

**Défis et enjeux de la coordination
à l'ère de la multiplicité des acteurs
dans le système de santé algérien**

FOUDI Brahim

Maître assistant, Université Abderrahmane MIRA de Bejaia - Algérie

Tel : +213 771 000 299

foudi.brahim@yahoo.fr

Pr. KAID TLILANE Nouara

Professeure, Université Abderrahmane MIRA de Bejaia - Algérie

Tel : +213 771 204 215

kaid_n@yahoo.fr

Résumé :

Au début des années quatre vingt dix, de multiples changements ont touché le système de santé algérien. L'Etat, alourdi par son monopole sur le secteur, s'est désengagé progressivement pour laisser place à la logique marchande de l'acteur privé. Cette ouverture a laissé apparaître de nouveaux acteurs qui poursuivent des objectifs différents en adoptant des stratégies d'action distinctes. Ce nouveau paysage pose désormais la problématique de la gouvernance du système et son management. Il est alors important de s'interroger sur les chances de la réussite de la coordination de tous ces acteurs et le défi de les ramener à travailler pour un service public de qualité sans exclusion aucune (notamment de privé).

Mots clé : coordination des acteurs, délégation, cliniques privées, Algérie,

Abstract:

In the early nineties, there were many changes in the Algerian health system. The state, weighed down by its monopoly on the sector, gradually disengaged to give way to the commercial logic of the private actor. This openness has revealed new actors who pursue different objectives by adopting distinct strategies of *action*. This new landscape now raises the issue of the governance of the system and its management. It is therefore important to consider the chances of successfully coordinating all these actors and the challenge of bringing them back to work for a quality public service without any exclusion (especially from the private sector).

Keywords: coordination of actors, delegation, private clinics, Algeria,

INTRODUCTION

Le système de santé algérien a connu une évolution remarquable à la fin des années quatre vingt¹. Cette nouvelle ère a annoncé le recule progressif du monopole étatique laissant place à la logique marchande des acteurs privés. Ce nouveau paysage inhabituel marqué désormais par la multiplicité des acteurs ayant des profils distincts de par leur nature juridique (public, privé) et/ou par leurs fonctions (prestataires de service, bailleurs de fonds, organismes assureurs, etc.) rend la mission de la gouvernance du système de santé encore plus complexe. Cette complexité est nourrie par la nature des objectifs, les stratégies d'action et encore par les moyens utilisés. Coordonner² et ramener toutes ces variables à travailler pour un intérêt général devient le déficit majeur des autorités publiques.

Dans un nœud de relations où les règles des interactions ne sont pas préétablies, encore moins pour les efforts de régulation qui ne sont guère à la hauteur des défis de la nouvelle composition du système³, l'objectif de la coordination et de la complémentarité des acteurs passe par un certain nombre de conditions préalables⁴. Pour cette raison, et dans le souci d'une compréhension meilleure du contexte et pour anticiper les situations conflictuelles, il est impératif d'analyser isolément le profil de chaque acteur, ses objectifs, ses stratégies et ses moyens, puis analyser le système dans sa globalité en mesurant les rapports de force afin de connaître les acteurs dominants et les acteurs dominés. De cette manière, nous serons en mesure de mettre le système d'incitation le plus approprié.

L'objectif poursuivi pas ce papier est d'analyser les conditions de la réussite d'une tentative d'association d'un acteur privé dans la fourniture du service public. Plus concrètement, nous avons l'ambition d'analyser l'expérience de la délégation de la prise en charge des patients souffrant de l'insuffisance rénale terminale chronique IRTC par les

cliniques privées en mettant la lumière sur les enjeux d'acteurs. C'est pourquoi, nous nous interrogeons sur les obstacles pouvant empêcher une coordination optimale des acteurs.

1. METHODES

Notre démarche étant empirique, nous avons identifié quatorze (14) acteurs concernés directement ou indirectement par cette expérience à savoir le *Ministère de la santé, la CNAS, les gérant des cliniques privées, les administrations locales de santé, les patients, les syndicats des néphrologues, l'association des patients, etc.* Nous allons procéder, pour la collecte de données, par une enquête de terrain auprès des acteurs recensés en utilisant un entretien semi-directif.

Quant au traitement de l'information, nous avons utilisé le logiciel MACTOR⁵ nous permettant de :

- Constituer une base d'information sous forme de « fiches acteurs » qui clarifie le but, les moyens, les forces et faiblesses de chaque acteur.
- Analyser la structure des influences directes et indirectes entre acteurs et évaluer les rapports de force : la matrice des influences directe et indirecte (MIDI)
- Identifier les enjeux stratégiques et les objectifs associés en précisant la position de chaque acteur : la matrice acteur-objectif (MAO)
- Repérer les divergences et convergences entre acteurs en intégrant les rapports de force des acteurs.
- Formuler les recommandations stratégiques pour atteindre la perfection de la coordination.

L'ambition d'analyse des jeux et des enjeux des différents acteurs nécessite une vue globale de l'état de la confrontation de leurs objectifs, cachés ou ouvertement déclarés, ainsi que par la mesure des rapports de force exercés par eux.

2. L'ORGANISATION DE L'ETUDE

Nous avons opté pour la méthode MACTOR pour analyser les jeux d'acteurs dans un projet d'association avec le privé dans la fourniture du service public de santé, notamment la prise en charge des patients souffrant d'insuffisance rénale chronique au stade terminale. Pour ce faire, la présente étude s'est construite sur plusieurs étapes.

2.1. La première étape : formulation du problème

Cette première étape a pour objet d'identifier les différentes dimensions du problème, à clarifier les enjeux généralement non affichés et les situations de conflits d'intérêt qui peuvent entraver la réussite de la démarche du partenariat, en identifiant les acteurs ainsi que leurs objectifs poursuivis.

Cette étape s'est basée sur la réalisation d'une enquête de terrain dans laquelle nous avons utilisé un entretien semi-directif auprès de l'ensemble des acteurs concernés.

A l'issue de l'entretien de la première phase, nous avons pu déterminer une liste de quatorze acteurs que nous considérons comme intervenants ayant une influence à degrés variables sur l'expérience de la délégation du service public de santé aux acteurs privé.

Ainsi, l'identification et la détermination des acteurs se basent sur le critère de la divergence et la convergence de leurs positions et les pratiques d'influence des grands domaines, fortement controversés, dans le domaine de la santé publique.

Ainsi, nous avons pu finaliser la liste d'acteurs suivante :

1. Les organismes assureur des salariés 1 (CNAS)
2. Les organismes assureurs des non salariés 2 (CASNOS)
3. Cliniques privées d'hémodialyse (CPH)
4. Hôpitaux publics d'hémodialyse (HPH)
5. Association des patients dialysés (ASSP)
6. L'ordre des médecins (ORM)

7. Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH)
8. Direction de la santé et de la population au niveau local (DSP)
9. Néphrologue des hôpitaux publics d'hémodialyse (NHPH)
10. Néphrologue des cliniques privées d'hémodialyse (NCPH)
11. Patients des hôpitaux publics d'hémodialyse (PHPH)
12. Patients des cliniques privées d'hémodialyse (PCPH)
13. Syndicat des praticiens de la santé publique (SYSP)
14. Syndicat des praticiens libéraux (SYPL)

En exploitant les informations recueillies à travers les entretiens que nous avons réalisés avec les acteurs précédemment cités, nous avons finalisé une liste de quatorze (14) objectifs lesquels sont généralement poursuivis par les acteurs sélectionnés.

1. Eviter les situations conflictuelles entre acteurs
2. Préciser le rôle de chaque acteur et encadrer son activité
3. Réduire le monopole étatique
4. Passer d'une logique de rivalité à une logique de complémentarité
5. Améliorer la qualité de la prestation des soins
6. Préserver le principe de la gratuité des soins
7. Faciliter l'accès aux soins
8. Réduire les coûts de la prise en charge par les mécanismes du marché
9. Bénéficier de l'expérience des spécialistes
10. Améliorer la régulation de l'activité libérale
11. Recentrer le rôle de l'Etat sur la régulation
12. Intégrer le Privé dans la carte sanitaire
13. Considérer le patient comme partenaire incontournable dans le système de santé
14. Concevoir un système de santé hybride sans exclusion aucune
- 15.

2.2. La deuxième étape : les matrices d'entrée

Elle consiste à analyser et décrire le fonctionnement du jeu d'acteurs sous deux formes:

- Le repérage des influences directes des acteurs les uns sur les autres¹
- Matrice acteurs/objectifs ou Matrice des positions valuées (2MAO)

Le choix tactique des alliances et des conflits est fortement conditionnés par ces moyens⁶, il est donc important d'orienter le choix tactique par une analyse fine des rapports de force entre acteurs, qui est traduit par la matrice des influences directes (MID)

Le rôle du privé dans le système de santé algérien est un sujet d'une grande controverse⁷, pour cela, le résultat des jeux d'acteurs de l'association du privé à un service public de santé sera le résultat de l'attitude de la position défendue par chaque acteur vis-à-vis des autres intervenants sur le même projet².

Matrice 1 : Matrice des influences³ directes (MID)

MID	ASSP	CPS	DSP	HPS	ORM	MSPRH	NCPS	NHPS	CNAS	CASNOS	PCPS	PHPS	SYSP	SYPL
ASSP	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	2	3	1	1
CPS	0	0	1	1	0	1	3	0	0	0	3	1	1	1
DSP	3	3	0	3	0	4	1	1	2	2	1	1	0	0
HPS	0	0	2	0	1	4	0	3	2	2	1	2	1	1
ORM	0	0	1	2	0	3	1	3	0	0	0	0	1	1
MSPRH	4	2	0	1	3	0	2	2	1	1	3	3	2	2
NCPS	0	4	2	0	1	1	0	0	0	1	2	0	0	1
NHPS	0	0	2	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0
CNAS	4	2	0	1	3	0	1	1	0	0	2	2	3	3
CASNOS	4	2	0	1	3	0	1	1	1	0	2	2	3	3
PCPS	4	2	1	0	0	2	2	0	2	2	0	0	0	0
PHPS	4	0	1	2	0	2	0	2	2	2	0	0	0	0
SYSP	0	1	3	2	0	3	1	2	3	1	1	1	0	0
SYPL	0	2	1	2	0	3	1	2	3	1	1	0	0	0

© IJFSOR-ENTAMACTOR

2.3. Position des acteurs vis avis des objectifs du partenariat avec le privé

¹ C'est la matrice acteurs/acteurs ou matrice des influences directes MID,

² En claire, La Matrice d'Influences Directes Acteurs X Acteurs (MID), élaborée à partir du tableau de stratégie des acteurs, décrit les influences directes entre acteurs. Cette matrice correspond à une valorisation du tableau des stratégies des acteurs où l'influence potentielle d'un acteur sur un autre est notée sur une échelle allant de 0 à 4

³ 0 : Pas d'influence / 1 : Processus opératoires / 2 : Projets / 3 : Missions / 4 : Existence

La matrice des positions valuées (*acteurs VS objectifs*) a pour rôle de préciser pour chaque acteur son attitude et sa position par rapport à chaque objectif⁸, (favorable, défavorable, neutre ou indifférent), pour cela nous utilisons des signes (+) ou (-) pour signifie l'accord ou le désaccord et les chiffres de 0 à 4 pour ajouter la précision de l'intensité et le degré de la position.

Matrice 2 : Matrice Acteur/Objectifs ou matrice des positions valuées

2MAO	Rol Act	Sit conf	momp etat	log compl	Qual prest	Grat soins	Acces soin	Red Coût	Expr spéc	Regu ac li	Rol Etat	Priv car s	Rol patient	Syt St Hyb
ASSP	1	0	1	0	4	4	4	0	2	1	1	-1	0	0
CPH	1	2	4	3	0	-4	-3	-3	2	-3	-2	4	0	0
DSP	3	4	-2	3	2	3	3	4	3	4	4	3	0	0
HPH	2	3	2	3	3	2	0	4	2	0	1	1	4	1
ORM	2	1	1	0	2	1	0	4	2	3	2	2	-4	4
MSPRH	3	4	-2	4	2	3	-2	2	3	2	3	3	-3	1
NCPH	1	2	3	2	0	-2	-1	-3	3	-3	-2	2	-2	0
NPH	1	0	0	1	2	0	0	0	-1	1	0	0	0	0
CNAS	2	1	1	2	4	-1	4	0	3	1	0	2	-2	2
CASNOS	2	1	1	2	4	-1	4	4	3	1	0	2	-3	0
PCPH	0	2	1	3	4	4	4	4	3	0	0	2	-1	1
PHPH	0	2	1	3	4	4	4	0	3	0	0	2	-2	1
SYPSP	3	3	4	0	1	0	0	0	2	3	4	0	0	0
SYPL	2	3	0	0	2	-3	2	-3	4	-2	-1	4	0	3

© UPSOR-EPTA-MACTOR

3. RESULTATS ET INTERPRETATIONS

Sur la base de ces deux matrice, appelées *matrice d'entrée*, à savoir MID et 2MAO, le logiciel MACTOR, après traitement, nous fourni une série de résultats⁹ à travers lesquels nous pouvons repérer ce qui suit :

- les différentes situations des acteurs dans l'ensemble du système. (*acteur dominant, acteur dominé, acteur relais, etc*)
- les objectifs les plus impliquant pour chaque acteur (objectifs contesté,

- dévoiler les situations de conflit d'intérêt entre acteur et leurs positions de convergence.

3.1. Un système de santé dominé par les syndicats

L'influence d'un acteur ne s'exerce pas seulement directement sur un autre, elle peut également passer par l'intermédiaire d'autres acteurs¹⁰. Un calcul simple permet de tenir compte de ces influences et dépendances indirectes sera nécessaires à l'obtention d'une image plus proche de la réalité des pouvoirs des acteurs.

Matrice 3 : Matrice des influences directes et indirectes

MIDI	ASSP	CPH	DSP	HPH	ORM	MSPRH	NCPH	NHPH	CNAS	CASNOS	PCPH	PHPH	SYSPSP	SYPL	II
ASSP	7	6	6	7	2	9	6	7	9	9	7	7	3	3	81
CPH	6	9	8	6	3	9	9	6	8	9	10	5	3	4	86
DSP	13	11	8	10	9	12	9	9	9	9	15	13	9	10	138
HPH	13	11	9	11	8	12	9	13	12	11	11	10	8	8	135
ORM	4	6	8	7	5	9	6	10	7	8	8	8	4	5	90
MSPRH	12	11	13	14	7	15	11	14	12	10	14	12	8	9	147
NCPH	6	11	6	7	3	8	10	5	7	7	9	4	4	5	82
NHPH	5	4	4	6	3	4	3	5	6	5	4	5	3	3	55
CNAS	7	8	12	11	5	16	8	10	11	8	10	8	7	8	118
CASNOS	8	9	12	12	6	16	9	11	12	8	11	9	8	9	132
PCPH	11	11	5	6	7	6	9	5	5	5	13	9	8	9	96
PHPH	11	7	6	8	7	6	5	9	8	7	10	11	8	8	100
SYSPSP	12	11	11	11	9	12	8	10	12	10	11	11	8	9	137
SYPL	9	10	8	8	9	9	9	9	10	8	12	10	8	9	119
Di	117	116	108	113	78	128	101	118	117	106	132	111	81	90	1516

© LIPSOR-EPITA-MACTOR

Source : le logiciel MACTOR utilisé dans cette étude

Cette matrice est un outil pour le repérage des influences directes et indirectes entre acteurs d'ordre 2. Plus précisément, elle nous permet d'avoir une idée plus complète et plus globale de la situation des rapports de force⁴. Ainsi, la matrice MIDI nous permet de calculer deux indicateurs à savoir :

¹ Les mécanismes d'influence d'un acteur sur un autre à travers l'acteur relais

(SYPSP), et le *syndicat des praticiens libéraux (SYPL)*. A travers leur capacité de mobiliser un nombre important d'adhérents et leur stratégie de mettre pression sur la tutelle engendre souvent la paralysie du secteur.

- **Les acteurs relais** : ceux qui sont à la fois fortement influents et fortement influencés. Dans notre cas, ce sont les organismes assureurs (*CNAS et CASNOS*), *ministère de la santé (MSPRH)* et ses *administrations décentralisées (DSP)* au niveau local et les *hôpitaux publics d'hémodialyse (HPH)*. Ces acteurs sont sous l'autorité de leurs tutelles. Ils doivent par conséquent être à l'écoute à toute leur recommandation et leurs directives. Mais aussi, ils influencent les assurés et les patients qui sont sous leur responsabilité.

- **Les acteurs dominés** : ce sont ceux qui disposent d'une influence faible sur les autres acteurs, par contre, ils sont fortement influencés et dominés : il s'agit, dans notre étude, des *patients dans les hôpitaux publics comme dans les cliniques privées*. Ainsi que *les associations des patients (ASSP)*. Et enfin, les *néphrologues des hôpitaux publics (NHPH)*.

- **Les acteurs autonomes** : ce sont eux qui ont à la fois peu d'influence et qui sont peu dépendants, *l'ordre des médecins (ORM)* et les *néphrologues des cliniques privés (NCPH)* sont dans cette situation. Ces acteurs sont considérés hors-jeu de ce système puisqu'ils n'ont aucun pouvoir à imposer.

3.1. Les marginalisés du système : Les patients et leurs associations

Le différentiel des influences directes et indirectes pour chaque couple d'acteurs est mesuré par la balance nette des influences directes et indirectes. Autrement dit, chaque acteur peut exercer et recevoir des influences directes et indirectes d'ordre 2 sur ou plusieurs acteurs. Le surplus d'influence exercée ou reçue pour chaque couple d'acteurs est alors calculé¹¹.

Lorsque le signe de la balance est positif (+) cela signifie que l'acteur (i) qu'on trouve sur les lignes de la matrice BN exerce plus d'influence sur l'acteur (j) sur les colonnes de la matrice BN qu'il ne reçoit. Lorsque c'est un signe (-) c'est le contraire qui se produit. Dans une seconde étape, nous procédons au calcul de la somme totale du différentiel des influences pour chaque acteur qui traduit la somme des balances nettes de ses influences sur les autres acteurs.

Matrice 4 : Balance nette des influences

BN	ASSP	CPH	DSP	HPH	ORM	MSPRH	NCPH	NHPH	CNAS	CASNOS	PCPH	PHPH	SYSP	SYPL	Somme
ASSP		0	-7	-6	-2	-3	0	2	2	1	-4	-4	-9	-6	-36
CPH	0		-3	-5	-3	-2	-2	2	0	0	-1	-2	-8	-6	-30
DSP	7	3		1	1	-1	3	5	-3	-3	10	7	-2	2	30
HPH	6	5	-1		1	-2	2	7	1	-1	5	2	-3	0	22
ORM	2	3	-1	-1		2	3	7	2	2	1	1	-5	-4	12
MSPRH	3	2	1	2	-2		3	10	-4	-6	8	6	-4	0	19
NCPH	0	2	-3	-2	-3	-3		2	-1	-2	0	-1	-4	-4	-19
NHPH	-2	-2	-5	-7	-7	-10	-2		-4	-6	-1	-4	-7	-6	-63
CNAS	-2	0	3	-1	-2	4	1	4		-4	5	0	-5	-2	1
CASNOS	-1	0	3	1	-2	6	2	6	4		6	2	-2	1	26
PCPH	4	1	-10	-5	-1	-8	0	1	-5	-6		-1	-3	-3	-36
PHPH	4	2	-7	-2	-1	-6	1	4	0	-2	1		-3	-2	-11
SYSP	9	8	2	3	5	4	4	7	5	2	3	3		1	56
SYPL	6	6	-2	0	4	0	4	6	2	-1	3	2	-1		29

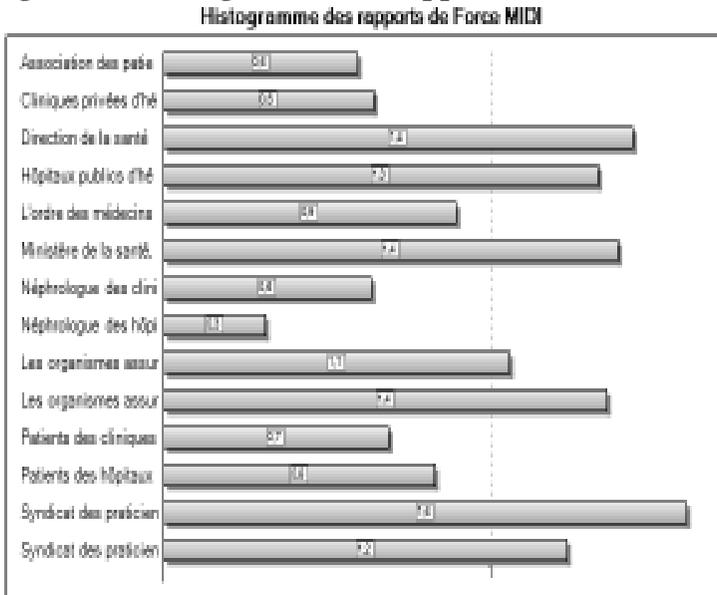
© LIPSOR-EPIA-MACTOR

Source : le logiciel MACTOR utilisé dans cette étude

Les résultats de la matrice des balances nettes nous fournis quelques informations par rapport à la question des influences. En effet, il ressort que les acteurs qui subissent des influences plus qu'ils en reçoivent sont respectivement : *les néphrologues des hôpitaux publics d'hémodialyse, les associations de patients, les patients des cliniques privées d'hémodialyse, les cliniques privées d'hémodialyse et enfin les patients des hôpitaux publics d'hémodialyse*. Par contre, ceux ayant le pouvoir d'exercer une influence supérieure aux pressions qu'ils subissent sont : *les syndicats des professionnels de la santé publique, la direction de la santé et*

de la population, les syndicats des professionnels libéraux et la CASNOS.

Figure 02 : Histogramme des rapports de force MIDI



Source : le logiciel MACTOR utilisé dans cette étude

Les rapports de force indiquent le poids relatif de chaque acteur dans le système. Ainsi par exemple, *les syndicats des praticiens de la santé publique, les directions de la santé et de la population, le ministère de la tutelle et les organismes assureurs* bénéficient d'un rapport de force élevé, pratiquement deux fois plus que celui des *associations des patients et des patients des cliniques privées* et ceux des *hôpitaux publics*. Ceci s'explique par la nature et la puissance des instruments et les moyens stratégiques mobilisés par les acteurs faibles dans le système. Plus concrètement. Les associations et les patients sont dépourvus de moyens leur permettant d'exercer une pression sur la tutelle pour faire valoir leurs droits. Ces derniers sont considérés comme le maillon faible du système alors qu'ils devraient jouer un rôle incontournable dans le fonctionnement global.

3.2. La complexité de la coordination des acteurs

La Matrice Acteur Objectifs (MAO), calculée sur la base des rapports de force, nous informe sur la position de chaque acteur sur les différents objectifs. Ce calcul tient en compte à la fois de la position de l'acteur concerné par l'objectif assigné, de la hiérarchie des objectifs et aussi de la nature et de l'intensité des rapports de force entre acteurs.

La mobilisation des acteurs sur les objectifs et leur adhésion sont représentées par les valeurs positives¹². Quant aux valeurs négatives, elles traduisent des positions d'opposition. L'intensité est exprimée par les chiffres correspondant

Matrice 5 : La matrice Acteur X Objectif (MAO)

3MAO	Rol Act	Sit conf	monp etat	log compl	Qual prest	Grat soins	Acces soin	Red Coût	Expr spéc	Regu ac li	Rol Etat	Priv car s	Rol patien	Sy St Hyb	Mobilisation
ASSP	0,6	0,0	0,6	0,0	2,4	2,4	2,4	0,0	1,2	0,6	0,6	-0,6	0,0	0,0	11,3
CPH	0,6	1,3	2,6	1,9	0,0	-2,6	-1,9	-1,9	1,3	-1,9	-1,3	2,6	0,0	0,0	20,0
DSP	4,3	5,7	-2,9	4,3	2,9	4,3	4,3	5,7	4,3	5,7	5,7	4,3	0,0	0,0	54,6
HPH	2,7	4,0	2,7	4,0	4,0	2,7	0,0	5,3	2,7	0,0	1,3	1,3	5,3	1,3	37,2
ORM	1,8	0,9	0,9	0,0	1,8	0,9	0,0	3,6	1,8	2,7	1,8	1,8	-3,6	3,6	25,1
MSPRH	4,2	5,6	-2,8	5,6	2,8	4,2	-2,8	2,8	4,2	2,8	4,2	4,2	-4,2	1,4	51,4
NCPH	0,6	1,3	1,9	1,3	0,0	-1,3	-0,6	-1,9	1,9	-1,9	-1,3	1,3	-1,3	0,0	16,5
NHPPH	0,3	0,0	0,0	0,3	0,6	0,0	0,0	0,0	-0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9
CNAS	2,1	1,1	1,1	2,1	4,2	-1,1	4,2	0,0	3,2	1,1	0,0	2,1	-2,1	2,1	26,4
CASNOS	2,7	1,4	1,4	2,7	5,4	-1,4	5,4	5,4	4,1	1,4	0,0	2,7	-4,1	0,0	37,9
PCPH	0,0	1,4	0,7	2,1	2,8	2,8	2,8	2,8	2,1	0,0	0,0	1,4	-0,7	0,7	20,0
PHPH	0,0	1,7	0,8	2,5	3,3	3,3	3,3	0,0	2,5	0,0	0,0	1,7	-1,7	0,8	21,6
SYSPS	4,8	4,8	6,4	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	3,2	4,8	6,4	0,0	0,0	0,0	31,9
SYPL	2,5	3,7	0,0	0,0	2,5	-3,7	2,5	-3,7	4,9	-2,5	-1,2	4,9	0,0	3,7	35,8
Nombre d'accords	27,2	32,7	19,0	26,8	34,2	20,5	24,9	25,6	37,2	19,3	20,0	28,2	5,3	13,6	
Nombre de désaccords	0,0	0,0	-5,7	0,0	0,0	-10,0	-5,4	-7,5	-0,3	-6,3	-3,8	-0,6	-17,6	0,0	
Degré de mobilisation	27,2	32,7	24,6	26,8	34,2	30,5	30,2	33,1	37,5	25,6	23,8	28,8	22,9	13,6	

© UPSOR-EPIA-MACTOR

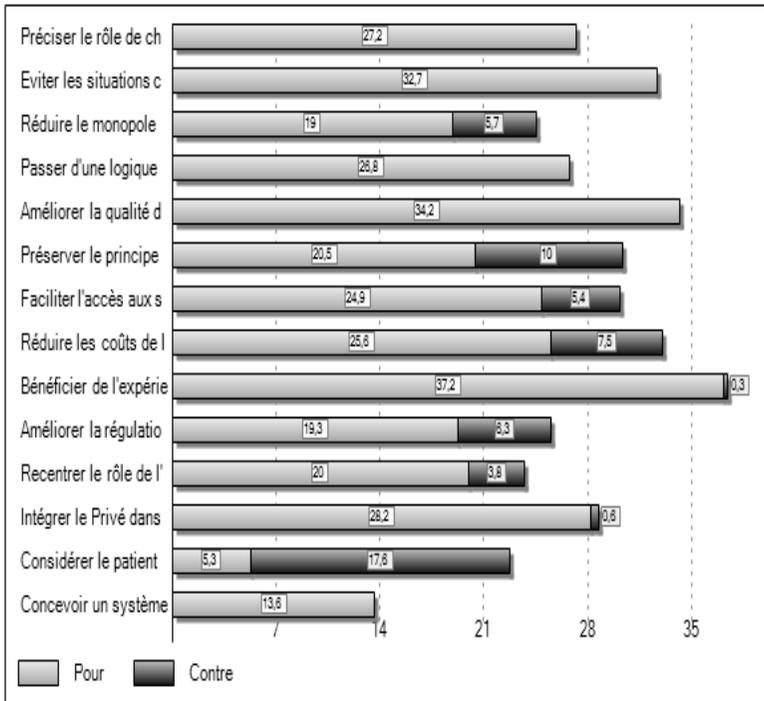
Source : le logiciel MACTOR utilisé dans cette étude

3.3. Une faible mobilisation sur des objectifs communs

Cet histogramme permet de visualiser la mobilisation des acteurs sur les objectifs, en tenant compte des positions valuées pondérées. Il est calculé à partir de la matrice 3MAO.

Figure 03 : L'histogramme de la mobilisation des acteurs sur les objectifs

Histogramme de la mobilisation des acteurs sur les objectifs 3MAO



Source : le logiciel MACTOR utilisé dans cette étude

Il est important de noter, d'après l'histogramme, que la majorité des acteurs sont au moins mobilisés sur quatre objectifs à savoir :

- Améliorer la qualité de la prestation
- Passer d'une logique de rivalité à une logique de complémentarité
- Eviter les situations conflictuelles
- Préciser le rôle de chaque acteur

Or, le nombre d'objectif, sur lequel les acteurs sont tiraillés entre l'adhésion et l'opposition, est de sept.

Nous pouvons déduire, à partir de ces résultats, que la complexité de la coordination commence d'ores et déjà par l'opposition de quelques acteurs à des objectifs incontournables du partenariat. Ceci s'explique par une faible mobilisation des acteurs sur des objectifs communs et une

forte opposition sur des objectifs considérés incontournables pour la réussite de l'expérience du partenariat avec le privé.

3.4. Une forte convergence entre le ministère et ses administrations décentralisées

La Matrice valuée pondérée des convergences est calculée à la base de la matrice des positions valuées pondérées *Acteur/objectif*. Elle nous renseigne, sur chaque couple d'acteur, l'intensité moyenne des convergences lorsque les deux acteurs ont la même position vis-à-vis de l'objectif,

Le résultat nous montre clairement un degré de convergence très significatif. Il s'agit de la relation qui relie le MSPRH et ses administrations décentralisées représentées par les DSP dans chaque wilaya. Cette convergence se justifie naturellement par la nature de la hiérarchie administrative qui relie les deux acteurs. Les DSP sont des entités décentralisées qui obéissent aux recommandations de la tutelle (MSPRH) sans la moindre contestation¹³. Elles sont les instruments d'excutions et de contrôle de la politique nationale de santé dictée à priori par la tutelle. Plus concrètement, il ne peut avoir un conflit d'intérêt entre les deux acteurs puisque les deux œuvrent pour la réalisation des mêmes objectifs et en utilisant les mêmes moyens.

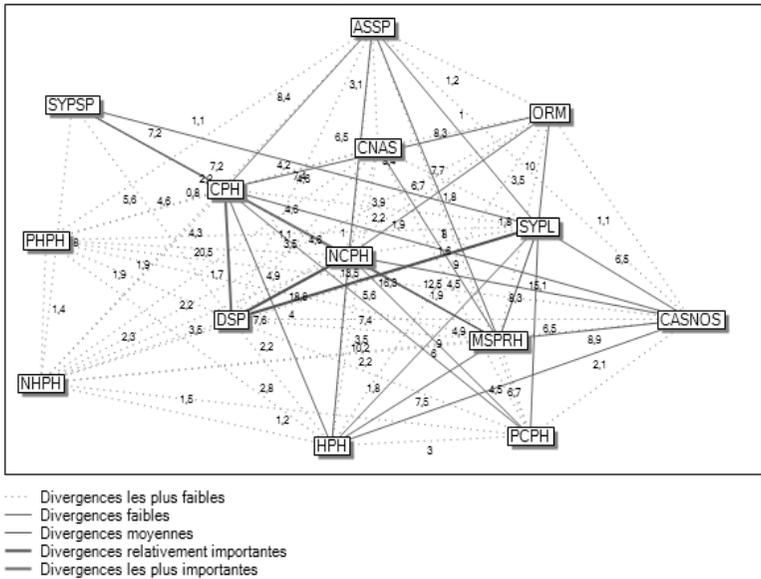
Or, de très faibles convergences sont à déplorer entre le MSPRH et les autres acteurs susceptibles d'apporter une valeur au système à l'instar des associations des patients, les patients aux même et du secteur privé notamment. Cela dénote le caractère autarcique de la gestion et du management du système de la part du ministère de la tutelle qui ne travaille guère avec concertation et consultation des acteurs marginalisés.

3.5. Une forte divergence entre les DSP et les cliniques privées d'hémodialyse

La figure 05 nous aide notamment à identifier les alliances et conflits éventuels.

Figure 05 : Graphique des divergences entre acteur

Graphe des divergences entre acteurs d'ordre 3



Source : le logiciel MACTOR utilisé dans cette étude

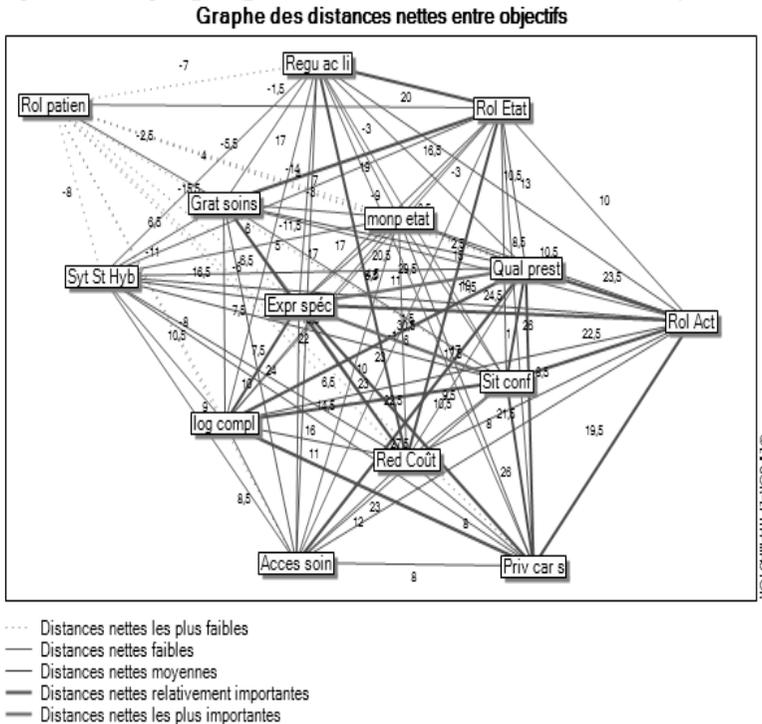
La matrice des divergences entre acteurs nous démontre une divergence nette entre les DSP et les cliniques privées d'hémodialyse. Cela s'explique par la divergence et les conflits d'intérêt ; cette divergence confirme la rivalité entre le public et le privé. En effet, la logique publique basée sur le principe de la gratuité et l'équité d'accès aux soins, instrumentalisés par les DSP, se retrouve confrontée à une logique privée dominée par des objectifs de maximisation du profit, de rentabilité et de bénéfice. En outre, avec un degré moindre, des divergences entre la DSP et les syndicats sont aussi significatives de part la nature des problèmes desquels souffre le personnel et qui ne sont pas encore élucidés et qui sont souvent la raison de plusieurs mouvements de protestation.

3.6. Des objectifs centraux loin des préoccupations des acteurs

La figure des distances nettes entre les objectifs permet de repérer les objectifs sur lesquels les acteurs sont positionnés

de la même façon. Ce plan sert à isoler des groupes d'objectifs sur lesquels les acteurs sont en forte convergence ou en forte divergence.

Figure 06 : graphique des distances nettes entre objectifs



Source : le logiciel MACTOR utilisé dans cette étude

Nous notons, à travers ce graphique, que les objectifs qui font l'unanimité sont : Eviter les situations conflictuelles qui arrangent presque tous les acteurs, bénéficier de l'expérience des spécialiste qui est en faveur à la fois du secteur public et du secteur privé et enfin l'amélioration de la qualité de la prestation qui est considéré comme l'objectif de la majorité des acteurs. Par ailleurs, pour les autres objectifs, souvent un nombre plus au moins équilibré d'acteurs s'opposent. De là, nous confortons l'idée de la complexité de la mission de la coordination des acteurs.

CONCLUSION

Les acteurs (publics et privés) n'ont pas encore abouti à la formule la plus optimale qui leurs permet de servir au mieux le patient. Au terme de cette étude, nous réitérons la complexité de la mission de leur coordination. Le défi consiste en la coordination des acteurs souvent motivés par des objectifs fortement divergents parfois même contradictoires. Il est alors important de penser à des mécanismes incitatifs pour atténuer ces divergences et de bâtir un système de santé cohérent qui peut exploiter les forces de tous les acteurs et profiter de leur synergie en faveur du patient. Pour atteindre cette conception, les recommandations suivantes sont plus que nécessaires.

- Rééquilibrer les rapports de force, qui sont dominés jusque là par la tutelle et ses administrations décentralisées d'un côté et les syndicats des professionnels de la santé de l'autre, en attribuant plus de prérogatives aux associations et aux patients.

- Les divergences entre les organismes assureurs (CNAS et CASNOS) et les prestataires publics de santé peuvent être corrigées en mettant les deux acteurs sous la tutelle du même ministère (ministère de la santé et de la sécurité sociale)

- Mettre en place un système de tarification le plus optimal qui allège le fardeau du financement pour l'Etat, qui ne dissuade pas le privé et qui préserve le principe de la gratuité des soins.

- Adapter les mécanismes de régulation du système de santé au nouveau contexte, caractérisé par l'arrivée de nouveaux acteurs (secteur privé, associations) et réformer les principes de management du service public de santé.

Références bibliographiques

1. Foudi B, 2011 « *La contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain, Etat des lieux* » Mémoire de Magister, université de Bejaia.
2. Godet M. 1992, « *De l'anticipation à l'action* », ed. Dunod,
3. Godet M. 2004, « *Manuel de prospective stratégique* ». Tome 1 : Une indiscipline intellectuelle. Tome 2 : L'art et la méthode, 2ème Ed. Dunod,.

4. Godet M.,1985 « *Prospective et planification stratégique* », Ed. Economica,.
5. Godet M., Meunier F., « *Analyser les stratégies d'acteurs : la méthode Mactor* », Cahiers du LIPS, cahier n° 3, mai 1996.
6. Hachimi Sani Y, 2005: « *Les partenariats privé-public comme nouvelle forme de gouvernance et alternative au dirigisme étatique: ancrages théoriques et influences conceptuelles* » La Revue de l'innovation: La Revue de l'innovation dans le secteur public, Volume 10 (3), article numéro 1
7. Kaddar M, 2006: « *Les réformes des systèmes de santé dans les pays du Maghreb : contexte, succès et défis actuels* », communication présentée au 1^{er} colloque international sur la gestion et réformes hospitalières dans les pays en développement, Béjaïa 13-15 novembre 2006.
8. Kaïd Tlilane N, 2003: « *Système de santé algérien entre efficacité et équité, essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Bejaïa* », Thèse de Doctorat d'Etat es Sciences Economiques, Université d'Alger
9. Oufriha F-Z. 2006: « *De réforme en réforme, un système de santé à la croisée des chemins* », CREAD.
10. Perrot J, De Roodenbeke E, 2005.: « *Le rôle de la contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée*», éd KHARTALA, Paris.
11. Zehnati A, 2015: « *Analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie* », Thèse de Doctorat es science soutenue le 08/06/2015 en cotutelle entre l'université de Béjaïa et (Algérie) et l'université de Bourgogne (France),

NOTES DE FIN

¹ Oufriha F-Z. 2006: « *De réforme en réforme, un système de santé à la croisée des chemins* », CREAD.p 29

² Marcel Jaeger, 2010, « *L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs* », *Vie sociale* 2010/1 (N° 1), p. 17.

³ Kaïd Tlilane N. 2003: « *Système de santé algérien entre efficacité et équité, essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Bejaïa* », Thèse de Doctorat d'Etat es Sciences Economiques, Université d'Alger, , p 150

⁴ Foudi B, 2011 « *La contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain, Etat des lieux* » Mémoire de Magister, université de Bejaïa, p71

⁵ Godet M., Meunier F., 2005 « *Analyser les stratégies d'acteurs : la méthode Mactor* », Cahiers du LIPS, cahier n° 3, mai 1996,p 22

⁶ Hachimi Sani Y. : « *Les partenariats privé-public comme nouvelle forme de gouvernance et alternative au dirigisme étatique: ancrages théoriques et influences conceptuelles* » La Revue de l'innovation: La Revue de l'innovation dans le secteur public, Volume 10 (3), article numéro 1, p20

⁷ Zehnati A, 2015: « *Analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie* », Thèse de Doctorat es science soutenue le 08/06/2015 en cotutelle entre l'université de Bejaia et (Algérie) et l'université de Bourgogne (France), , p219

⁸ Godet M., Meunier F., « *Analyser les stratégies d'acteurs : la méthode Mactor* », Cahiers du LIPS, cahier n° 3, mai 1996,p 36

⁹ Godet M. 1992, « *De l'anticipation à l'action* », ed. Dunod. P32

¹⁰ Perrot J, De Roodenbeke E2005. : « *Le rôle de la contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée*», éd Khartala, Paris,. P39

¹¹ Godet M. 2004, « *Manuel de prospective stratégique* ». Tome 1 : Une indiscipline intellectuelle. Tome 2 : L'art et la méthode, 2ème Ed. Dunod, p 102

¹² Godet M.,1985 « *Prospective et planification stratégique* », Ed. Economica,P65.

¹³ Kaddar M, 2006: « *Les réformes des systèmes de santé dans les pays du Maghreb : contexte, succès et défis actuels* », communication présentée au 1^{er} colloque international sur la gestion et réformes hospitalières dans les pays en développement, Béjaïa 13-15 novembre 2016, p45