

L'hypothèse de l'induction de la demande par l'offre :  
Les offreurs de soins génèrent-ils la demande de leurs propres services ?

Dr. BENHAMOUDA Youcef

L'école préparatoire des sciences économiques, commerciales  
Et des sciences de gestion – Tlemcen

**Le Résumé :**

Après les travaux d'Arrow [1963] beaucoup de recherches ont développé le domaine de l'économie de la santé en ce qui concerne le rôle de l'information asymétrique, le risque de l'incertitude et les situations de délégation de pouvoir faisant de la santé l'un des champs privilégiés d'application de la nouvelle micro-économie.

L'objectif de cette étude s'agit expliciter les caractéristiques de l'offre de soins conjuguées aux phénomènes d'asymétrie d'information qui sont à l'origine du concept de l'induction de la demande par l'offre et cela dans un cadre descriptif et analytique.

D'après cette étude on constate que les nouvelles approches telle que la théorie de l'agence ont certes très largement contribué à une meilleure description de l'économie de la

**المخلص:**

بعد أعمال أراو [1963] طورت أبحاث كثيرة مجال اقتصاد الصحة وذلك فيما يخص دور المعلومة الغير متماثلة، خطر عدم التأكد و حالات تفويض السلطة ، هذه الأبحاث التي جعلت من الصحة أحد أكثر المجالات استقطابا لتطبيقات الإقتصاد الجزئي الجديد.

تهدف هذه الدراسة و في إطار وصفي تحليلي إلى توضيح خصائص العرض في مجال الصحة، تلك الخصائص التي تملحها ظاهرة المعلومة الغير متماثلة والتي هي في الأساس سبب إحداث الطلب عن طريق العرض.

من خلال هذه الدراسة تم التوصل إلى أن المقاربات الجديدة و من بينها نظرية الوكالة ساهمت بشكل كبير في إعطاء نظرة أوضح لإقتصاد الصحة ولكن مساهمتها تبقى محدودة فيما يخص ظاهرة إحداث الطلب من خلال العرض.

L'hypothèse de l'induction de la demande par  
l'offre : Les offreurs de soins génèrent-ils la demande  
de leurs propres services ?

Dr. BENHAMOUDA Youcef

santé mais se sont avérées limitées quand à leurs apports concernant l'explication du phénomène de l'induction de la demande par l'offre.

**Mots clés :** L'induction de la demande, l'offre, l'économie de la santé, l'asymétrie de l'information.

الكلمات المفتاحية: إحداث الطلب، العرض،  
إقتصاد الصحة، عدم تماثل المعلومة.

### Introduction :

Les premières études empiriques du marché des soins remettent en cause les conclusions premières de la micro-économie de la santé et incitent les économistes de la santé à chercher d'autres fondements micro-économiques pour comprendre les comportements des agents et le marché.

Après les travaux d'Arrow [1963] beaucoup de recherches ont développé ce domaine en ce qui concerne le rôle de l'information asymétrique, le risque de l'incertitude et les situations de délégation de pouvoir faisant de la santé l'un des champs privilégiés d'application de la nouvelle micro-économie.<sup>1</sup>

De nombreuses études ont été et sont encore menées pour vérifier l'existence de l'induction de la demande par l'offre au domaine de la santé (Delattre<sup>2</sup> [2000]; Béjean<sup>3</sup>

<sup>1</sup> CAHUC P, « *la nouvelle micro-économie* », la découverte, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, 1998.

<sup>2</sup> DELATTRE E, « *Comportement d'offre de soins des médecins français (1979-1993)* », thèse, université Paris-X-Nanterre, 2000.

<sup>3</sup> BEJEAN S, « *L'induction de la demande par l'offre en médecine ambulatoire : quelques évidences empiriques issues du contexte français* », Cahiers de sociologie et de démographie médicales, 37 (3-4), 1997.

[1997]) mais des difficultés méthodologiques restreignent la portée de leurs résultats pourtant convergents.<sup>4</sup> Malgré l'absence de résultat établi scientifiquement, les économistes de la santé ont la conviction que la demande de soins est effectivement induite par l'offre.

Dans ce contexte la théorie des asymétries d'information, la théorie de l'agence et la théorie du risque produisent des conclusions nouvelles qui se révèlent très productives pour la compréhension des aspects économiques dans le champ de la santé<sup>5</sup>. Et la question qui se pose est la suivante :

**Les offreurs de santé (les médecins, les structures hospitalières) disposent-ils réellement d'un pouvoir discrétionnaire ? L'utilisent-ils pour induire la demande ?**

Donc l'objectif de cette étude s'agit expliciter les caractéristiques de l'offre de soins conjuguées aux phénomènes d'asymétrie d'information qui sont à l'origine du concept de l'induction de la demande par l'offre et cela dans un cadre descriptif et analytique passant par les axes suivants :

- ✓ Un consommateur sous-influence ;
- ✓ Asymétrie d'information ;
- ✓ Anti sélection ou sélection adverse ;
- ✓ Risque moral ;
- ✓ L'induction de la demande par l'offre.

### 1. Un consommateur sous-influence :

<sup>4</sup> DORMONT B, DELATTRE E, « *Induction de la demande de soins par les médecins libéraux français : étude micro-économétrique sur données de Panel* », Economie et Prévision, 142, 2000, P 137-161.

<sup>5</sup> BEJEAN Sophie, « *4. Les fondements de la micro-économie de la santé : le marché de la médecine libérale* », in BRAS Pierre-Louis et al, « *Traité d'économie et de gestion de la santé* », Presses de sciences Po (P.F.N.S.P) « hors collection », 2009, (), P 43.

Selon la micro-économie néoclassique, le demandeur de soins doit être considéré comme un simple consommateur de bien ou service. Cette modélisation permet de déterminer la demande en fonction de l'état de santé d'un individu, de son revenu et des prix relatifs des soins médicaux.<sup>6</sup>

Selon cette approche on prédit alors que la demande de soins augmente lorsque l'état de santé du consommateur se détériore ou lorsque son revenu augmente. Par contre si le prix des biens et services médicaux s'accroît, la demande diminue.

Mais en étudiant les analyses empiriques de la consommation de soins on constate la variabilité et l'imprécision des résultats et en définitive l'accroissement des prix semble avoir un impact négligeable sur la consommation. Ce résultat modère la pertinence du modèle néoclassique du consommateur rationnel.

Malgré que l'entrée du consommateur (le patient) dans le système de soins dépend de son initiative individuelle lorsque son état de santé le nécessite donc il s'adresse à un médecin, mais la suite ne dépend plus de son initiative. Le médecin exprime alors une demande complémentaire d'aide au diagnostic (examens et analyses) et de soins (prescriptions, interventions de confrères). Et c'est cette demande secondaire du médecin qui transforme le besoin initial du patient en demande de soins.<sup>7</sup>

<sup>6</sup> PHELPS C, « *Perspectives in the economies of health care* », Health economics, 4, 1995, PP 335-353.

<sup>7</sup> BEJEAN Sophie, « *4. Les fondements de la micro-économie de la santé : le marché de la médecine libérale* », in BRAS Pierre-Louis et al, « *Traité d'économie et de gestion de la santé* », Presses de sciences Po (P.F.N.S.P) « hors collection », 2009, (), P 45.

Concernant la relation demande et besoin et selon Mizrahi<sup>8</sup> le besoin est : « **une notion subjective, sans limites fondée sur les désirs que l'on peut espérer observer et quantifier de manière satisfaisante** ».

Williams<sup>9</sup> analyse la notion de besoin comme un quasi-concept d'offre se rapprochant de la thèse de l'induction de la demande : « **un besoin de soins médicaux existe lorsqu'un individu a une maladie ou un handicap pour lequel il existe un traitement efficace et acceptable** ».

Et dans le même contexte Bradshaw<sup>10</sup> fait une distinction entre « **besoin ressenti** » et « **besoin normatif** », qui est défini comme différence entre la situation existante et un standard et « **le besoin exprimé** » qui n'est autre que la demande.

Finalement il faut distinguer entre la demande primaire de soins qui vient du patient et la demande secondaire qui vient du médecin. Cette dernière qui constitue un premier pas dans l'analyse du rôle moteur que joue l'offre dans la détermination de la consommation de soins.

## 2. Asymétrie d'information :

Les développements traditionnels supposent que l'information est parfaite, par hypothèse, acheteurs et vendeurs sont parfaitement informés de la qualité des biens (services) vendus sur un marché.

Mais en réalité la qualité d'un bien (service) n'est pas parfaitement connue et par conséquent on ne peut plus raisonnablement supposer que acheteurs et vendeurs ont la

---

<sup>8</sup> MIZRAHI A, « *Le profil économique et sociologique du malade français* », CREDOC, 1982.

<sup>9</sup> WILLIAMS A, « *Need as a demand concept (with a special reference to health)* », in Culyer (ed), 1975, P 60-76.

<sup>10</sup> BRADSHAW J, « *A taxonomy of social need* », in Mc Lachlan Ed, 1972.

même information<sup>11</sup> et c'est le cas dans plusieurs marchés sur lesquels il peut être coûteux, voire impossible, d'obtenir l'information correcte sur la qualité des biens (services) vendue comme ce qui est le cas dans le marché de soins.

Dans le processus de transformation du besoin en demande, le patient n'a pas toujours la possibilité d'exercer en toute autonomie son libre-arbitre. Son ignorance en matière de médecine et les situations d'urgence le conduisent à laisser la décision des soins dont il a besoin au médecin.

Donc l'asymétrie d'information entre le médecin et le patient est double : le patient est non seulement ignorant des traitements qui peuvent lui être prodigués et des structures et filières de soins qui lui sont ouvertes, mais il est aussi inapte à évaluer ses propres besoins.

Cette asymétrie d'information très importante entre le médecin (ou la structure médicale) et le patient conduit ce dernier (le patient) à accepter de renoncer à une partie de sa souveraineté de consommateur parce qu'il ne possède pas l'information qui lui permettrait de prendre la bonne décision.<sup>12</sup>

Et la difficulté ne s'arrête pas là. Il y a aussi une incertitude de la part du patient en ce qui concerne la qualité du service (soin). Cette incertitude va amener le patient (consommateur de soin) à chercher une couverture contre le risque lié à cet aléa. Il va alors souscrire à une assurance.

Le choix d'une couverture complémentaire par le biais des assurances va être influencé par deux phénomènes la sélection adverse et le risque moral.

### 3. Anti sélection ou sélection adverse :

<sup>11</sup> ABRAHAM-FROIS Gilbert, « *Introduction à la micro-économie* », Economica, Paris, 2004, P 356.

<sup>12</sup> PIATECKI Cyrille and ULMANN Philip, « *La micro-économie de la santé, bilan et perspectives* », Revue d'économie financière, N° 34, numéro spécial : le financement de la santé, (automne 1995) , P52.

Ce terme désigne une conséquence du fonctionnement des marchés lorsque l'information est asymétrique. Par exemple, si sont les demandeurs qui observent mal la qualité des biens (services) qu'ils désirent acquérir (et c'est le cas du patient), les offreurs vont pouvoir surestimer la qualité de leurs produits afin de les vendre au prix le plus élevé possible. Donc le prix n'est plus un signal de qualité.<sup>13</sup>

En terme d'assurance et afin d'expliquer le phénomène de sélection adverse on va aborder l'exemple du marché des voitures d'occasion énoncé par Akerlof<sup>14</sup> qui a été le premier à évoquer le problème de sélection adverse.

Supposons un marché sur lequel il y a 500 individus qui désirent vendre leurs véhicules usagés et il y a autant qui désirent acheter un véhicule d'occasion. Tout le monde sait que parmi ces véhicules 250 sont bonnes « melons » et 250 sont mauvaises « lemons »<sup>15</sup> les vendeurs connaissent la qualité de leurs voitures tandis que les acheteurs dispose de peu d'informations sur ces voitures.

Le propriétaire de « lemons » désire s'en débarrasser pour 10 unités monétaires, le propriétaire de « melons » souhaite obtenir plus de 20 unités monétaires. Les acheteurs sont prêts à payer 25 unités monétaires pour une « melons » et 13 unités monétaires pour une « lemons ».

Si l'information était parfaite il n'y aurait aucun problème sur ce marché. Mais puisque les acheteurs n'ont pas l'information parfaite, ils doivent estimer la valeur de chaque voiture. On suppose que l'acheteur estime qu'il a une chance sur deux de faire le bon choix et la

<sup>13</sup> ABRAHAM-FROIS Gilbert, op.cit, p 357.

<sup>14</sup> AKERLOF G, « *The market for lemons: quality uncertainty and the market mechanism* », the quarterly journal of economics, 84, 1970.

<sup>15</sup> Expressions anglo-saxonnes utilisées pour qualifier les voitures de bonne et mauvaises qualité.

même chose pour le mauvais choix, dans ces conditions il est prêt à payer la valeur  $(\frac{1}{2} \cdot 25 + \frac{1}{2} \cdot 15) = 20$  unités monétaires.

Dans ce cas c'est les propriétaires de « lemons » qui accepte de vendre. Par conséquent au prix de 20 unités monétaires seuls les « lemons » seront dans le marché et la première conséquence est donc **la disparition du marché des véhicules de bonne qualité.**

D'autre part si l'acheteur est sûr d'obtenir une « lemons » pour 20 unités monétaires il refusera de l'acheter et la deuxième conséquence est que : **l'anti-sélection peut empêcher la réalisation de tout échange** dans certain cas.

Le résultat de ce dysfonctionnement est une baisse de qualité moyenne des biens (services) échangés. Ce phénomène implique une absence de transaction et donc une inefficacité puisque l'on pourrait avec une meilleure information améliorer la situation de tous les échangistes potentiels.<sup>16</sup>

Dans le domaine de la santé, le phénomène de sélection adverse se représente dans le cadre du marché de l'assurance. Ce sont les patients qui ont un risque accrue (maladie chronique, coûteuse) qui auront tendance à prendre une assurance alors que l'assureur ne connaît pas le risque réel encouru par l'assuré.

#### 4. Risque moral :

Par définition, il y a risque moral quand l'un des cocontractants peut entreprendre certaines actions qui affectent la valeur de la transaction sans que l'autre cocontractant puisse l'observer ou le contraindre.<sup>17</sup>

Il y a beaucoup d'exemples concernant le domaine de l'assurance : en cas d'assurance contre le vol, l'assuré peut prendre moins de précautions contre le vol. En cas d'assurance

<sup>16</sup> MOUGEOT M , « *Le système de santé* », Economica, Paris, 1989.

<sup>17</sup> ABRAHAM-FROIS Gilbert, op.cit, p 361.

contre l'incendie, l'assuré peut ne pas prendre toutes les précautions quand le stock contient des matières inflammables.

Et dans le domaine de la santé le fait d'être assuré le comportement du consommateur (le patient) change, il relâche sa vigilance, il diminue la consommation des biens préventifs...etc. donc le fait d'être assuré augmente le niveau de consommation. Ce type de comportement est à l'origine de distorsions dans l'allocation des ressources.<sup>18</sup>

Lorsqu'il y a risque moral, le problème est d'inciter l'agent qui bénéficie d'un avantage d'information à prendre une décision optimale pour le cocontractant moins informé.

Il est utile de signaler que le problème est différent de celui rencontré dans le cas d'anti-sélection, où l'agent non informé doit sélectionner un bon produit.

Les problèmes liés au risque moral sont en général étudiés dans le cadre de modèle principal-agent : le principal (le mandant) est l'individu qui mandate, contre un paiement, l'agent (le mandataire), pour effectuer une tâche stipulée dans un contrat.<sup>19</sup>

Il y a risque moral dans deux types de situations :

- ✓ Le principal connaît mal l'action entreprise par l'agent : on parle alors d'action caché ;
- ✓ Le principal ne connaît pas l'action qu'aurait dû entreprendre l'agent afin d'agir dans l'intérêt du principal, il s'agit alors d'information cachée.

Pour résoudre le problème de risque moral il faut trouver une procédure incitative permettant de modifier le comportement du cocontractant. Cette procédure incitative s'agit

---

<sup>18</sup> ARROW , « *Uncertainty and the welfare economies of medical care* », American economic review, vol 53, PP 941-973.

<sup>19</sup> En termes juridiques, « le mandat » est un acte (contrat unilatéral) pour lequel une personne, *le mandant* donne à une autre, *le mandataire*, le pouvoir de faire quelque chose pour *le mandant* et en son nom.

au domaine de la santé d'introduire des taux de co-assurance (ou tickets modérateurs) ou des systèmes de bonus-malus fonction des observations passées qui peuvent restaurer l'optimalité. (Cresta<sup>20</sup> [1984], Laffont<sup>21</sup> [1985] et Mougeot<sup>22</sup> [1989]).

L'approche du système de soins en analysant par les relations d'agence a non seulement le mérite de présenter une analyse novatrice pour le domaine mais permet aussi de:<sup>23</sup>

- ✓ Présenter la relation (patient-médecin) comme une relation de délégation de pouvoir évitant ainsi d'être confronté au problème de la définition du produit échangé ;
- ✓ Concevoir l'hôpital comme une organisation où s'établissent des relations contractuelles inter-individuelles. Les phénomènes de risque moral et de sélection adverse conduisent à identifier les sources d'inefficacité comme résultant de comportements stratégiques. La théorie des incitations fournit alors une alternative crédible ;
- ✓ Assurer la coordination des intérêts individuels lorsque le prix ne signale pas d'information sur la qualité ;
- ✓ aux politiques économiques le rationnement, lorsque celles-ci, comme c'est le cas dans le domaine sanitaire ne peuvent être assises sur des procédures rigoureuses d'observabilité.

<sup>20</sup> CRESTA J.P, « *Théorie des marchés d'assurance* », Economica, 1984.

<sup>21</sup> LAFRONT J.J, « *Cours de théorie micro-économique* », vol 2, « économie de l'incertain et de l'information », Economica, Paris, 1985.

<sup>22</sup> MOUGEOT, « *Le système de santé* », Economica, Paris, 1989.

<sup>23</sup> PIATECKI Cyrille and ULMANN Philip, op.cit, p 62.

En conclusion le phénomène de sélection adverse concerne la méconnaissance des caractéristiques de l'assuré indépendamment de l'assurance et le risque moral concerne la méconnaissance des réactions de l'agent à l'assurance.<sup>24</sup>

### 5. L'induction de la demande par l'offre :

Les caractéristiques de l'offre des soins et l'asymétrie de l'information sont à l'origine du concept de l'induction de la demande par l'offre. Partant de l'observation que plus l'offre augmente (c'est-à-dire le nombre des médecins ou d'hôpitaux), plus la demande de santé croît, l'hypothèse d'une influence de l'offre sur la demande a été établie.

Cette hypothèse d'interdépendance entre offre et demande remet en cause les approches traditionnelles et en particulier néoclassiques portant sur la contestation de l'existence d'une demande autonome.

Cette hypothèse, dont l'initiateur est R.G.EVANS [1974] repose sur l'existence d'un pouvoir discrétionnaire du médecin qui lui permet d'induire la demande. La principale critique d'ordre théorique formulée à son encontre porte sur la question de la limite de l'utilisation du pouvoir discrétionnaire.

En d'autres termes, si ce pouvoir était infini et que le médecin peut l'utiliser pour accroître ses revenus, pourquoi ne l'utilise-t-il pas pour simplement maximiser ses revenus?<sup>25</sup>

Les tenants de cette thèse ont donc avancé trois hypothèses pour justifier leur approche :

<sup>24</sup> BICHOT J, « *Economie de la protection sociale* », Armand Colin, 1992.

<sup>25</sup> YETT D.E, « *Comment* » [sur Sloan et Feldman], in Greenberg (ed), P 132-155.

- ✓ Celle du revenu cible qui postule que le médecin cherche atteindre un certain niveau de revenu et utilise son pouvoir discrétionnaire qu'à cette fin.
- ✓ Celle de l'intégration d'une désutilité lors de l'utilisation de son pouvoir.
- ✓ Et enfin l'hypothèse du respect d'une éthique professionnelle.

Ces hypothèses fournissent une réponse à la critique majeure confrontée sans remettre en cause l'existence d'une induction de la demande par l'offre.

D'autre part, les défenseurs des théories d'inspirations néoclassiques ont proposé une remise en cause de la corrélation entre l'offre et la demande en partant de l'hypothèse du pouvoir du monopole du médecin. Dans ce contexte Stano<sup>26</sup> [1987] affirme qu'il y a induction si le médecin bénéficie d'un degré élevé de monopole mesuré par l'élasticité de la demande, mais en conditions concurrentielles l'induction devrait disparaître.

Et le modèle de « menace » vient affirmer cette approche. S'intéressant au praticien il pose l'hypothèse que le médecin lui-même est incertain de l'acceptation de son offre de traitement par le patient. Le risque de voir le patient consulter un autre médecin le conduit à prescrire plus juste, à savoir plus près de ce que le patient aurait lui-même choisi s'il avait eu accès à la même information.

En définitive, la thèse de la demande induite par l'offre, qui a bénéficié de nombreuses critiques constructives semble limitée par les problèmes méthodologiques sur les variables et les tests qui rendent impossible toute vérification convaincante sur la réalité de l'induction.

Une des difficultés des tests de demande induite par l'offre réside dans le fait qu'on cherche à détecter une manipulation de la demande par les offreurs en l'absence d'information sur la forme de la demande de soins. Ces tests sont ainsi exposés à des

---

<sup>26</sup> STANO M, « *A further analysis of the physician inducement controversy* », Journal of health economics, Vol 6 N° 3, PP 227-238.

problèmes d'identification similaires à ceux rencontrés pour évaluer le risque moral dans la consommation de soins.

Il faudrait pouvoir étudier l'effet d'un choc sur l'offre, à comportement de demande constant. Or les perturbations des équations estimées comportent une hétérogénéité non observée en rapport avec la demande adressée au médecin: demande de qualité, information sur les compétences, rationnement...etc. Ces éléments sont corrélés avec la densité médicale, ce qui conduit à des biais dans l'évaluation de la demande induite.<sup>27</sup>

Une fois encore, l'identification de la demande de la santé se heurte à des problèmes de validation liés aux méthodes employées. Dès lors c'est le concept de demande en tant que tel qui a été remis en cause par une autre approche, elle aussi résultante des caractéristiques de l'offre et considérant la demande comme expression nécessaire d'un besoin.

### Conclusion :

Les recherches actuelles semblent indiquer certaines limites dans l'identification du phénomène de l'induction de la demande par l'offre au domaine de la santé. Même si on connaît de mieux en mieux les facteurs de consommation de soins, il n'existe toujours pas de modèle théorique fournissant un cadre conceptuel cohérent.

Les travaux empiriques qui ont mis en œuvre bon nombre d'instruments récents empruntés à d'autres domaines, n'ont pas permis de valider les hypothèses jusqu'alors avancées.

<sup>27</sup> Brigitte Dormont, « *Microéconométrie de la santé: Remarques sur l'expérience française* », Revue économique, Vol. 51, No. 3, Développements récents de l'analyse économique: XLVIII<sup>e</sup> congrès annuel de l'Association française de science économique 1999 (May, 2000), Sciences Po University Press, p 589

Des approches telles que la théorie de l'agence ou la théorie des conventions ont certes très largement contribué à une meilleure description de l'économie de la santé mais se sont avérées limitées quand à leurs apports en termes prédictifs.

Deux voies de recherches semblent ouvrir de nouveaux horizons pour une meilleure compréhension des phénomènes observés empiriquement mais mal formulés théoriquement.

Une première approche s'inspirant de la démarche conventionnaliste, consisterait en un examen novateur et approfondie du comportement du consommateur.

Une deuxième voie se propose d'utiliser les nouveaux instruments d'analyse micro-économique tels que la théorie des jeux ou les modèles de négociation qui permettraient d'emprunter des concepts aux autres champs d'analyse et les appliquer à l'économie de la santé.

### Références Bibliographiques :

- ABRAHAM-FROIS Gilbert, « **Introduction à la micro-économie** », Economica, Paris, 2004.
- AKERLOF G, « **The market for lemons: quality uncertainty and the market mechanism** », the quarterly journal of economics, 84, 1970.
- ARROW , « **Uncertainty and the welfare economies of medical care** », American economic review, vol 53, PP 941-973.
- BEJEAN Sophie, « **4. Les fondements de la micro-économie de la santé : le marché de la médecine libérale** », in BRAS Pierre-Louis et al, « **Traité d'économie et**

- de gestion de la santé », Presses de sciences Po (P.F.N.S.P) « hors collection », 2009.
- BEJEAN S, « **L'induction de la demande par l'offre en médecine ambulatoire : quelques évidences empiriques issues du contexte français** », Cahiers de sociologie et de démographie médicales, 37 (3-4), 1997.
  - BICHOT J, « **Economie de la protection sociale** », Armand Colin, 1992.
  - BRADSHAW J, « **A taxinomy of social need** », in Mc Lachlan Ed, 1972.
  - CAHUC P, « **La nouvelle micro-économie** », la découverte, 2ème édition, Paris, 1998.
  - CRESTA J.P, « **Théorie des marchés d'assurance** », Economica, 1984.
  - DELATTRE E, « **Comportement d'offre de soins des médecins français (1979-1993)** », thèse, Université Paris-X-Nanterre, 2000.
  - DORMONT B, DELATTRE E, « **Induction de la demande de soins par les médecins libéraux français : étude micro-économétrique sur données de Panel** », Economie et Prévision, 142, 2000, P 137-161.
  - DORMONT Brigitte, « **Microéconométrie de la santé: Remarques sur l'expérience française** », Revue économique, Vol. 51, No. 3, Développements récents de l'analyse économique: XLVIII congrès annuel de l'Association française de science économique 1999 (May, 2000), Sciences Po University Press.
  - LAFRONT J.J, « **Cours de théorie micro-économique** », vol 2, « économie de l'incertain et de l'information », Economica, Paris, 1985.
  - MIZRAHI A, « **Le profil économique et sociologique du malade français** », CREDOC, 1982.
  - MOUGEOT M, « **Le système de santé** », Economica, Paris, 1989.
  - PHELPS C, « **Perspectives in the economies of health care** », Health economics, 4, 1995, PP 335-353.

- PIATECKI Cyrille and ULMANN Philip, « **La micro-économie de la santé, bilan et perspectives** », Revue d'économie financière, N° 34, numéro spécial : le financement de la santé, (automne 1995).
- STANO M, « **A further analysis of the physician inducement controversy** », Journal of health economics, Vol 6 N° 3, PP 227-238.
- WILLIAMS A, « **Need as a demand concept (with a special reference to health)**», in Culyer (ed), 1975, P 60-76.
- YETT D.E, « **Comment** » [sur Sloan et Feldman], in Greenberg (ed), P 132-155.