

► La crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 a conduit la collectivité à s'interroger sur la valeur accordée à la santé, par rapport aux autres dimensions de la vie. Mais dans quelle mesure les économistes disposaient-ils d'outils pour guider les décisions publiques dans ce contexte épidémique ? Certains arbitrages préexistaient à la crise : entre la protection de la santé de la population à court, ou moyen ou long terme, entre la protection de la santé de certaines populations au détriment d'autres, entre la protection de la santé de la population et la satisfaction de besoins extra-sanitaires (loisirs, éducation, etc.). Les outils que les économistes mobilisent pour évaluer les interventions innovantes et coûteuses (médicaments, programmes de dépistage, etc.) peuvent être utilisés pour éclairer le débat démocratique. La crise a toutefois soulevé des arbitrages plus inédits lorsqu'il s'est agi de choisir entre, d'une part, la protection de l'état de santé de la population, et, de l'autre, la protection des libertés individuelles. Est-il possible et légitime de mobiliser les méthodes issues de l'économie du bien-être pour trancher ce dilemme ? ◀

Des arbitrages qui préexistaient à la crise, familiers des économistes

La crise sanitaire nous a conduits à effectuer, collectivement, un arbitrage entre la protection de l'état de santé de certaines populations (celles susceptibles d'être atteintes par la COVID-19 [coronavirus disease 2019], ainsi que les patients susceptibles d'avoir à être pris en charge en soins intensifs) et la satisfaction de besoins extra-sanitaires (loisirs, éducation, etc.) freinée à la fois par les restrictions d'activités et par les conséquences de celles-ci sur les revenus individuels¹.

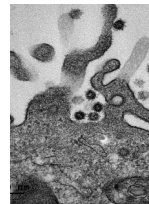
Vignette (Photo © Philippe Roingeard et Sébastien Eymieux, Université de Tours, France).

¹ <https://www.insee.fr/fr/information/4479280>

Protéger l'état de santé de la population ou respecter les libertés individuelles en contexte épidémique

Quelles contributions des économistes ?

Clémence Thébaut



Inserm U1094, IRD U270, EpiMaCT, Université de Limoges, France.

Chercheuse associée au LEDa-Legos, Université Paris-Dauphine, PSL, Paris, France.

clemence.thebaut@unilim.fr

En effet, l'efficacité des stratégies de confinement sur la transmission de la maladie, au moyen d'une réduction drastique des contacts sociaux, est désormais avérée. Grâce à la diminution des transmissions, ces stratégies ont permis de diminuer la morbi-mortalité associée à la maladie [1]. Mais, en contrepartie, elles ont privé une partie de la population de revenus, en raison d'une diminution de la demande liée aux restrictions de déplacements, voire d'une interdiction de leurs activités. Elles ont également privé les organismes de protection sociale et les organismes fiscaux de recettes et ont accru leurs dépenses, particulièrement en raison d'une augmentation des prestations d'allocation chômage [2]. La diminution des ressources privées et publiques a limité alors la capacité des individus et de la collectivité dans son ensemble à investir dans d'autres domaines que celui de la santé.

La crise sanitaire nous a également amenés à effectuer un arbitrage entre la protection de l'état de santé de la population à court terme et sa protection à long terme. Les politiques de confinements ont été efficaces pour prévenir la propagation de la COVID-19, mais elles ont introduit des ruptures dans les habitudes de vie susceptibles d'avoir des conséquences sur la santé mentale et



physique de certaines populations, ainsi que sur la préservation de leur autonomie et sur leurs recours aux soins. Des données sont désormais disponibles sur l'impact des confinements sur la santé mentale au sein de certaines populations et sur l'augmentation de violences domestiques et de pratiques addictives [3-7]. Plus généralement, on sait maintenant que la dégradation de la conjoncture économique à long terme risque d'être associée à l'augmentation de certaines maladies, en particulier pour les populations exposées au chômage [8].

Les économistes peuvent contribuer à guider la collectivité face à ces arbitrages, en mobilisant les outils qu'ils utilisent habituellement pour évaluer des interventions coûteuses de nature diverse (médicaments, dispositifs médicaux, mais aussi programmes de dépistage, infrastructures routières ou encore programmes éducatifs).

Il est d'usage, en économie du bien-être, d'évaluer, en population générale, les préférences des individus en matière d'arbitrage entre santé et revenu. Cela est réalisé :

- soit au moyen de méthodes d'évaluation contingente : ces méthodes proposent d'estimer la disposition à payer des individus pour un gain en santé donné, en présentant à des échantillons représentatifs de la population générale des situations hypothétiques et en leur demandant à quelle part de leur revenu ils seraient prêts à renoncer pour les éviter [9],

- soit au moyen de valeurs statistiques de la vie : ces méthodes proposent d'évaluer la valeur que les individus accordent à leur survie, à partir des choix de consommation qu'ils effectuent et qui leur permettent de diminuer la probabilité d'un risque de décès (par exemple, l'achat d'un dispositif de sécurité dans leur véhicule) ou, inversement, le niveau de rémunération qu'ils acceptent en contrepartie d'une prise de risque (par exemple, une prime ou une augmentation de revenu pour un métier dangereux) [10, 11].

Ces données permettent de mesurer la valeur que les individus accordent à leur propre santé, par rapport aux autres dimensions de leur vie.

Les économistes utilisent également des outils de modélisation pour estimer l'impact des différentes interventions envisageables sur la santé des populations, sur des horizons temporels longs : ces outils permettent de comparer le surcoût induit par chacune des stratégies et le gain d'efficacité, en prenant en compte de façon extensive, l'ensemble des conséquences sanitaires et extra-sanitaires [12].

La crise sanitaire a toutefois conduit la collectivité à se confronter à un troisième type d'arbitrage, plus inédit, lorsqu'il s'est agi de choisir entre, d'une part, la protection de l'état de santé de la population, et, de l'autre, la protection des libertés individuelles. Ce dilemme est soulevé par les stratégies de confinement et les restrictions plus modérées de déplacements et d'activités, ainsi que par les mesures d'incitation à la vaccination, que celles-ci soient modérées (PASS sanitaire) ou plus extrêmes (PASS vaccinal, obligation vaccinale).

Des arbitrages quasiment inédits en France qui interrogent la discipline économique

Le fait que les politiques de santé publique s'immiscent dans la vie privée des individus est bien connu et a fait l'objet d'analyses à la fois

anciennes et abondantes [13-15]. Les politiques de lutte contre le tabac, par exemple, visent à influencer les comportements des individus au moyen d'incitations négatives (des taxes sur l'achat de tabac) et établissent certaines restrictions (les interdictions de fumer dans certains espaces publics). De même, les campagnes de promotion de la santé et de prévention visent à influencer les comportements individuels, en faisant évoluer les représentations sociales (sur les habitudes alimentaires, la sédentarité, etc.). Le caractère contraignant de ces mesures est toutefois incomparable à celui des mesures prises pour lutter contre la pandémie de COVID-19, qui ont impliqué le sacrifice de libertés fondamentales (liberté d'aller et venir, liberté de réunion, liberté de commerce et de consommation, etc.). La crise sanitaire a fait alors émerger une question relativement nouvelle pour les économistes : comment guider les décisions publiques sur l'arbitrage entre santé et libertés ?

Il est d'usage en économie d'évaluer les choix publics en comparant la quantité de bien-être collectif que chaque option disponible est susceptible d'engendrer [16]. Les économistes évaluent ainsi les conséquences de chacune de ces options sur les revenus individuels, ainsi que sur des dimensions intangibles, telles que la santé, l'environnement, le temps disponible, etc. L'amélioration ou la dégradation de la vie des individus sur ces dimensions intangibles est valorisée au moyen d'un étalon monétaire. Comme nous l'avons mentionné, des enquêtes sont menées en population générale pour interroger les individus sur le prix qu'ils seraient prêts à payer, par exemple, pour améliorer leur survie ou pour réduire un risque de décès. Des enquêtes similaires sont réalisées pour estimer la valeur qu'ils accordent à la réduction de leur temps de transport quotidien, ou encore, à la préservation de l'écosystème qui les environne [17]. Techniquement, il n'y aurait pas de difficulté à mesurer, de manière équivalente, le prix que les individus seraient prêts à payer pour préserver leurs libertés, de façon à le comparer à celui d'autres biens, comme la santé. Il serait également envisageable de se passer d'étalon monétaire et de mesurer la propension des individus à sacrifier leurs libertés pour préserver leur état de santé ou, inversement, à sacrifier leur santé pour protéger leurs libertés. Les économistes de la santé utilisent couramment un outil d'évaluation de la qualité de vie, le QALY (*quality-adjusted life year*), qui repose sur des méthodes de révélation des préférences liées à la santé, le *Standard Gamble* ou le *Time Trade-Off* [18]. Le *Standard Gamble* propose d'évaluer la pénibilité d'un état de santé, à partir du risque de décès que les individus seraient prêts à accepter pour l'éviter et être



en parfaite santé. Le *Time trade off* propose, quant à lui, d'évaluer la pénibilité d'un état de santé à partir de la durée de vie à laquelle les individus seraient prêts à renoncer pour l'éviter et être en parfaite santé. Il serait donc possible de mesurer l'arbitrage santé *versus* libertés au moyen d'outils similaires. Les individus seraient, par exemple, invités à évaluer leur propension à accepter un risque de décès (ou une durée de vie réduite) en échange d'une liberté complète. La liberté pourrait alors être décrite en décomposant différentes dimensions, comme on décompose la qualité de vie au moyen de l'échelle EuroQOL-5D¹, en distinguant, par exemple, la liberté d'aller et venir, la liberté de réunion, etc.²

Est-il légitime d'évaluer la valeur de la liberté au moyen des outils issus de l'économie du bien-être ?

S'il est donc techniquement possible d'estimer la valeur que les individus accordent au respect de leurs libertés, est-il pour autant légitime de le faire ? Les économistes utilisent ces méthodes de révélation des préférences, car cela leur permet de guider les décisions publiques, en évaluant les différentes options étudiées, tout en restant dans une position de neutralité axiologique, qui caractérise la démarche scientifique. En effet, ces méthodes supposent que les individus effectuent un arbitrage, en s'appuyant sur un objectif de maximisation de leur propre bien-être. Les économistes n'effectuent donc aucun jugement de valeur, ils laissent les individus juger pour eux-mêmes. Ils se limitent à faire la synthèse des préférences individuelles pour identifier les options qui sont les plus conformes à ces dernières.

Il nous semble cependant important de souligner qu'utiliser les outils de l'économie du bien-être pour estimer la valeur de la liberté, comparativement à d'autres biens comme la santé, implique que cette valeur de la liberté soit mesurée sous l'angle de l'objectif de maximisation du bien-être individuel. Or, il n'est pas certain qu'il soit justifié de renoncer à des libertés individuelles pour améliorer notre bien-être. On peut en effet considérer que la liberté a une valeur propre, quel que soit son impact sur le bien-être des individus. L'économiste et philosophe indien Amartya Sen [19] résumait cette interrogation de la façon suivante : *la liberté a-t-elle une valeur instrumentale en tant que source de bien-être, ou a-t-elle une valeur intrinsèque, en tant que telle ?* En définitive, l'arbitrage entre bien-être et liberté est au cœur des questions que posent les théories du contrat social, qui ont elles-mêmes déterminé notre conception contemporaine du vivre-ensemble. Pour le philosophe anglais Thomas Hobbes, par exemple, la volonté de se protéger vis-à-vis de la violence d'autrui justifie de renoncer à nos libertés et de se soumettre à un Leviathan³ étatique. Jean-Jacques

Rousseau et Emmanuel Kant, au contraire, définissent la liberté comme ce qui n'a pas de prix [20-22]. Elle doit être recherchée pour elle-même, indépendamment du bonheur (ou du malheur) qu'elle pourrait provoquer. Les règles juridiques actuelles vont dans le sens de ces derniers. En France, par exemple, renoncer à une liberté fondamentale ne dépend pas de la seule volonté du titulaire du droit. Il ne lui est pas autorisé d'augmenter son revenu (et donc son bien-être) en échange de sa liberté. En témoigne, par exemple, l'arrêt du Conseil d'État de 1995 sur « le lancer de nains »⁴, qui interdit d'accepter une pratique qui porterait atteinte à sa dignité, en contrepartie d'un revenu.

S'il n'est pas nécessairement légitime de mobiliser les outils issus de l'économie du bien-être pour évaluer l'arbitrage entre la protection de la santé et la préservation des libertés, est-il alors possible de s'appuyer sur les outils issus de modèles de justice libéral-égalitaristes ? À la suite de la publication par le philosophe américain John Rawls de la *Théorie de la justice* [23], un ensemble d'auteurs en philosophie politique et en économie ont en effet proposé d'évaluer les politiques publiques, non pas du point de vue d'un objectif de maximisation du bien-être collectif, mais du point de vue d'un objectif d'égalisation des libertés réelles. La déclinaison opérationnelle de ces propositions théoriques, pour répondre à la question que pose la pandémie de COVID-19, n'est toutefois pas évidente. John Rawls, par exemple, indique qu'il convient de commencer par respecter les libertés fondamentales, avant de chercher à maximiser le bien-être collectif et à garantir la justice sociale. Il ne définit cependant pas précisément quelles sont ces libertés fondamentales et ne discute pas la possibilité de les sacrifier temporairement, notamment pour protéger la santé des individus les plus fragiles, comme ceux susceptibles de développer une forme grave de la maladie. Amartya Sen [24], quant à lui, recommande de répartir équitablement les ressources pour permettre à chacun de disposer d'un éventail le plus large possible de « capacités », c'est-à-dire de capacités d'action, plutôt que de répartir les ressources pour maximiser le bien-être collectif. Toutefois, si l'approche par les « capacités » permet d'établir des hiérarchies entre les différentes dimensions de l'autonomie, elle ne permet pas d'établir de hiérarchie entre la santé et l'autonomie, à moins de considérer la santé uniquement comme un moyen d'accroître l'autonomie.

¹ Le questionnaire EuroQOL 5 dimensions est le questionnaire le plus utilisé pour mesurer le bénéfice en santé dans les études coût-efficacité, par le nombre d'années de vie gagnées pondérées par la qualité de vie. Il comporte cinq dimensions de la qualité de vie : la mobilité, l'autonomie de la personne, l'impact sur les activités courantes, la douleur et la gêne, l'anxiété et la dépression.

² Une enquête a par exemple été menée, au moyen d'un *design* différent, dans différentes universités américaines dans 15 pays différents, sur 480 000 individus. L'objectif était d'évaluer le degré d'acceptabilité de l'abandon des libertés civiles en fonction de différentes caractéristiques individuelles, le niveau d'exposition aux risques en fonction de l'âge, etc. (Alsan M., Braghieri L., Eichmeyer S., Kim MJ, et al. Civil Liberties in Times of Crisis, working paper, 2020. <https://www.nber.org/papers/w27972>).

³ Un monstre biblique.

⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000007877723/>.

Quel est le rôle des économistes devant ce dilemme santé versus liberté ?

S'il n'est pas possible et/ou souhaitable de mobiliser les outils issus de l'économie du bien-être ou ceux issus de théories libérales-égalitaristes pour guider l'arbitrage entre protection de l'état de santé et préservation des libertés individuelles, quel est alors le rôle des économistes ? N'ont-ils aucun moyen pour guider les décisions publiques ? En définitive, le rôle des économistes n'est pas de trancher le débat entre santé et libertés mais bien d'évaluer les conséquences en termes de santé, de revenus et de bien-être des différentes interventions envisageables dans un contexte épidémique, pour éclairer les décisions démocratiques. Si l'arbitrage entre santé et liberté nous paraît inédit, car il se présente aujourd'hui dans des proportions très importantes, il apparaît pourtant de façon quotidienne dans la pratique gouvernementale. Michel Foucault, dans son cours sur *La Naissance de la biopolitique* au Collège de France, en 1978-1979 [14], qualifie les gouvernements modernes de biopouvoirs : ils contraignent les libertés individuelles pour préserver la vie, par l'intermédiaire de différents dispositifs contraignants : la santé publique, la fiscalité, le droit social, etc. Ce qui légitime de porter atteinte aux libertés individuelles, dans nos sociétés contemporaines, c'est le principe de la proportionnalité entre le risque sanitaire et l'atteinte des droits. Le rôle des économistes, aux côtés d'autres disciplines scientifiques, est donc d'apporter la documentation nécessaire à cette appréciation. La science économique, comme outil de gouvernement, se donne en effet pour objectif de « *dire en vérité à un gouvernement quels sont les mécanismes naturels de ce qu'il manipule* » [14] et non de remplacer le processus démocratique lui-même. ♦

Protecting population health or respecting individual freedom in epidemic context: How economists could contribute?

LIENS D'INTÉRÊT

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

RÉFÉRENCES


1. Cauchemez S, Kiem CT, Paireau J, et al. Lockdown impact on COVID-19 epidemics in regions across metropolitan France. *Lancet* 2020 ; 396 : 1068-9.
2. Comptes de la sécurité sociale : Résultats 2020 - Prévisions 2021. Rapport rédigé par Laboueix JP, juin 2021. <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/comptes-de-la-securite-sociale/rapports-de-la-commission>.
3. Dubost CL, Pollak C, Rey S. Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 État des lieux et perspectives. *DREES* 2020 ; 62. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/>

les-dossiers-de-la-drees/les-inegalites-sociales-face-lepidemie-de-covid-19-etat-des

4. Gandré C, Coldefy M, Rochereau T. Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement. Premiers résultats de l'enquête COCLICO du 3 au 14 avril 2020. *Irdes, Questions d'économie de la santé* 2020 ; 249.
5. Bergeat M, Chaput H, Verger P, et al. (2021). Confinement de novembre-décembre 2020 : une hausse des demandes de soins liés à la santé mentale. *DREES, Études et Résultats* 2020 ; 1186.
6. Davin-Casalena B, Jardin M, Guerrero H, et al. L'impact de l'épidémie de COVID-19 sur les soins de premier recours en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : retour d'expérience sur la mise en place d'un dispositif de surveillance en temps réel à partir des données régionales de l'Assurance maladie. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2021 ; 69 : 105-15.
7. Loiseau M, Cottenet J, Bechraoui-Quantin S, et al. Physical abuse of young children during the COVID-19 pandemic: Alarming increase in the relative frequency of hospitalizations during the lockdown period. *Child Abuse Negl* 2021 ; 122 : 105299.
8. Blanpain N. L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent. *INSEE* 2011 ; 1372 - octobre ; <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280972>
9. Adler M, Hammit J, Treich N. The social value of mortality risk reduction: VSL versus the social welfare function approach. *Journal of Health Economics* 2014 ; 35 : 82-93.
10. Baumstark L, Carrère M, Rochaix L. Mesures de la valeur de la vie humaine: Usages et enjeux comparés dans les secteurs de la santé et des transports. *Les Tribunes de la santé* 2008 ; 21 : 41-55.
11. OCDE. Mortality Risk Valuation in Environment, Health and Transport Policies. 2012. <https://www.oecd.org/env/tools-evaluation/mortalityriskvaluationinenvironmenthealthandtransportpolicies.htm>
12. Briggs A, Sculpher M, Claxton K. *Decision Modelling for Health Economic Evaluation*. Oxford : Oxford University press, 2006.
13. Foucault M. *Surveiller et punir*. Paris : Gallimard, 1975.
14. Foucault M. *La Naissance de la biopolitique - Cours au Collège de France (1978-1979)*. Paris : Hautes Etudes, EHESS Gallimard - Seuil, 2004.
15. Fassin D. *L'espace politique de la santé : essai de généalogie*. Paris : Presses universitaires de France, 1996.
16. Boadway R. Cost-Benefit Analysis. In : *The Oxford Handbook of Well-Being and Public Policy*. Ed Adler MD, Fleurbaey M. Oxford : Oxford University Press, 2016.
17. OCDE. *Analyse coûts-avantages et environnement : avancées théoriques et utilisation par les pouvoirs publics*. Paris : Éditions OCDE, 2019. <https://doi.org/10.1787/9789264300453-fr>.
18. Brazier J, Ratcliffe J, Saloman J, Tsuchiya A. *Measuring and Valuing Health Benefits for Economic Evaluation*. Oxford : Oxford University press, 2007.
19. Sen A. Freedom of Choice: Concept and Content. *European Economic Review* 1988 ; 32.
20. Hobbes T. *Léviathan*. 1651. Paris : Folio, 2000.
21. Kant E. *Critique de la faculté de juger*. 1790. Traduction Alain Renaut. Paris : Gallimard Flammarion, 2015.
22. Rousseau JJ. *Du contrat social*. 1762. Sous la direction de Bernard B. Paris : Gallimard, 2011.
23. Rawls J. *Théorie de la justice*. 1971. Paris : Le Seuil, 1997.
24. Sen A. *On Ethics and Economics*. Oxford : Basil Blackwell, 1987.

TIRÉS À PART

C. Thébaut



Tarifs d'abonnement m/s - 2022

Abonnez-vous à médecine/sciences

Abonnez-vous sur www.medecinesciences.org

> Grâce à m/s, vivez en direct les progrès des sciences biologiques et médicales

