

# Targeting Disability Insurance Applications with Screening

Mathilde Godard, Pierre Koning and Maarten Lindeboom

Discussion par Eve Caroli

Journée de la Chaire Santé Dauphine  
Vendredi 30 mars 2018

# Objectif

- **Question : les mesures de politique publique atteignent-elles leur cible ?**
- **Politique visant à réduire le pourcentage de salariés en incapacité aux Pays-Bas**
  - Succès quantitatif [Réduction de la proportion de salariés en incapacité]
  - **Succès qualitatif** [Ciblage sur les individus qui en ont besoin]

# Politiques d'activation

- Remettre les individus au travail lorsque l'on est en présence de hasard moral
  - Pays-Bas : Incapacité de travail
    - 12% au milieu des années 1970
    - 8% au début des années 2000.
  - France : Chômage
    - Réforme du barème des sanctions 2018
- ✓ Risque : I Daniel Blake...

# Méthodologie et Résultats

- **Expérience randomisée**
  - Sélection de deux régions (Apeldoorn et Hengelo) dans lesquelles les contrôles sont intensifiés à partir de janvier 2003 pour l'entrée dans le dispositif d'incapacité.
  - Groupe de contrôle = le reste des Pays-Bas.
- **Résultats : amélioration du ciblage**
  - Baisse du taux de demandes (en 2003) tirée par la réduction des demandes pour maladies mentales.
  - Baisse du taux inconditionnel d'acceptation mais + faible que celle des demandes.
  - Demandeurs et bénéficiaires en + mauvaise santé.

# Asymétrie d'information

- Pourquoi l'incapacité est-elle si difficile à observer ?
  - Certaines maladies sont plus difficiles à observer que d'autres.
  - Quel est le rôle du médecin ? Collusion avec le patient ? Qui est ce médecin ?
  - Quelle marge pour un meilleur contrôle médical plutôt qu'un contrôle par le système d'assurance ? Problème des co-morbidités.
- En quoi consistent les contrôles accrus ?
  - Dans l'une des régions : contrôle du salarié/ dans l'autre contrôle de l'employeur.
  - Contrôle du salarié : comment ? Convocations ? Visites à domicile ? Harcèlement ?

# Administration de la preuve

- Le harcèlement peut-il dégrader la santé ?
  - I Daniel Blake... again.
  - Le pool des bénéficiaires est en + mauvaise santé : provoqué par la procédure ?
  
- Quel impact sur la santé des non demandeurs ?
  - DID : la santé des demandeurs se dégrade + que celle des non demandeurs dans les 2 régions traités.
  - Question : la santé des non-demandeurs se dégrade-t-elle quand même ?
    - Figure 6 ne montre pas de différences très significatives mais la mortalité semble augmenter à LT et les écarts-types sont larges...

# Discussion théorique

## ➤ Très utile mais ...

### ■ Quels sont les mécanismes ?

- En cas de fraude, réduction de la probabilité de succès
  - Plus ou moins forte selon que la maladie est aisée à vérifier
- Augmentation du coût anticipé de la demande
  - Plus d'efforts de réintégration à fournir durant la période d'attente.
  - Plus de bureaucratie à affronter lors de la demande d'incapacité. Coût plus faible pour les aptes ? **Quelle est l'intuition ?**
  - Coût d'opportunité en termes de promotion ou de salaire. **De quoi s'agit-il exactement ?**

### ■ Quels effets d'équilibre ?

# Pour finir...

- Comment/peut-on sortir de l'incapacité ?
  - Pourquoi certains individus candidatent-ils plusieurs fois (les auteurs les retirent de l'échantillon) ?
  - Peut-on revenir à l'activité ? Y-a-t-il un enjeu de politique publique et /ou de santé de ce côté-là ?
  
- Minor points
  - Contrôles dans le modèle au niveau individuel
    - Age et sexe.
    - Pourquoi pas aussi éducation, statut marital, nombre d'enfants comme dans De Groot et Koning (2016) ?
  - Spécification où l'on introduit  $\text{Traitement} * \text{Year}$

Merci pour votre attention