage sa simplicité et sa transparence du point de vue de l'assuré, qui n'a plus à avancer les frais et à s'inquiéter de percevoir ensuite son remboursement. A titre d'exemple, le rôle du pharmacien dans le tiers payant est que, l'assuré (le patient), bénéficie, grâce à ce dispositif, gratuitement de ses médicaments, sans avoir à avancer de frais, et c'est la CNAS qui procède au paiement, à posteriori, du pharmacien.

En Algérie ce système a été instauré par le décret exécutif n° 97-472 du 8 décembre 1997, dont il intervient en appui à la gratuité des soins dans les établissements publics de santé et qui s'ajoute au système de remboursement des frais de soins de santé.

2.3. Les acteurs principaux du système du tiers payant dans la sécurité sociale en Algérie

2.3.1. Le pharmacien

Il constitue le cœur de l'opération du tiers payant, le pharmacien dans le cadre de ce dispositif est appelé à réaliser les tâches suivantes :

- ✚ Doit détenir, de manière effective, préventive, et responsable, en « stock payé » une quantité suffisante et variée de médicaments ;
- ✚ Il remet à l'assuré les médicaments gratuitement ;
- ✚ Procède aux vérifications d'usage de toutes les pièces ;
- ✚ Exécute les gestes administratifs de l'assuré : vignettage, feuille de soins, etc.
- ✚ Prépare les factures et bordereaux à remettre à la CNAS ;
- ✚ Effectue les multiples déplacements pour le dépôt et le suivi des dossiers, ainsi que pour les mises à jour.

Ces points engendrent un volume de travail supplémentaire pour le pharmacien, ainsi, qu'une augmentation des dépenses et des charges au niveau de l'officine.

A signaler aussi les contraintes financières induites par la délivrance gratuite des médicaments supportée par le pharmacien, et le paiement s'effectuant par la CNAS de manière différée.

Le tiers payant présente donc, l'avantage d'une meilleure qualité et d'une meilleure accessibilité aux soins. En revanche, ce système incite à la surconsommation de la part de l'assuré et responsabilise le pharmacien.

Par ailleurs la réussite de ce dispositif requiert, une rigueur de gestion, notamment en matière d'information fiable entre la caisse et officines, avec des procédures claires transparentes et

efficaces de contrôle et de paiement claires. Ceci renvoi à la capacité de la caisse à disposer des moyens de maîtrise et de contrôle performants.

Cela dit, que ce dispositif doit être accompagné d'un contrôle des tarifs et d'une rationalisation de l'ordonnance médicale.

En effet, le pharmacien joue un rôle important dans la diminution des dépenses, mais son rôle ne peut être effectif selon le syndicat national Algérien des pharmaciens d'officines (SNAPO), que si les conditions et pratiques suivantes sont mises en œuvre:

- ✚ Encouragement de l'usage rationnel des médicaments ;
- ✚ Promotion des médicaments génériques ;
- ✚ Promotion de la production locale et son orientation vers les médicaments essentiels génériques ;
- ✚ Evolution des pratiques de prescription et de dispensation, et implication des prescripteurs dans la politique du générique ;
- ✚ Professionnalisation du secteur de la distribution au détail des médicaments.

Par ailleurs, et de part son droit de substitution, le pharmacien peut apporter une contribution inestimable dans la réduction des dépenses de la sécurité sociale en dispensant le médicament générique.

2.3.1.1. Le droit de substitution

Selon les conclusions de **L. ZIANI, (2012)**, elle affirme que « dans le droit de substitution, la responsabilité est laissée au pharmacien de choisir le médicament délivré si la prescription est rédigée sous la forme d'une liste de principes actifs au lieu de noms de médicament, ou de modifier la délivrance prescrite par le médecin, si un nom de médicament particulier est indiqué ».

Le champ de substitution pourrait être plus ou moins large (s'exercer uniquement sur un même principe actif ou à l'intérieur d'une même classe thérapeutique). Il serait susceptible de s'exercer avec un contrôle plus ou moins important du médecin (accord téléphonique obligatoire; accord de principe sur l'ordonnance; possibilité de refuser explicitement la substitution ; pas de possibilité de s'y opposer). En dehors des aspects économiques, le droit de substitution du pharmacien trouve sa justification dans le fait que le pharmacien, est censé mieux connaître l'éventail des médicaments » **Z. Zoulikha, (2012)**.

En Algérie, ce droit est mis en place à partir de 2006, suite à l'article 146 de décret exécutif n° 92-276 du 6 Juillet 1992 relatif à l'enregistrement des produits pharmaceutiques à l'usage de la médecine. En fait, le pharmacien a le droit de substituer une spécialité pharmaceutique par

une autre essentiellement similaire et sous réserve des dispositions de l'article 144, il ne peut en changer ni la forme ni le dosage.

En conclusion, le pharmacien est la cheville ouvrière du système de tiers payant, notamment pour ce qui est de la promotion du médicament générique, en revanche, les résultats de cette mesure, selon **B. Brahania, (2016)**« ...La consommation médicamenteuse continue à marquer des accroissements réguliers et continue à peser lourdement sur le système de sécurité sociale, surtout que le recours aux médicaments génériques reste relativement faible».

2.3.2. L'assuré social

Dans une assurance obligatoire comme la sécurité sociale en Algérie, les assurés sociaux cherchent globalement à maximiser leur utilité de sorte à ce 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., Couffinal, 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., Couffinal, 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 ».

2.3.3. Un rôle plus actif du médecin conventionné

Il est vrai que, comme nous l'avons précisé précédemment, dans le système classique l'assuré social se fait soigner et il paie la totalité des frais et se retourne ensuite vers l'assureur pour réclamer leur remboursement selon le taux de couverture. Mais, dans le cas qui nous intéresse, « le système de tiers payant », justement le tiers payeur devient un acteur indépendant de l'assureur et il est spécialisé dans la gestion du risque maladie. Dans ce cas le système de

soins est exposé, à un jeu d'acteurs, et il importe de savoir quels est son poids dans le système du tiers payant.

Le médecin conventionné est un acteur indépendant dont le seul souci est de réaliser des économies en offrant ses services aux (patients). Sa maîtrise technique lui confère une marge de liberté en matière de prescription, cette marge est renforcée par la maîtrise du lien avec le patient. Le médecin conventionné est étranger au système de gestion de la sécurité sociale, et ignore quelque fois l'existence de l'assureur lors de la prestation des services. Ce n'est que, lorsque l'assuré social « patient » présente sa carte chifa qu'il constate que le patient bénéficie d'une couverture sociale. Donc, il joue un rôle prépondérant dans la pratique du système « Tiers Payant ».

Pour la maîtrise de cette marge de liberté du médecin, la CNAS possède des instruments pour contrôler et rationaliser les dépenses de l'assurance maladie. Il s'agit du contrôle médical de la CNAS. A titre indicatif, les indemnités journalières « arrêt de travail » payées par les services de la CNAS pour le compte des assurés sociaux au titre de l'année 2017 s'élèvent à plus de 16 milliards de dinars ce qui représente 14390000 jours d'arrêt de travail. Dès lors, ces congés de maladies doivent faire l'objet de contrôle pour s'assurer de leur authenticité, c'est-à-dire écarter les maladies de complaisance.

De telles pratiques, laissent la porte ouverte à tout genre de manœuvres de la part des assurés sociaux et leurs médecins.

La fraude dans l'assurance maladie, peut être liée ou confondue avec le principe de solidarité. En effet, comme nous l'avons signalé, l'Algérie possède une dimension de nationalisme reposant sur une solidarité forte, comme modèle collectif, ainsi, dans une famille élargie, il suffit que l'un des membres de cette famille entre dans la vie active, il doit se mettre au service du reste des membres de la famille, notamment, si ces familles sont de faible revenus. Nous faisons allusion ici, à la complicité du médecin prescripteur, qui est sollicité parfois à mettre l'identifiant du membre actif sur l'ordonnance, alors qu'en réalité le bénéficiaire réel du traitement est un membre inactif de la famille, sous peine d'exclusion. Cet acte frauduleux, « substitution de personne », non seulement, il amplifie le problème du passager clandestin, mais, aussi renvoi à l'évaluation de l'efficacité des mécanismes de contrôle des organismes de la sécurité sociale.

2.3.4. 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 hôpitaux.

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. ...).

2.3.5. Le rôle de l'Etat

A travers l'utilisation des réserves de la sécurité sociale, il faut souligner que cette dernière a été depuis les années 1970, subordonnée à la réalisation des politiques économiques et sociales de l'Etat. De 1962 à 1978, comme nous l'avons souligné dans l'introduction, les organismes de sécurité sociale avaient la possibilité de placer leurs fonds dans une institution financière du pays par le biais du trésor public. A partir de 1978, obligation a été faite aux caisses de sécurité sociale de souscrire en bons d'équipement jusqu'à concurrence de leurs fonds de réserve rémunérés à un taux d'intérêt minime de (3,5%), resouscrit d'office auprès du trésor. C'est dire que la sécurité sociale dont les ressources proviennent exclusivement des cotisations, a participé au financement de la politique d'industrialisation et de développement national et par conséquent à l'augmentation des revenus, au progrès social et à l'amélioration des conditions de vie de la population.

Conclusion

En réalité, la grande majorité des systèmes de sécurité sociale dans le monde font face au même problème : l'arbitrage entre la demande de santé qui ne cesse d'accroître et le montant global des ressources allouées aux réponses à cette demande.

Peu importe le modèle de sécurité sociale adopté par un pays, les technologies de l'information et de communication TIC peuvent contribuer à apporter une réponse relativement durable à ce dilemme. Les institutions de sécurité sociale ont intérêt plus que jamais à exploiter les possibilités qu'offrent les TIC et apprendre à la juste mesure de l'impact de ces dernières sur la gestion des établissements de sécurité sociale.

Nous considérons que, l'intégration des TIC dans la gestion de la sécurité sociale comme des innovations de gestion, parfois appelée innovation administrative ou organisationnelle

Dans ce sens, nous rappelons que l'innovation n'est plus le fait d'un seul acteur, mais, plutôt un ensemble d'opérateurs fournissant des services, dont l'organisation ayant initiée l'innovation ne peut s'en passer. C'est l'avantage relatif de ces acteurs et leur impact sur la réussite de l'innovation, que nous allons analyser.

Ainsi nos hypothèses de recherche, comme nous l'avons précisé dans le chapitre précédent sont reformulées comme suit:

- a. Le recours aux soins, des assurés sociaux, facilite-il l'accès du passager clandestin et renforce-il les stratégies des professionnels de santé ?
- b. Quelles stratégies de la CNAS qui permettent de mieux maîtriser le pouvoir des acteurs externes ?
- c. Existe-t-il un lien entre le mode de gouvernance de la CNAS et la maîtrise des dépenses du médicament vis-à-vis des acteurs externes ?

Pour y parvenir, nous traitons de la question, par une approche qui se concentre sur les acteurs. Il s'agit de l'approche que développent **M. Crozier et H. Friedberg**), dans **l'Acteur et le système**, (1977).

Chapitre IV

Le présent chapitre a pour but de présenter les contours de notre étude empirique.

Nous aurons à définir dans un premier temps la démarche méthodologique de l'étude, ensuite, nous présenterons les résultats de notre recherche.

SECTION 1. LA DEMARCHE METHODOLOGIQUE DE L'ENQUETE

Initialement, il fallait alors opter pour un seul matériau empirique, par la suite nous avons retrouvé plusieurs facettes de la problématique, dès lors, la perte de données risque de fragiliser nos conclusions, par conséquent, on a exploré le maximum de pistes méthodologiques en multipliant indicateurs et matériaux empiriques.

Une méthodologie plus raisonnée s'est progressivement mise en place, résultant à la fois de la clarification de nos questions de recherche et des contraintes empiriques rencontrées.

Nous précisons que le matériau de recherche adopté est inégalement distribué selon les deux terrains d'enquête, les conditions de sa production et les possibilités d'accès n'étant pas les mêmes entre les deux populations cibles, la première population consomme les soins, et l'autre offre les soins. Il s'agit bien de l'assuré social et du professionnel de santé.

La première phase est constituée par des données de type quantitatif concernant essentiellement les questions de l'ampleur de la consommation des soins par les assurés sociaux. Notamment des données sur les caractéristiques sociodémographiques (âge, niveau d'études, activité, revenu), la couverture sociale (affiliation, cotisation, type de couverture (chronique, ...etc.), usage de la carte CHIFA et l'état de santé de l'enquêté.

Dans cette phase, nous avons travaillé essentiellement sur deux indicateurs : L'attitude de l'assuré sociale vis-à-vis de la CNAS et son degré de prévention. Ces indicateurs ont été analysés par rapport à d'autres variables de base (l'âge et le sexe).

Puis, les données concernant le bénéfice des soins hospitaliers et ambulatoires au niveau des établissements publics de santé au profit des individus qui ne sont pas couverts par le système de sécurité sociale de la CNAS, c'est-à-dire ceux n'ayant pas le statut d'assuré social. Cet indicateur est essentiel à notre égard, pour la simple raison que le budget des établissements de santé est composé aussi d'une aide de la part de la CNAS.

Dans le même sens, la CNAS étant, un bailleur de fonds, contribuant au financement du système national de santé sous forme de « **forfaits hôpitaux** » (décret 74/02 du 16/01/1974), destiné à améliorer les prestations de soins offerts aux bénéficiaires du système de sécurité sociale (assurés sociaux et leur ayant droit), demeure sans connaissance précise du statut des personnes admises dans le système de soins

Cette méconnaissance, engendre non seulement, la confusion dans les relations entre le bailleur de fonds et les prestataires de soins, mais également une difficulté de maîtrise des

dépenses de santé pris en charge par la sécurité sociale. C'est ce que nous considérons comme des passagers clandestins (phénomène du free rider).

Ces deux dimensions de l'enquête, permettront en principe d'avoir, en premier lieu, les éléments d'informations sur les variables principales qui exercent un impact sur les dépenses de consommations de soins et du médicament, et en deuxième lieu d'ouvrir la voie vers l'analyse des stratégies des autres acteurs (médecins et pharmaciens), du fait que les assurés sociaux sont en relation permanente avec les professionnels de santé.

1.1. Les populations ciblées et retenues

Deux champs d'enquêtes distincts selon la nature des données produites.

1.1.1. La première population de l'enquête par questionnaire est celle des assurés sociaux et leur ayant droit, couverts par la CNAS, et également, les non-assurés sociaux, les deux catégories des enquêtés sont choisies au niveau de la wilaya d'Alger.

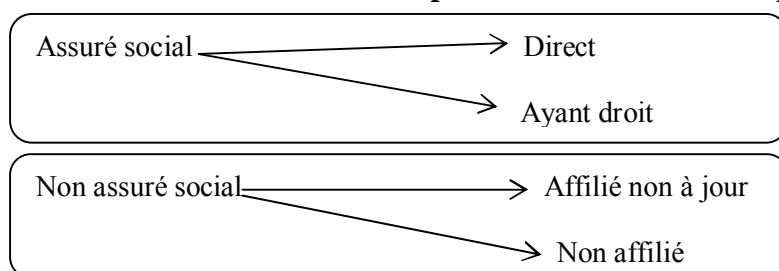
Au départ, nous avons passé le questionnaire uniquement au niveau du CHU de Beni Messous, auprès d'une dizaine d'individus en y insérant le maximum de questions concernant les quatre items cités précédemment, puis, nous avons corrigé quelques questions après évaluation des réponses.

Finalement, le choix du site est porté à deux CHU au lieu d'un seul. A notre grande surprise, beaucoup d'enquêtés refusent de donner des informations sur leur maladies, ce qui nous a amené à presque multiplier notre échantillon.

- **L'assuré social** : Est une personne qui peut profiter des prestations de la CNAS, de par sa couverture sociale, elle est affiliée soit au régime général ou au régime des fonctionnaires, verse des cotisations, elle possède un numéro de sécurité sociale et détient une carte à puce CHIFA sur laquelle sont inscrits ses ayants droit.

- **Le non-assuré social** : Est une personne qui n'est pas affilié à l'un des deux régimes cités ci-dessus, elle peut être affiliée mais, non à jour, à défaut de la non cotisation, c'est-à-dire, de facto, n'ouvrant pas droits aux prestations de la CNAS.

Figure N°8 : Schéma de base de la composition des individus enquêtés



Source : Nous même

1.1.1.1. L'échantillon : 300 Individus

Il convient de préciser que les critères retenus pour se rapprocher de la représentativité de notre échantillon, sont en référence principalement par rapport au sexe et à l'âge.

La population de base utilisée pour réaliser l'enquête auprès des assurés sociaux est constituée de **890267** assurés sociaux, relevant du régime général et **433812** relevant du régime des fonctionnaires soit une base de **1 324 079** assurés sociaux des deux agences CNAS de la wilaya d'Alger.

A rappeler que le nombre total d'assurés sociaux directs en 2016 dépasse les 11 millions de personnes, au niveau national, si nous additionnons leurs ayants droit ainsi que les catégories particulière, on retrouve plus de 36 millions d'Algériens, qui sont couverts par le système de sécurité sociale.

En effet, pour construire un échantillonnage scientifiquement valide, nous rappelons que nous n'avons pas l'ambition de généraliser les résultats de cette recherche mais, plutôt de réunir au départ, des données quantitatives pour décrire les tendances en matière de consommation des soins et du médicament par les assurés sociaux, et d'évaluer le phénomène du passager clandestin,

La technique d'échantillonnage que nous avons choisi est non sur probabilité, dans laquelle nous avons sélectionné l'échantillon en fonction de notre jugement plutôt (un échantillonnage de commodité) que d'une sélection aléatoire. Les individus sélectionnés sont facilement disponibles et facilement recrutés pour nous.

Au départ, nous avons testé un échantillon de 200 individus au niveau du CHU de BENI MESSOUS, ensuite nous avons étendu l'échantillon vers le CHU de Mustapha Bacha pour le même nombre que celui du premier site. Nous estimons que la technique choisie est plus courante, en raison de sa rapidité, de sa rentabilité et de la facilité de disponibilité de l'échantillon.

Nous avons essayé de construire un échantillon qui ressemble à la population de **1 324 079** assurés sociaux des deux agences CNAS de la wilaya d'Alger.

Dans le cours de l'analyse quantitative, nous ne présenterons pas l'intégralité des données mais, nous mobiliserons celles qui illustrent le mieux, les tendances générales constatées en matière de consommation de soins et du médicament qui susceptibles peuvent inciter à une relation avec les autres acteurs de la sécurité sociale.

1.1.2. La deuxième population de l'enquête par entretien

Il s'agit des acteurs qui sont impliqués dans le processus d'innovation au sein de la sécurité sociale. Nous précisons que ces acteurs qui ont des liens quelconques soit leur intensités avec la

sécurité sociale, ont des objectifs pour certains convergents et d'autres divergents, notamment par rapport aux dépenses de l'assurance maladie.

Nous focalisons notre analyse sur plusieurs acteurs, cependant, les deux principaux acteurs (offreurs de soins), en l'occurrence le pharmacien et médecin, sont les plus influant sur la sécurité sociale.

1.1.2.1. Les acteurs principaux

- Le pharmacien

La carte chifa au fait, vient automatiser la relation entre la CNAS et le pharmacien, dans laquelle, le pharmacien 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.

- Le médecin traitant

Sans tiers payant, l'assuré social se fait soigner et 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 qui repose sur la carte chifa, 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.

- La structure publique de santé

Par le biais de ce que l'on appelle le forfait hôpitaux, la sécurité sociale, se trouve par obligation réglementaire « loi de finance » comme source de financement du système de santé publique. Cet acteur joue un rôle primordial dans l'équilibre financier de la sécurité sociale.

1.1.2.2. Les acteurs périphériques

Les acteurs périphériques, nous les nommons ainsi de par leur degré d'influence sur le processus d'innovation dans la sécurité sociale, leur influence est indirecte en comparaison à l'influence directe des trois premiers acteurs, qui sont en contact permanent avec la sécurité sociale.

Il est à noter que l'assuré social, présente deux postures dans notre analyse, il possède à la fois une stratégie en tant qu'acteur de base dans l'écosystème de la sécurité sociale, et il constitue encore une source de dépenses des prestations de la sécurité sociale.

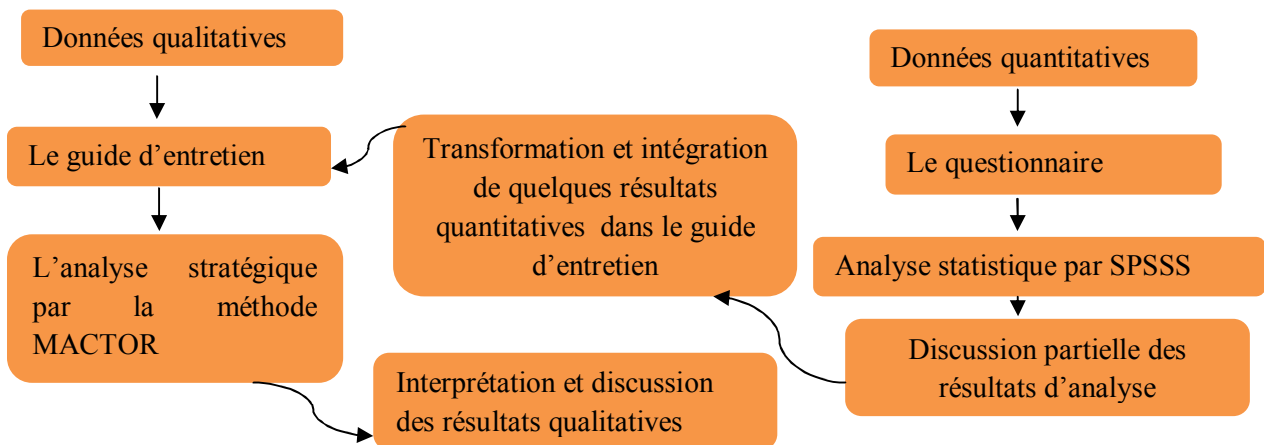
1.2. La collecte des données et déroulement de l'enquête

A ce niveau de recherche, l'absence d'informations dont nous avons besoin pour notre étude nous a poussés à établir outils de recherche pour mener notre propre enquête.

1.2.1. Outils de la collecte des données

Pour recueillir les informations dont nous avons besoins, nous avons retenu méthodiquement deux outils comme instrument d'investigation adressé aux deux populations enquêtées. Bien évidemment, le choix de ces outils de collecte de l'information nous l'avons expliqué dans la première section ci-dessus.

Figure N°9 Schéma d'analyse et interprétation des résultats de la recherche



Source : Nous même

1.2.1.1. Le questionnaire

Quatre (04) principaux items ont permis d'alimenter les questions posées aux individus de la première population :

- **Les caractéristiques sociodémographiques** : âge, niveau d'études, activité, revenu ;
- **La couverture sociale** : affiliation, cotisation, type de couverture (chronique, ...etc.), usage de la carte CHIFA ;
- **Les questions relatives au comportement et à la relation des usagers avec la CNAS** : il s'agit des informations liées à : - l'usage de la carte CHIFA au profit d'autrui (ayants droit et autres) - limitation du montant de consommation à 3000 DA - degré de connaissance des mesures incitatives (générique, princeps et tarif de référence etc.) ;
- **L'état de santé de l'enquêté** : la taille, le poids, le tabagisme, les médicaments remboursés en fonction des classes thérapeutiques et le degré de prévention.

Le choix des médicaments remboursés contenus dans le questionnaire, sont arrêtés en fonction des données récupérées de deux officines pharmaceutiques durant une année de vente. Ces médicaments représentent **50%** de la consommation totale des médicaments, dont : Gastro-entérologie, Antalgiques, Infectiologie, Anti-inflammatoires Etc.

L'objectif principal de cette première étape est d'explorer les facteurs ayant conduits à la progression des dépenses des soins et du médicament, d'un point de vue du consommateur.

Les modalités des variables d'analyse statistique sont comme suit :

Tableau N°8 : Variables principales d'analyse

INTITULE DE LA VARIABLE	MODALITES
1. Les caractéristiques sociodémographiques	
Sexe	Masculin Féminin
Age	<18, 18 à 24, 25 à 30, 31 à 36, 37 à 42, 43 à 48, 49 à 54, 55 à 60 et >60 ans
Statut d'activité	Privé, Salarié du secteur économique, fonctionnaire du secteur public et vacataire
Catégorie de revenu	<18000, de 18000 à 25000, de 26000 à 35000, de 36000 à 45000 et >45000 DA
2. La couverture sociale	
L'affiliation,	Affilié ou non affilié
Cotisation	Contribuable ou non contribuable
Type de couverture (chronique, ...etc.)	Couvert à 80%, couvert à 100%
L'usage de la carte CHIFA	Utilise ou non la carte chifa
3. Le comportement et à la relation des usagers avec la CNAS	
L'usage de la carte CHIFA au profit d'autrui (ayants droit et autres)	Oui ou non
Limitation du montant de consommation à 3000 DA	Dépasse le seuil ou non
Degré de connaissance des mesures incitatives (générique, princeps et tarif de référence etc.)	Ayant connaissance ou non
4. Etat de santé	
Mauvais, moyen, bon et très bon	

Source : nous même

Autours de ces modalités, nous avons pu établi 49. (Questionnaire et procédure de codage en annexe).

1.2.1.2. Le guide d'entretien

La question du pouvoir des acteurs dans la CNAS pose d'importants problèmes méthodologiques déjà évoqués, mais nous voulions obtenir des indicateurs à ce sujet. Cet objectif est longtemps resté une obsession dans notre thèse tant il nous semblait important de produire une connaissance à ce sujet.

Par conséquent, notre recherche pour cet aspect a été réalisée au moyen d'un guide d'entretien (interview). Certaines questions ont été préparées afin que nous puissions orienter l'entretien vers la satisfaction des objectifs de la recherche, mais des questions supplémentaires ont été posées au cours des entretiens.

En effet, nous avons procédé par des entretiens approfondis, dont le but est d'identifier les émotions, les sentiments et les opinions des professionnels de santé par rapport au tiers payant via l'utilisation de la carte chifa.

1.2.1.2.1. La question du choix des acteurs interviewés :

La méthode d'échantillonnage raisonné a été utilisée pour développer l'échantillon de la recherche en discussion. Dans notre thèse, les membres de l'échantillon qui sont sélectionnés, ont des relations privilégiées avec le phénomène étudié, une expérience de travail suffisante et pertinente dans le domaine de l'offre des soins et une relation conventionnelle avec la CNAS. Dans ce contexte, les participants aux entretiens sont des médecins spécialistes et pharmaciens d'officines, opérant généralement en cabinets privés et plus précisément à Alger, à savoir:

- Spécialistes en Ophtalmologie ;
- Spécialistes en ORL ;
- Spécialistes en gynécologie ;
- Médecins allergologue ;
- Médecins généralistes ;
- Pharmaciens ;

Nous rappelons que, notre échantillonnage suppose que l'on décide non seulement de la présence de l'acteur dans le système de sécurité sociale, mais aussi de sa proximité par rapport à la CNAS en termes de l'offre de soins. (voir liste des acteurs de la sécurité sociale en annexe)

Une méthodologie qualitative paraît appropriée pour analyser stratégiquement les acteurs dans le secteur de sécurité sociale, tels que les zones d'incertitude, les mécanismes de pouvoir, les enjeux, etc.

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 alimentés notre guide d'entretien :

- **Le niveau de coordination du professionnel de santé avec la CNAS ;**

La CNAS accorde une grande importance à l'avis médical d'un médecin traitant sur les problèmes de santé de l'assuré social. Elle (CNAS) accompagne l'avis du médecin traitant dans la plupart des cas. Toutefois elle peut écarter son avis dans certaines circonstances.

- **La perception du professionnel de santé vis-à-vis du tiers payant par le biais de la carte chifa ;**

Ce qu'il faut savoir est que le tiers payant existait bien avant l'avènement de la carte chifa, et ceux qui bénéficient de ce dispositif avait auparavant des carnets du tiers payant. Cet avantage

au profit des assurés sociaux qui sont atteints de pathologies chroniques, a été dé-domicilié en 2012 ensuite étendu à l'échelle nationale via la carte chifa, ce qui a apporté un avantage certain aux assurés sociaux et leur a permis de s'adresser à la pharmacie conventionnée de leur choix au niveau national, tout en gardant l'avantage de bénéficier du tiers payant.

- **Les risques du métier du professionnel de santé dans le nouvel environnement institutionnel.**

La prescription des médecins libéraux est un thème récurrent des débats sur les dépenses de santé. Ainsi, l'aspect de la liberté de prescription médicale peut prendre une dimension sociologique, c'est-à-dire que la carte chifa de par ses exigences touche dans la dimension cognitive du travail des « professionnels de santé ».

1.3. Le traitement de données

Dans le cadre de démarche mixte adoptée, l'analyse des données est opérée par deux techniques, d'abord, une analyse statistique pour les données quantitatives du questionnaire, ensuite une analyse de contenu pour les informations recueillies via le guide d'entretien.

1.3.1. Le traitement des données quantitatives

Un fichier sous le logiciel SPSS a été construit à partir des données recueillies sur les deux sites (CHU de Mustapha Bacha et CHU de Beni-Messous), il a abouti à des traitements statistiques différents (tendances, tri croisés etc.).

Nous avons d'abord regroupé et traité les données concernant les assurés sociaux porteurs de la carte chifa, qui sont atteints d'affections chroniques, parce que, nous avons l'idée que la consommation des soins et du médicament est un peu plus importante chez cette catégorie d'assurés sociaux, ensuite nous avons procédé par des tris croisés de l'ensemble des variables. En effet, cette approche quantitative n'est pas totalement nouveau, on en trouve déjà du genre au niveau de la CNAS ou ailleurs. Sauf que cet angle d'analyse ne permet pas d'atteindre la question du pouvoir des acteurs.

C'est à ce titre, que nous avons associé consciemment à cette approche et de manière plus originale, une approche qualitative, il s'agit de la dimension stratégique des acteurs vis-à-vis de la CNAS, c'est-à-dire déterminer en quoi les professionnels de santé avaient pu et pouvaient encore aujourd'hui jouer un rôle dans la réduction des dépenses de la CNAS.

1.3.2. Le traitement des données qualitatives

Les entretiens réalisés sont estimés à quinze heures d'enregistrement par dictaphone, une partie des entretiens est transcrite manuellement.

La réalisation des inventaires (de mots, de thèmes, de verbes etc.) nous a permis d'alimenter le logiciel de traitement des données des entretiens transcrits par le biais de l'application MACTOR.

Nous nous présentant à la salle d'attente comme patient, une fois le contact est établi avec le spécialiste, nous lui demandons de participer à la recherche après avoir expliqué la nature et la portée de l'étude. De manière générale, les répondants étaient disposés à participer à la recherche, nous lui proposons de participer à l'entretien selon le jour et l'heure qui lui conviennent. Une dizaine d'entretiens ont eu lieu du janvier au juin 2018 avec les professionnels de santé,

Les discussions ont eu lieu dans les cabinets médicaux et ont duré environ 1 heure à 1h et demi. Au cours des entretiens, des notes ont principalement été conservées afin d'analyser les données recueillies.

Pour l'analyse de la dynamique des acteurs, nous avons utilisé 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.

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.

En somme, c'est un outil d'aide à la décision pour asseoir des politiques soit d'alliances et de conflits potentiels (voire démarche et étapes de la méthode dans concepts et définitions).

SECTION 2. PRESENTATION & DISCUSSIONS DES RESULTATS

A présent, nous présentons et nous discutons à la fois les résultats de l'analyse quantitative, ensuite les résultats de l'analyse du contenu afin conclure par une synthèse des résultats globales de l'étude.

2.1. Analyse quantitative

Les données recueillies par le questionnaire regroupent ont permis de connaître l'ampleur du phénomène de passager clandestin pour chaque individu et d'obtenir un paramètre de grandeur pour chaque catégorie d'âges et de sexe. De plus, le croisement des variables d'intérêt a également permis de décrire statistiquement le degré d'asymétrie d'information par rapport aux différents dispositifs engagés par la CNAS. Les informations recueillies dans les questionnaires ont été saisies et traitées avec le logiciel SPSS.

L'état de santé des enquêtés ainsi que leur mode de couverture sociale à mener à des conclusions intéressantes sur les habitudes de consommation de médicaments.

Le profil général des réponses, ainsi dégagé, nous rapportons les premières constatations, notamment, à partir des différents croisements.

287 questionnaires sont recueillis durant l'étude dans les deux hôpitaux (CHU de BENI MESSOUS et CHU MUSTATPHA BACHA), auxquels s'ajoutent 13 questionnaires en ligne adressés ultérieurement, à des profils connus préalablement.

Finalement, nous discutons les résultats quantitatifs pour vérifier si l'étude valide ou non l'hypothèse, concernant d'abord, l'importance de l'attitude de l'assuré social vis-à-vis des dépenses de la CNAS, ensuite, vérifier l'ampleur du phénomène du passager clandestin.

2.1.1. Les caractéristiques socio démographiques des enquêtés

L'analyse des caractéristiques sociodémographiques des enquêtés revêt un caractère important du fait de l'utilisation de ces informations dans l'explication des niveaux et tendances de la consommation des soins, la consommation du médicament, le degré d'information sur les différents dispositifs de la sécurité sociale etc. La présente étude concerne 103 femmes et 197 hommes qui ont répondu aux questions posées lors des enquêtes individuelles.

Les informations recueillies portent sur les caractéristiques essentielles des enquêté(e)s telles que l'âge, le poids, l'état matrimonial, l'activité et le travail du conjoint, les revenus etc.

Des liens entre caractéristiques sociodémographiques et consommation des soins et du médicament sont observés, ainsi, les hommes consomment plus de médicament par trimestre comparativement aux femmes. A ce titre, la consommation est visible chez les hommes âgés, plus que chez les femmes âgées, et ce malgré que l'espérance de vie chez les femmes en

Algérie est un peu plus que celle des hommes, selon les chiffres officiels de 2017 établis par l'ONS.

Tableau N°9. Répartition par SEXE

Sexe	Fréquence	%
Masculin	197	56
Féminin	103	29
Total	300	100

La distribution des femmes et des hommes de plus de 55 ans présente une allure importante, notamment en matière de fréquentation des hôpitaux, alors que les proportions de femmes d'au moins de 30 ans est presque négligeable ;

Tableau N°10. Répartition par AGE

Age	Fréquence	%
< 18 ANS	11	3,7
18-24	12	4,0
25-30	20	6,7
31-36	30	10,0
37-42	37	12,3
43-48	33	11,0
49-54	40	13,3
55-60	65	21,7
> 60 ANS	52	17,3
Total	300	100

La fréquentation des deux hôpitaux, des chaque groupe d'âges augmentant régulièrement au fur et à mesure que l'on avance en âge, passant de 4% à moins de 18 ans à presque 22% de 55-60 ans.

Le croisement de la structure des âges avec d'autres variables d'analyse permet de déduire que les pathologies chroniques sont beaucoup plus présentes dans la tranche d'âge de 55-60 ans, notamment, chez la catégorie des hommes.

Tableau N°11. Croisement du sexe de l'enquêté et maladie chroniques de l'enquêté

		Maladie chronique de l'enquêté			Total
		Oui	Non	Pas de réponses	
Sexe de l'enquêté	Masculin	69	127	1	197
	Féminin	17	86	0	103
Total		86	213	1	300

Même si le nombre total de malades chroniques n'a pas atteint les 30%, notamment, pour ceux qui sont porteurs de la carte CHIFA, il apparaît que la médication relevant de cette catégorie est beaucoup plus chers par rapport à d'autres pathologies, particulièrement pour les trois premières pathologies qui viennent en tête (l'Angiologie, la Cardiologie et l'Infectiologie).

S'agissant, de la fréquence de consommation des médicaments, on peut alors en constater que plus de 37% des malades chroniques appartenant particulièrement à la catégorie d'âge de 55-60ans, consomment au moins une fois par trimestre des médicaments, non seulement, les médicaments relatifs à leur pathologies mais, aussi qui relèvent d'autres pathologies, comme par exemple les médicaments de la GASTRO-ENTEROLOGIE. Il est à noter que, leur consommation peut être maîtrisée du fait qu'elle est strictement codifiée et encadrée par la nomenclature des pathologies chroniques détenues par la CNAS, par contre le problème peut se poser dans l'utilisation de la carte CHIFA par les autres membres de la famille comme nous allons l'expliquer ci-dessous.

Par ailleurs, la surprise, à ce stade de l'analyse, vient de ce que le pourcentage des réponses en matière de consommation des médicaments est plus élevée chez les familles de niveau socio-économique faible par rapport aux familles de niveau plus élevé.

Tableau N°12. Revenu de l'enquêté

Catégorie de revenu	Fréquence	%	Catégorie de revenu	Fréquence	%
< 18000 DA	17	5,7	PAS DE REPONSE	2	0,7
18000-25000	49	16,3	AUCUN	79	26,3
26000-35000	90	30			
36000-45000	47	15,7			
> 45000 DA	16	5,3			

Plus de 79% de la consommation du médicament est constatée au sein des familles dont les revenus sont d'au moins de 35000 DA ou sans revenus. Alors que les familles dont les revenus mensuels dépassant les 45000 DA, leur consommation n'atteint pas 5%.

Dès lors, on peut s'interroger sur l'avantage des petits salaires quant au bénéfice du système de sécurité sociale. *Ce constat est d'ailleurs d'autant plus vrai* quand nous observons que, les catégories particulières (qui sont souvent inactifs au sens économique) ouvrent droit à toute la panoplie des prestations, alors qu'ils ne cotisent pas ou cotisent à un taux faible, tel que les retraités qui représentent plus de 18% dans notre échantillon ou encore les étudiants et les apprentis avec un taux de 7%. En outre, nous estimons que la part des catégories particulières dans le nombre total des assurés sociaux ouvrant droit aux prestations est importante (plus de 40%).

Tableau N°13. Secteur d'activité de l'enquêté

Statut d'activité	Fréquence	%
Salarié privé	33	11,0
Salarié du secteur économique	35	11,7
Fonctionnaire du secteur public	63	21,0
Vacataire	6	2,0

De l'observation des données du tableau n°7 ci-contre, il en ressort que le secteur public (y compris le secteur administratif) est dominant, c'est-à-dire que, la majorité des assurés sociaux relèvent du secteur public, avec un taux de 63%, cela nous paraît ordinaire, du fait des conséquences des mesures incitatives à l'encouragement à l'emploi (dispositif d'encouragement et d'appui à la promotion de l'emploi). De ce fait, le financement des risques à court terme, notamment pour le risque « maladie », est assuré presque toujours, compte tenu de la stabilité du secteur public. En revanche, cette stabilité des sources, notamment avec une base de cotisations plus ou moins moyenne, ne doit pas permettre l'élargissement des prestations. Dès lors, dans un système par répartition, les risques à long terme (tels que les régimes de pensions, d'invalidité, de retraite) peuvent se manifester, surtout si aucune mesure n'est prise pour réajuster les primes (les contributions versées par les assurés et les employeurs).

De plus, le croisement de la variable « nombre de personnes dans le foyer des enquêtés » avec les deux variables (consommation de soins et du médicament par trimestre), confirme la prééminence des familles composées en moyenne de quatre personnes avec 24% dans le total des réponses des personnes interrogées.

Ces éléments d'observation incitent à s'interroger quant à l'usage de la carte CHIFA, par tous les membres de la famille de l'assuré social, notamment, si ce dernier est atteint de pathologie chronique. Autrement dit, la carte CHIFA peut devenir un instrument de solidarité au sein de la famille, surtout s'il existe le risque de l'utiliser de manière frauduleuse.

Toutefois, la grande majorité des personnes consommateurs de soins et/ou du médicament qu'ils soient assurés sociaux et non, ont, quant à eux, quatre caractéristiques principales, d'abord, l'appartenance à un niveau socioéconomique plus au moins faible ou moyen à la limite, issus de familles relativement nombreuses, appartenant à la catégorie d'âge de plus de 55 ans et enfin ont la plus part d'entre eux la qualité particulièrement de fonctionnaire ou travaillant dans le secteur public.

Enfin, ces aspects socio démographiques, dans leur ensemble, constituent, un des déterminants puissant de la consommation des soins et du médicament, cependant, ils ne sont pas suffisants, pour former un jugement, il convient de les compléter. Pour ce faire, nous allons élargir l'analyse à d'autres items du questionnaire pour explorer davantage les facteurs qui impactent la consommation des soins et du médicament.

2.1.2. La couverture sociale

Presque 80% des enquêtés ont la qualité d'assuré social, soit direct (principal) ou indirect (ayant droit), et détiennent la carte CHIFA, ce qui montre l'étendu et la générosité du système de sécurité sociale Algérien, ce constat est confirmé par les statistiques détenues par la CNAS à l'échelle nationale.

Interrogés sur la qualité des soins prodigués au sein des deux structures de soins, à savoir le CHU de BENI MESSOUS et le CHU de MUSTAPHA BACHA, la quasi majorité des enquêtés, qui fréquentent ces deux structures de soins, constatent une dégradation des soins offerts, et se plaignent des lacunes du système de santé et de prise en charge, et ce, malgré que la CNAS contribue annuellement avec un forfait hôpitaux dans le financement du système de santé, comme nous l'avons cité précédemment.

Toutefois, la proportion des assurés atteint de pathologies chroniques s'élève à plus de 21% de l'ensemble des assurés sociaux enquêtés. Nous rappelons, que cette catégorie présente une prépondérance conséquente dans la consommation surtout du médicament.

Par ailleurs, la présence des « **passagers clandestins** » dans les deux structures de santé et ses conséquences dans le domaine de la sécurité sociale ont été peu observées. Phénomène invisible par définition et peu évoqué. Pourtant, lorsque le passager clandestin est découvert, il doit être exclu du bénéfice du système de sécurité sociale, mais surtout, si la relation entre la sécurité sociale et l'hôpital est codifiée par un mécanisme de contractualisation.

Tableau N°14. Croisement des variables sexe de l'enquête, fréquentation de l'hôpital par l'enquête ou un membre de sa famille durant l'année et la couverture sociale

Bénéfice de la sécurité sociale			Fréquentation de l'hôpital par l'enquête ou un membre de la famille durant l'année		Total
			OUI	NON	
ASSURE SOCIAL	SEXE DE L'ENQUETE	MASCULIN	146	3	149
		FEMININ	84	3	87
	Total		230	6	236
NON ASSURE SOCIAL	SEXE DE L'ENQUETE	MASCULIN	46	2	48
		FEMININ	16	0	16
	Total		62	2	64

Le critère principal sur lequel nous nous appuyons pour déterminer le phénomène du passager clandestin et son ampleur, est celui de l'article 3 de la loi n°83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales, qui stipule que « Bénéficiaire des dispositions de la présente loi, tous les travailleurs, qu'ils soient salariés ou assimilés à des salariés, et ce, quel que soit le secteur d'activité... ». Ceci dit, qu'il est supposé qu'un travailleur doit être déclaré conformément aux lois de la sécurité sociale en Algérie. Par conséquent, le critère principal de classement des

enquêtés est en fonction de leur statut de couverture sociale, c'est-à-dire, soit il est couvert ou non par la sécurité sociale, toutefois, le critère d'emploi est important, parce que quelque part, c'est une situation de fraude, en d'autres termes, un patient qui fréquente l'hôpital et qui n'est pas couvert par la sécurité sociale, alors qu'il a un emploi (occupé), est considéré dans une situation irrégulière conformément à la loi n°83-14 du 02 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux obligations des assujettis en matière de sécurité sociale.

Enfin le critère de la fréquence de fréquentation des deux structures de santé devient intéressant dans la mesure où nous essayons d'évaluer l'impact par rapport aux prestations de santé offertes.

Le tableau ci-dessous illustre un exemple de détection du phénomène de passager clandestin.

Tableau N°15. Critères de détection du passager clandestin

Sexe	Couverture sociale	Occupation (travail)	Fréquentation CHU	Services	P.P.C*
F	OUI	OUI	OUI	Passage aux urgences	
M	NON	OUI	OUI	Hospitalisation	X
F	OUI	NON	OUI	Radiographie	
M	NON	NON	OUI	Soins médecin	X
M	NON	OUI	OUI	Soins infirmiers	X
etc.					

* :P.P.C : Présence du passager clandestin.

Il en résulte du traitement statistique des données du tableau n°9, que la proportion des passagers clandestins n'atteigne même pas 1%, alors que le taux des patients non couverts par la sécurité sociale occupants un emploi, est de l'ordre de 15,33%. S'il s'agit d'un passager clandestin, parce qu'il profite des soins sans pour autant contribuer dans le système de sécurité sociale, il importe également de poser la question sur la fraude pour non-respect des obligations en matière de cotisations pour ceux qui sont occupés (possédant un travail) et qui ne sont pas couverts par la sécurité sociale.

Face à cette situation, il y a nécessité de clarifier la relation entre la sécurité sociale et le système public de santé en matière de financement par la sécurité sociale du système public de santé (le forfait hôpitaux). L'objectif est de baliser le parcours de soins, d'améliorer les prestations, et de diminuer les dépenses en ce qui concerne la sécurité sociale, justement, c'est dans le cadre d'une contractualisation que les obligations de chacune des parties soient fixées.

Trois principes fondamentaux aideront à la réussite d'une telle contractualisation.

🚦 Principe de l'accord préalable de la caisse qui donne lieu à la délivrance de la prise en charge par ses services ;

🚦 Principe de la facturation par malade assuré social ayant droit établie par les services hospitaliers ;

 Principe de la tarification fixée par voie réglementaire.

Enfin, avec ce dispositif de tri, le passager clandestin n'a aucune opportunité de tirer des avantages du système.

2.1.3. L'état de sante du patient

La mesure de l'état de santé des patients interrogés s'est faite à travers trois types de questions :

- Des questions subjectives sur l'état de santé perçu (l'incapacité ressentie) ;
- Des questions sur les arrêts de travail et leurs causes ;
- Son degré de prévention en matière de santé.

En réalité, la responsabilité de l'assuré social dans l'assurance maladie est importante, et ne doit pas être encadrée que par les perspectives juridiques comme nous l'avons cité précédemment. En fait, sa responsabilité suscite plusieurs interrogations, dont les réponses consistent à l'inciter à faire un usage du système de soins et d'assurance maladie le mieux adapté à ses besoins de santé.

Déterminer le comportement des assurés sociaux en matière de prévention de leur santé, n'est pas un exercice simple, il s'agit souvent des attitudes intrinsèques des assurés sociaux (efforts personnels), mais aussi, des facteurs indépendant de leur volonté.

L'examen des données statistiques de l'enquête montre que plus de 26% des patients déclarent avoir un bon état de santé. En outre, le fait d'être en bon ou en mauvais état de santé n'influence pas de manière significative la probabilité de déclarer avoir déposé au moins un arrêt de travail par année. Alors, qu'une analyse par genre montre que, les hommes ont une probabilité significativement plus forte que les femmes de déclarer avoir déposé des arrêts de travail par année.

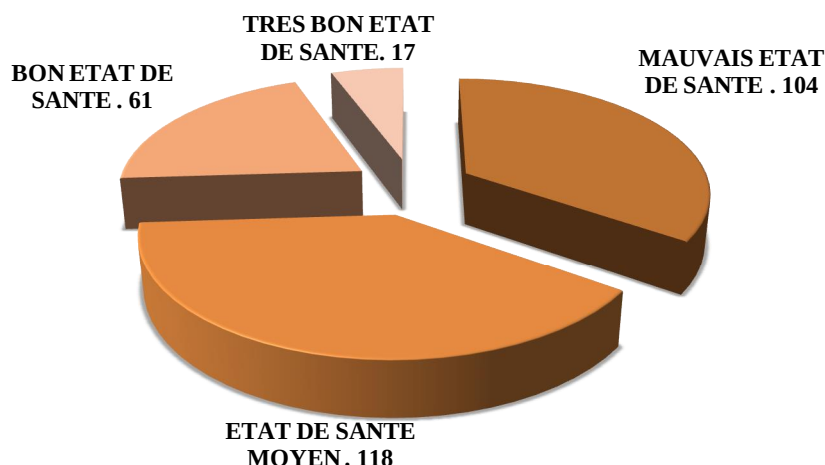
Ce résultat est cohérent, comme nous l'avons signalé précédemment, dans la mesure où les hommes présentent des consommations du médicament, plus importantes que les femmes.

Tableau N°16. Etat de santé de l'enquêté

Etat de santé	Fréquence	%
Mauvais état de sante	104	34.7
Etat de sante moyen	118	39.3
Bon état de sante	61	20.3
Très bon état de sante	17	5.7
Total	300	100

Plus 16 milliards de dinars de dépenses en matière de remboursement des arrêts de travail au titre l'année 2017, pour 14 millions d'A.T.

Figure N°10 : Répartition des états de santé des assurés sociaux enquêtés



Il est vrai que, l'assuré social, pendant son arrêt de travail peut faire l'objet d'un contrôle de la part de la CNAS, pour vérifier qu'il ne s'est pas absenté de son domicile en dehors des heures autorisées. Néanmoins, pour 14 millions d'arrêts de travail chaque année, nous pensons, qu'il est contraignant de contrôler presque quarante mille arrêts de travail par jour. Dès lors, il est intéressant d'enrichir l'analyse du pourquoi des arrêts de travail, dans l'objectif de mobiliser d'autres moyens autres que le contrôle dit administratif, qui s'avère limité face à ce nombre important d'arrêts de travail.

Des circonstances particulières donc, autres que la maladie, peuvent également contraindre un individu ayant pourtant la volonté de travailler, à déposer un arrêt de travail. Nous estimons que ces causes sont de deux ordres: pour convenance personnelle, ou pour une souffrance liée au travail (les conditions de travail, le stress au travail, le climat social etc.). En effet, il est difficile pour un médecin traitant de savoir quoi faire devant une demande d'arrêt de travail suite à un conflit et/ou devant une souffrance liée au travail. Les résultats de l'enquête, indiquent que parmi les 108 patients occupants un emploi et ayant la qualité d'assuré social, 35% déclarent avoir déposé au moins un arrêt de travail durant l'année, pour convenance personnelle. Alors que, 27% ont évoqués des causes relatives au climat social dans leur entreprise respectives.

Enfin, on pourrait penser que les arrêts de travail pour cause de maladie n'atteignent même pas 40%. Par conséquent, ce comportement d'abus a un coût « qui entraîne une perte de ressources pour d'autres biens ou services et donc une perte de bien être collectifs », M.V.PAULY, (1968).

Théoriquement, ce constat, doit inciter la CNAS, à réfléchir différemment pour rationaliser les dépenses de cette prestation, notamment, le renforcement des mécanismes de prévention en amont, auprès des assurés sociaux et définir des modalités de contractualisation avec

médecins et les structures de santé qui délivrent ces arrêts de travail, mais aussi, auprès des employeurs, en s'appuyant sur des campagnes de communication.

En effet, même pour les arrêts de travail justifiés par une cause de maladie, la CNAS se trouve face à divers niveaux de responsabilité, surtout celle de l'assuré social. Il est a priori, nécessaire surtout pour ces assurés sociaux dont le revenu est faible (voir analyse précitée) de fournir un effort important pour entretenir leur état de santé, et ce pour deux raisons ; D'abord, parce que, plus l'état de santé de l'assuré social se dégrade et plus la quantité de médicaments prescrits est grande, plus le montant cumulé des dépenses pour la CNAS est important, ensuite, plus l'état de santé de l'assuré social se dégrade et plus la somme que les individus sont prêts à allouer pour leurs médicaments est élevée.

Néanmoins, cette hypothèse est contredite par les résultats de la présente enquête. A cet égard, nous avons retenu deux indicateurs pour apprécier le degré d'efforts fournis par les assurés sociaux pour entretenir leur état de santé : le poids et la mesure de la tension artérielle. Le choix de ces deux indicateurs repose sur la définition de la santé par l'OMS « la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. », autrement dit, l'état de santé est un concept général qui réfère à de multiples dimensions mesurés par de nombreux indicateurs.

L'obésité est considérée comme un enjeu majeur en matière de santé publique, parce que, les risques associés à l'obésité sont sérieux : hypertension, maladies cardiovasculaires, diabète, certains types de cancer etc. l'indicateur pour évaluer le poids corporel est l'indice de masse corporel (IMC).

Selon la classification de l'OMS, l'Indice de masse corporelle (IMC) = poids/taille x taille

Tableau N°17. Résultat de l'enquête relatif aux poids des patients et calcul de l'IMC

Fréquence	%	Norme de l'OMS	Interprétation de l'OMS
6	2	IMC<16.5	Dénutrition
16	5,3	16.5<IMC<18.5	État de maigreur
122	40,6	18.5<IMC<25	Corpulence normale
78	26	25<IMC<30	Surpoids
54	18	30<IMC<35	Obésité modérée
21	7	35<IMC<40	Obésité sévère
3	1	40<IMC	Obésité morbide

Il apparaît à la première lecture que la proportion d'individus ayant une corpulence normale est prépondérante, avec 40%. Cependant, la fréquence ascendante à partir de l'IMC>25 est plus importante. En effet, plus de la moitié des patients interrogés sont en surpoids ou obèses.

C'est une véritable maladie qui menace la santé, et elle est à l'origine de nombreux problèmes : hypertension, diabète etc.

Ces résultats peuvent être rapprochés de ceux concernant la mesure de la tension artérielle, alors, deux constats se dégagent de cette analyse : tout d'abord, plus de la moitié des enquêtés ne mesurent pas leur tension artérielle. Alors que la plus part d'entre eux sont obèses. Nous rappelons que l'hypertension et le diabète sont aussi les deux maladies qui coûtent le plus cher à la CNAS.

Tableau N°18. Croisement du poids des enquêtés et la mesure de leur tension artérielle

		Poids de l'enquêté en kg							Total
		30 - 40	41- 50	51 - 60	61 - 70	70 - 80	81 - 90	91 -100	
Mesure de la tension artérielle par an	OUI	1	7	39	51	33	10	0	141
	NON	1	10	36	65	39	6	2	159
Total		2	17	75	116	72	16	2	300

Notons qu'à la suite de l'analyse des différentes corrélations, il apparaît clairement qu'elle existe une corrélation positive entre la couverture sociale et la mesure de la tension artérielle, autrement dit, le fait d'être couvert ou non couvert par la sécurité sociale influence de manière significative la probabilité de déclarer avoir mesuré sa tension artérielle. Alors une indication d'autant plus forte de la présence du comportement d'opportunisme de la part des assurés sociaux. C'est-à-dire qu'ils n'adoptent pas les gestes de prévention de leur santé, quand ils sont couverts par une assurance.

Ainsi, l'assuré social prend davantage de risques sachant qu'il est couvert de façon obligatoire par une assurance sociale et il ne paye pas en cas de problème.

Alors, pour qu'ils fournissent un maximum d'efforts, la CNAS, peut envisager des mesures, soit de déremboursement, ou autres incitations pécuniaires, notamment envers les resquilleurs, mais peut-on dire quelle catégorie d'assurés sociaux présente plus de risque ?

Finalement, l'information sur l'attitude des assurés sociaux est capitale, l'objectif, comme nous l'avons précisé au départ est de maîtriser le parcours de soins des assurés sociaux.

2.1.4. Le degré d'information et l'attitude des assurés sociaux vis-à-vis des différents dispositifs lancés par la CNAS

Plusieurs dispositifs sont lancés par la CNAS afin de mieux maîtriser les dépenses des assurances sociales. Dans la présente étude nous avons retenus sept éléments d'informations, que nous avons jugé importants au regard de l'attitude des assurés sociaux :

Le tarif de référence, le médicament générique, le droit de substitution des médicaments par le pharmacien, le contrôle administratif à domicile, la limitation de la consommation des médicaments, les mesures incitatives au profit des pharmaciens et le forfait hôpitaux.

La connaissance de ces éléments d'information par les assurés sociaux semble avoir un effet sur leurs habitudes en matière de consommations de soins et du médicament. Nous estimons qu'en matière de sécurité sociale, le profil de l'assuré social est un des critères principaux de contrôle des dépenses de santé, que ce soit par rapport à la dimension socio démographique ou encore les attitudes intrinsèques (comportement de prévention etc.). Si la CNAS ne possède pas entièrement les caractéristiques exactes de ses assurés sociaux, alors de leur part, selon les résultats de l'enquête, plus de la moitié des personnes enquêtées déclare connaître les dispositifs lancés par la CNAS, il y a donc une asymétrie d'information entre, d'une part, les assurés sociaux qui savent comment gérer l'intensité de leur effort et comment se conduire face à un dispositif de contrôle mobilisé par la CNAS et d'autre part, la CNAS qui ne peut évaluer entièrement l'état de santé de l'assuré ni le surveiller en permanence, c'est-à-dire la CNAS ne peut savoir quand l'assuré social baisse sa prévention, et quand il augmente des comportements pathogènes.

Par conséquent, l'assuré social dispose d'un certain pouvoir en matière de consommation des soins et du médicament, dès lors, son attitude envers la CNAS est importante.

En ce sens, et sans contester l'adhésion obligatoire à la sécurité sociale qui s'appuie sur des évolutions historiques et juridiques, nous avons jugé utile de poser la question aux assurés sociaux sur leur avis en cas de déficit de la CNAS et leur fidélité à cet organisme. En effet, l'obligation d'être assuré social, induit de fait le partage du risque en cas de déficit.

Sur les individus assurés sociaux retenus pour l'étude, 60% des assurés sociaux qui ont l'âge entre 49 et plus, préfèrent qu'en cas de déficit de la CNAS de diminuer les prestations au lieu d'augmenter le taux de cotisation, alors que 25% sont ni pour la diminution des prestations ni pour l'augmentation du taux de cotisation, enfin ceux qui préfèrent l'augmentation du taux de cotisation ne représentent que 15%. La majorité des assurés sociaux enquêtés ont répondu favorablement à l'obligation des cotisations, cependant, 71% parmi eux appartiennent soit aux catégories particulières et/ou sont de niveau socio-économique plus ou moins faible. Aussi, la variable âge exerce une influence ou explique l'attitude envers le déficit de la CNAS, mais également le rattachement envers cet organisme.

En somme, cela révèle que les dispositions actuelles de la sécurité sociale en Algérie consacrent fondamentalement le principe de solidarité entre les différentes couches de la société.

La partie quantitative de notre étude a généré les amplitudes des différents déterminants de la consommation des soins et du médicament liées aux caractéristiques surtout des assurés

sociaux, à leurs informations en rapport avec les dispositifs de la CNAS, tarif de référence, le médicament générique etc., et l'impact du phénomène du passagers clandestin. Ainsi, en évaluant les différentes corrélations, les résultats laissent apparaître des acquis pour les assurés sociaux mais également des insuffisances dans la maîtrise des comportements et attitudes des assurés sociaux qui déteignent inmanquablement sur les dépenses de consommation en matière des soins et du médicament.

Cette phase de l'étude a été l'entrée en matière pour entamer l'approche qualitative en utilisant la technique d'entrevue.

2.2. Analyse des données qualitatives

2.2.1. Acteurs, objectifs et matrices d'entrée

2.2.1.1. Les acteurs

- **Le pharmacien**

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 du 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, et que la pharmacie ne doit être gérée que par lui. Et qu'il soit quotidiennement présent à son officine. D'autres pharmaciens ont évoqués 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. Evidemment, 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 le jeu de loia moral**

Ce qu'on peut retenir pour cet acteur est que la CNAS ne peut pas contrer ce phénomène du passager clandestin, puisque aucune contribution financière n'est imposée aux assurés sociaux concernés et ce, en dehors des actions du contrôle médical, pratiquées par la CNAS, et la limitation du nombre d'ordonnance pris en charge par la CNAS à raison de 3 ordonnances par trimestre pour les assurés à 80% (n'ont 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)**

La contractualisation de la CNAS avec ces structures, 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.

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.

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

D'abord, il est indépendant de la CNAS, au 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 ne paye rien qui va se déresponsabiliser, alors qu'actuellement nous examinons que vraiment 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 porte peu. Nous avons compris aussi que, sa maîtrise technique lui confère une marge de liberté en matière de prescription, malgré que 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, et il joue un rôle prépondérant dans la pratique du système de tiers payant.

2.2.1.2. Les objectifs

Tableau N°19. Les objectifs associés à chaque acteur

N°	Objectifs	Abréviations
1	Protéger le plus grand nombre d'assurés sociaux face aux risques identifiés	Etendu séc
2	Garantir l'égalité d'accès aux soins	Egalsoins
3	Maximiser l'utilité de l'assuré social (la cotisation sur le remboursement égal à 1)	Aléamoral
4	Le paiement direct de la prestation médicale	Cashpresta
5	Préserver l'autonomie dans l'exercice de la profession.	Autonomie
6	Avoir une liberté thérapeutique, sans aucune obéissance à des protocoles et des consensus.	Prescrire
7	Maintenir l'état de gestion actuelle de la CNAS	Gespasive
8	Préserver les mesures incitatives	Incitaves
9	Etendre les dispositifs de protection sociale à toutes les couches de la société.	Etend prot
10	Maintenir la contribution de la CNAS dans le système public de santé (forfait hôpitaux)	Forfait h
11	Minimiser les assiettes de cotisations	Fraude cot
12	Maximiser le nombre de prise en charge des assurés sociaux.	Maxprise C
13	Maximiser les honoraires en matière de la prestation médicale	Honoraire
14	Optimisation les dépenses des assurances sociales de sorte à ce que les dépenses soient au besoin des assurés sociaux	Ratiodépen

2.2.1.3. Les matrices d'entrée

- La matrice des influences directes (MID)

La Matrice d'Influences Directes Acteurs x Acteurs (MID) élaborée à partir du tableau de stratégie des acteurs conformément à l'analyse des entretiens a donné les résultats suivants.

Tableau N°20. Matrice des influences directes (MID)

MID	CNAS	CACNAS	MED TRAIT	MSP	PHARM	CLN PRIV	EMPLOCNAS	EMPYASSUJ	ETAT	UGTA	MTESS	SAS	SNAPO	BIT	InDuspha
CNAS	0	1	1	2	2	2	1	1	0	0	0	1	0	0	1
CACNAS	4	0	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	0	1
MED TRAIT	4	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2
MSP	3	0	1	0	2	2	0	0	0	1	2	1	0	0	2
PHARM	4	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	2
CLN PRIV	2	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
EMPLOCNAS	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
EMPYASSUJ	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
ETAT	3	1	1	1	1	1	0	2	0	1	2	0	1	1	1
UGTA	4	3	0	1	0	0	1	0	1	0	2	0	1	0	1
MTESS	4	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1
SAS	4	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
SNAPO	3	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
BIT	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
InDuspha	4	1	1	1	2	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0

© LPSOR-EPITA-MACTOR

Source : Résultat de MACTOR

Les influences sont notées de 0 à 4 suivant l'importance de la remise en cause possible pour l'acteur : 0 : Pas d'influence, 1 : Processus opératoires 2 : Projets, 3 : Missions, 4 : Existence.

- La matrice des positions valuées (2MAO)

La matrice des positions valuées Acteurs X Objectifs (2MAO) décrit pour chaque acteur à la fois sa valence sur chacun des objectifs (favorable, opposé, neutre ou indifférent) et sa hiérarchie des objectifs.

Tableau N° 21. Matrice des positions valuées (2MAO)

2MAO	Favorable	Opposé	Neutre	Indifférent	Hiérarchie	Existence	Missions	Projets	Processus opératoires	Processus de gestion	Processus de production	Processus de distribution	Processus de service	Processus de support	Processus de gestion
CNAS	0	4	4	3	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
CACNAS	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
MED TRAIT	3	3	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
MSP	0	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
PHARM	0	3	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
CLN PRIV	0	3	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
EMPLOCNAS	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
EMPYASSUJ	0	3	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ETAT	0	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
UGTA	0	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
MTESS	0	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
SAS	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
SNAPO	0	3	1	3	3	3	1	2	4	4	4	4	4	4	4
BIT	0	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
InDuspha	0	3	1	0	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2

© LPSOR-EPITA-MACTOR

Source : Résultat de MACTOR

La valeur indique si l'acteur est favorable ou opposé à l'objectif (0: l'objectif est peu conséquent, 1: L'objectif met en cause les processus opératoires (gestion, etc ...) de l'acteur/est indispensable à ses processus opératoires, 2: L'objectif met en cause la réussite des projets de l'acteur/ est indispensable à ses projets, 3: L'objectif met en cause l'accomplissement des missions de l'acteur/est indispensable à ses missions, 4: L'objectif met en cause l'acteur dans son existence/est indispensable à son existence

2.2.2. Rapport MACTOR

2.2.2.1. Influences directes et indirectes

- 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 (**Ii**, par sommation sur les lignes), (b : Le degré de dépendance directe et indirecte de chaque acteur (**Di**, par sommation sur les colonnes).

Tableau N°22. Matrice des positions valuées (2MAO)

MIDI	CNAS	CACNAS	MED TRAIT	MSP	PHARM	CLN PRIV	EMPLOCNAS	EMPYASSUJ	ETAT	UGTA	MTESS	SAS	SNAPO	BIT	InDuspha	Ii
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
CLN PRIV	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

©JFQRRTTMACTOR

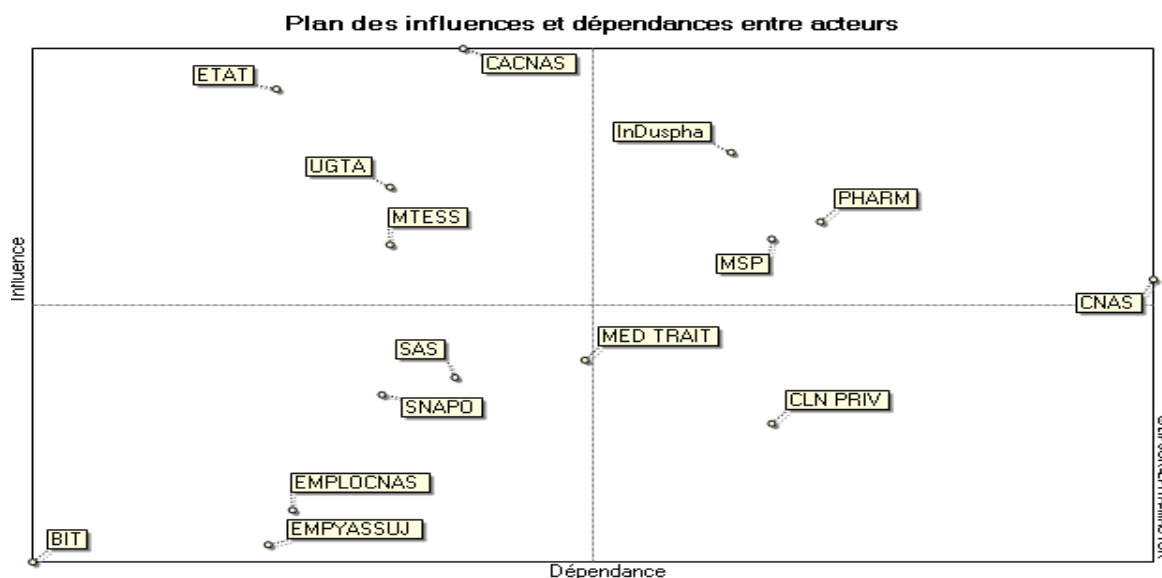
Source : Résultat de MACTOR

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 acteur est importante.

- 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 (**Ii** et **Di**). Ce positionnement est automatiquement calculé par le logiciel Mactor.

Figure N°11 : Plan des influences et dépendances entre acteurs



Source : Résultat de MACTOR

De prime à bord, nous caractérisons le plan des influences et dépendances entre acteurs. En effet, ce plan (**figure.2**) fournit une représentation graphique du positionnement des acteurs en fonction du rôle qu'ils jouent dans le cadre du tiers payant, mais surtout leur rôle dans la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

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 ».

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

- **Les acteurs relais (Nord-Est)** : Ces acteurs disposent d'une influence forte et ils sont également fortement dépendants. Dans le cas présent, 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 par la sécurité sociale pour le remboursement des médicaments concernent les médicaments importés. Alors que la production nationale peut constituer une des solutions notamment en termes 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, ils exercent une très forte influence sur la CNAS, à partir des mesures incitatives, évidemment en récompenses 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 en considération du forfait hôpitaux 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, et par conséquent les dépenses en matière d'assurance maladie au niveau des structures publiques de santé mérite 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'Etat (**ETAT**), le conseil d'administration de la CNAS (**CACNAS**), l'union générale des travailleurs (**UGTA**) et le ministère de travail, de l'emploi et de la sécurité sociale (**MTESS**). Principalement l'Etat (**ETAT**) exerce une influence très importante sur les dépenses de la CNAS, de par la dimension sociale de l'Etat 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 entendre 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'Etat (**ETAT**) quoiqu'il ne soit pas dépendant des autres acteurs, cependant, 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, qui a animé le processus de lutte et de maturation de la conscience politique et sociale des travailleurs algériens et qui 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, de par 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 maladies 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 considérée 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, malgré, qu'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 sécurité sociale, 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 que ce soit financier

ou juridique pour agir au niveau des actions de maîtrise des dépenses d'assurance maladie. Enfin, le bureau international de travail, (**BIT**), son 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 traitant 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 ...»

Malgré que, 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 est encadrée par le contrôle médical de la CNAS. Sa dépendance est potentiellement importante dans le cas où l'Etat (**ETAT**) 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.

- **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 (+) indiquent que l'acteur exerce plus d'influence qu'il n'en reçoit, alors que les valeurs en signe (-) indiquent que l'acteur exerce moins d'influence qu'il n'en reçoit.

Tableau N°23. Balance Nette des influences

BN	CNAS	CACNAS	MED TRAIT	MSP	PHARM	CLN PRIV	EMPLOCNAS	EMPYASSUJ	ETAT	UGTA	MTESS	SAS	SNAPO	BIT	InDupha	Somme
CNAS		-14	-3	-6	-4	3	-1	-2	-13	-9	-8	-4	-4	-2	-6	-73
CACNAS	14		5	7	7	8	2	3	-2	-1	0	3	2	-1	5	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
CLN PRIV	-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	16
InDupha	6	-5	1	1	2	4	1	2	-7	-2	-2	0	1	-1		1

© IUPSOFT/MACTOR

Source : Résultat de MACTOR

A la lecture de la matrice (BN), il apparaît clairement que la CNAS exerce moins d'influence qu'il 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. Par contre, son conseil d'administration (**CACNAS**) se trouve dans une situation très confortable avec un solde d'une balance positive de (+ 52), ce qui laisse entendre qu'il y a nécessité de reconfigurer les mécanismes de coordination entre la CNAS et son conseil d'administration.

2.2.2.2. Rapport de force MIDI

- Vecteur des rapports de force MIDI

Le **Ri*** 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°24. Vecteur des rapports de force MIDI

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

Source : Résultat de MACTOR

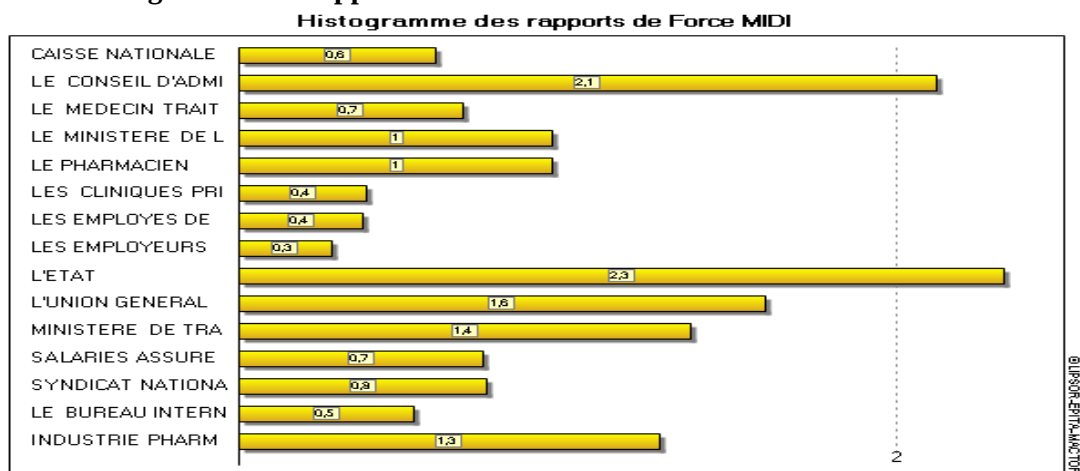
Le rapport de force du conseil d'administration de la CNAS est presque équivalent à celui de l'Etat, nous observons que les deux acteurs utilisent d'autres acteurs pour exercer leur influence.

A cet effet, l'ETAT mobilise le MTESS et le conseil d'administration mobilise l'UGTA. Ce constat est visiblement confirmé de par les distances entre les acteurs sur le plan d'influences (figure2)

- Histogramme des rapports de Force MIDI

L'histogramme des rapports de force MIDI est construit à partir du vecteur des rapports de force MIDI.

Figure N°12. Histogramme des rapports de force MIDI



Source : Résultat de MACTOR

- Matrice de convergences (1CAA)

La matrice des convergences d'objectifs entre acteurs ou convergences simples Acteurs X Acteurs (1CAA) identifie pour chaque couple d'acteurs le nombre d'objectifs sur lesquels deux acteurs ont la même position (favorable ou opposé), c'est à dire leur nombre d'alliances potentielles. Les positions neutres et indifférentes codées "0" ne sont pas prises en compte. Cette matrice est symétrique.

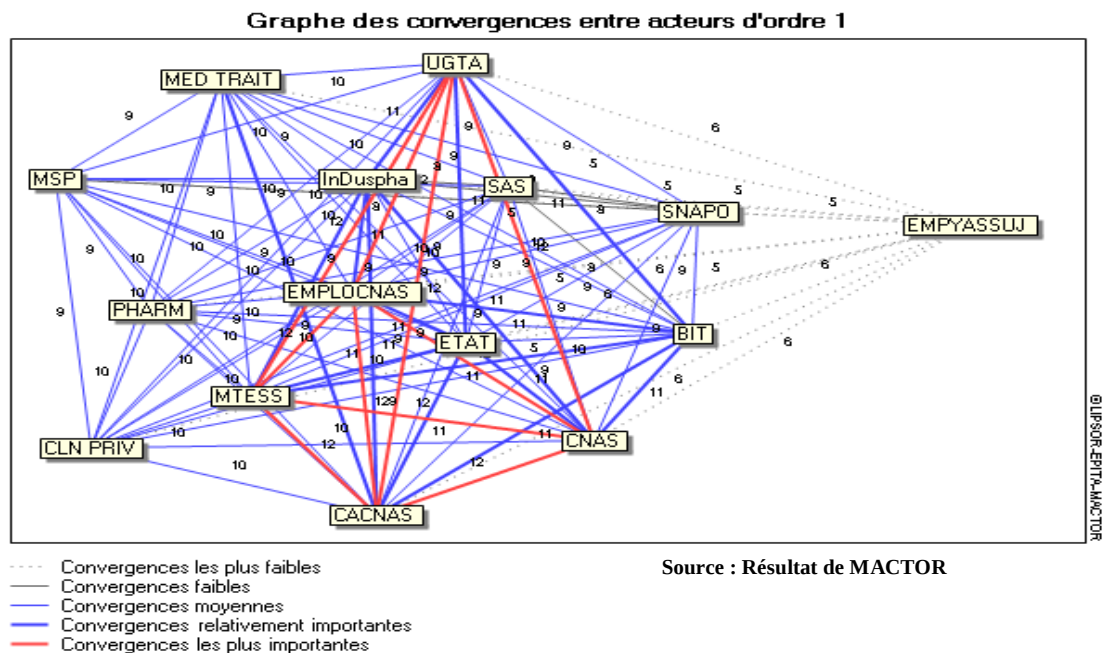
Tableau N°25 : Matrice de convergences (1CAA)

1CAA	CNAS	CACNAS	MED TRAIT	MSP	PHARM	CLN PRIV	EMPLOCNAS	EMPYASSUJ	ETAT	UGTA	MTESS	SAS	SNAPO	BIT	InDuspha
CNAS	0	12	10	10	10	10	12	6	11	12	12	9	9	11	11
CACNAS	12	0	11	10	10	10	12	6	11	12	12	10	9	11	11
MED TRAIT	10	11	0	9	10	10	10	5	10	10	10	10	9	9	9
MSP	10	10	9	0	9	9	10	5	10	10	10	9	8	9	9
PHARM	10	10	10	9	0	10	10	5	10	10	10	9	9	9	9
CLN PRIV	10	10	10	9	10	0	10	5	10	10	10	9	9	9	9
EMPLOCNAS	12	12	10	10	10	10	0	6	11	12	12	9	9	11	11
EMPYASSUJ	6	6	5	5	5	5	6	0	5	6	6	5	5	6	5
ETAT	11	11	10	10	10	10	11	5	0	11	11	9	9	10	10
UGTA	12	12	10	10	10	10	12	6	11	0	12	9	9	11	11
MTESS	12	12	10	10	10	10	12	6	11	12	0	9	9	11	11
SAS	9	10	10	9	9	9	9	5	9	9	9	0	8	8	8
SNAPO	9	9	9	8	9	9	9	5	9	9	9	8	0	9	8
BIT	11	11	9	9	9	9	11	6	10	11	11	8	9	0	10
InDuspha	11	11	9	9	9	9	11	5	10	11	11	8	8	10	0
Nombre de convergences	145	147	132	127	130	130	145	76	138	145	145	121	119	134	132

Source : Résultat de MACTOR

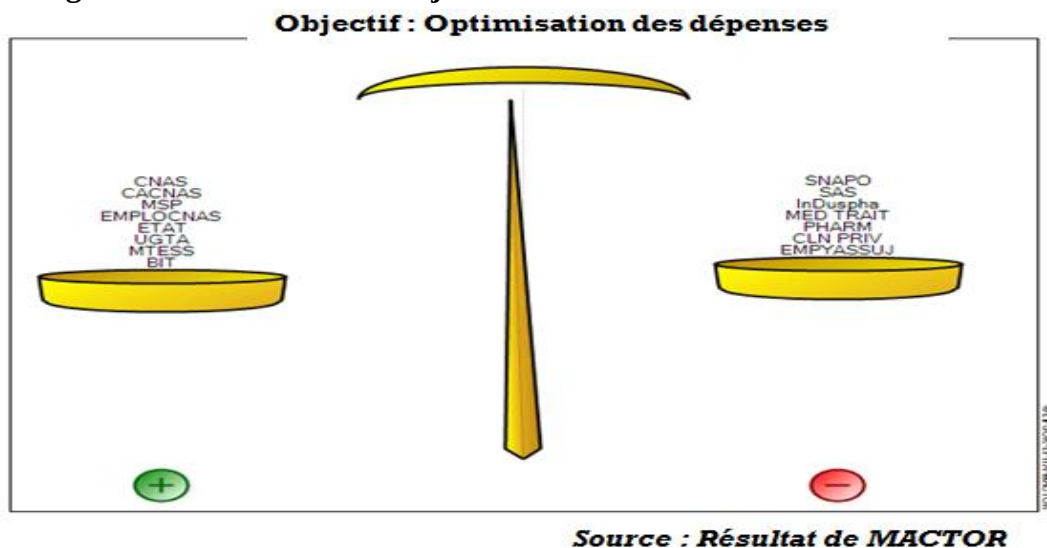
Les valeurs représentent le degré de convergence: plus l'intensité est importante, plus les acteurs ont des intérêts convergents. Les liens expriment le taux de convergence calculée à partir de la matrice 1CAA.

Figure N°13. Graphe des convergences entre acteurs d'ordre 1



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 est comme suit :

Figure N°14. Balance des objectifs



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.

On utilisant le cadre et le langage des idées de **Crozier** et **Friedberg** sur l'action organisée, on peut affirmer que les caractéristiques et le processus d'innovation de gestion dans le

domaine de la sécurité sociale montrent l'importance du jeu qui intègre les acteurs dans la mise en œuvre effective de la carte chifa.

Ce jeu, entre autre les alliances entre les acteurs forment des boucles de renforcement dans la structure de l'offre des soins. Le niveau actuel des mesures incitatives au profit des pharmaciens, fournit à ces derniers les ressources nécessaires pour exercer leur pouvoir sur la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie, notamment la consommation du médicament. L'architecture actuelle du dispositif de conventionnement des professions de santé, en l'occurrence avec les médecins spécialistes présente incontestablement un inconvénient majeur. Autrement dit, l'adhésion volontaire au lieu de l'obligation du conventionnement des médecins spécialistes, constitue une faiblesse dans le schéma de conventionnement, à l'inverse, l'actualisation de la nomenclature des actes médicaux et des tarifs de remboursement demeure une contrainte de fond pour passer à une vitesse supérieure en matière conventionnement.

Fondamentalement, ces alliances peuvent être considérées comme des sources de pouvoir en raison de leur tendance à améliorer les trajectoires dépendantes de la CNAS via la maîtrise de l'offre des soins. Les résultats de notre contribution sont également cohérents avec la revue de la littérature sur les phases d'adoption d'une innovation.

La théorie de l'action organisée de **Crozier** et **Friedberg** est un moyen général d'expliquer un large éventail d'actions sociales, comme par exemple le comportement de l'assuré social et son rôle dans la rationalisation des dépenses, ou encore d'examiner le mode de gouvernance de la CNAS et son apport dans la maîtrise et le renforcement de la vision stratégique de la CNAS.

L'ensemble des influences directes et indirectes entre la CNAS et les différents acteurs identifiés, ont permis de connaître le degré de dépendance de la CNAS vis-à-vis des autres acteurs, notamment en matière des dépenses de l'assurance maladie.

Il est vrai que la meilleure garantie de pérennité du système actuel de sécurité sociale, reste la relance et la croissance économique, néanmoins, l'Etat de par sa position très confortable dans le jeu, doit s'interroger sur « le système de sécurité sociale dans sa conception et son économie présentes, est-il viable?

Les gestionnaires actuels sont appelés à adopter des mesures qui permettront le dépassement des conflits entre les différents acteurs et de les faire tendre vers des objectifs qui constituent un dénominateur commun.

Conclusion générale

Conclusion générale

Notre choix épistémologique s'est avéré opportun, il nous permis d'être de concert avec les acteurs étudiés, puis, notre préférence à l'approche mixte était pour nous une occasion pour comprendre la complexité qui caractérise les acteurs de la sécurité sociale.

Au-delà de l'analyse linéaire et descriptive des faits et en s'inspirant de la sociologie de l'organisation, nous avons repéré réellement les logiques d'action des acteurs impliqués dans le processus d'innovation dans la sécurité sociale. Les objectifs des acteurs externes du système de la sécurité sociale se ressemblent, ils tournent autour du gain. En d'autre terme, le besoin social proprement dit est relégué au second rang.

Parmi les principaux résultats auxquels nous sommes arrivés est que l'état des lieux du concept de l'innovation a très clairement mis en évidence l'invisibilité du concept de l'innovation de gestion sur le plan de la littérature, alors qu'en pratique l'innovation de gestion est très répandue dans le domaine de la sécurité sociale.

Toutefois, l'étude de cas mobilisé dans notre travail de recherche a permis d'avoir plusieurs arguments, qui militent en faveur d'un modèle de sécurité sociale Algérien qui reste très généreux, et ce, de par l'entendu de la population couverte, ainsi que la diversité des prestations offertes. Dès lors, les faiblesses d'un tel modèle résident dans sa dépendance à l'évolution démographique, à l'état de santé de la population et à l'état de santé de l'économie.

Un des objectifs de notre recherche que nous considérons atteint est celui des dépenses des assurances sociales de la CNAS qui peuvent apparaître comme maîtrisées à moyen termes, cependant, les pratiques des acteurs de l'offre des soins engendrent une complexité dans la compréhension de l'évolution des dépenses de consommation en matière de soins et du médicament, ce qui nous mène effectivement à reconnaître que le pouvoir que possèdent les acteurs du système de sécurité sociale. Par conséquent, la revue de la stratégie de maîtrise des dépenses devient une priorité pour la CNAS. L'état de santé des assurés sociaux, démontre bien le lien étroit entre la responsabilité de l'assuré social dans l'assurance maladie et les dépenses y afférentes. En effet, comprendre le comportement des assurés sociaux en matière de prévention de leur santé, comme nous l'avons précisé précédemment n'est pas un exercice simple, il s'agit souvent des attitudes intrinsèques (efforts personnels) des assurés sociaux, autrement dit, posséder totalement de l'information sur leurs parcours de soins permettra une meilleure maîtrise des dépenses, notamment, celles relatives à la catégorie des assurés sociaux atteints de pathologies chroniques qui méritent plus d'attention.

L'analyse de l'influence des professionnels de santé fait apparaître un pouvoir flagrant de ces derniers sur le bailleur de fonds (la CNAS), et ce, par le biais de l'offre des soins.

En outre, à travers cette influence, la CNAS n'a pu revoir les mécanismes d'incitation ou de majoration au profit des pharmaciens durant l'année 2017. Dans ce sens, une protestation des pharmaciens contre la suppression de la majoration de la marge bénéficiaire sur la vente des médicaments, allait mettre la carte chifa en péril et par conséquent le dispositif du tiers payant.

C'est dans ce contexte, que des acteurs de moindre envergure, en l'occurrence les médecins libéraux privés dont l'action est beaucoup plus résistante, peuvent saisir l'opportunité d'influencer eux aussi la CNAS en vue d'une refonte des tarifs de la nomenclature des pathologies pris en charge par la CNAS. Enfin d'un point de vue sociologique, ces deux acteurs « offreurs de soins », sont à la recherche de nouvelles opportunités pour étendre leur influence et leur profit.

En matière des influences à l'intérieur du secteur de la sécurité sociale, d'autres acteurs disposent d'un pouvoir fort sur les dépenses de la CNAS et évidemment sur la carte chifa, il s'agit des décisions stratégiques du conseil d'administration de la CNAS dont l'UGTA est fortement représenté. Alors que, les décisions de la gestion courante sont confiées à la direction de la CNAS.

En matière de gouvernance, il existe des arguments convaincants en faveur d'un bicéphalisme dans de l'autorité officielle que doit exercer le CA de la CNAS. En d'autre terme, le CA de la CNAS n'est totalement libre dans ses décisions, d'autant que les ressources financières, notamment le budget doit être porté pour validation par le ministère chargé de la sécurité sociale. Cette façon de faire, nous donne une illustration sur la qualité de gouvernance au sein de la CNAS. L'inexistence des mécanismes de régulation qui organise la coordination entre les deux parties (le CA et le management de la CNAS), laisse entendre que le contrôle des dépenses, la conception, l'application et l'adaptation des politiques, règles, systèmes et processus de la CNAS sont à élaborer. Alors, La bonne gouvernance suppose que l'exercice de cette autorité officielle s'effectue de façon responsable, transparente, prévisible, participative et dynamique. Ces éléments corroborent l'hypothèse de la difficulté de maîtrise des relations vis-à-vis des acteurs externes.

Le décret exécutif n° 92-07 du 4 janvier 1992 portant statut juridique des caisses de sécurité sociale et organisation administrative et financière de la sécurité sociale confie des responsabilités importantes au conseil d'administration de la CNAS à tel point de « délibérer sur les états prévisionnels concernant les recettes et les dépenses affectées à la gestion des

branches de la sécurité sociale ». Dès lors, les pouvoirs du CA de la CNAS sont importants dans les décisions des dirigeants. Ainsi, le conseil d'administration de la CNAS joue un rôle fondamental pour déterminer les opportunités et risques que la CNAS affronte. Il devrait être responsable de la contribution au développement d'une direction stratégique et de l'approbation d'un plan stratégique. Il doit par ailleurs surveiller et superviser le système de gestion de la carte chifa implanté par la direction de la CNAS.

De manière générale, nous estimons que la sécurité sociale est une composante essentielle du programme de l'Etat qui lui est faite d'assurer à ses citoyens des conditions de vie adéquates.

Sur ce plan, l'Etat joue un rôle clé dans la gouvernance de la sécurité sociale, soit directement, en s'acquittant de ses responsabilités, soit indirectement, en créant l'environnement et le cadre d'activité qui permettront aux employeurs, aux salariés et aux bénéficiaires d'assumer leurs rôles et leurs responsabilités. Cette affirmation reprise par l'OIT en 2010, corrobore les résultats de notre recherche. Dans ce sens, la dimension sociale de l'Etat Algérien, traduite d'ailleurs, par des politiques sociales, impact le fonctionnement du système de sécurité sociale.

S'agissant des mesures incitatives au profit des pharmaciens afin de s'engager davantage dans le tiers payant via la carte chifa, il y a lieu de noter avec insistance que la proportion des fonds consacrés à ces mesures pèse lourdement sur les dépenses totales, notamment en matière de consommation du médicament. Ici, on pourrait évoquer l'efficacité de ces mesures décrétées par l'Etat pour la promotion du tiers payant. D'un point de vue strictement financier, la CNAS est face à un arbitrage délicat pour revoir le coût d'opportunité des mesures incitatives par rapport aux dépenses réelles de la consommation du médicament.

Parmi les résultats remarquables de notre recherche est la consommation du médicament, qui révèle que, les hommes consomment plus de médicament par trimestre comparativement aux femmes, et elle est plus visible chez les hommes âgés. Alors que l'accroissement des dépenses risque d'être d'autant plus considérable qu'il s'agira souvent de vieillards et qui devront être hospitalisés toutes les fois qu'une maladie de quelque gravité pourra les atteindre.

De même, l'augmentation du nombre des enfants est à l'origine de la multiplication des dépenses de l'assurance maladie, en effet, les résultats confirment la prééminence des familles composées en moyenne de quatre personnes avec 24% dans le total des réponses des personnes interrogées.

Enfin, si l'on considère maintenant, le comportement de l'assuré social, la cadre légal institutionnel de la sécurité sociale, le rôle du conseil d'administration, l'influence des

offreurs de soins, nous pouvons d'emblée apprécier les déterminant majeurs qui favorisent la réussite de l'innovation dans la sécurité sociale.

En réalité, toutes les stratégies des acteurs, notamment externes, que l'on vient de citer, s'opposent à des degrés différents à la réalisation des objectifs de la carte CHIFA, étant une innovation de gestion au sein de la CNAS. L'opposition est d'autant plus forte dans le cadre d'une action organisée et collective entre les acteurs de l'offre de soins.

Il est utile, pour la CNAS, d'avoir une approche sociologique dans la régulation de ses rapports avec les offreurs de soins.

Toutefois, le recours aux soins, des assurés sociaux n'a pas d'impact sur l'accès du passager clandestin, cependant, il renforce les stratégies des professionnels de santé, en tant qu'acteurs externes.

Eu égard de ce qui précède, nous pouvons affirmer que la CNAS ne possède pas de stratégie particulière qui aborde les aspects du pouvoir des acteurs externes, et ce, malgré que les dirigeants de la CNAS sont conscient dans leur attitudes quotidiennes de la nécessité de revoir les approches pour une meilleure maîtrise des dépenses. Par conséquent, la valeur des innovations de gestion dans le secteur de la sécurité sociale est tributaire de la compréhension et de la maîtrise des comportements interactifs entre les acteurs précédemment cités.

Pour illustrer ces propos, nous avons examiné de plus près l'expérience de la contractualisation, dont il convient de noter que l'établissement des relations contractuelles entre les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociale devait se matérialiser dès la loi de finances de 199, cependant, jusqu'aujourd'hui, ce système contractuel souffre encore de manque d'informations nécessaires.

Plusieurs contraintes rencontrées, et qui empêchent la concrétisation de cette contractualisation, nous citons entre autre le problème des moyens, tel que manque de maîtrise des outils de travail, ou encore des problèmes techniques comme par exemple les connexions entre les partenaires, notamment au niveau des bureaux des entrées dans les établissements publics de santé, etc. enfin, cette forme de gestion n'a pas toujours connu l'efficience escomptée du fait, souvent, de lenteurs.

Face à cette situation, et malgré les efforts fournis par la CNAS à l'effet de rationaliser les dépenses, elle se trouve ainsi à assumer une double prise en charge de ses assurés sociaux. D'un côté, elle paye de façon obligatoire « le forfait hôpitaux » pour assurer la couverture sanitaire à ses assurés sociaux au niveau des établissements publics de santé, mais aussi elle rembourse les prescriptions et actes médicaux des secteurs privés et parapublics.

Nous rappelons que dans les pays économiquement développés les prestataires de soins et les financeurs de soins sont liés par des contrats précisant les droits et obligations de chacun des contractants.

De plus la CNAS doit savoir que l'impact exercé sur le système de gestion n'émane pas seulement des acteurs, mais aussi, il va généralement de pair avec le développement national relatif aux changements qui interviennent dans :

- La situation démographique ;
- L'environnement économique ;
- Les valeurs sociétales qui reflètent les prestations sociales distribuées.

Le parti pris de cette étude a été de s'inscrire dans une perspective réaliste et représentative des rôles des acteurs dans la sécurité sociale. Le repère théorique en termes d'analyse stratégique des acteurs, a permis une approximation et une compréhension de la façon la plus nette possible, des relations entre la CNAS et les différents acteurs, en matière de rapports de dépendances et indépendances voir rapports de dominance.

Cette expérience au cœur des perceptions des acteurs impliqués dans le dispositif du tiers payant, a permis aussi d'apprécier toute la pertinence des concepts de la sociologie des organisations mobilisés dans cette recherche. Le recours et l'utilisation de l'application MACTOR d'analyse des stratégies d'acteurs, nous a permis d'opérationnaliser le pouvoir des acteurs dans la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie

En effet, l'originalité de notre travail de recherche réside dans le choix de l'approche sociologique, qui constitue pour nous en tant que professionnel du système de sécurité sociale une démarche audacieuse et riche en enseignements.

En outre, nous avons dépassé la résolution classique et froide des conflits avec les acteurs, pour obtenir une approche sociale des conflits qui permet la modélisation simple et particulièrement intuitive des comportements des acteurs.

Au vu des résultats empiriques de cette recherche, quelques préconisations peuvent être utiles pour les dirigeants de la sécurité sociale afin de mieux maîtriser les dépenses en matière de l'assurance maladie.

Limites de la recherche

Cette étude offre différents apports théoriques et pratiques. Toutefois, il comprend certaines limites qui ont trait au choix du cadre d'analyse mobilisé et à la méthodologie.

Les limites théoriques tiennent d'abord au choix des acteurs externes de la CNAS. En effet, la théorie de l'acteur stratégique se focalise principalement sur l'acteur interne de l'organisation, alors notre recherche porte sur l'observation de l'acteur externe, par conséquent, notre angle

d'analyse mérite d'être revu pour couvrir d'autres fragments du problème. Certes une analyse stratégique de l'acteur interne pourrait être intégrée par la suite afin de fournir un cadre d'analyse encore plus approprié aux observations empiriques. D'autre part, une autre limite concerne le choix des acteurs interrogés, il s'agit en grande majorité des spécialistes en médecine et non des généralistes en médecine, hors, il existe quelques généralistes qui sont conventionnés avec la CNAS, dont, nous pensons n'avoir pas suffisamment sondés.

Toutefois, nous nous sommes contentés des réponses des acteurs interviewés pour connaître leurs objectifs et leurs stratégies, sans avoir un accès fluide aux dispositifs de gestion de la CNAS, en particulier les différentes stratégies projetées à moyens et long termes.

Enfin, la méthode MACTOR présuppose une connaissance des méthodes de prospective et un comportement cohérent de chaque acteur par rapport à ses finalités, ce que dément parfois la réalité.

Sur le plan théorique, notre étude de cas fournit la possibilité d'envisager la recherche sous un angle différent. Il s'agit d'analyser davantage les mécanismes de gouvernance de la CNAS.

Une exploration plus poussée dans ce domaine pourrait enrichir le développement de la théorie sociologique et l'étude de ces questions.

Bibliographie

Bibliographie

Ouvrages

- **AIT EL HADJ S.** *L'entreprise face à la mutation technologique.* éditions. d'organisations, Paris, 1984.
- **ALAIN L, B., VALLEE.** *La recherche en communication: éléments de méthodologie.* Presses de l'Université du Québec, 1991.
- **A. BARON.** *Dynamiques territoriales de l'action sociale et médico-sociale.* Grenoble: Presses universitaires de Grenoble, 2010.
- **BOUZON A., MEYER V.** *La communication organisationnelle en question, méthodes et méthodologies.* Paris : L'Harmattan, 2006.
- **BROWN, A., & DOWLING, P.** *Doing Research/Reading Research.* London: Falmer Press 2001.
- **CROZIER Michel & FRIEDBERG Erhard.** *L'acteur et le système,* Paris, Seuil, 1977.
- **CHRISTINA THEODORAKI.** *l'innovation élargie : la méthode de caractérisation NOOVALR ,* éditions universitaires Européennes, 2016.
- **CAILLAUD, S. & FLICK, U.** *Triangulation méthodologique. Ou comment penser son plan de recherche ».* Les représentations sociales. Bruxelles : Editions De Boeck. 2016.
- **CORBEL, P.** *Technologie, Innovation, Stratégie n° De l'innovation technologique à l'innovation stratégique,* Gualino, Paris, 2009
- **DOMINIQUE.L.** *Les défis de l'innovation sociale,* Association nationale des assistants de service social, Esf Editeur, 2001.
- **E. LE NAGARD.A, DELPHINE M, SOPHIE MORIN.D.** *Le marketing de l'innovation : Concevoir et lancer de nouveaux produits et services,* Collection: Management Sup, Dunod 2015 - 3ème édition.
- **EMMANUELLE, B & NICOLAS, C, THIBAUT, G.** *L'innovation sociale : Principes et fondements d'un concept,* Edition : L'Harmattan Paris, France, 2013.
- **FRANK, M & JACQUES, N.** *La logique sociale du développement territorial ».* Edition : Le Delta, Presse de l'université de Québec. Canada, 2008.
- **FRANÇOIS, P.** *Introduction «La pensée économique de Joseph Schumpeter», Recherches sur le profit, le crédit, l'intérêt et le cycle de la conjoncture* (Traduction française, 1935).

- **FERNEZ-WALCH , S. ET ROMON , F.**, *Management de l'innovation ñ De la stratégie aux projets* , Vuibert, 2006 :
- **GERALD,G.** *Sociologie des organisations*, presse universitaires de France, Paris 2011.
- **HUTEAU, G.** *Sécurité sociale et politiques sociales*. Paris: Armand Colin, 2001
- **GODET, M.** *Creating futures : scenario planning as a strategic management tool*. Economica, 2001.
- **GODET, M.** *Manuel de prospective stratégique, L'art et la méthode*. Dunod, 1997.
- **GODET, M.** *De l'anticipation à l'action : manuel de prospective et de stratégie*, Dunod, 1991.
- **GODET, M.** *Prospective et planification stratégique*. Economica, 1987
- **H. W. CHESBROUGH**, *Open innovation: the new imperative for creating and profiting from technology*, Nachdr. Boston, Mass: Harvard Business School Press, 2006.
- **HLADY RISPAL, M.** *La méthode des cas. Application à la recherche en gestion*. Bruxelles: De Boeck Université. (2002),
- **JOE, D, JOHN, B, KEITH, P.** *Management de l'innovation: Intégration du changement technologique, commercial et organisationnel*, De Boeck Supérieur, 2006
- **JOAN, R.** *L'économie de la concurrence imparfaite*, Dunod, 1975. Publié en 2003
- **JUAN, L, D, HARRISSON.** *L'innovation Sociale: Émergence et effets sur la transformation des sociétés*, presses de l'université du Québec, 2006.
- **JACQUES, P.** *Concevoir l'innovation industrielle, méthodologie de conception de l'innovation*. CNRS éditions, Paris, 2001.
- **JACQUES, C.** *Acteurs et méthodologie de recherches*, L'Harmattan, Paris, 1994.
- **JOHN, S, M.** *Principles of Political Economy*, 1848 ; On Liberty, 1859.
- **J. E. STIGLITZ, C. E. WALSH, ET J.-D. LAFAY.** *Principes d'économie moderne*. Bruxelles: De Boeck, 2007.
- **KURT, H.** *The new economy in transatlantic perspective: spaces of innovation*, Routledge studies in governance and change in the global Era, Routledge, 2005.
- **KASMI M, S.** *La sécurité sociale en Tunisie*, édition C.L.E, Tunis, 1989.
- **KOHN, R, C.** *Les positions enchevêtrées du praticien-qui-devient chercheur*. Paris, L'Harmattan, 2001.
- **LAHIRE, B.** *L'homme pluriel*, Paris, Nathan, 1998.
- **LUKACS, P.** *Stratégie pour un futur souhaitable. Quatre créations exemplaires pour un management innovant*, Dunod, Paris, 2008.

- **LE MASSON , P. ; WEIL , B. ET HATCHUEL , A.** *Les processus d'innovation et la conception innovante et croissance des entreprises*, Hermès, Lavoisier, Paris, 2006 :
- **LOILIER, T. ET TELLIER, A.** *Gestion de l'innovation, Management et société*, 1999.
- **MADELEINE, A, MICHEL, C & BRUNO, L.** *Sociologie de la traduction*, Presses des Mines, Paris 2006.
- **MORANGE, M.** *Histoire de la biologie moléculaire*, Paris : La Découverte 1994.
- **MILES, M. B. & HUBERMAN, M. A.** *Analyses des données qualitatives: De Boeck*. 2003.
- **RODOLPHE, D.** *Guide du management stratégique 99 concepts*, Dunod paris 2003.
- **RAYMOND-ALAIN, T ET COLL.** *Méthodes de recherche en management*, Dunod, Paris, 2003.
- **ROLLIN, J., & VINCENT.** *Acteurs et processus d'innovation sociale au Québec*. Réseau québécois en innovation sociale. 2007.
- **RICHEZ, B, N.** *Innovations sociales et dynamiques territoriales. Une approche par la proximité*. Marché et organisations, 2008.
- **R. BOYER.** *La théorie de la régulation: une analyse critique*. Paris: La Découverte, 1986.
- **SERGE, P.** *Les-100-mots-de-la-sociologie*, que sais-je, Presses universitaires de France 2010.
- **SIMMEL, G.** *La socialisation, étude sur les formes de la socialisation*, Presses universitaires de France 1999.
- **SEVERINE L, L & SYLVIE, B.** *Management de l'innovation*, Pearson 2^{ème} édition, 2012.
- **SORO-D,** *fraude en assurance maladie: diagnostic et thérapeutique*. s.l. université européenne, 2011.
- **TOURAINÉ, A.** *Le retour de l'acteur*, Paris, Fayard, 1984.
- **TIDD , J. ; BESSANT , J. ET PAVITT , K.,** *Management de l'innovation : intégration du changement technologique, commercial et organisationnel* , De Boeck Université, 2006 .
- **PHILLIPE, B.** *La sociologie des organisations: initiation théorique suivie de douze cas pratiques*, Paris, Le Seuil, 1985.
- **PIERRE, C.** *Pouvoir, leadership et autorité*, Presses de l'Université de Québec, 1991.

- **PHILIPPE, L.** *Stratégie pour un futur souhaitable : quatre créations exemplaires pour un management innovant*, Dunod, 2008.
- **PERRAULT, S, A.** *Défricher la nuit*. Dans Mackiewicz, M.-P. (Éd.). *Praticien et chercheur*, Paris : L'Harmattan, 2001.
- **YVES, T.** *Pouvoir, information, économie*, Paris, Éd. Economica, coll. Approfondissement de la connaissance économique, 2002.
- **WHEEL, W, S, C., A & K. B. CLARK.** *Leading Product Development: The Senior Manager's Guide to Creating and Shaping the Enterprise*. New York: Free Press, 1995.
- **XAVIER, G.** *La politique sociale*, Presses universitaires de France, 1975.

Articles et communications

- **ALEXANDRE, C.** *Les approches sociotechniques dans la sociologie des usages en SIC*. Revue française des sciences de l'information et de la communication, 2015.
- **A, LEGHIMA, HASSIBA, D.** *PME et innovation en Algérie : limites et perspectives*, Marché et organisations 2014.
- **ALAIN, V.** *Innovation : pourquoi l'Amérique gagne ?*, Revue Sociétal n°47, 1er trimestre 2005.
- **A, TLILI, ALI CHKIR.** *Une analyse binomiale de la décision d'innovation dans un échantillon d'entreprises privées en Tunisie*, Innovations 2013.
- **AUSTRUY, J.** *Méthodes mathématiques et sciences de l'homme*. Revue économique, volume 12, n°3, 1961.
- **ANGEN, M.J.** *Evaluating interpretive enquiry. reviewing the validity debate and opening the dialogue*, Qualitative Health Research, 2000.
- **BOUKHALFA, B, F, CHERIET.** *Les déterminants de l'innovation dans les entreprises émergentes en Algérie*, Innovations 2012/3 (n°39).
- **BERNARD, V. WALRAS LÉON - (1834-1910)**, *Encyclopædia Universalis*, consulté le 21 février 2017.
- **BADILLO P-YVES.** *Les théories de l'innovation revisitées : une lecture communicationnelle et interdisciplinaire de l'innovation ? Du modèle « Émetteur » au modèle communicationnel*, Les Enjeux de l'information et de la communication, 2013.
- **BONTIS, N.** *Managing organisational knowledge by diagnosing intellectual capital: framing and advancing the state of the field*. International Journal of technology management, 1999

- **BARDEY D, COUFFINHAL, A, GRIGNON M.** *Efficacité et risque moral ex post en assurance maladie*, Revue française d'économie, volume 18, n°2, 2003.
- **BELAND, D., & LECOURS, A.** *Nationalisme et protection sociale: une approche comparative*. Canadian Public Policy/Analyse de Politiques. 2004
- **COOPER, Robert G.** *Stage-gate systems. a new tool for managing new products*. Business horizons, 1990, vol. 33.
- **CECILE, A-MACHAT.** *Innovations technologique et organisationnelle au sein de P.M.E. innovantes : complémentarité des processus, analyse comparative des mécanismes de diffusion* ; XIIème Conférence de l'A.I.M.S, Université de Nice-Sophia, France, juin 2003
- **CLOUTIER, J.** *Qu'est-ce que l'innovation sociale?* Crises 2003.
- **CROS FRANÇOISE.** *L'innovation en éducation et en formation dans tous ses sens*, Recherche & Formation, N°31, 1999.
- **CLOWER, R. W. AND A. LEIJONHUFVUD.** *Say's Principle, What It Means and Doesn't Mean*, Intermountain Economic Review, New York : Oxford University Press, 1981
- **CATHERINE DE LAVERGNE.** *La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative recherches qualitatives – Hors Série – numéro 3* Actes du colloque, 2007.
- **CHOUGRANI, S.** *La contractualisation et l'information: défis et enjeux entre les financeurs et les producteurs de soins en Algérie*. Insaniyat, Revue Algérienne d'anthropologie et de sciences sociales, 1998.
- **CONTRIBUTION DE L'INSTITUT JEANBAPTISTE GODIN,** *L'innovation sociale en pratiques solidaires. Emergence, approches, caractérisation, définition, évaluation*. Janvier 2013.
- **DAHMANE MADJID & CERIST KOUICI .S,** *La Problématique de l'innovation en Algérie : Approche par la Méthode Bibliométrique*, CERIST, 2003.
- **DOROTHEE, P.** *Adam Smith (1723-1790), de la morale à l'économie*, éditions sciences humaines Mensuel N°179 - Février 2007.
- **DANIE BLÉLAND & ANDRÉ, L.** *Nationalisme et protection sociale: une approche comparative*, university of calgary.Alberta 2004. Université de Montréal canada.
- **DU PREEZ, N. D., & LOUW, L.** *A framework for managing the innovation process. In Management of Engineering & Technology*, 2008.

- **DAMANPOUR, FARIBORZ.** *Footnotes to research on management innovation*, Organization Studies, 2014
- **DE GIALDINO, I. V.** *Ontological and epistemological foundations of qualitative research*. Forum: Qualitative Social Research, 2009.
- **DOWNS JR, G. W., & MOHR, L. B.** *Conceptual issues in the study of innovation*. Administrative science quarterly, 1976
- **EVERETT M. ROGERS**, *Diffusion of Innovations*, Fifth Edition, Free Press, 2003
- **EUZEBY ALAIN.** *Le rôle de la sécurité sociale dans la dynamique du développement*. Tiers-Monde, tome 18, 2003.
- **FOURASTIE, J.** *Les nouveaux courants de la pensée économique*. Annales. Histoire, Sciences Sociales, Cambridge University, Press. 1949
- **GENEVIERE SHMEDER.** *Les effets du progrès : Ricardo, les machines et l'emploi*, Revue française d'économie, 1989.
- **GORINNE GRENIER.** *La question des regroupements / mutualisations dans le champ sanitaire et social : l'institutionnalisation d'un mouvement stratégique ?*, Management & Avenir, 2011
- **GOPALAKRISHNAN, S., & DAMANPOUR, F. A.** *sociology and technology management*, review of innovation research in economics,. Omega, 1997.
- **GOSSELIN, M., & MEVELLEC, P.** *Plaidoyer pour la prise en compte des paramètres de conception dans la recherche sur les innovations en comptabilité de gestion*. Comptabilité-Contrôle-Audit, 2003.
- **HARRISON D., VEZINA M.** *L'innovation sociale, une introduction*, Annals of Public and Cooperative Economics, 2006 ;
- **HARRISSON. D.** *L'innovation sociale et l'entrepreneur schumpétérien : deux lectures théoriques*, Revue Interventions économiques, mai 2012.
- **HENRY W. CHESBROUGH** . *Open Innovation : The New Imperative for Creating and Profiting from Technology* , school press Boston, Massachusetts 2003
- **HOLZMANN ROBERT, SHERBURNE-BENZ LYNNE, TESLIUC EMIL.** *Gestion du risque social : la Banque mondiale et la protection sociale dans un monde en voie de mondialisation*., *Prévoyance ou providence : la protection sociale*. Tiers-Monde, tome 44, 2003.
- **HERAN FRANÇOIS. VALADE BERNARD, PARETO.** *La naissance d'une, autre sociologie*, Revue française de sociologie, 1992.

- **JULIE CLOUTIER.** Cahier du CRISES Collection, Qu'est-ce que l'innovation sociale?– no ET0314 «, 2003.
- **JOIN-LEMBERT M.-TH.** *Politiques sociales*, Dalloz/FNSP, 1998.
- **KHOUKHA MEKALT& BRAHIM BRAHAMIA.** *Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement*, Université de mentouri, Constantine.
- **KOENIG, G.** *Production de la connaissance et constitution des pratiques organisationnelles*, Revue de l'AGRH, n° 9, 1993.
- **LAURENT, SPANG ;** *Une explication de l'émergence et du développement du contrôle de gestion par une analyse en termes de fit : le cas des CPAM (Caisses Primaires d'Assurance Maladie, Gestion 2000 -2012*
- **LAMIA, KERZAZI,** *L'innovation au cœur des écoles de pensée économique: une tentative d'analyse appliquée au secteur agroalimentaire québécois*, La Revue Gestion et Organisation, Volume 7, 2015.
- **LOUISE, DANDURAND.** *Réflexion autour du concept d'innovation sociale, approche historique et comparative*, Revue française d'administration publique, 2005.
- **LEÏLA, TEMRI.** *Les processus d'innovation: une approche par la complexité*, IXème Conférence Internationale de Management Stratégique AIMS Université Montpellier I Faculté d'Administration et Gestion, 2000.
- **LAURENT, P.** *L'entrepreneur dans la pensée économique*. Revue internationale P.M.E., 1989 ;
- **LE MASNE, PIERRE.** *La rupture de Carl Menger avec l'économie classique*. L'Économie politique, 2002/2.
- **LE BAS CHRISTIAN.** *Où en est l'analyse économique du changement technique ?*, Revue d'économie industrielle, 1989.
- **MAHFOUD, N, BRAHAMIA. B, YVES. C.** *Consommation de médicaments et maîtrise des dépenses de santé en Algérie*, الجزائرية المؤسسات أداء مجلة 2017
- **MARK V. PAULY.** *The Economics of Moral Hazard*. American Economic Review, 1968).
- **MADOU, MOHAMED.** *Les sciences sociales en Algérie. Regards sur les usages de la sociologie*, revue Sociologies pratiques, 2/2007
- **MULGAN.G.** *The processus of social innovation*, journal article 2006
- **MIKE WARREN :** *A Study of Innovation: Anatomy of the Key Success Factors*, 2004

- **MOHAMED SAÏB MUSETTE.** *Les politiques de l'emploi et les programmes actifs du marché du travail en Algérie.* CREAD. 2013
- **MERRIEN, F. X.** *La protection sociale comme politique de développement: un nouveau programme d'action internationale.* *International, Development Policy*, Revue internationale de politique de développement, 2013.
- **MARTI, J.** *Measuring in action research: Four ways of integrating quantitative methods in participatory dynamics.* *Action Research*, 2016.
- **MERTENS, D. M.** *Transformative Paradigm Mixed Methods and Social Justice.* *Journal of Mixed Methods Research*, 2007
- **ORR, G.** *Diffusion of innovations*, by Everett Rogers 1995. Retrieved September, 2003.
- **OLIVIER MARTIN.** *Les 100 mots de la sociologie*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que Sais-Je ? », 2013
- **PATTON, M. Q.** *Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis.* *Health services research*, 1999.
- **PHILIPPE CHIBANI-JACQUOT, PHILIPPE FREMEAUX.** *L'innovation sociale, R&D de l'économie sociale et solidaire ;* Alternatives économiques France, 2013.
- **PAUL MICHAEL,R.** *Increasing Returns and Long Run Growth*, *Journal of Political Economy*, octobre 1986.
- **PICON DOROTHEE.** *Adam Smith (1723-1790) : de la morale à l'économie ,* Sciences humaines, 2007
- **PAUL MICHAEL ROMER.** *Endogenous Technological Change ,* *Journal of Political Economy*, 1990.
- **PERRET C.** *Les évolutions du système de protection sociale en Algérie ,* Notes de Recherches, n°12-01, IREGE, Université de Savoie, 20 p.
- **P.-M. RICCIO, D. BONNET.** *Journées d'étude Management des technologies organisationnelles, Chambre professionnelle du Conseil Languedoc-Roussillon*, Paris, Presses des Mines, 2012.
- **ROGERS E.** *Diffusion of innovation*, Free Press, New York, 4th editions, 1995
- **RICHEZ-BATTESTI, N, VALLADE, D.** « *Économie sociale et solidaire et innovation sociale : Premières observations sur un incubateur dédié en Languedoc Roussillon*, Innovations, 2009 ;
- **RUBERA, G., & KIRCA, A. H.** *Firm innovativeness and its performance outcomes: A meta-analytic review and theoretical integration.* *Journal of Marketing*, 2012.

- **SURIATI, BINTI ZIANAL ABIDIN** : *A systematic analysis of innovation studies : A proposed framework on relationship between innovation process and firm's performance.* The asian journal of technology management vol 4 n°2 2011
- **SOUVIRON, M.** *Entreprises sociales et entrepreneuriat social en Grande-Bretagne.* Revue internationale de l'économie sociale: Recma, 2011.
- **SOPHIE BOUTILLIER AND DIMITRI UZUNIDIS.** *Schumpeter, Marx et Walras. Entrepreneur et devenir du capitalisme,* Revue Interventions économiques, 2012.
- **SOPHIE BOUTILLIER, DIMITRI UZUNIDIS.** *The theory of the entrepreneur: from heroic to socialised entrepreneurship »,* Journal of Innovation Economics & Management 2014.
- **STEINER, P.** *La théorie de l'entrepreneur chez Jean-Baptiste Say et la tradition Cantillon-Knight.* L'Actualité économique, 1997.
- **SAUNDERS, B. E.** *Understanding children exposed to violence: Toward an integration of overlapping fields.* Journal of interpersonal violence, 2003.
- **TANIMOTO, K.** *The emergent process of social innovation: multi-stakeholders perspective,* Int. J. Innovation and Regional Development, 2012.
- **TANIMOTO, K.** *A conceptual framework of social entrepreneurship and social innovation cluster: A preliminary study.* Hitotsubashi, journal of commerce and management 2008.
- **TASHAKKORI, A., & CRESWELL, J. W.** *Exploring the nature of research questions in mixed methods research.* (2007).
- **VASILACHIS DE GIALDINO, IRENE.** *Ontological and Epistemological Foundations of Qualitative Research,* Forum: Qualitative Social Research 2011.
- **WYCOFF, J.** *The " Big 10" innovation killers: How to keep your innovation system alive and well.* The Journal for Quality and Participation, 2003.
- **YVES BARLETTE, DANIEL, B, MICHEL, P & PIERRE-MICHEL, R.** *De l'innovation technologique à l'innovation managériale,* Paris, Presses 2014.
- **YUNUS, M., MOINGEON, B., & LEHMANN-ORTEGA, L.** *Building social business models: Lessons from the Grameen experience.* Long range planning, 2010.
- **WINDRUM, P., SCHARTINGER, D., RUBALCABA, L., GALLOUJ, F., & TOIVONEN, M.** *The co-creation of multi-agent social innovations: a bridge between service and social innovation research ». European Journal of Innovation Management.* 2016.

- **WHITLEY, R.** *The fragmented state of management studies: reasons and consequences.* Journal of management studies, 1984.
- **ZIANI, L., ZIANI, Z.** *Le rôle de la sécurité sociale dans le financement de la santé en Algérie* Faculté des sciences économiques, des sciences commerciales et des sciences de gestion, Université Abderrahmane MIRA Bejaïa, décembre 2012
- **FARIDAH DJELLAL, FAIZ GALLOUJ.** *L'innovation dans les services publics.* Revue Française d'Economie, Revue française d'économie, 2012.
- **SURIATI B. Z. A, SANY S. B.M, RUSHAMI .Z B. Y.** *A Systematic Analysis of Innovation Studies: A Proposed Framework on Relationship Between Innovation Process and Firm's Performance,* The Asian Journal of Technology Management, 2003.
- **CHRISTIAN CHAVAGNEUX.** *Faut-il lire Schumpeter ?*, L'Économie politique, 2006.
- **R. ROTHWELL.** *Towards the fifth-generation innovation process,* International Marketing Review, 1994.
- **CORIAT, B., & WEINSTEIN, O.** *Organizations, firms and institutions in the generation of innovation. Research policy,* 2002.
- **JABBARI, ÉRIC.** *Pierre Laroque et les origines de la Sécurité sociale* », Informations sociales, 2015.

Thèses et mémoires

- **ALEXIS STEINER,** *Elaboration et mise en œuvre d'un modèle organisationnel favorisant l'Open Innovation : Contribution à l'innovation collaborative,* Université de Lorraine, 2014 ; France.
- **AMDAOUD MOUNIR .** *La gestion de l'innovation dans les entreprises algériennes : enjeu majeur pour l'obtention d'un avantage concurrentiel durable,* université tizi Ouzou magister 2014.
- **ALEX OKOLOUMA.** *La protection sociale au Cameroun,* Université de Yaoundé II-Soa -DEA en sciences économiques 2008.
- **FRANÇOIS ROMON.** *Le management de l'innovation. Essai de modélisation dans une perspective systémique,* Ecole centrale de paris, 2003.
- **SANDRA DUBOULOZ,** *L'innovation organisationnelle : antécédents et complémentarité : Une approche intégrative appliquée au Lean Management,* Université Grenoble Alpes, 2013. France.

- **EMILIE CANET.** *L'innovation managériale de l'invention à la diffusion. : Analyse du processus d'établissement d'une innovation managériale à partir du cas de la méthode 5 steps.* Gestion et management. Université Paris Dauphine - Paris IX, 2012. France.
- **JUIGNET, PATRICK.** *Les paradigmes scientifiques selon Thomas Kuhn.* In: Philosophie, science et société, 2015.
- **NËDOLI GUILLAUME ASSIELOU.** *Evaluation des processus d'innovation,* Nancy-université- INPL.2008
- **GUILLAUME PEROCHEAU,** *Comprendre la continuité d'un processus collectif d'innovation avec une théorie du véhicule : application au cas d'un projet collaboratif européen ;* Université Aix-Marseille II - de la méditerranée, 2009.
- **WISSAL BEN ARFI.** *Partage des connaissances : Articulation entre management de l'innovation et management des connaissances,* Tunisie, Université de Grenoble, 2014.
- **RENAUT, LEGAL.** *Les déterminants de la demande individuelle de couverture complémentaire sante en France.* Université paris dauphine. France 2008.
- **EZZEDDINE, MËBAREK.** *Les effets économiques de la sécurité sociale: modélisation et explication pour le cas tunisien.* Université de Tunis faculté des sciences économiques et de gestion de Tunis 1990.
- **ANNE SANDER.** *Les politiques de soutien a l'innovation, une approche cognitive le cas des cortechs en Alsace.* Université louis pasteur, Strasbourg. 2005
- **LAZEGA EMMANUEL.** *Analyse de réseaux et sociologie des organisations.* Revue française de sociologie, 1994.
- **MESSORI MARCELLO.** *Innovation et profit chez Marx, Schumpeter et Keynes.* Cahiers d'économie politique 1985.
- **FOURASTIE, J.** *Les nouveaux courants de la pensée économique.* Annales. Économies, Sociétés, Civilisations, 1949.
- **SOPHIE, B, D.** *De l'incertitude du marche au risque des affaires : la fonction de l'entrepreneur ?* Research network on innovation réseau de recherche sur l'innovation, 2011.
- **OLIVIER MARTIN.** *Paradigme. Les 100 mots de la sociologie,* Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que Sais-Je ? 2010.

SITE WEB :

- Sociologie de l'innovation - Cairn.info ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.cairn.info.www.snd11.arn.dz/sociologie-de-l-innovation>

9782130585756.htm. [Consulté le: 09-mars-2016].

- Memoire Online - Management de l'innovation et la performance des entreprise agroalimentaire - Rabiee Abidar ». [En ligne]. Disponible sur: http://www.memoireonline.com/07/09/2389/m_Management-de-linnovation-et-la-performance-des-entreprise-agroalimentaire1.html. [Consulté le: 05-avr-2016].
- « Livres de la collection Santé Social ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.dunod.com/collection/sante-social/sciences-sociales-humaines-0>. [Consulté le: 10-mars-2016].
- Théorie de l'évolution économique Recherches sur le profit, le crédit, l'intérêt et le cycle de la conjoncture, document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, professeur de sociologie, Site web: <http://pages.infinit.net/sociojmt>
- Pascal Bailly – Professeur de Sciences Economiques et Sociales – Lycée A. Croizat – MOUTIERS (73)Pascal.Bailly@ac-grenoble.fr

Annexes

Annexe -1-

Procédure de codification des variables d'étude- SPSS-

LE LABEL DE LA VARIABLE	NOM DE LA VARIABLE	CODIFICATION
Information sur la prévention	INFPREVE	1=oui, 2=non, 3= prs
Information sur la limitation de consommation par trimestre	LIMCONS	1=oui, 2=non, 3= prs
Information sur le contrôle à domicile	INFCONTRE	1=oui, 2=non, 3= prs
Information sur les incitations au profit des pharmaciens	INFINCITA	1=oui, 2=non, 3= prs
Information sur le forfait hôpitaux	INFOFORF	1=oui, 2=non, 3= prs
Le choix de l'organisme de sécurité sociale pour l'affiliation	CHOIXCOUV	1=oui, 2=non, 3= prs
Raison du changement de l'organisme de sécurité sociale	RASACHAN	1= qualité presta, 2= taux cotisa élevé
Attitude envers le déficit de la CNAS	DEFICNAS	1=augmen/taux coti, 2= dimuntio pres, 3=autre
Préférence de l'enquêté face à la formule	PREFASSUR	1=tfr/rfr, 2=nc/nr, 3=tfb/r/fb
La formule de la sécurité sociale	OBLIGSEC	1=obligatoire, 2= facultative
Poids de l'enquêté	POIDS	1=30/40, 2=41/50, 3=51/60, 4=61/70, 4=71/80, 5=81/90, 6=91/100, 7>100
Taille de l'enquêté	TAILLE	1=1,3/1,5, 2= 1,51/160, 3= 161/1,70, 4= 1,71/180, 5=181/190, 6>190cm
Etat de sante de l'enquêté	ETASANTE	1=oui, 2=non, 3= prs
Acte de chirurgie de l'enquêté	CHIRURG	1=oui, 2=non, 3= prs
Nature de l'acte chirurgical	NATCHIRUR	au choix
Maladie chronique de l'enquêté	CHRONIQ	1=oui, 2=non, 3= prs
Mesure de la tension artérielle par an	TENSION	1=oui, 2=non, 3= prs
Question de l'état de santé filtre	FILTRSANTE	1=trbon, 2=bon, 3= moyen, 4=mauv, 5=trmav,
Consommation de médicament	CONSMED	1=oui, 2=non, 3= prs
Classe thérapeutique des médicaments consommés	CLASTHERA	1= infectieux à , 21=prs
Autres maladies	AUREMALA	au choix
Fréquence de l'hôpital par l'enquêté ou un membre de la famille durant l'année	FREQHOPI	1=oui, 2=non, 3= prs
Soins prodigués à l'hôpital	SOINPROG	1= soin mede, 2=soin infir, 3=kenes, 4=radio, 5=urgence, 6= hospitali, 7= autre
Arrêt de travail de l'enquêté durant	ARRTRAVAIL	1=oui, 2=non, 3= prs
Cause arrêt de travail	CAUSARRT	1= maladie, 2= stress au travail, 3= personnel

Sexe de l'enquêté	SEXE	1=M, 2=F
Age de l'enquêté	AGE	1<18, 2= 18/24, 3= 25/30, 4= 31/36, 5=37/42, 6 9>60
Niveau d'instruction de l'enquêté	INSTRU	1=sans, 2= prim, 3=moyen, 4= lyc, 5= super, 6=Prs
Situation matrimoniale de l'enquêté	MATRIMO	1=clb, 2= marié, 3= divorcé, 4=vf, 5=prs
Nombre de personnes dans le foyer	NMBFAM	1=seul, 2=2, 3=3, 4=4, 5=5, 6=6, 7> 6personnes
Travail du conjoint	TRAVCONJ	1=travail, 2=travail pas, 3=prs
Si l'enquête a des enfants	ENFANT	1=oui, 2= non, 3=prs
Nombre d'enfant	NMBENFA	1=enfant, 2=2, 3=3, 4=4, 5=5, 6=6, 7> 6enfants
Si l'enquêté est occupé	EMPLOI	1=oui, 2=non, 3=prs
Statut juridique de l'emploi	STATUEMPLO	1=privé, 2=économique, 3=f.publique, 4=vacat, 5=autre
Revenu de l'enquêté	REVENU	1<18, 2=18-25, 3=26-35, 4=36-45, 5>45, 6=prs
Catégorie particulière	CATPARTIC	1=étud, 2=chom/ind, 3=chom/n/ind, 4=rechem, 5=retrai, 6=invalidi/moud, 7=autr, 8=prs
Statut de couverture	BENIFASS	1=assuré, 2= non assuré, 3= prs
Taux de couverture	TAUCOUVER	1=80%, 2=100%, 3= ne sais pas, 4= prs
Ancienneté de la couverture	ANCICOUV	1=1-5, 2=6-10, 3=11-20, 4>20
Possession de la carte chifa	POSCHIFA	1=oui, 2=non
Statut de couverture sociale	STATASSUR	1=principal, 2= ayant droit, 3=autre
Fréquence d'utilisation de la carte chifa	UTILCHIFA	1=1-3, 2=4-5, 3=6-7, 4>7fois, 5=ne sais pas
Utilisation de la carte chifa chez le médecin	UTILMEDECI	1=oui, 2=non, 3= prs
Les causes de non utilisation de la carte chifa	CAUNONUTI	1= phar non, 2=pas/lect, 3= pas utili, 4=oubli car, 5=perdu car, 6= laiss famill, 7=non ajour, 8= utilmede
Information sur le tarif de référence	TARIFREF	1=oui, 2=non, 3= prs
Information sur le médicament générique	MEDGENER	1=oui, 2=non, 3= prs
Possibilité de substitution de médicament par le pharmacien	REEMMEDE	1=oui, 2=non, 3= prs

Annexe -2-

Liste globale des acteurs ayant des liens avec la sécurité sociale

N°	Intitulé long	Intitulé court	Description
1	Caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés	CNAS	Bailleurs de fonds
2	Le conseil d'administration de la CNAS	CACNAS	Organe de délibération
3	Le médecin traitant privé	MED TRAIT	Un offreur de soins
4	Le ministère de la santé et de la population	MSP	Département ministériel chargé de la santé.
5	Le pharmacien	PHARM	Offreur de soins.
6	Les cliniques privées	CLN PRIV	Offreurs de soins.
7	Les employés de la CNAS	EMPLOCNAS	La force de travail de la CNAS est de l'ordre de 25000 employés en moyenne.
8	Les employeurs assujettis	EMPYASSUJ	Constituent la base de cotisations et la source principale du financement de la CNAS.
9	l'Etat	ETAT	Régulateur
10	L'union générale des travailleurs algériens	UGTA	Acteur principal dans la gestion de la sécurité sociale.
11	Le ministère de travail de l'emploi et de la sécurité sociale	MTESS	Tutelle des organismes de sécurité sociale.
12	Les assurés sociaux	SAS	L'utilisateur principal de la sécurité sociale.
13	Le syndicat national algérien des pharmaciens d'officine	SNAPO	Syndicat des pharmaciens d'officine.
14	Le bureau international du travail	BIT	Le secrétariat permanent de l'organisation internationale de travail.
15	L'industrie pharmaceutique	InDuspha	Ce sont des grands laboratoires de fabrication des molécules.

Annexe -3-

Liste des tableaux

Titre du tableau	Page
Tableau N° 1 : Positions épistémologiques des paradigmes, positiviste, interprétativiste et constructiviste	16
Tableau N°2 : Caractéristiques de la recherche qualitative et quantitative	21
Tableau N°3 : Quelques thèses de doctorat en France, ayant abordé le concept d'innovation dans le domaine de la manufacture et dans un marché concurrentiel	44
Tableau N°4 : Les modèles cadres d'innovation	50
Tableau N°5 : Récapitulatif des approches de l'innovation sociale	58
Tableau N°6 : Evolution des dépenses de la sécurité sociale« CNAS » en Algérie en % du PIB	65
Tableau N°7 : Dépenses du médicament durant la période du 2007 à 2017 (y compris le tiers payant) en milliards de dinars	
Tableau N°8 : Variables principales d'analyse	92
Tableau N°9 : Répartition par SEXE	97
Tableau N°10 : Répartition par AGE	97
Tableau N°11 : Croisement du sexe de l'enquêté et maladie chroniques de l'enquêté	97
Tableau N°12 : Revenu de l'enquêté	98
Tableau N°13 : Secteur d'activité de l'enquêté	98
Tableau N°14 : Croisement des variables sexe de l'enquête, fréquentation de l'hôpital par l'enquête ou un membre de sa famille durant l'année et la couverture sociale	100
Tableau N°15 : Critères de détection du passager clandestin	101
Tableau N°16 : Etat de santé de l'enquêté	102
Tableau N°17 : Résultat de l'enquête relatif aux poids des patients et calcul de l'IMC	104
Tableau N°18 : Croisement du poids des enquêtés et la mesure de leur tension artérielle	105
Tableau N°19 : Les objectifs associés à chaque acteur	109
Tableau N°20 : Matrice des influences directes (MID)	110
Tableau N° 21 : Matrice des positions évaluées (2MAO)	111
Tableau N°23 : Balance Nette des influences	114
Tableau N°24 : Vecteur des rapports de force MIDI	116
Tableau N°25: Matrice de convergences (1CAA)	

Annexe-4-

Liste des figures

Titre du tableau	Page
Figure N° 1 : Modèle du développement économique de J.A. Schumpeter	40
Figure N°2 : Schéma global d'un processus d'innovation sociale	50
Figure N°3 : Les principales interrelations entre l'économie nationale et les régimes de protection sociale	65
Figure N°4 : Système de sécurité Algérien	70
Figure N°5 : Facteurs du déficit de la sécurité sociale	74
Figure N°6 : Schéma bipolaire	75
Figure N° 7 : Schéma tripolaire	75
Figure N°8 : Schéma de base de la composition des individus enquêtés	88
Figure N°9 Schéma d'analyse et interprétation des résultats de la recherche	91
Figure N°10 : Répartition des états de santé des assurés sociaux enquêtés	103
Figure N°11 : Plan des influences et dépendances entre acteurs	112
Figure N° 12 : Histogramme des rapports de force MIDI	117
Figure N° 13 : Graphe des convergences entre acteurs d'ordre 1	118
Figure N°14 : Balance des objectifs	118

Annexe -5-

GUIDE D'ENTRETIEN

Dictionnaire des thèmes « Influence et dépendances des PS vis-à-vis de la CNAS »

AXE D'ANALYSE	THEMES	SOUS THEMES
Le niveau de coordination du professionnel de santé avec la CNAS.	Le contrôle médical	<i>Relation entre médecin spécialiste et médecin généraliste</i>
	Les logiciels et applications	<i>Ils existent ainsi que leur mise à jour</i>
	Le conventionnement	<i>L'adhésion ou non au conventionnement et la qualité de la convention</i>
	La télémédecine	<i>Sollicitation en termes d'expertise, ou dans le cadre d'un contrat</i>
La perception du professionnel de santé vis-à-vis du tiers payant qui repose sur la carte CHIFA	Les mesures incitatives	<i>Degré de couverture des frais supplémentaires</i>
	Les délais de facturation et de paiement	<i>Délais après consultation, mode de paiement etc.</i>
	Invisibilité vis-à-vis des impôts	<i>Garanties contractuelles contenues dans la convention etc.</i>
	La nomenclature des actes remboursés par la CNAS	<i>Son étendu, sa cohérence par rapport à la transition épidémiologique et état de santé des citoyens</i>
	La tarification des actes remboursés par la CNAS	<i>L'écart par rapport à aux pratiques de la réalité, taux de remboursement pris en charge par la CNAS</i>
Les risques liés au métier du professionnel de santé dans le nouvel environnement institutionnel.	En termes d'autorité	<i>Les injonctions de la part de la CNAS</i>
	L'obligation d'adhésion aux dispositifs	<i>Exigences comme condition pour l'exercice en cabinet médical</i>
	En termes de comportement de consommation des soins (déresponsabilisation)	<i>Le nombre de consultation par assuré social</i>
	Liberté thérapeutique	<i>Rejets et remise en causes des prescriptions</i>

Table des matières	
Remerciement	
Dédicaces	
Sommaire	
Introduction générale.....	4
Chapitre I/ Positionnement épistémologique et le premier sens de l'innovation ..	13
Section 1. Les contours épistémologiques de la thèse ..	14
1.1. Le changement du paradigme et la réalité de la sécurité sociale.....	18
1.2. La sécurité sociale : vers la fin de l'Etat providence.....	19
Section 2. L'innovation dans l'économie classique ..	22
2.1. Le courant du capitalisme libéral	23
2.1.1. Adam Smith et la voie l'entrepreneuriat.....	24
2.1.2. Le premier sens de l'innovation chez D. Ricardo.....	26
2.1.3. Le comportement des agents économique sur le marché : L'option Keynésienne.....	27
2.2. Le courant Marxiste.....	29
2.2.1. L'innovation entre le politique et la perspective économique.....	29
2.3. Le courant néo-classique.....	30
2.3.1. L'innovation et l'entrepreneur rationnel.....	31
2.3.2. L'entrepreneur face à la rationalité délimitée.....	31
Chapitre II/ Du progrès technique vers les modèles et processus de l'innovation ..	38
Section 1. L'innovation dans l'économie contemporaine ..	38
1.1. Joseph Alois Schumpeter entre la théorie de J.M. Keynes et la théorie néoclassique.....	38
1.2. Définition du concept de l'innovation	38
1.3. Les différents modèles de l'innovation.....	39
1.3.1. Incidence du modèle économique de l'innovation sur l'orientation de la recherche sur l'innovation.....	43
1.3.2. Au-delà du modèle de J.A. Schumpeter.....	45
Section 2. La réussite ou l'échec de l'innovation : La perception sociologique ..	51
2.1. L'innovation sociale et l'économie sociale et solidaire.....	54
2.1.1. L'innovation sociale vs l'entreprise sociale.....	56
Chapitre III/ Les perspectives de l'innovation dans la sécurité sociale ..	62
Section 1. L'innovation peut-elle sauver la sécurité sociale ..	62
1.1. La sécurité sociale et l'enjeu économique.....	63
1.2. La protection sociale VS la sécurité sociale.....	63
1.3. Le rôle de la sécurité sociale dans la productivité	67
1.4. Les modèles de la sécurité sociale.....	68
1.4.1. L'architecture du système de sécurité sociale en Algérie.....	69
1.4.2. Les grandes lignes de l'organisation administrative et financière de la sécurité sociale en Algérie.....	71
1.5. Les grands enjeux de la caisse des assurances sociales –CNAS-.....	72
1.5.1. Caractéristiques de la branche maladie.....	74
1.5.2. La gestion du risque par la caisse de sécurité sociale- CNAS-	75
	77

Section 2. L'innovation en mouvement dans la sécurité sociale	77
2.1. L'incitation des patients « assurés sociaux » à la consommation de médicament.....	78
2.2. La contractualisation	79
2.2.1. C'est quoi le tiers payant	80
2.3. Les acteurs principaux du système du tiers payant dans la sécurité sociale en Algérie	80
2.3.1. Le pharmacien	81
2.3.1.1. Le droit de substitution.....	82
2.3.2. L'assuré social.....	82
2.3.3. Un rôle plus actif du médecin conventionné.....	83
2.3.4. Les structures publiques de santé (MSP).....	84
2.3.5. Le rôle de l'Etat.....	84
Chapitre IV/ Etude empirique : Analyse des déterminants de l'innovation dans la sécurité sociale	87
Section 1. La démarche méthodologique de l'enquête	87
1.1. Les populations ciblées et retenues.....	88
1.1.1. La première population de l'enquête par questionnaire	88
1.1.1.1. L'échantillon.....	89
1.1.2. La deuxième population de l'enquête par entretien.....	89
1.1.2.1. Les acteurs principaux	90
1.1.2.2. Les acteurs périphériques.....	90
1.2. La collecte des données et déroulement de l'enquête.....	90
1.2.1. Outils de la collecte des données.....	91
1.2.1.1. Le questionnaire.....	92
1.2.1.2. Le guide d'entretien.....	93
1.2.1.2.1. La question du choix des acteurs interviewés.....	94
1.3. Le traitement des données.....	94
1.3.1. Le traitement des données quantitatives.....	94
1.3.2. Le traitement des données qualitatives.....	95
Section 2. Présentation et discussion des résultats	96
2.1. Analyse quantitative.....	96
2.1.1. Les caractéristiques socio démographiques des enquêtés	96
2.1.2. La couverture sociale.....	100
2.1.3. L'état de santé du patient.....	102
2.1.4. Le degré d'information et l'attitude des assurés sociaux vis-à-vis des différents dispositifs lancés par la CNAS.....	105
2.2. Analyse qualitative.....	107
2.2.1. Acteurs, objectifs et matrices d'entrée.....	107
2.2.1.1. Les acteurs.....	107
2.2.1.2. Les objectifs.....	109
2.2.1.3. Les matrices d'entrée.....	110
2.2.2. Rapport Mactor.....	111
2.2.2.1. Influences directes et indirectes.....	111
2.2.2.2. Rapport de force MIDI.....	116
Conclusion générale	121
Bibliographie	128
Annexes	141
Tables des matières	152

