



ANALYSE D'IMPACT DE LA MUTUELLE DE SANTE SUR L'ACCES AUX SOINS DES FAMILLES VULNERABLES FINANCIEREMENT CAS DE AFAFi-ANTANANARIVO- MADAGASCAR

RANAIVOSAONA Toky Lalaina⁽¹⁾, Pr. RAKOTO DAVID Olivaniaina⁽²⁾

(1) Ecole Doctorale Sciences Humaines Et Sociales, EAD2 : Sciences Economiques, Economie de la Santé, Université d'Antananarivo, Madagascar.

(2) Faculté d'Économie, Gestion et Sociologie, Université d'Antananarivo, Madagascar

This is an open access article under the [CC BY-NC-ND](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) license.



Résumé: Dans le contexte actuel où la tendance est déjà le « financement de la santé numérique » dans le monde, Madagascar est encore sur la question de financement de santé pour améliorer l'accès aux soins, la digitalisation de la santé est encore loin. C'est la raison de notre recherche qui porte sur l'impact de la mutuelle santé «AFAFi» à Antananarivo Atsimondrano de 2013 à 2016. On analyse comment cette mutuelle répond aux particularités du marché de la santé. L'objectif est de comprendre l'importance de la mutuelle pour améliorer l'accès aux soins. L'article utilise l'« Analyse Coût-Efficacité» pour évaluer son impact. L'hypothèse est que l'implantation d'une mutuelle de santé améliore l'accès aux soins. Les données sont collectées auprès de la mutuelle «AFAFi» et du ministère de la santé publique pour cette analyse. Les résultats mettent en avant le lien entre mutuelle de santé et accès aux soins, défendant ainsi la promotion de la mutuelle comme solution à l'accès aux soins et au financement de la santé.

Mots-clés: Analyse Coût-Efficacité, Financement de la santé, Système de Mutuelle de la santé, qualité de service, marché de la santé, accès aux soins.

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.10067394>

Impact analysis of mutual health insurance on access to care for financially vulnerable families, case of AFAFi-Antananarivo-Madagascar

Abstract: In the current context, where the trend is already towards "digital health financing" around the world, Madagascar is still working on the issue of health financing to improve access to care, and the digitalisation of health is still a long way off. This is the reason for our research, which focuses on the impact of the "AFAFi" mutual health insurance scheme in Antananarivo Atsimondrano from 2013 to 2016. We analyse how this mutual responds to the particularities of the healthcare market. The aim is to understand the importance of mutual insurance in improving access to healthcare. The article uses cost-effectiveness analysis to assess its impact. The hypothesis is that the introduction of a mutual health insurance scheme improves access to healthcare. Data was collected from the "AFAFi" health mutual and the Ministry of Public Health for this analysis. The results highlight

the link between mutual health insurance and access to care, thus defending the promotion of mutual health insurance as a solution to access to care and health financing.

Keywords: Cost-effectiveness analysis, Health financing, Mutual health insurance system, quality of service, health market, access to care.

1 Introduction

En économie de la santé, la particularité atypique du marché de soin (qui ne suit pas la norme habituelle qui régit le marché) nous mène parfois à l'analyse des comportements des différents acteurs en santé. L'analyse de l'offre ou la demande de soin, la recherche sur les différentes manières de combler les écarts d'optimalité sont au cœur des débats scientifiques. Notre recherche se focalise sur l'analyse d'impact de la mutuelle santé «AFAFi» sur sa zone d'intervention d'Antananarivo Atsimondrano pendant l'année 2013 à 2016. Selon J. K. AROW : « ...Je soutiens ici que, dans certaines circonstances, d'autres institutions sociales s'immisceront dans l'écart d'optimalité, et que l'industrie des soins médicaux avec sa variété d'institutions spécialisées, certains anciens, certains modernes, illustrent cette tendance... ». Nous examinons comment cette mutuelle comble les lacunes du marché de la santé. J. K. AROW, souligne que les institutions sociales peuvent intervenir dans ces situations. En nous appuyant sur l'article d'AROW de 1963, nous analysons l'efficacité de cette mutuelle au niveau local. Notre question centrale est : Comment un financement solide peut-il bénéficier aux établissements de santé à Madagascar ? Notre hypothèse est que les systèmes d'assurance améliorent l'accès et la qualité des soins. La mutuelle «AFAFi» correspond aux valeurs malgaches de fihavanana (amitié et bonnes relations), soulignant ainsi son importance pour l'accès aux soins. Notre approche s'inscrit dans le cadre de la Post-Nouvelle Gouvernance Publique (Post-NGP) (Bartoli and Blatrix, 2015) car elle coïncide avec un ensemble de nouvelles théories émergentes liées aux insuffisances des politiques publiques de santé depuis 2015. Notre étude de cas se distingue par le constat d'un manque de ressources financières pour l'accès aux soins à Madagascar. Nous utilisons l'évaluation économique en santé pour déterminer si la mutuelle de santé peut être une solution à ce problème.

2 MATERIELS ET METHODES

Nous accordons une importance particulière à la mise en lumière des divers matériels et méthodes employés lors de l'analyse. À cette fin, nous avons notamment recouru à l'évaluation économique en santé, conformément aux principes énoncés par Drummond (Drummond *et al.*, 2015), en mettant l'accent sur l'analyse de la rentabilité telle qu'établie par Weinstein (Weinstein, 1990).

2.1 Définition des objectifs et question de recherche

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité de la sous-traitance de la supervision qualité à une entité externe indépendante de l'hôpital, avec pour perspective finale d'identifier la mutuelle de la santé comme la meilleure option.

Alors, dans quelle mesure l'externalisation de la supervision qualité à une entité externe indépendante de l'hôpital contribue-t-elle à améliorer les processus de qualité, et quel rôle la mutuelle de la santé pourrait-elle jouer en tant que partenaire optimal dans cette démarche?

2.2 Type des données analysées

On s'est rapproché de la mutuelle de santé AFAFi pour savoir les différents partenaires publics avec laquelle elle a signé des accords et on s'est rapproché du ministère de la santé publique pour avoir les fréquentations des établissements et centre de santé publique. Le reste consiste pour l'essentiel à nettoyer, exploiter et analyser les données pour une Analyse Coût-efficacité.

2.3 Les données sur AFAFi

De 2007 à 2018 AFAFi a pu faciliter l'accès aux soins de 32 000 familles défavorisés, des gens victimes de « vulnérabilité liée à la pauvreté ». Jusqu'en 2018 AFAFi, a signé 196 partenaires santé dont 11 hôpitaux publics, 26 CSB, mais, avant 2016 certains centres de santé d'Antananarivo Avaradrano n'ont pas encore été prospecté par AFAFi et on préfère choisir Antananarivo Nord et Sud comme zone de contrôle et zone d'intervention car les caractéristiques sociaux-économique et sanitaire de ces deux zones sont presque similaire et la comparaison pour une étude empirique est tolérable.

2.4 Recueil des données auprès du Ministère de la santé publique

2.4.1 Circuit de transmission des informations sanitaires à Madagascar

Les informations du système de santé à Madagascar circulent (transmission et feedback) au niveau de la communauté, du district, de la région et enfin à la centrale (c'est-à-dire au près du Ministère de la santé publique). Et c'est à partir de là que les autres ministères, les partenaires techniques et financiers (PTF) et les chercheurs reçoivent les données.

Chaque niveau collecte, compile, corrige et analyse les données venant de chaque entité. Au niveau de la communauté, les centres de santé de base (CSB) collectent le rapport mensuelle d'activité (RMA), analyse les données collectées et transmet cela au niveau de la Service du District de la Santé Publique (SDSP). Les Agents Communautaires reçoivent aussi des feed-back puisqu'ils sont dans la même communauté.

Le District travaille tous les données qu'il a reçues et le transmet à son tour à la Direction régionale de la Santé Publique (DRSP) après avoir envoyé du feed-back au niveau de la CSB.

La région reçoit aussi les RMA des centres de santé et des centres hospitaliers (CHRR) envoie des feed-back au district et transmet l'information à Ministère de la santé publique (Min SanP).

La source de statistique sanitaire et démographique (SSSD) rattaché au département d'étude et de planification (DEP) enregistre les points focaux du système d'information sanitaire et les routines du Ministère de la santé publique. Ainsi c'est là qu'on trouve les données de tous les centres de santé et centre hospitalier inclus les CHU (Centre Hospitalier Universitaire).

2.4.2 Le système d'information sanitaire

Le système information sanitaire est l'ensemble des dispositifs constitué d'acteur, méthode et outils utiliser dans le but de fournir des informations sanitaires. Le système d'information sanitaire consiste en la : collecte, stockage, partage et analyse des données. Le but est de fournir des données fiables et de qualité de manière systématique.

Les données sont utiles pour la prise de décision, définitions des stratégies et production d'indicateur (mesurer l'efficacité de la politique et amélioration de la situation sanitaire). Ce sont aussi des documents essentiels pour repérer les axes de financements.

L'organisation mondiale de la santé insiste sur l'importance du système d'information sanitaire. Selon l'OMS : « le système d'information sanitaire est le pilier essentiel de système de santé ». La qualité du système d'information sanitaire influe sur : la pertinence des décisions ; transparence d'attribution des marché publique, allocation des ressources et les améliorations de la situation sanitaire.

Les types d'informations disponible au seins de notre système de santé sont des données sur la situation sanitaire (morbidity et mortalité) ; les ressources et moyens (humaine, matériel, financière) ; les déterminants de la santé (les facteurs risque tel que l'environnement, l'hygiène, ...).

2.4.3 Les différentes données disponibles à Madagascar

Les données disponibles à Madagascar sont les activités routinières, les veilles et surveillance sanitaire, les données sur les ressources, les naissances et décès, les activités communautaires, les donnée hospitalières et les données financières.

Les activités de routine qui nous intéresse particulièrement concernent les données du PMA (Paquet Minimum d'Activité). Ce dernier consiste en les nombre de patient qui consulte mensuellement, nombre de cas de maladie et nombre de personne hospitaliser. Ces données sous format de rapport mensuelle des CSB, CHRR et CHU constituent le Rapport Mensuelle d'Activité (RMA). Ces données sont disponibles auprès de Source de Statistique Sanitaire et Démographique à Atsimbazaza-Antananarivo-Madagascar.

Les registres de l'hôpital en version papiers sont disponible auprès des majors de service ces donnée sont aussi important pour notre analyse et c'est à partir de ce dernier que l'on constitue le RMA des CHRD (Centre Hospitalier de Référence du District) et RMA des CHU/CHRD (Centre Hospitalier de Référence du District).

Les différents types de registres sont les registres de bureau des entrées, les registres d'hospitalisation, les registres de consultation, et les registres des services.

Les registres de bureau des entrées sont des enregistrements des informations de la personne qui va consulter. Le nombre total des personnes qui viennent à l'hôpital, c'est-à-dire le taux de fréquentation de l'hôpital et le taux de consultation globale. Les recettes de l'hôpital, pour voir l'égalité de la caisse. Le service responsable des statistiques est rattaché au niveau de service d'accueil.

La registre d'admission enregistre les informations sur tous personnes hospitaliser. On y trouve l'âge, l'adresse, leur statut (généralement gérer par les assistances sociales : payant, pas payant, demi-tarifs, tiers payant (PTF, ONG, Etat)), durée d'hospitalisation (date d'entrée à l'hôpital et service, date de transfert, date de sortie de

l'hôpital, catégorie de service), type de sortie (normal c'est-à-dire avec une amélioration de l'état de santé du patient, référée dans une autre structure, mort, plus de lit disponible).

Le registre de consultation ou registre de prestation externe enregistre les gens qui viennent juste pour une consultation, information sur le type de prestation nécessaire ou les pathologies.

Le registre de service ou registre médicaux technique enregistre les informations techniques et les prestations effectués.

2.5 Le concept « out-of-pocket » (OOP) en matière de dépenses de santé :

Le terme « out-of-pocket » (OOP) se réfère aux dépenses que les individus paient de leur propre poche au moment où ils reçoivent des services de santé. Cela peut inclure des frais tels que les consultations médicales, les médicaments, les procédures chirurgicales, les analyses de laboratoire, etc.

Exemples de coûts OOP :

- Consultations médicales, le paiement direct pour une visite chez un médecin.
- Médicaments, les médicaments qui ne sont pas entièrement couverts par une assurance ou un régime de santé.
- Frais d'hospitalisation, tels que les coûts de chambre, les frais d'opération, etc.
- Examens médicaux et laboratoires, tels que les analyses sanguines, les radiographies, etc.

2.6 Traitement des données

L'évaluation économique en santé est un processus crucial pour évaluer la manière dont les ressources limitées peuvent être allouées de manière efficace dans le domaine de la santé. Elle vise à déterminer quels traitements, interventions ou programmes offrent les meilleurs résultats en matière de santé pour le coût investi. Cette évaluation prend en compte les coûts, les avantages en termes de santé et d'autres impacts économiques et sociaux. L'un des outils clés dans l'évaluation économique en santé est l'Indice Coût-Efficacité (ICER), qui mesure le rapport entre les coûts et les avantages d'une intervention. L'ICER est calculé en divisant la différence entre les coûts de deux interventions par la différence entre leurs résultats en termes de santé. Il permet de comparer l'efficacité relative des options et d'identifier celles qui offrent le meilleur rapport qualité-prix.

La valorisation de l'ICER est importante car elle guide les décideurs dans l'allocation des ressources limitées en santé. En fixant une limite supérieure acceptable pour l'ICER, les décideurs peuvent déterminer quelles interventions sont considérées comme rentables et dignes d'investissement. Cela permet de garantir que les fonds sont utilisés de manière optimale pour maximiser les bénéfices en termes de santé pour la population.

En somme, l'évaluation économique en santé joue un rôle crucial dans la prise de décision éclairée en matière d'allocation des ressources en santé. La valorisation de l'ICER aide à hiérarchiser les interventions en fonction de leur efficacité et de leur coût, ce qui conduit à une utilisation plus efficace des ressources pour améliorer la santé de la population.

3 RESULTATS

3.1 Critère de Coûts

Les coûts directs du programme de mutuelle que supportent les bénéficiaires sont : le droit d'adhésion qui est de 1000 Ar/famille et la cotisation pour chaque membre de la famille en fonction de sa capacité à payer qui est de 500 à 2500 Ar/moi.

3.2 Critère d'Efficacité

L'efficacité du programme est cependant très palpable car contribue directement à l'amélioration de l'accès au soin des bénéficiaires. Le tableau suivant va nous montrer l'amélioration du taux de fréquentation de Centres Hospitaliers de référence des Districts (CHD) entre deux zones qui sont Antananarivo Atsimondrano (la zone d'intervention) et Antananarivo Avaradrano (zone de contrôle).

Tableau 1 Taux de fréquentation des CHD

CHD en % ¹	Antananarivo Atsimondrano	Antananarivo Avaradrano
2013	1.80%	0.40%
2014	1.90%	0.30%
2015	1.80%	0.40%
2016	1.70%	0.50%

Source : Direction des Etudes et Planification – Service des Statistiques Sanitaires

En procédant à un test non paramétrique de Mann Whitney. Soient les deux hypothèses :

H0 : Les taux de fréquentation de CHD entre les deux zones sont similaires

H1 : Les taux de fréquentation de la zone d'intervention sont supérieurs aux taux de fréquentation de la zone de contrôle

à un seuil $\alpha = 5\%$;

$N_i = 4$; $U_{min} = 0$; $U_{seuil} = 1$.

$U_{min} < U_{seuil}$ On rejette H0 au seuil de 5%

Les différences observées sur les deux zones ne sont pas un hasard, elles sont significatives. La zone d'intervention a significativement augmenté son taux de fréquentation notamment grâce au programme de mutuelle de santé mais aussi à cause de la situation du secteur santé respective de chaque secteurs².

4 ANALYSE

- Pour 2013 :

$$ICER = \frac{C_A - C_B}{E_A - E_B}$$

$$C_{H_0} = 23\,054,2153 \text{ ar} ; C_{H_1} = 30\,000 \text{ ar} ; E_{H_0} = 0.4\% ; E_{H_1} = 1.8\%$$

$$ICER = \frac{C_{H_1} - C_{H_0}}{E_{H_1} - E_{H_0}}$$

$$ICER = \frac{30\,000 - 23\,054,2153}{1.8 - 0.4} = 4\,961\,274,786$$

- De 2013 à 2016 :

Tableau 2 Rapport coût-efficacité de la mutuelle de santé

CHD	Antananarivo Atsimondrano		Antananarivo Avaradrano		ICER, coûts/fréquentations
	coûts (en ar) ³	fréquentation (en %)	coûts (en ar) ⁴	fréquentation (en %)	
2013	30000	1.80%	23 054,2153	0.40%	4 961 274,786
2014	30000	1.90%	21 717,5954	0.30%	5 176 502,875
2015	30000	1.80%	19 544,9012	0.40%	7 467 927,714
2016	30000	1.70%	18 874,3322	0.50%	9 271 389,833

$$Taux\ de\ frequention = \frac{(Nouveaux\ cas - Anciens\ cas)}{Population\ total}$$

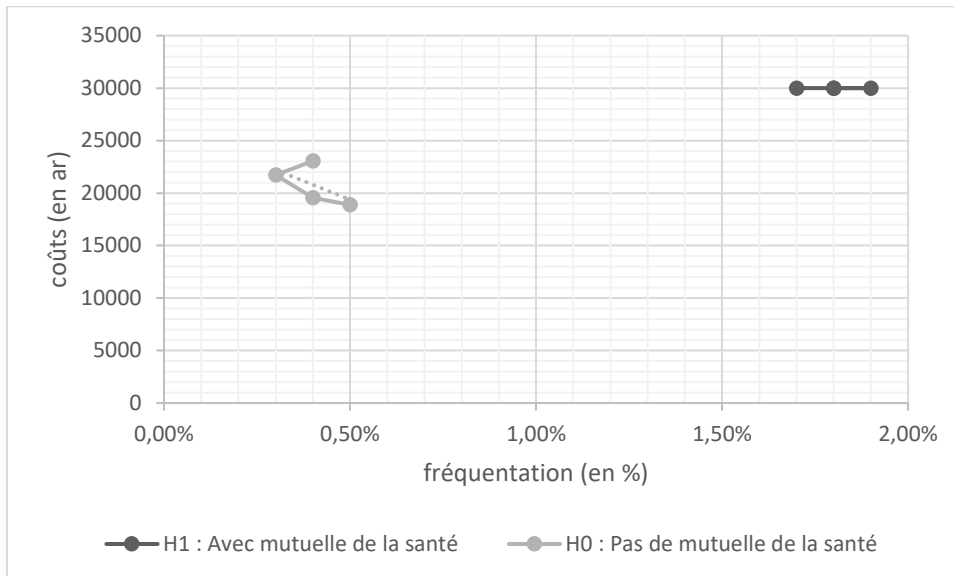
² Il est possible d'apprécier l'influence des situations du secteur santé des deux zones respectives sur la fréquentation des formations sanitaires mais cela fera l'objet d'une autre étude. En ce qui concerne AFAFi 60 à 75% des bénéficiaires fréquentent les structures publiques et elle compte 32000 familles pauvre bénéficiaires en aout 2018.

³ Le droit d'adhésion est 1000 Ar/famille et la cotisation pour chaque membre de la famille en fonction de sa capacité à payer qui est de 500 à 2500 Ar/moi.

- 1000Ar+ ((500+2500) /2) = 2500 Ar
- 2500Ar * 12mois = 30 000 Ar/ans

⁴ Banque Mondiale (Out-of-pocket expenditure per capital)

Figure 1 Frontière d'efficacité entre H0 et H1



Source : Propre auteur

L'ICER que nous avons ici représente le surcoût de H1 par unité d'efficacité gagnée, comparé à ne rien faire qui est H0. On estime donc un surcoût d'une mutuelle de la santé, comparé à une zone sans mutuelle de santé, par l'accès au soin gagné.

Au niveau du graphique, si on se réfère au niveau du plan coût-efficacité, notre donnée se trouve dans le Quadrant I. L'hypothèse H0 se trouve en haut à gauche nous indiquant l'information comme quoi le fait de ne pas recourir à la mutuelle de la santé nous coûtent chère pourtant, le résultat n'est pas au rendez-vous, l'état de santé est encore très critique puisque la fréquentation des centres de santé est très bas. L'hypothèse H1 : « recours à la mutuelle de la santé » a un coût. Dans notre graphique l'Hypothèse H1 se situe en haut à droit. Si on se réfère à l'axe des

ordonnés la différence de coûts entre H0 et H1 sont entre $5000ar$ et $7000ar$ ($5000ar \leq \Delta_{C_{H_0}} \leq 7000ar$) pourtant, son gain d'efficacité est exponentielle. En mettant en œuvre des modes de financement innovant, les fondateurs de la mutuelle de la santé AFAFi ont même pu stabiliser les coûts de leur programme.

5 DISCUSSIONS

Les études que nous avons faites montrent que les caractéristiques et vocation de la mutuelle de la santé collent parfaitement aux valeurs des Malgaches qui est le « fihavanana » (Glaeser, Laibson and Sacerdote, 2002). Elle est donc la meilleure alternative pour le financement des soins.

Il y a vraiment des problèmes de non-qualité qui dissuadent les gens à ne pas fréquenter les formations sanitaires (RANAIVOSAONA and RAKOTO DAVID, 2023). Cependant, la qualité de soin vis-à-vis des normes internationales peut être atteinte à Madagascar si on collabore avec les mutuelles de la santé (Richard, 2005).

Nos revues de littérature ont montré que Les mutuelles de santé jouent plusieurs rôles importants dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins :

- Protection financière : Les mutuelles de santé fournissent une protection financière en aidant à couvrir les coûts des soins médicaux. Elles permettent aux membres de partager les dépenses de santé, ce qui peut réduire la charge financière sur les individus et les familles (Lewalle, 2006).
- Réduction des barrières économiques : En contribuant à payer une partie des frais médicaux, les mutuelles réduisent les obstacles financiers qui pourraient empêcher certaines personnes de rechercher des soins médicaux quand c'est nécessaire (Lewalle, 2006).
- Prévention et promotion de la santé : Les mutuelles de santé peuvent encourager la prévention en offrant des incitations pour les bilans de santé réguliers, les vaccinations et les habitudes de vie saines. Elles peuvent également organiser des campagnes de sensibilisation à la santé (Samour and Cassou, 2008).
- Négociation avec les prestataires de soins : En regroupant un grand nombre de membres, les mutuelles ont souvent un pouvoir de négociation accru avec les prestataires de soins (hôpitaux, cliniques, médecins, etc.), ce qui peut conduire à des tarifs préférentiels pour leurs membres (AUDIBERT *et al.*, 2013).

- Orientation vers les services : Les mutuelles peuvent aider leurs membres à trouver des prestataires de soins de qualité et appropriés, ce qui peut améliorer l'efficacité et la pertinence des soins reçus (Samour and Cassou, 2008).
- Soutien administratif : Les mutuelles de santé peuvent faciliter les procédures administratives liées aux remboursements des frais médicaux, ce qui simplifie le processus pour les patients (Samour and Cassou, 2008).
- Adaptation aux besoins locaux : Les mutuelles de santé peuvent s'adapter aux besoins spécifiques de la communauté qu'elles desservent, en offrant des options de couverture qui répondent aux besoins médicaux les plus pertinents pour cette population (AUDIBERT *et al.*, 2013).

6 Conclusion

En somme, les mutuelles de santé contribuent à rendre les soins médicaux plus accessibles en allégeant les coûts, en encourageant la prévention et en offrant un soutien global aux membres pour qu'ils puissent recevoir les soins dont ils ont besoin. Mais il reste encore le non-qualité des services des formations sanitaires.

Les données que nous avons rigoureusement analysées proviennent des enquêtes menées auprès du Ministère de la Santé publique ainsi que de la mutuelle de la Santé « AFAFi ». De plus, ces informations ont été soigneusement croisées avec celles des centres de santé concernés, renforçant ainsi la fiabilité de notre étude. Il est à noter que les coûts indirects liés à la mutuelle de la Santé « AFAFi » ont été délibérément écartés, car ce modèle se distingue par sa simplicité et son caractère inclusif.

La mutuelle de la Santé « AFAFi » est abordée comme une institution capable de pallier les lacunes d'efficacité au sens de la théorie néo-classique. Elle est ainsi envisagée comme une solution face aux défaillances du marché.

En réponse à notre problématique « Comment un financement solide peut-il bénéficier aux établissements de santé à Madagascar? », les mutuelles de santé se révèlent être des entités flexibles, capables de s'ajuster aux besoins spécifiques de la communauté qu'elles servent. Elles proposent ainsi des options de couverture soigneusement adaptées pour répondre aux besoins médicaux les plus pertinents au sein de cette population, démontrant ainsi leur valeur inestimable dans l'amélioration des services de santé à Madagascar

« ...On compte aujourd'hui dans les mutuelles des professionnels de santé, des équipes marketing qui prennent en charge ces évolutions des offres santé... » (Catinchi, 2016). Notre hypothèse se trouve validée : les systèmes d'assurance ont bel et bien un impact direct sur l'accès aux soins, ce qui se manifeste clairement par une amélioration notable de la fréquentation des centres de santé.

Le secteur informel tient une place cruciale dans l'économie de Madagascar. Cependant, il est impératif de souligner que les mutuelles de santé sont conçues précisément pour répondre à cette réalité. En consolidant la solidarité parmi les travailleurs informels, elles ouvrent la voie à un accès accru aux soins de santé pour cette population souvent vulnérable. En parallèle, elles encouragent progressivement la formalisation de l'économie, un processus vital pour la croissance économique durable. Ces mutuelles ne doivent pas être sous-estimées, elles sont efficaces, elles représentent un mécanisme incontournable pour atténuer les disparités en matière de santé et pour instaurer une véritable sécurité sociale dans les nations en développement. Il est impératif de reconnaître leur potentiel transformateur et de les soutenir de manière résolue.

REFERENCES

- [1] AUDIBERT, M. *et al.* (2013) 'Health insurance reform and efficiency of township hospitals in rural China: An analysis from survey data', *China Economic Review*, p. 13.
- [2] Bartoli, A. and Blatrix, C. (2015) *Management dans les organisations publiques. Défis et logiques d'action*. Paris: Dunod (Stratégies et management).
- [3] Catinchi, A. (2016) 'Mutuelles, quel management pour répondre à quels enjeux', *Regards*, 1(49), pp. 173–182.
- [4] Drummond, M.F. *et al.* (2015) *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Fourth Edition, Fourth Edition. Oxford, New York: Oxford University Press.
- [5] Glaeser, E.L., Laibson, D. and Sacerdote, B. (2002) 'An economic approach to social capital', *The Economic Journal*, 112(483), pp. 437–548.

- [6] Lewalle, H. (2006) 'Regard sur l'assurance maladie privée dans l'Union européenne', *Revue française des affaires sociales*, (2), pp. 141–166.
- [7] RANAIVOSAONA, T.L. and RAKOTO DAVID, O. (2023) 'GOUVERNANCE ET MANAGEMENT HOSPITALIER, LES CLES POUR AMELIORER L'ACCES AUX SOINS CAS DE LA CHU-JRB-BEFELATANANA-ANTANANARIVO-MADAGASCAR', *Revue Internationale de la Recherche Scientifique (Revue-IRS)*, 1(1), p. 10.
- [8] Richard, B.N. (2005) *Hôpital et système de soins de santé à Madagascar. Tome 1: De la genèse (17ème siècle) à la réforme hospitalière (années 90)*. Paris: L'Harmattan.
- [9] Samour, A.-M. and Cassou, B. (2008) 'Quel bilan de santé pour les personnes âgées ? L'expérience du Centre de gérontologie Sainte Périne (AP-HP)', *Fondation Nationale de Gérontologie*, 31(125), pp. 155–165.
- [10] Weinstein, M.C. (1990) 'Principles of Cost-Effective Resource Allocation in Health Care organizations', *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 6(1), pp. 93–103.