

# Économie de la santé

## Préférences pour la santé et demande de soins

---

Ce cours vous est proposé par Jérôme Wittwer, Professeur des universités en économie, Université de Bordeaux, et AUNEGe, l'Université Numérique en Économie Gestion.

---

### Table des matières

<i>Préambule</i> .....	2
<i>La santé : un bien capital</i> .....	2
<i>Les soins : un bien comme un autre ?</i> .....	4
<i>Les déterminants de la demande de soins</i> .....	6
<i>Elasticité prix et revenu de la demande de soins</i> .....	9
<i>Disposition à payer les soins</i> .....	12
<i>Références</i> .....	15

# Préambule

## Objectifs d'apprentissage

- Assimiler le cadre théorique de l'analyse économique de la demande de santé et de soins ;
- Retenir les définitions des élasticités prix et revenu de la demande de soins ;
- Comprendre la notion de disposition à payer les soins.

## La santé : un bien capital

Le bien santé est pour l'économiste un **bien capital** à la différence d'un bien de consommation dans le sens où il est durable même s'il est sujet à une inévitable dégradation. C'est un bien inaliénable (non échangeable, intransférable) qui offre une utilité directe en participant au bien-être des individus et une utilité indirecte en permettant l'accès à une activité professionnelle rémunérée source de revenus.

- Les déterminants de la santé sont très nombreux :
- Le patrimoine génétique ;
- Les conditions matérielles de vie ;
- L'environnement ;
- La qualité des interactions sociales et la qualité de vie au travail, etc.

Les mécanismes sous-jacents sont complexes, les différents déterminants profondément interdépendants et agissant tout au long de la vie avec des effets souvent retardés. Les effets peuvent être intermédiés par les comportements individuels favorables ou défavorables à la santé (activités physiques, alcool, tabac, nutrition, etc.).

Les économistes considèrent que les individus agissent sur leur santé en consacrant une partie de leurs ressources (en temps et en argent) à préserver leur santé. En 1972 Grossman propose un modèle<sup>1</sup> qui interprète les comportements d'investissement dans la santé comme le résultat d'un arbitrage dynamique (qui s'inscrit dans le temps) entre les consommations (en temps et en argent) qui favorisent la préservation du capital santé (recours aux soins, consommations et

---

<sup>1</sup> Voir Wagstaff 1986 pour une interprétation graphique de la logique sous-jacente au modèle de Grossman

activités favorables à la santé) et les autres consommations. Ces arbitrages dépendent des contraintes qui pèsent sur les choix individuels mais également des préférences individuelles. Les contraintes qui pèsent sur le choix des individus sont économiques mais aussi liées à l'environnement de vie et en particulier à la disponibilité d'une offre de soins suffisantes ou d'infrastructures permettant d'exercer des activités favorables à la santé. Les préférences pour la santé, expression de l'idiosyncrasie, rendent compte de l'importance accordée par les individus à leur santé qui peut varier de manière idiosyncratique. En raison des effets de long terme des comportements individuels pour la santé les économistes mobilisent notamment les notions de **préférences pour le présent** (qui rendent compte de la pondération de l'utilité immédiate par rapport à une utilité dans le futur) et **d'aversion au risque** (qui rend compte des poids relatifs mis sur les conséquences négatives et positives d'un choix risqué ; plus le poids sur les conséquences négatives est fort plus l'individu sera jugé « averse au risque » ) pour caractériser les préférences des individus vis-à-vis de la santé et expliquer leur hétérogénéité.

Ce modèle d'investissement en santé n'est pas nécessairement en contradiction avec des approches qui visent à mettre en évidence le déterminisme de l'environnement socio-économique sur la santé. Les préférences pour la santé, et les comportements qui en découlent, sont attachés aux individus mais bien entendu le fruit d'une histoire de vie et donc déterminés par les conditions de vie (tout au long de la vie). Le modèle de Grossman, et plus largement l'approche des économistes, présente l'intérêt de distinguer ce qui relève des contraintes immédiates dans l'expression d'un choix en matière de santé de ce qui relève de préférences pour la santé. Ainsi un individu dont l'avenir est très incertain, en raison par exemple d'opportunités très incertaines sur le marché du travail, pourra adopter un comportement peu favorable à la santé sans que cela rende compte de préférences pour la santé spécifiques mais simplement le fait d'un avenir très incertain rendant l'investissement dans sa santé peu rentable. Dans ce cas, chercher à modifier son comportement sans changer ses perspectives économiques n'est pas nécessairement souhaitable puisque cela voudrait dire agir sur les préférences de l'individu.

Les économistes considèrent en effet les préférences comme une fin en soi qu'il n'y a pas lieu de modifier. Une vie risquée n'a pas moins de valeur qu'une vie prudente et vouloir changer les préférences d'un individu poursuivant une vie risquée c'est en quelque sorte s'engager dans un jugement de valeur. Cela peut être un point d'achoppement avec les autres disciplines de la santé publique qui pourront considérer que les préférences exprimées par un individu dans son comportement ne rendent pas forcément compte de son intérêt véritable. Nous revenons sur ce point important plus en détail dans la section suivante.

Le reste du chapitre sera consacré à l'étude de la demande de soins qui comme nous venons de le voir s'inscrit dans un modèle plus large d'analyse des comportements d'investissement dans la santé. **Il faudra garder à l'esprit que la demande de soins est l'expression des préférences pour la santé.**

## Les soins : un bien comme un autre ?

Comme nous venons de le voir les soins ne sont pas consommés pour eux-mêmes mais pour leur capacité à améliorer ou préserver la santé des individus. Cela en fait un bien particulier puisque qu'ils ne sont pas désirés pour eux-mêmes, à la différence de la plupart des biens de consommations. Les préférences pour les soins ne sont ainsi que l'expression des préférences pour la santé.

Les soins peuvent être de nature très différentes, de prévention ou curatifs : consultations chez un médecin ou plus largement avec un professionnel de santé, examens médicaux (biologie, imageries), prescriptions médicamenteuses, interventions chirurgicales, rééducation, etc. La liste est très longue. Ils peuvent être réalisés dans un cabinet médical ou dans un établissement de santé lors d'un séjour ou d'une simple visite à l'hôpital.

De nature très différentes, les soins sont tous caractérisés par le fait que l'information sur leurs effets sur la santé n'est pas nécessairement partagée entre le soignant et le patient. On parle d'**asymétrie d'information** (Haas-Wilson, 200). La réalité de cette asymétrie est très variable en fonction des types des soins naturellement mais aussi du capital social des patients. On parle de **littératie en santé** pour dénommer la capacité des patients à décrypter le système de santé. La littératie en santé signifie tout à la fois la capacité à trouver l'information, à la comprendre et à s'en saisir de manière pertinente tout au long du parcours de soins.

L'asymétrie d'information entre le patient et le soignant donne un caractère particulier aux soins. On parle de **bien de confiance** ou de **bien d'expérience**. Un bien de confiance est un bien dont le consommateur ne perçoit jamais la qualité, il s'en remet entièrement au professionnel, alors qu'un bien d'expérience est un bien dont la qualité est perçue progressivement, en consommant. Ces caractéristiques établissent une relation entre le patient et le soignant qui va au-delà d'une simple relation d'échange entre un offreurs de services, les professionnels de santé, et un consommateur, le patient ou l'utilisateur du système de santé. La place des professionnels de santé dans la construction du parcours de soins d'un patient est bien entendu centrale et interroge sur l'autonomie du patient dans l'expression d'une demande de soins. Nous

approfondirons ce point ultérieurement en étudiant la notion de **demande induite** qui rend compte de la possibilité pour les médecins d'influencer la demande de soins des patients.

Dans ce chapitre nous retiendrons néanmoins l'idée que les usagers du système de santé expriment de manière autonome une demande de soins en gardant à l'esprit que cette demande est celle d'un bien de confiance ou d'expérience enchâssée dans un système de santé complexe et contraint et dans des relations asymétriques avec les professionnels de santé concernant les effets attendus des soins sur la santé.

La demande de soins est considérée comme le reflet de l'expression des **préférences** des usagers du système de santé. Dans le cadre d'analyse mobilisé par les économistes la demande de soins est déterminée par la demande de santé comme nous l'avons discuté précédemment. La notion de préférences rend compte des objectifs poursuivis par les individus ; on parle usuellement d'**utilité** en économie pour définir le niveau de satisfaction des préférences : plus l'utilité d'un individu est élevée mieux ses préférences sont satisfaites. Comme évoqué en introduction, l'économiste attribue ainsi une forme de **rationalité** aux individus dans le sens où leurs choix sont compris comme le résultat de la satisfaction de leurs préférences ou de la maximisation de leurs utilités (les deux expressions ont la même signification).

Ainsi, les consommations de soins des usagers du système de santé sont analysées comme résultant d'un choix rationnel mu par la satisfaction des préférences pour la santé. Bien entendu, ses choix sont conditionnés par le niveau d'information et la capacité des individus à traiter ses informations. Ils sont par ailleurs contraints par les ressources disponibles (le revenu et le temps disponible en particulier) et comme nous l'avons précisé précédemment par les contraintes propres aux systèmes de soins. On parle de **rationalité instrumentale** pour décrire ce cadre d'analyse qui perçoit les comportements comme le résultat d'une **maximisation sous contraintes**, les individus font au mieux (du point de vue de leurs préférences) au regard des contraintes informationnelles et matérielles pesant sur eux.

Dans le champ de la santé et des soins il peut paraître étonnant d'attribuer une rationalité forte aux individus. Les addictions, le déni du risque, l'incohérence temporelle (l'incapacité à respecter dans les temps les choix effectués à un moment donné) semblent être également une réalité forte des comportements en matière de santé et de soins. C'est un point particulièrement délicat. Comme nous l'analyserons plus loin dans ce chapitre et dans les suivants la satisfaction des préférences est implicitement considérée par l'économiste comme un objectif souhaitable pour un individu isolé mais également pour la société dans son ensemble. L'efficacité des institutions est jugée par les économistes par sa capacité à satisfaire au mieux les préférences individuelles. Ce point de vue s'oppose assez radicalement au point de vue du professionnel de

santé (de santé publique en particulier) qui va se fixer comme objectif de conduire les individus à adopter des comportements qui ne soient pas délétères pour leur santé quitte à modifier ce que les économistes appellent leurs préférences.

On rencontre ici une tension entre le cadre conceptuel des économistes, selon lequel les préférences sont constitutives des individus et inaliénables à aucun autre objectif, et l'approche des professionnels de la santé publique qui vont analyser les préférences comme un construit social qu'il peut être légitime et souhaitable d'influencer, de modifier, de modeler au bénéfice de la santé des individus. Cette tension est pour partie irréductible même si l'économiste peut naturellement admettre que certains comportements individuels en matière de santé et de soins méritent d'être infléchis parce qu'ils rendent compte de préférences qu'ils qualifient d'inauthentiques, c'est-à-dire ne reflétant pas l'utilité véritable des individus exprimée en pleine autonomie (références), ou parce que, plus largement, ils jugent que les comportements des individus rendent compte d'une rationalité limitée. Néanmoins, tenu par son cadre d'analyse, l'économiste s'interrogera spontanément sur la légitimité d'une intervention visant à modifier les comportements en infléchissant les préférences des individus. Les économistes rejoignent là les conceptions libérales de la philosophie morale (Arnsperger et al, 2003) qui font du respect des conceptions de la vie bonne un objectif premier des institutions gouvernant la société : une vie risquée n'est pas regrettable en soi même si elle réduit l'espérance de vie.

## Les déterminants de la demande de soins

Dans le cadre de la rationalité instrumentale des économistes, les déterminants de la demande de soins sont de deux natures :

- Ceux qui déterminent les préférences des individus ;
- Ceux qui conditionnent les contraintes auxquelles ils font face.

Les préférences pour les soins d'un individu sont bien entendu directement dépendantes de son état de santé mais aussi, plus largement de sa perception de ses besoins de soins. Nous l'avons dit précédemment, au-delà de la réalité objective de l'état de santé des individus, la perception des besoins de soins et la confiance accordée au système de soins et à son efficacité sont déterminantes. Les sciences sociales ont très largement décrit et analysé la complexité des mécanismes qui tout au long de la vie façonnent les préférences pour la santé et les soins (Cognet, 2021). Les interventions en santé publique de promotion et prévention de la santé peuvent ainsi chercher à agir sur les perceptions/attitudes (ce que les économistes appellent préférences) individuelles relatives à la santé et aux soins ou sur les déterminants

environnementaux qui contribuent à les construire pour s'efforcer de favoriser les comportements favorables à la santé.

Les économistes auront tendance quant à eux à considérer les préférences individuelles comme une donnée intangible et à focaliser leur attention sur les effets des contraintes qui pèsent sur les individus qu'elles soient de nature informationnelles (ce que nous avons appelé la littératie en santé) ou économiques (coût des soins).

Pour les contraintes économiques on pense immédiatement aux prix des soins qui peuvent constituer un obstacle au recours aux soins, nous en discuterons longuement plus loin. Mais il faut considérer également le temps nécessaire aux soins qui représentent un **coût d'opportunité** puisque cela suppose de renoncer à utiliser le temps consacré aux soins pour des activités rémunérées ou des activités de loisir. On parle de coût d'opportunité pour rendre compte de la perte d'utilité qu'un usage alternatif de la ressource mobilisée pour les soins, ici du temps, aurait permis de produire. Concernant les contraintes informationnelles, il est en réalité souvent difficile de faire la part des choses entre ce qui relève des préférences, au sens des économistes, et de simples contraintes informationnelles. Informer ne suffit généralement pas à modifier les perceptions et attitudes individuelles, l'information transmise n'est pas toujours admise, comprise ou intégrée dans les comportements de recours aux soins.

Le graphique de la figure 1 illustre l'évolution du niveau de couverture vaccinale pendant la crise Covid en fonction du niveau de vie des personnes interrogées dans l'enquête EpiCov (Bajos et al, 2022). La population enquêtée est répartie en 10 déciles de niveau de vie. Le premier décile D1 regroupe les 10% les plus pauvres alors que le dernier décile D10 regroupe les 10% les plus riches. Le gradient revenu de la couverture, c'est-à-dire la relation croissante entre la couverture vaccinale et le niveau de vie, est très net. L'accès à la vaccination contre le Covid étant gratuit pendant la période il n'est pas possible d'attribuer à des difficultés d'accès financier aux soins ce gradient niveau de vie du recours à la vaccination. Il faut avoir à l'esprit que le niveau de vie est corrélé à des caractéristiques individuelles (niveau de diplôme, lieu de résidence, profession, etc.) déterminants potentiels du gradient observé. L'explication de ce gradient est le résultat d'une combinaison complexe de facteurs :

- Perception des risques (de contamination, de dangerosité du virus, des effets secondaires de la vaccination, etc.) ;
- Croyances dans l'efficacité du vaccin ;
- Accès aux lieux de vaccination ;
- Préférences pour la santé.

Il est comme nous l'avons dit très délicat de démêler ce qui relève d'un effet de littératie en santé (lié à la capacité à accéder et à traiter l'information) de ce qui est attribuable à des préférences intimement constitutives des individus. L'économiste sera attentif à cette distinction même si la réalité complexe des comportements en matière de santé et de soins ne permet pas toujours de distinguer les deux dans la pratique.

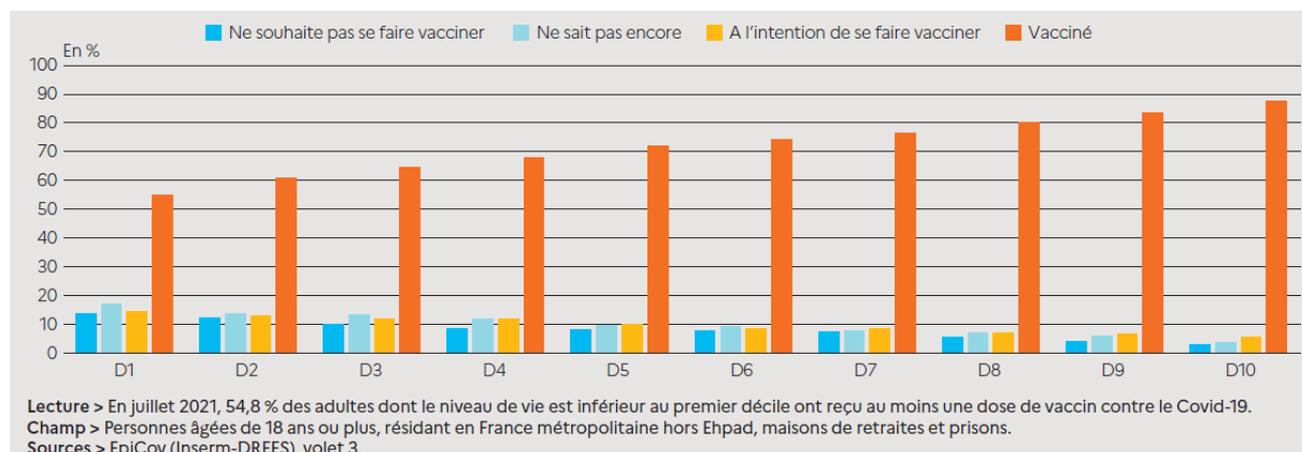


Figure 1 : taux de vaccination (une dose) par décile de niveau de vie

Si les préférences et la littératie en santé sont des déterminants majeurs il ne faut pas écarter l'effet des contraintes économiques sur le recours aux vaccins. L'introduction du Pass sanitaire en juillet 2021 offre une expérience naturelle idéale pour observer dans quelle mesure les contraintes imposées par le Pass sanitaire accélèrent le recours au vaccin. Le Pass sanitaire introduit un coût à la non-vaccination puisque ne pas être vacciné réduit le panier de biens de consommation accessibles et réduit ainsi l'utilité des individus, ce n'est pas un coût monétaire mais un coût en nature.

Le graphique de la figure 2 (Oliu-Baron et al, 2022) compare l'évolution du taux de vaccination (au moins une dose) en France (en bleu) et dans un panel de pays européens n'ayant pas introduit de Pass sanitaire (le contrefactuel, en rouge). Le poids de chaque pays dans le panel est déterminé de telle sorte que l'évolution du taux de vaccination moyen dans ce panel soit confondue avec l'évolution du taux en France avant juillet 2021 (c'est-à-dire avant l'introduction du Pass sanitaire). La comparaison après cette date du taux de vaccination entre le contrefactuel et la France montre que le taux augmente plus vite en France que dans le panel considéré. Cette différence est attribuée à l'effet du Pass sanitaire. C'est l'augmentation du taux qui n'est pas due à l'évolution naturelle (définie par l'évolution du taux de vaccination dans le contrefactuel après juillet 2021). On constate ainsi un effet positif de 13 points de pourcentage : sans le Pass sanitaire le taux de vaccination aurait été 13 points de pourcentage plus bas en décembre 2021.

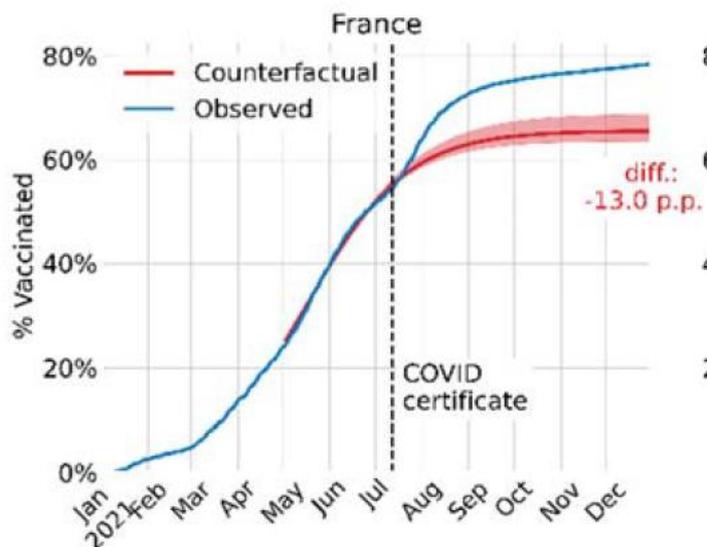


Figure 2 : impact du Pass sanitaire sur le taux de vaccination (au moins un dose)

Cette expérience naturelle montre qu'un certain nombre de français ont réagi au Pass sanitaire en se vaccinant alors qu'ils ne l'auraient pas fait sans. C'est l'illustration de la rationalité instrumentale des économistes, l'augmentation du coût (en nature) de la non-vaccination conduit à se vacciner. Les choix faits par les individus sont fonctions des contraintes qui s'exercent sur leurs choix.

Plus généralement les économistes de la santé s'intéressent à l'effet des prix des soins. En agissant directement sur la contrainte budgétaire des usagers du système de soins, les prix sont susceptibles de modifier le recours aux soins des usagers du système de santé.

## Elasticité prix et revenu de la demande de soins

Quand les économistes évoquent la demande de soins sans plus de précision, ils ont à l'esprit la relation entre le recours aux soins et les prix de soins, qui est appelée la fonction de demande de soins,  $S(P)$ , qui associe à chaque prix unitaire  $P$  une quantité  $S$  de soins. Pour fixer les idées on peut prendre l'exemple du nombre de consultations pendant une période de temps donné (disons une année) :  $S$  définira ainsi le nombre de consultations pendant une année et  $P$  le prix d'une consultation.

La demande de soins peut être définie pour un individu ou pour une population. La demande de soins d'une population s'écrit comme la somme des demandes individuelles : pour une population  $I$  la demande de soins s'écrit :

$$S(P) = \sum_{i \in I} S_i(P) \text{ où } S_i(P) \text{ définit la demande de l'individu } i \text{ de la population } I.$$

Il est d'usage de représenter cette fonction de demande de soins dans un plan où les prix figurent en ordonnées et les quantités consommées en abscisse (figure 3). La relation entre consommation de soins et prix représentés sur la figure 3 est décroissante : quand le prix augmente la quantité consommée diminue. Nous reviendrons plus tard sur les observations empiriques qui ont pu être réalisées dans la littérature scientifique. Ce lien négatif entre prix et consommation est intuitif, il rend compte de deux mécanismes :

- (i) Quand le prix d'un bien augmente les prix relatifs des autres biens diminuent ce qui les rend plus attractifs : on parle **d'effet substitution** ;
- (ii) Quand le prix d'un bien augmente le pouvoir d'achat diminue ce qui tend à diminuer les quantités consommées de l'ensemble des biens : on parle **d'effet revenu**.

Le lien entre la variation du revenu (du pouvoir d'achat) et les biens consommés n'est en fait pas mécanique. On peut cesser de manger des rutabagas quand son revenu augmente (on parle alors de **bien inférieur** pour un bien dont la consommation baisse quand le revenu augmente). Cependant ce n'est pas le cas des soins dont il a été montré que la consommation augmente avec le revenu (on parle de **bien normal** pour un bien dont la consommation augmente quand le revenu augmente). En conséquence il est bien attendu que la hausse des prix des soins se traduise par une baisse de la consommation : l'effet revenu et l'effet de substitution vont dans le même sens.

Il est important pour la régulation du système de soins d'évaluer l'intensité du lien entre prix et soins. Pour mesurer l'intensité de ce lien on recourt à l'élasticité prix de la demande. Elle est mesurée en un point de la courbe de demande, au point  $(P_0; S_0)$  dans notre exemple, car la sensibilité de la demande au prix peut dépendre du niveau de consommation (et donc du prix). L'élasticité prix en  $(P_0; S_0)$  mesure l'effet d'une variation relative du prix sur la variation relative de **la demande** :

$$\xi_{S,p} = (\Delta S/S_0)/(\Delta P/P_0) \text{ où } \Delta P \text{ représente une petite variation des prix.}$$

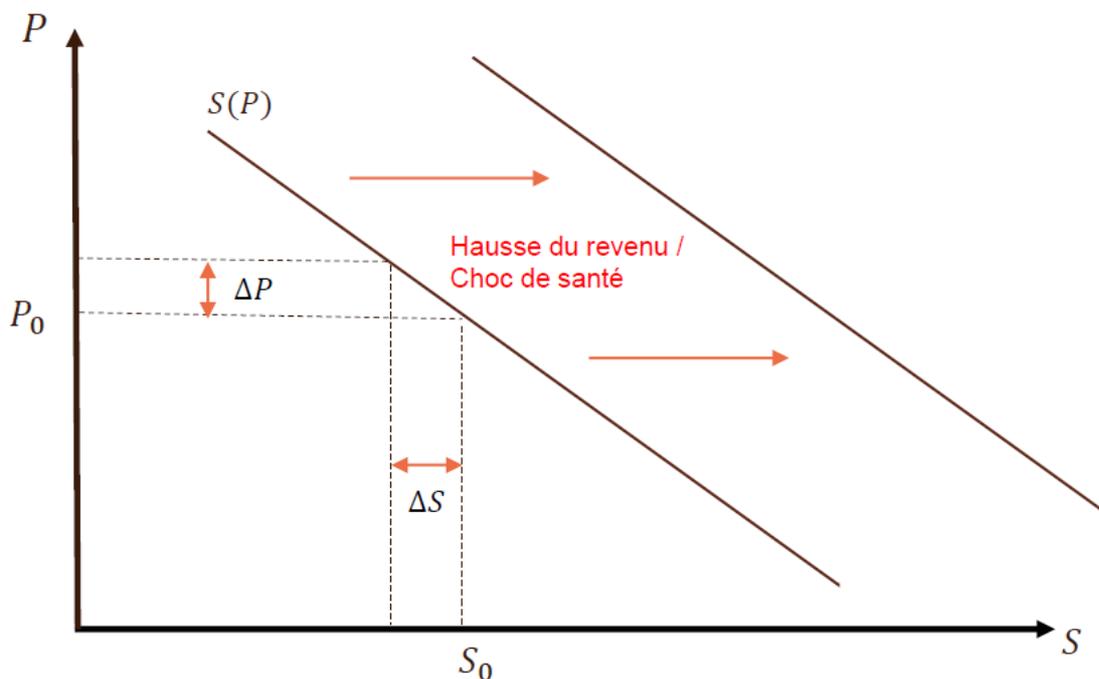


Figure 3 : courbe de demande

Intéressons-nous par exemple à une variation positive de 10% ( $\Delta P/P_0 = 0,1$ ) des prix, si la demande diminue de 5% ( $\Delta S/S_0 = -0,5$ ) l'élasticité prix sera alors égale à :

$$\xi_{S,p} = -5\%/10\% = -0,5.$$

L'intérêt de cette mesure est qu'elle est sans dimension : elle ne s'exprime pas dans l'unité de mesure de la consommation, ici le nombre de consultations. Il est ainsi possible de comparer l'élasticité prix de biens très différents, le nombre de consultations et la consommation d'essence par exemple. Une élasticité prix inférieure à -1 (ou supérieure à 1 en valeur absolue) est considérée comme forte, cela veut dire que la consommation baisse plus (en variation relative, en pourcentage) que les prix. Nous reviendrons ultérieurement sur les résultats de travaux empiriques évaluant l'élasticité de la demande de soins.

Il faut garder à l'esprit que la demande de soins, comprise comme la relation entre consommation de soins de prix, est fonction d'autres paramètres. Le premier d'entre eux est naturellement le revenu. A prix donné quand le revenu augmente la demande de soins augmente considérant que les soins sont un bien normal (comme illustré sur la figure 3). On peut ainsi réécrire la fonction de demande comme une fonction à deux variables, le prix et le revenu :  $S(P, R)$  où  $R$  désigne le revenu. On peut alors définir l'élasticité revenu  $\xi_{S,R}$  (à prix donné  $P_0$ ) de manière analogue à l'élasticité prix :

$$\xi_{S,R} = (\Delta S/S_0)/(\Delta R/R_0) \text{ où } \Delta R \text{ désigne une petite variation du revenu pour un revenu initial de } R_0.$$

L'élasticité revenu s'interprète comme l'élasticité prix ; si par exemple une variation positive de 10% du revenu ( $\Delta R/R = 0,1$ ) provoque une hausse de la demande de 5% l'élasticité revenu sera égale à :

$$\xi_{S,R} = 5\%/10\% = 0,5.$$

Un bien normal aura une élasticité revenu positive et un bien inférieur une élasticité revenu négative. Au sein des bien normaux on distingue les **biens supérieurs** dont la consommation augmente « plus vite » que le revenu c'est-à-dire dont l'élasticité revenu est supérieur à 1. Les soins sont considérés comme des biens supérieurs car on observe généralement que la consommation de soins augmente « plus vite » que le revenu des individus.

On peut également s'interroger sur l'effet d'une variation du revenu sur l'élasticité prix de la demande de soins. Quand le revenu augmente, on observe généralement une baisse de l'élasticité prix (en valeur absolue), c'est-à-dire une moindre sensibilité de la demande de soins au prix quand le revenu augmente.

De la même façon l'état de santé perçu va impacter la demande de soins. Une détérioration de l'état de santé de l'individu va se traduire par une hausse de la demande et un glissement de la courbe de demande vers la droite (comme illustré sur la figure 3). On observe également généralement une baisse de l'élasticité prix (en valeur absolue) quand l'état de santé se détériore un besoin de soins plus important rendant les individus moins sensibles au prix.

## Disposition à payer les soins

La courbe de demande permet d'illustrer ce que les économistes appellent **la disposition marginale à payer** des individus (pour les soins). Considérons ainsi la situation représentée sur la figure 4 par la demande de soins  $S_0$  d'un individu donné correspondant au prix  $P_0$  qui représente le coût des soins (le prix de la visite dans notre cas). La courbe de demande de cet individu nous informe du prix maximum  $P_1$  qu'il est prêt à payer pour une consultation supplémentaire c'est-à-dire pour atteindre le niveau de consommation  $S_0 + 1$ ,  $P_1$  représente la **disposition marginale à payer** une visite supplémentaire.

Autrement dit, s'il doit consommer  $S_0 + 1$  au prix  $P_0$  son utilité baisse par rapport à la situation  $(S_0, P_0)$ . Mais pour quelle raison devrait-il consommer  $S_0 + 1$  si le prix est supérieur à  $P_1$  ?

Imaginons par exemple que le prix soit nul en raison de l'existence d'une assurance maladie qui couvre l'intégralité des dépenses de soins. Dans ce cas la demande de soins s'établit à  $\bar{S}$ .

Le coût pour l'assurance maladie d'une augmentation de la consommation de  $S_0$  à  $\bar{S}$  s'élève à  $P_0(\bar{S} - S_0)$  puisque c'est l'assurance maladie qui paie intégralement le coût de la hausse de la consommation (ce coût est représenté par l'aire du quadrilatère  $S_0EH\bar{S}$  soit l'aire hachurée en rouge augmentée de l'aire hachurée en noir dans la figure 4).

Il est utile de mettre en regard ce coût avec la disposition à payer de l'individu considéré pour augmenter sa consommation de  $S_0$  à  $\bar{S}$ . Cette disposition à payer est représentée par l'aire hachurée en noir sur la figure 4, c'est la somme des dispositions marginales à payer pour passer de  $S_0$  à  $S_0 + 1$  puis de  $S_0 + 1$  à  $S_0 + 2$  et ainsi de suite jusqu'à  $\bar{S}$ . On constate que cette disposition à payer est inférieure au coût pour l'assurance maladie. C'est ce que les économistes appellent une perte sociale, elle est représentée par la zone hachurée en rouge sur la figure 4. En effet, le coût par l'assurance maladie va se traduire par des cotisations sociales ou des impôts supplémentaires pour les assurés sociaux et ce coût excède le bénéfice pour le patient (mesuré par sa disposition à payer).

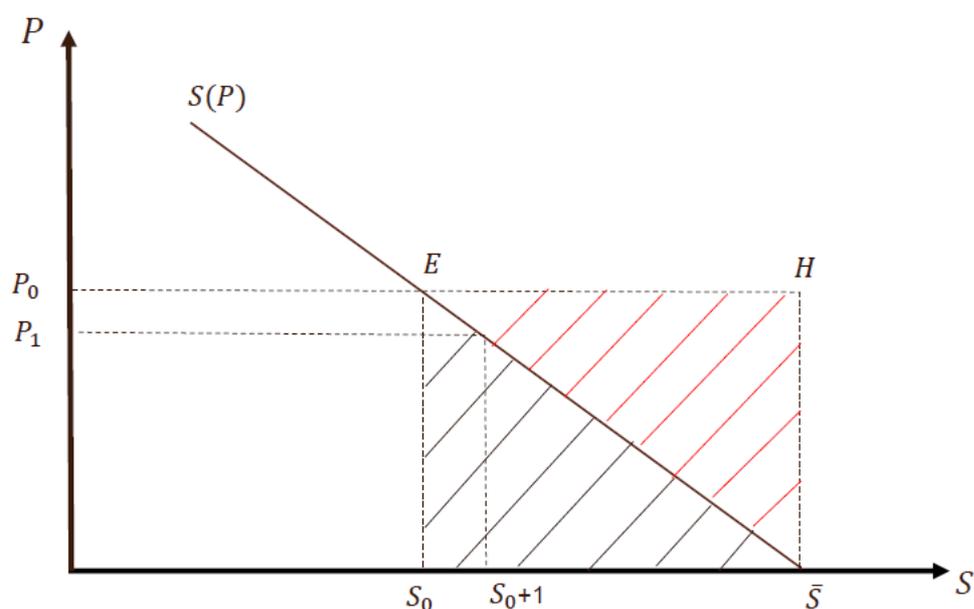


Figure 4 : coût des soins et perte sociale

Cette perte sociale est au cœur de la question de l'analyse de l'efficacité des mécanismes assurantiels, dans le domaine de la santé en particulier.

Bien entendu, cette perte sociale ne fait sens que si l'on évalue l'efficacité des soins au regard de la satisfaction des préférences des individus en considérant que la demande de soins est un reflet de ces préférences. Un médecin pourra juger que le bon niveau de soins est celui qui est

le plus favorable à la santé du patient indépendamment de la demande qu'il exprime. Il peut ainsi juger que  $\bar{s}$  est le niveau souhaitable et que la perte sociale identifiée par l'économiste n'est pas pertinente parce que la demande n'exprime pas les préférences éclairées, celles qu'il exprimerait s'il était pleinement informé et pleinement averti des conséquences pour sa santé de sa consommation de soins. Ce point renvoie à la question de la rationalité des choix et à son domaine de pertinence en matière de comportements liés à la santé. Notons que de nombreux travaux en économie, et en économie de la santé en particulier, se sont développés depuis une vingtaine d'années pour rendre compte de l'irrationalité ou de la rationalité limitée des choix individuels dans certains contextes.

La disposition à payer, révélée par la demande des individus, ne constitue une information pertinente pour l'évaluation d'une politique d'accès aux soins qu'à la condition qu'elle reflète des choix (et donc des préférences) rationnels et parfaitement éclairés. Il faudra garder à l'esprit ce point notamment quand nous étudierons les effets de l'accès à une assurance santé.

Par ailleurs, il faut avoir à l'esprit que la couverture par une assurance maladie a plusieurs objectifs : couvrir le risque financier lié au risque santé et garantir l'accès aux soins, notamment des personnes avec des revenus faibles ou modestes. En conséquence il faudra toujours mettre en regard la possible perte sociale liée à la gratuité des soins (ou plus largement à la couverture totale ou partielle des dépenses de soins) avec les bénéfices d'une telle couverture . Comme nous l'avons précisé plus haut nous reviendrons sur ces points délicats dans le chapitre sur l'assurance maladie.

# Références

## Comment citer ce cours ?

Économie de la santé, Jérôme Wittwer, AUNEGe (<http://aunege.fr>), CC – BY NC ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Cette œuvre est mise à disposition dans le respect de la législation française protégeant le droit d'auteur, selon les termes du contrat de licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>). En cas de conflit entre la législation française et les termes de ce contrat de licence, la clause non conforme à la législation française est réputée non écrite. Si la clause constitue un élément déterminant de l'engagement des parties ou de l'une d'elles, sa nullité emporte celle du contrat de licence tout entier.

## Bibliographie

Arnsperger, Christian, et Philippe Van Parijs. « IV/ L'égalitarisme libéral de John Rawls », Christian Arnsperger éd., Éthique économique et sociale. La Découverte, 2003, pp. 56-69.

Bajos M. (Inserm/EHESS), Vianney Costemalle, Salomé Leblanc (DREES), Alexis Spire (CNRS), Jeanna-Eve Franck (Inserm), Florence Jusot (Paris-Dauphine), Antoine Sireyjol, Josiane Warszawski (Inserm) (2022, février). Recours à la vaccination contre le Covid- 19 : de fortes disparités sociales. Études et résultats, 1222.

Cognet Marguerite, « La fabrique des inégalités de santé. Une réalité sociale trop souvent tue », Revue française des affaires sociales, p. 117-123. DOI : 10.3917/rfas.213.0117. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-3>

Haas-Wilson D. Arrow and the information market failure in health care: the changing content and sources of health care information. J Health Polit Policy Law. 2001 Oct;26(5):1031-44.

Oliu-Barton, M., Pradelski, B.S.R., Woloszko, N. et al. The effect of COVID certificates on vaccine uptake, health outcomes, and the economy. Nat Commun 13, 3942 (2022).

Wagstaff A. The demand for health: theory and applications. J Epidemiol Community Health. 1986 Mar;40(1):1-11.

## Figures

Figure 1 : taux de vaccination (une dose) par décile de niveau de vie .....	8
Figure 2 : impact du Pass sanitaire sur le taux de vaccination (au moins un dose) .....	9
Figure 3 : courbe de demande .....	11
Figure 4 : coût des soins et perte sociale .....	13