

Reproduction sur d'autres sites interdite  
mais lien vers le document accepté :

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/291-vieillesse-des-travailleurs-independants-l-impact-des-aides-sociales-sur-la-consommation-de-soins.pdf>

## Vieillesse des travailleurs indépendants : l'impact des aides sociales sur la consommation de soins

Estelle Augé\* (Irdes),

Nicolas Sirven (Université de Rennes, EHESP, CNRS, Inserm, Arènes - UMR 6051, RSMS - U1309 ; Irdes)

Le Programme d'actions pour une retraite indépendante (Pari), élaboré par le Régime social des indépendants (ex-RSI, désormais intégré au régime général de l'Assurance maladie depuis 2020), vise à favoriser le recours à différentes aides sociales dans une logique de prévention de la perte d'autonomie des travailleurs indépendants, artisans et commerçants âgés de 60 à 79 ans. Déployé en 2015 dans une partie des caisses régionales du RSI, Pari se fonde sur une triple démarche : « ciblée », destinée à identifier les personnes les plus à risque ; « proactive », en sollicitant les personnes pour répondre à un auto-questionnaire portant sur leur situation économique et sociale, et leur état de santé ; et « globale », en proposant une prestation adaptée à partir d'un panier complet d'aides sociales légales et propres au RSI. Mesurer l'impact sur la perte d'autonomie des travailleurs indépendants (le développement de situations de fragilité ou de vulnérabilité et l'apparition de maladies chroniques) est complexe car les effets se déploient à plus long terme et impliquent de nombreux canaux de transmission. En conséquence, l'évaluation ne repose pas sur des résultats en santé, mais sur des indicateurs de processus – le recours aux soins ambulatoires et les dépenses totales de soins associées.

En comparant l'évolution des dépenses de soins ambulatoires avant et après la mise en œuvre de Pari entre les régions expérimentatrices et les autres, les résultats indiquent que les aides sociales permettent d'augmenter la demande de soins par un effet revenu des aides financières et par un effet prix qui diminue ou annule les frais à la charge des bénéficiaires. Il apparaît également que le *design* du programme encourage la consommation de soins, notamment à travers l'initiative d'« aller-vers », mais celle-ci est plus efficace lorsqu'elle est associée à une individualisation de l'offre.

La loi relative à l'Adaptation de la société au vieillissement (ASV), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016, repose sur deux principaux piliers : l'accompagnement des personnes âgées dépendantes et la prévention de la perte d'autonomie. Le premier pilier, lié notamment à la réforme de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa), a été au cœur des débats publics (Bozio *et al.*, 2016). Selon le rapport Libault (2019), cette loi a contribué à une augmentation

de 6,5 % de la dépense d'Apa à domicile entre 2015 et 2017. En revanche, l'engagement public envers le second pilier est moins évident, notamment en raison des multiples financeurs impliqués, dont la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam), les conseils départementaux et l'Etat. Ces derniers contribuent à différents types de dépenses (soins, dépendance, logement etc.), avec la collaboration de divers intervenants. De nombreuses initiatives en faveur des personnes

âgées fragiles ont ainsi été développées (Libault, 2019). Ce travail se concentre sur le Programme d'actions pour une retraite indépendante (Pari) lancé en 2015 par le Régime social des indépendants (ex-RSI, désormais intégré au régime général de l'Assurance maladie depuis 2020) dans une dizaine d'agences régionales expérimentatrices, et qui a nécessité la coor-

\* Auteur correspondant : auge@irdes.fr

### Le Programme d'actions pour une retraite indépendante (Pari)

Le Régime social des indépendants (ex-RSI, désormais intégré au régime général de l'Assurance maladie depuis 2020) a expérimenté le programme Pari en 2015 pour prévenir la perte d'autonomie. Il apparaît novateur dans la mesure où il ne s'inscrit pas dans les principes classiques de prévention liés à une pathologie. Il réalise une analyse complète de la situation de ses assurés pour les accompagner dans les différentes étapes de leur existence et répondre au risque de perte d'autonomie. Le déroulement de Pari est de deux ordres : (i) identifier les individus à besoin d'accompagnement, c'est-à-dire le ciblage. Il s'agit d'orienter les interventions vers les individus à risque de perte d'autonomie ; (ii) proposer à ceux qui ont répondu à un auto-questionnaire une offre correspondant à leurs besoins individuels.

#### La population de référence : les Pari 3

La sélection de la population de référence repose sur un processus en deux étapes. Tout d'abord, la population concernée par Pari est constituée d'individus de 60 à 79 ans, bénéficiaires santé du RSI (uniquement des assurés, pas des ayants droit), qui ont un nombre de trimestres cotisés majoritairement à ce régime. Les retraités des professions libérales étant pris en charge par une autre entité, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAV-PL), le programme Pari se limite aux professions d'artisans et commerçants, qu'il s'agisse de retraités, d'actifs ou de retraités actifs. Ensuite, chacun des assurés est classé en fonction d'un score de risque de perte d'autonomie élaboré par le RSI à partir des données issues de ses bases médico-administratives. Les variables utilisées pour calculer le score individuel de risque sont regroupées en trois grandes catégories :

- **Variables « individuelles »** : âge, activité (actif, retraité actif, retraité), et handicap (incapacité au travail et invalidité).
- **Variables « médicales »** : elles incluent les hospitalisations de plus de huit jours, au moins un acte infirmier ou de kinésithérapie, le nombre de prestations dentaires ou ophtalmologiques, la consommation de psychotropes, et les variations de consommation entre deux semestres. De plus, les situations d'Affections de longue durée (ALD) et les Indemnités journalières (IJ) sont prises en compte.
- **Variables « sociales »** : elles comprennent les prestations extralégales de l'Action sanitaire et sociale (ASS) du RSI, telles que les aides aux cotisations et contributions sociales personnelles, les aides financières, et l'aide pour la dépendance. Les prestations légales, basées sur des critères économiques et auxquelles tout résident français peut prétendre, sont également prises en compte. Elles englobent la Couverture maladie universelle (CMU), l'Allocation de solidarité des personnes âgées (Aspa), le Revenu de solidarité active (RSA) et l'exonération de la Contribution sociale généralisée (CSG)/Contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS).

Un algorithme créé à partir d'une méthodologie à dire d'expert croise ces variables pour obtenir un score de risque qui va de 1 à 4, fonction croissante du degré de risque de perte d'autonomie. Les individus ayant un score de 3 constituent la population cible de l'action (Sirven, 2017, pour plus de détails sur le ciblage et l'évaluation de cette méthodologie). Il est à noter que le programme ne se concentre pas sur les individus avec un score de 4 puisqu'ils sont déjà pris en charge étant donné leur risque avéré.

#### Déroulement de l'intervention

Dès lors que la population des Pari 3 est déterminée au niveau national, l'intervention se déroule en deux étapes. Premièrement, un auto-questionnaire est envoyé par courrier postal aux personnes identifiées en Pari 3, uniquement dans les dix caisses régionales expérimentatrices. L'auto-questionnaire informe les individus sur les objectifs du programme et sollicite leur accord pour y prendre part.

Il permet également d'obtenir des données plus détaillées concernant les aspects économiques, sociaux et de santé propres à chacun. Deuxièmement, les personnes qui auront retourné l'auto-questionnaire pourront bénéficier d'une offre sanitaire et sociale individualisée adaptée aux besoins exprimés. Les données recueillies permettent de compléter les données administratives du RSI. Celui-ci était fondé sur le principe de « guichet social unique » et disposait ainsi, en un seul et même organisme, des données liées à l'assurance maladie, à la maternité, la retraite, le décès, etc., une articulation stratégique pour cette prise en charge globale. Un algorithme va prédéterminer un parcours qui est ensuite soumis à une évaluation pouvant entraîner sa validation, sa modification ou son rejet par une cellule pluridisciplinaire composée de trois experts qui analysent les questionnaires en fonction de leur domaine de spécialisation : (i) un expert de l'ASS évalue les moyens financiers et les aides déjà demandées, puis formule des recommandations en conséquence ; (ii) le service de la CMU détermine si les individus qui n'en bénéficiaient pas pourraient être éligibles ; (iii) le service de santé, soit le médecin-conseil, a accès au questionnaire et aux informations médicales de la personne afin d'évaluer ses besoins médicaux (à savoir un bilan chez le médecin généraliste et/ou le dentiste). Dans les cas où la demande d'un assuré n'est pas clairement formulée, une Évaluation globale des besoins à domicile (EGBD) peut-être réalisée par un prestataire extérieur afin d'effectuer une analyse plus approfondie des besoins de la personne et de son environnement. De plus, des ateliers collectifs, tels que les ateliers collectifs du bien-vieillir, peuvent également être proposés. Le programme offre donc cinq parcours non exclusifs : un parcours ASS, un parcours CMU, un parcours Prévention, un parcours EGBD et un parcours Atelier. Les individus qui ne répondent pas à l'auto-questionnaire ne se voient pas proposer de parcours spécifiques dans le cadre de Pari. Cependant, ils ont la possibilité de bénéficier des aides légales et extra-légales en se présentant au guichet du RSI, comme tous les autres assurés.

Les services proposés par Pari se composent d'aides sanitaires et sociales. L'offre médicale associée au parcours Prévention correspond principalement à des actes de consultation médicale chez le médecin généraliste et le dentiste pour les bénéficiaires qui en ont besoin. Les honoraires de ces professionnels de santé sont directement pris en charge par la caisse du RSI. L'offre sociale, liée au parcours ASS, se déploie d'abord à travers les dispositifs légaux avant de s'étendre aux dispositifs extra-légaux. Les prestations extra-légales sont attribuées en complément des aides légales et rentrent dans le champ de l'ASS. Cette offre sociale permet de répondre à divers besoins individuels : poursuite d'activité, accès aux soins, pouvoir d'achat, aide pour lutter contre la précarité énergétique, maintien à domicile et maintien du lien social, participation à des ateliers (par exemple pour éviter les chutes, etc.). Le parcours CMU, comme indiqué préalablement, est proposé à l'individu s'il est éligible et qu'il n'en bénéficie pas. La figure p. 3 détaille l'offre sociale attribuée dans le cadre du programme Pari. A titre d'illustration, si un individu exprime un besoin lié à l'accès aux soins, l'expert en action sanitaire et sociale commencera par analyser sa situation financière pour déterminer si elle peut bénéficier des prestations prévues par le droit commun, telles que la CMU ou l'ACS. Ensuite, l'ASS interviendra en complément du droit commun en offrant, par exemple, un soutien financier pour couvrir les coûts non pris en charge.

Ce programme a ensuite été généralisé avec la mise en place d'un essai aléatoire contrôlé dans toute la France en 2017. Cependant, le 28 septembre 2017, le gouvernement a annoncé la fin du RSI dans son Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS). À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020, le RSI a été intégré au Régime général, ce qui a signé la fin du programme Pari (Augé et Sirven, 2024).

dination d'une multitude d'acteurs issus des domaines sanitaires et sociaux sur le territoire<sup>1</sup>.

L'objectif de ce programme était de prévenir le risque de perte d'autonomie des assurés du RSI, artisans et commerçants âgés de 60 à 79 ans. Afin d'améliorer son efficacité, le programme s'appuie sur une triple approche, ciblée, proactive et globale. En ciblant les personnes âgées confrontées à des risques économiques, sanitaires et sociaux, à l'aide d'un algorithme s'appuyant sur les données administratives disponibles, le programme réduit l'effet d'auto-sélection en ne s'adressant qu'aux personnes qui présentent des risques connus et préalablement définis (classées Pari 3, encadré p. 2). Ceci laisse, par ailleurs, espérer un impact plus fort du programme. Le RSI contacte ainsi directement les personnes cibles sans attendre qu'elles se présentent

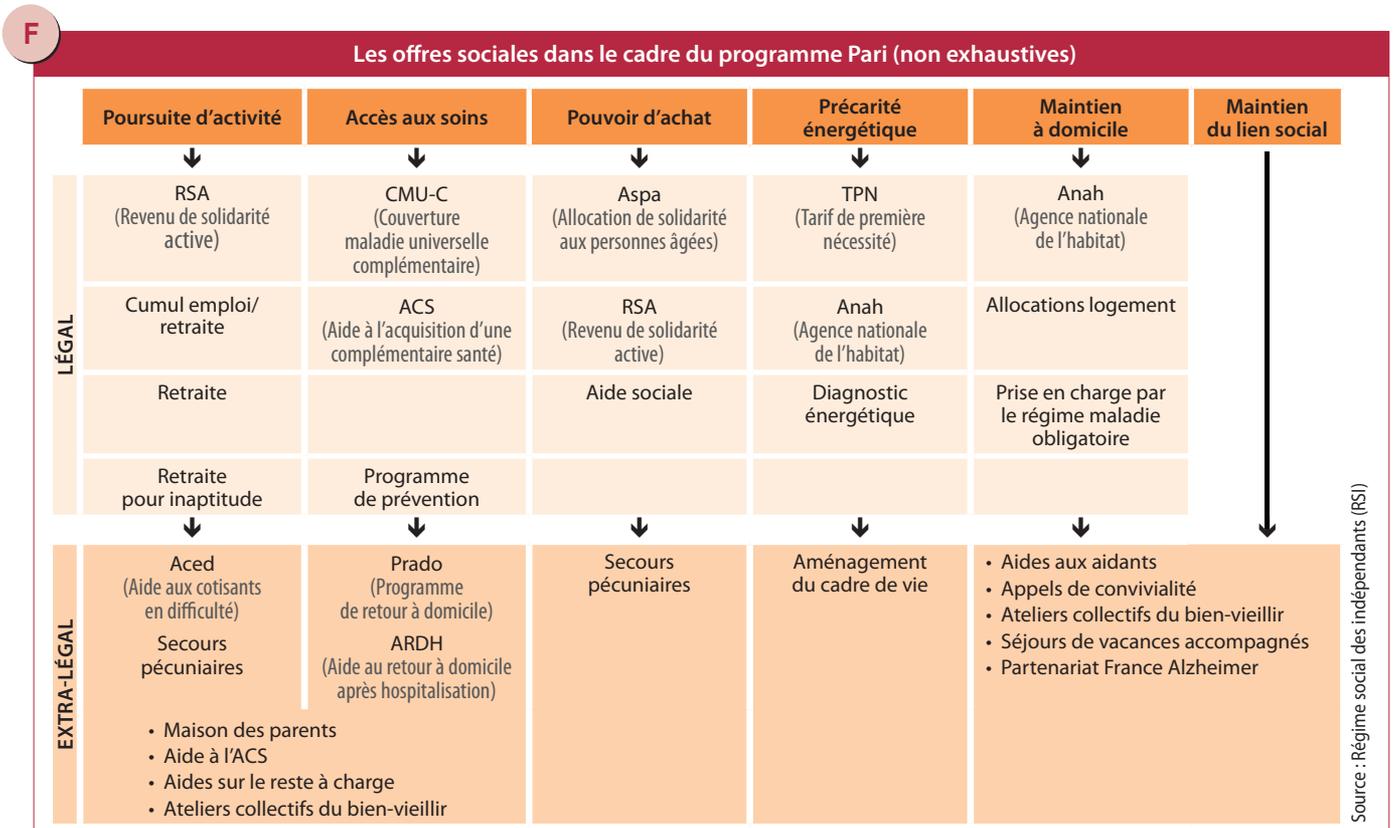
à son guichet. Cette approche proactive, appelée « aller-vers », vise à mobiliser celles qui n'ont pas recours aux aides auxquelles elles ont droit. Elle consiste à utiliser un auto-questionnaire pour simplifier les démarches administratives et réduire les coûts liés à la recherche et à la demande des prestations sociales disponibles. Enfin, le programme propose une approche globale (Lautman, 2013) qui repose sur une offre individualisée de l'ensemble des prestations sociales existantes (légales, c'est-à-dire auxquelles tout résident français peut prétendre, et celles propres au RSI).

Ce programme avait pour objectif de répondre aux besoins spécifiques des travailleurs indépendants. Ces derniers sont considérés comme une population en bonne santé en comparaison aux salariés, en raison d'un effet de sélection « travailleurs en bonne santé » (Rietveld *et al.*, 2015)<sup>2</sup>. Cependant, leur santé se détériore plus rapidement avec l'âge en raison

des conditions de travail plus difficiles (Augé, 2023), surtout pour les artisans et les commerçants (Crasset, 2022). Ainsi, leur consommation de soins se dessine en deux périodes. Ils consomment moins de soins par rapport aux autres catégories socioprofessionnelles durant les premières années de leur vie active en raison de leur meilleur état de santé initial. Il s'agit d'une période au cours de laquelle la charge de travail pèse sur le temps dédié aux soins. Leur consommation de soins augmente ensuite, en raison de la détérioration plus forte de leur santé avec l'âge et de la nécessité de se soigner pour maintenir leur pouvoir d'achat par le travail, pour finalement rattraper les niveaux de consommation des salariés au moment du passage à la retraite (Augé, 2023 ; Augé et Sirven, 2021). Les travailleurs indépendants ont généralement une demande de soins irrégulière, loin d'une approche axée sur la détection précoce des risques et la prévention. Ceci peut poser des problèmes au moment du passage à la retraite, où le soudain recours aux soins (effet de rattrapage) peut avoir des conséquences moins bénéfiques sur la santé que des soins réguliers tout au long de la vie. Dès lors apparaît un enjeu de santé publique : quelles incitations pourraient modifier les comportements de santé des travailleurs indépendants afin qu'ils recourent plus régulièrement au système de santé ?

<sup>1</sup> En France, la protection sociale est organisée en différents régimes obligatoires en fonction de la situation professionnelle de chaque assuré. Le Régime social des indépendants (RSI) s'adressait aux artisans et commerçants, à certaines professions libérales, et aux chefs d'entreprises. Mis en place en 2005, le RSI regroupait l'Assurance maladie, les pensions retraite, l'invalidité et le décès. Cependant, le 28 septembre 2017, le gouvernement a annoncé la fin du RSI, et à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020, il a été intégré au Régime général. Cette décision a également marqué la fin du programme Pari.

<sup>2</sup> L'effet de sélection s'expliquerait par le fait qu'une mauvaise santé : (i) réduirait les capacités à mener une activité professionnelle ; (ii) limiterait l'accès à un financement qui est essentiel pour débiter une activité commerciale ; et (iii) découragerait l'entrée dans le travail indépendant dans la mesure où le revenu dépend des capacités individuelles à mener une activité commerciale, et puisqu'il est particulièrement coûteux d'être assuré en tant que travailleur indépendant.



## Le programme Pari vise à améliorer le recours aux aides sociales des travailleurs indépendants

En 2015, le RSI a déployé le programme Pari pour prévenir le risque de perte d'autonomie de ses assurés. Ce programme ciblait les actifs ou retraités, artisans ou commerçants, âgés de 60 à 79 ans, qui étaient exposés à des risques économiques, sociaux et sanitaires. Le RSI avait l'avantage d'avoir l'accès à une variété d'informations grâce à son principe de « guichet social unique », regroupant ainsi les données sur l'assurance maladie, la maternité, la retraite, le décès, etc., au sein d'un seul et même organisme. Les travailleurs indépendants vulnérables ont ainsi été identifiés nationalement en 2014 en utilisant divers indicateurs issus des données administratives du RSI, couvrant les aspects individuels, médicaux et sociaux. Ils for-

ment la population de référence de cette étude, nommée Pari 3 et considérée à haut risque de perte d'autonomie à partir de ces critères (encadré Sources et méthode).

Une fois la population définie au niveau national, le programme s'est diffusé dans une dizaine de caisses régionales volontaires pour l'expérimenter. Elles représentaient 44 % de l'échantillon, soit 8 958 individus sur 20 328 classés en Pari 3 en 2014. Le reste de l'échantillon, soit 56 %, – représentant 11 370 individus sur 20 328 classés en Pari 3 –, a constitué le groupe de contrôle (groupe témoin ou caisses régionales non-expérimentatrices) [tableau 1]. Le programme se voulait proactif : les personnes éligibles (Pari 3) dans les dix caisses expérimentatrices ont reçu un courrier par voie postale expliquant les objectifs de Pari et accompagné d'un questionnaire auto-administré leur permettant d'exprimer leurs besoins spé-

cifiques tels que l'accès aux soins, le pouvoir d'achat, la précarité énergétique, le maintien à domicile et la cohésion sociale. Les personnes ayant retourné le questionnaire rempli étaient prises en compte pour le traitement. Celui-ci consistait en une offre individuelle « sur mesure », composée de différentes combinaisons de toutes les subventions sociales, légales ou extralégales, que le RSI était autorisé à fournir.

L'offre proposée dans le cadre de Pari peut se synthétiser en cinq parcours non exclusifs : un parcours Action sanitaire et sociale (ASS), un parcours Couverture maladie universelle (CMU), un parcours Prévention, un parcours Evaluation globale des besoins à domicile (EGBD) et un parcours Atelier (tels que les ateliers collectifs du bien-vieillir). Le parcours ASS est octroyé par un expert de l'ASS qui examine les moyens financiers et les aides déjà sollicitées, afin de fournir des

## SOURCES ET MÉTHODE

### Données

Les données utilisées proviennent des bases administratives du Régime social des indépendants (RSI) de gestion du programme Pari, de 2014 à 2016. L'échantillon se compose de 20 328 individus assurés au RSI, classés à risque de perte d'autonomie – Pari 3 – (encadré p. 2) en 2014, suivis en 2015 (au moment de l'intervention) et 2016. Le panel est cylindrique avec 60 984 observations sur l'ensemble de la période. Sur les 28 caisses régionales existant en France, 10 se sont portées volontaires pour expérimenter le programme (ce qui représente 8 958 individus classés en Pari 3 dans le groupe traité, soit 44 % de l'échantillon). Les 18 autres agences régionales forment le groupe de contrôle (11 370 individus, soit 56 % de l'échantillon).

### Méthode

Le cadre quasi expérimental du programme a permis de mobiliser des méthodes de doubles différences pour mesurer l'impact causal du programme Pari sur l'accès et le montant total consommé de soins ambulatoires (en euros). L'attribution du traitement reposait sur le volontariat des caisses régionales, ce qui a constitué deux groupes (un traité et un témoin). L'envoi de l'auto-questionnaire uniquement dans les dix caisses régionales qui se sont portées volontaires constitue le traitement. L'effet est ainsi mesuré en Intention de traité (ITT), c'est-à-dire porté par 38,6 % des individus en Pari 3 dans les caisses expérimentatrices qui ont retourné l'auto-questionnaire, puisque c'est l'effet de la proposition du programme sur l'utilisation des soins ambulatoires qui est évalué. L'effet du traitement est identifié en comparant les changements dans les tendances de différents indicateurs de

consommation de soins entre le groupe traité et le groupe de contrôle avant et après la mise en place du programme en 2015. Des modèles de panels avec des effets fixes individuels et temporels ont été considérés. Formellement, le modèle peut s'écrire :

$$y_{it} = \gamma_i T_i \times d_t + c_i + \delta d_t + \varepsilon_{it} \quad [1]$$

Où  $y_{it}$  représente la consommation de soins ambulatoires de l'individu  $i$  au temps  $t$ . La matrice  $d_t$  capture l'effet fixe temporel par le paramètre  $\delta$  et le terme  $c_i$  est l'effet fixe individuel. Le croisement entre l'effet fixe temporel  $d_t$  et la dummy traitement  $T_i$  -  $\gamma_i T_i \times d_t$  - mesure l'effet du traitement Pari grâce à la valeur du paramètre  $\gamma$  entre 2015 et 2016 sous l'hypothèse fondamentale de tendances parallèles avant la mise en place du traitement.

L'estimation de l'équation 1 a été réalisée pour mesurer deux aspects : la probabilité de recourir aux soins et la probabilité de dépasser différents seuils de dépenses ambulatoires. Les seuils ont été définis par des valeurs symboliques de la distribution des dépenses ambulatoires, dont les percentiles (exemple : 10 euros, 20 euros, 50 euros, 100 euros, etc.). En comparant les différentes estimations aux différents seuils, l'objectif est d'identifier si l'impact causal du programme Pari est davantage attribuable au patient pour les seuils bas (recours) ou plutôt au médecin pour des seuils plus élevés (montant). De plus, afin de détecter un éventuel effet lié à la modification de la composition des soins à des niveaux de dépenses spécifiques (attribuable principalement au médecin), l'analyse examinera en détail les différents postes de dépenses ambulatoires, tels que les consultations chez le médecin généraliste, le spécialiste, le dentiste, l'infirmier, le kinésithérapeute, les autres auxi-

liaires, la biologie, la pharmacie, le matériel médical, l'optique, les prothèses et les transports. Des modèles de probabilité linéaires appliqués aux variables dépendantes binaires (recours aux soins et différents seuils de dépenses ambulatoires), avec des effets fixes individuels et temporels, ont été utilisés (Augé et Sirven, 2024).

La diversité des parcours d'accompagnement offerts par le programme Pari, notamment les parcours Action sanitaire et sociale (ASS), Couverture maladie universelle (CMU) et Prévention, a également été analysée. Elle est cruciale pour vérifier les hypothèses relatives aux effets prix (illustrés par les parcours prévention et CMU) et revenu (illustrés par le parcours ASS) en tant que canaux de transmission de l'effet Pari. Un parcours spécifique – envoi de l'auto-questionnaire (non suivi d'une réponse) – a également été examiné. Dans cette situation, le parcours se résume à l'envoi d'une simple notification informant l'individu du risque potentiel auquel il est exposé ; théoriquement, cela pourrait influencer le comportement de soins de l'individu. Des méthodes de différence de différences synthétiques ont été employées pour réduire tout potentiel biais de sélection, en particulier lié à la réponse à l'auto-questionnaire. Cette approche spécifique combine les avantages de la méthode de contrôle synthétique et de la méthode des doubles différences en recalibrant et en appariant les tendances préalables au traitement pour corriger le biais induit par des variables non observées et fixes dans le temps (l'absence de tendances parallèles) lors de l'évaluation de l'effet moyen de Pari sur les personnes traitées (ATT, *Average treatment effect on the treated*).

T1

Échantillon des individus éligibles (classés en Pari 3)



Ce travail s'inscrit dans le projet Pari (Programme d'actions pour une retraite indépendante) mené à l'Irdes et financé par le Régime social des indépendants (ex-RSI, désormais intégré au régime général de l'Assurance maladie depuis 2020). Les auteurs remercient les membres du RSI qui ont contribué à la mise en œuvre et à l'accompagnement de ce projet, en particulier Antoinette Salama, Frédéric Bergounioux et Jean-Xavier Pietri. Une partie de ce travail a été publiée dans la revue *Economie et Statistique*, en français et en anglais : Augé E., Sirven N. (2024). « L'impact d'un programme social sur la consommation de soins des travailleurs indépendants âgés en France » / "The Impact of a Social Programme on the Healthcare Consumption of Elderly Self-Employed Workers in France". *Economie et Statistique*, 542(1), 81-100.

Caisses expérimentatrices Pari				Caisses non-expérimentatrices			
Caisse régionale	Nombre d'individus	%	Nombre de participants	%	Caisse régionale	Nombre d'individus	%
1. Alpes	843	9,41	274	32,50	1. Alsace	379	3,33
2. Auvergne	824	9,20	361	43,81	2. Antilles-Guyane	119	1,05
3. Bretagne	1 194	13,33	440	36,85	3. Aquitaine	1 552	13,65
4. Corse	195	2,18	91	46,67	4. Basse-Normandie	534	4,70
5. Languedoc-Roussillon	1 360	15,18	512	37,65	5. Bourgogne	722	6,35
6. Limousin	388	4,33	234	60,31	6. Centre	774	6,81
7. Midi-Pyrénées	1 072	11,97	324	30,22	7. Champagne-Ardenne	291	2,56
8. Nord-Pas-de-Calais	1 215	13,56	516	42,47	8. Côte d'Azur	974	8,57
9. Pays de Loire	1 137	12,69	430	37,82	9. Franche-Comté	428	3,76
10. Poitou-Charentes	730	8,15	276	37,81	10. Haute-Normandie	549	4,83
					11. Île-de-France-Centre	664	5,84
					12. Île-de-France-Est	585	5,15
					13. Île-de-France-Ouest	474	4,17
					14. Lorraine	675	5,94
					15. Picardie	526	4,63
					16. Provence-Alpes	961	8,45
					17. Rhône	1 093	9,61
					18. Réunion	70	0,62
<b>Sous-Total</b>	<b>8 958</b>	<b>100</b>	<b>3 458</b>	<b>38,60</b>		<b>11 370</b>	<b>100</b>
<b>Total</b>		<b>44,07</b>					<b>55,93</b>

Note : Nombre de participants = nombre d'individus ayant retourné le questionnaire Pari.

Source : Pari (2014-2016)

[Télécharger les données](#)

mentatrices) avant et après l'introduction du programme en 2015 sur la période de 2014 à 2016 (encadré Sources et méthode p. 4).

**Les aides sociales permettent de rendre les soins plus abordables pour ceux qui en ont le plus besoin**

aides sociales légales et extra-légales en fonction des besoins spécifiques exprimés dans l'auto-questionnaire. Si une personne est éligible à la CMU mais ne bénéficie pas de ses avantages, le parcours CMU lui est proposé. Le parcours Prévention est octroyé par le service santé du RSI qui évalue les besoins médicaux et fournit des « bons » pour une consultation médicale chez le dentiste ou le médecin généraliste (les honoraires de ces professionnels sont ainsi directement pris en charge par le RSI). Si la situation d'une personne n'est pas clairement formulée, le parcours EGBD est attribué pour une analyse plus approfondie de ses besoins et de son environnement par un prestataire extérieur. 49,6 % des participants ont bénéficié d'un parcours santé, 40,1 % d'un parcours ASS, 21,9 % d'un parcours EGBD, 12,0 % d'un parcours CMU, et 5,5 % d'un parcours Atelier. Il est important de rappeler que ces parcours ne sont pas exclusifs (encadré p. 2).

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact du programme Pari sur le recours aux soins ambulatoires (c'est-à-dire la probabilité d'une consommation de soins positive) et le montant total consommé des soins ambulatoires (en euros). Cette évaluation permet également de déterminer quels mécanismes peuvent être

mis en place pour modifier les comportements de santé des travailleurs indépendants âgés et vulnérables. L'hypothèse centrale est que les aides sociales incitent à consommer des biens et services médicaux. Deux canaux de transmission, liés aux incitations financières, ont été identifiés et testés : l'effet « prix » qui réduit ou annule la participation financière des individus grâce à une meilleure couverture complémentaire (*via*, notamment, la CMU) et les bons pour une consultation chez un médecin généraliste ou un dentiste directement réglés par la caisse de l'assuré ; et l'effet revenu, qui encourage la demande de soins en soutenant financièrement les assurés confrontés à des difficultés financières ponctuelles ou à des dépenses importantes imprévues. Enfin, la capacité du *design* de Pari à modifier les comportements de santé a aussi été étudiée en isolant l'effet d'information lié à l'envoi de l'auto-questionnaire – la démarche d'« aller-vers » – de l'approche personnalisée du programme.

Les conditions quasi expérimentales<sup>3</sup> de Pari ont permis de mesurer son impact en comparant l'évolution des tendances de recours aux soins et des dépenses de santé ambulatoires (en euros) entre le groupe traité (dix caisses expérimentatrices) et le groupe contrôle (les 18 caisses non-expéri-

L'offre individualisée proposée pour les travailleurs indépendants « traités » par le programme Pari laisse envisager un effet sur leurs comportements de santé spécifiques. Selon la théorie économique, deux mécanismes principaux pourraient encourager la demande de soins médicaux. Le premier mécanisme attendu, appelé effet prix, implique une amélioration de la couverture complémentaire à travers des aides comme l'ACS et la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) [le parcours CMU<sup>4</sup>], ainsi que des bons pour une consultation chez le médecin généraliste ou le dentiste (le parcours Prévention), et permet de réduire ou d'annuler la participation financière des personnes. Dans un système où la complémentaire santé est facultative pour les travailleurs indépendants et dont l'absence peut les exposer à

<sup>3</sup> L'évaluation du programme Pari se fait dans un cadre quasi expérimental puisque les caisses régionales du RSI ont participé au programme, ou non, sur la base du volontariat. Les caisses volontaires forment le groupe de traités et les autres (non volontaires) forment le groupe de contrôle ; une situation différente d'un cadre expérimental où l'affectation au groupe de traités ou de contrôle se fait à partir d'une répartition aléatoire.

<sup>4</sup> L'ACS et la CMU sont regroupées depuis 2019 dans le dispositif Complémentaire santé solidaire (CSS).

de forts risques financiers, ce mécanisme devrait encourager la demande de soins. Il est à noter qu'en 2014, 78 % des travailleurs indépendants étaient couverts par une complémentaire santé individuelle, 12 % par une couverture complémentaire santé d'entreprise, 4 % par la CMU-C et 6 % étaient non couverts (Fouquet, 2020). Le second mécanisme pouvant induire une hausse de la demande de soins est l'effet revenu. Celui-ci passerait par les subventions sociales versées, telles que les secours pécuniaires pour soutenir les ressortissants confrontés à des problèmes financiers ponctuels ou à des dépenses importantes et imprévues, les allocations logement, etc. (le parcours ASS). La littérature montre qu'en plus d'augmenter la quantité de soins consommés, l'effet revenu peut modifier la structure des soins consommés au profit d'un meilleur parcours de soins. À titre d'exemple, des études menées par Rapp *et al.*, (2015) en France et Costa-Font *et al.* (2018) en Espagne montrent que des aides sociales diminuent le recours aux urgences.

### Les bénéficiaires du programme Pari maintiennent un lien avec le système de santé

Les dépenses de santé évoluent de trois manières principales sur la période de 2014 à 2016 (graphique) : (i) elles baissent pour les deux groupes (traité et contrôle), ce qui suggère que les personnes incluses dans le programme sont ciblées nationalement sur des soins aigus en 2014, certainement au moment du phénomène de rattrapage, de sorte que leur consommation de soins diminue après cet épisode aigu ; (ii) avant le traitement en 2015, les deux groupes suivent des trajectoires similaires (avec des tendances parallèles), ce qui indique que sans traitement en 2015, le groupe traité aurait suivi la même tendance de consommation de soins que le groupe contrôle, confirmant ainsi la validité de l'approche analytique (encadré Sources et méthode p. 4); et (iii) après le traitement, une différence s'observe dans la réduction des dépenses de soins, avec une diminution moins importante pour le groupe ayant bénéficié du traitement par rapport au groupe témoin. Ce dernier constat suggère que les personnes traitées maintiennent un contact plus régulier avec le système de santé.

### Le programme Pari modifie la composition du panier de soins

L'impact de Pari sur la consommation de soins ambulatoires chez les artisans et les commerçants suggère un effet d'amélioration de l'accès aux soins et une modification de la structure des postes de consommation de soins. Une analyse plus fine par poste de dépenses montre que l'effet causal du programme Pari se concentre sur l'augmentation du recours au médecin généraliste, à la pharmacie et au matériel médical (tableau 2), des postes de dépenses potentiellement liés à la prévention ou à la compensation de la perte d'autonomie. Cette modification dans la manière dont les soins sont utilisés suggère que Pari a pu améliorer la réponse aux besoins de santé.

### Un effet bénéfique du médecin généraliste sur la prévention et le suivi des personnes fragiles

Las analyses ont également permis d'explorer la question de l'impact du médecin généraliste qui, lors des visites médicales, peut modifier le montant et le type de soins ambulatoires consommés (tableau 2). Deux effets distincts s'observent. D'abord, les visites médicales semblent avoir un effet de prévention primaire en mettant les patients en contact avec le système de

santé. Cela se traduit par une augmentation des dépenses de pharmacie comprises entre 10 et 150 euros, indiquant que le programme semble avoir touché des personnes vulnérables. La littérature associe souvent les consommations de pharmacie à la fragilité des personnes âgées, bien qu'elles puissent également être négativement liées en raison de la polymédication. Ensuite, un effet de prévention secondaire, voire tertiaire, est observé pour les dépenses de biologie et de prothèses, autour de 600 euros, et pour des dépenses de pharmacie et de prothèses, autour de 1 500 euros. Ces résultats suggèrent que les médecins généralistes, grâce au programme Pari, ont pu jouer un rôle bénéfique dans le suivi des personnes chez qui des fragilités et des maladies chroniques ont été identifiées.

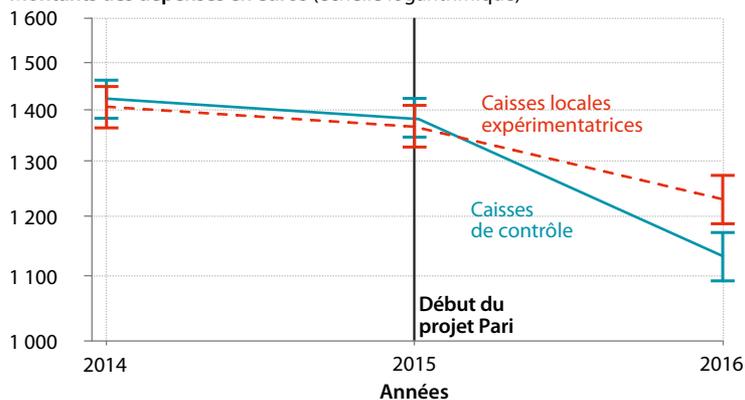
### Les aides sociales et la manière dont elles sont proposées encouragent la consommation de soins

Afin que les résultats issus de l'évaluation de Pari puissent être étendus à d'autres populations que les travailleurs indépendants, il est nécessaire de comprendre comment le programme agit sur l'utilisation des biens et services médicaux. Trois mécanismes mis en œuvre par Pari ont été étudiés : (i) l'envoi de l'auto-questionnaire qui offre, notamment, de l'information

G

### Évolution des dépenses ambulatoires des individus éligibles (classés Pari 3)

Montants des dépenses en euros (échelle logarithmique)



**Note :** Ce graphique représente les changements dans les tendances des dépenses ambulatoires des individus éligibles classés Pari 3 (en logarithme des dépenses + 1 retransformé en euros pour prendre en compte ceux qui ne consomment pas de soins). Avant la mise en place du programme Pari en 2015, les tendances de consommation de soins sont similaires entre les caisses expérimentatrices traitées (ligne rouge) et contrôles (ligne bleue), ce qui indique que les caisses expérimentatrices se comporteraient comme les contrôles si elles n'avaient pas été traitées. Après 2015, les aides sociales prévues par Pari permettent de maintenir un lien avec le système de santé, avec une décroissance moins importante des dépenses de santé que les caisses non-expérimentatrices.

Source : Pari (2014-2016)

T2

Impact (ITT) du programme Pari sur les dépenses ambulatoires

		Total	Médecin généraliste	Médecin spécialiste	Dentiste	Infirmier	Kinésithérapeute	Autre auxiliaire	Biologie	Pharmacie	Matériel	Optique	Prothèse	Transport
<b>Impact sur le recours</b>		0,011***	0,009**	0,006	0,000	0,010	0,004	0,002	0,006	0,013***	0,017**	0,002	0,007	0,013*
Montant des seuils	Percentile (1)													
10 €	2,5 %	0,011***	0,009**	0,004	0,001	0,007	0,005	0,002	0,007	0,012***	0,013	0,000	0,006	0,012*
20 €		0,013***	0,007	0,010	0,005	-0,003	0,003	0,001	0,004	0,011***	0,011	0,001	0,006	0,011
35 €	3 %	0,013***	0,002	0,009	0,005	0,004	0,002	0,000	0,008	0,013***	0,009	-0,001**	0,008	0,011
50 €		0,013***	0,003	0,000	0,007	0,004	0,001	0,001	0,008	0,014***	0,009	-0,001**	0,006	0,009
85 €	4 %	0,012***	0,007	-0,004	0,004	0,008	-0,003	0,003	0,012	0,011**	0,007	-0,000	0,006	0,006
100 €		0,010***	0,001	-0,008	0,003	0,009	-0,001	0,003	0,012	0,009**	0,004	-0,000	0,005	0,007
130 €	5 %	0,011***	-0,001	-0,001	-0,001	0,012**	0,003	0,003	0,010	0,009**	0,005	-0,000	0,008*	0,009
150 €		0,008**	-0,005	0,002	-0,001	0,010**	0,005	0,001	0,007	0,009*	0,003	-0,000	0,004	0,009
200 €		0,004	-0,004	-0,002	-0,000	0,010**	0,005	-0,000	0,002	0,010**	0,002	-	0,003	0,011*
250 €		0,004	-0,005	-0,004	-0,001	0,007*	0,003	0,001	0,002	0,007	0,002	-	0,003	0,011**
300 €	10 %	0,005	-0,003	-0,004	-0,003	0,007*	0,003	0,001	0,004	0,008	0,004	-	0,003	0,009*
600 €	20 %	0,013**	-0,001	-0,002	0,001	0,005	0,005	0,001	0,008**	0,000	0,001	-	0,004**	0,008*
900 €	30 %	0,008	-0,001*	-0,001	0,001	0,003	0,001	0,002	0,005*	-0,001	0,001	-	0,002	0,003
1 200 €	40 %	0,003	-0,001*	-0,000	0,000	0,002	0,001	0,003**	0,001	0,013**	0,001	-	0,002**	0,001
1 500 €	50 %	0,011	0,000	-0,000	0,000	0,002	0,002	0,001	0,002	0,012**	0,001	-	0,002**	0,000
2 000 €	60 %	0,015**	0,000	0,000	0,000	0,002	0,004**	0,001	0,000	0,003	0,001	-	0,001*	-0,001
2 600 €	70 %	0,011*	0,000	-0,000	0,000**	0,001	0,003**	0,001	0,000	0,005	-0,000	-	0,001	0,001
3 700 €	80 %	0,011**	-	-0,000	0,000*	-0,001	0,000	0,000	-0,001	0,004	0,001	-	0,001	-0,001
6 500 €	90 %	0,004	-	-	-	-0,001	0,000	-0,000	-0,000	0,002	-0,001	-	0,000	0,001
10 000 €	95 %	0,002	-	-	-	-0,001	0,000	0,000	-0,000	0,002	-0,000	-	0,000	-0,001
26 000 €	99 %	0,000	-	-	-	-0,000	-	-	-	-0,000	-0,000	-	-	0,001

**Note :** Ce tableau mesure l'impact du programme Pari sur les dépenses ambulatoires et par poste (médecin généraliste, spécialiste, dentiste, etc.). La première ligne mesure l'impact sur le recours aux soins ambulatoires, c'est-à-dire la probabilité d'avoir une consommation de soins positive. Les lignes suivantes mesurent la probabilité de dépasser différents seuils de dépenses ambulatoires (10 €, 20 €, 35 €, etc.). (1) représente la valeur du percentile le plus proche pour l'ensemble de la distribution des dépenses de santé, zéros inclus. Pour rappel : l'effet causal de Pari est attribué au patient pour des faibles valeurs de seuils (recours) et au médecin pour des valeurs plus élevées. Chaque cellule du tableau correspond à un modèle de panel à effets fixes en probabilité linéaire. L'ensemble de la population de 60 984 individus a été considérée pour les estimations.

**Lecture :** La lecture du tableau se fait en colonne. La colonne « Total » relative à la mesure de l'impact du programme Pari sur l'ensemble des dépenses ambulatoires indique que le programme a permis d'augmenter le recours aux soins ambulatoires (coefficient de 0,011 significatif à 0,01 %) sur la première ligne. Dans le détail, le programme a permis d'augmenter les dépenses de soins ambulatoires pour des montants compris entre 10 € et 150 € – un effet recours aux soins émanant du patient. Il a également permis d'augmenter la probabilité d'avoir des dépenses de santé supérieures à 600 €, 2 000 € et 3 700 € – un effet certainement lié au médecin qui modifie le type et le montant total consommé de soins ambulatoires.

**Légende :** \* p<.1, \*\* p<.05, \*\*\* p<.01. **Source :** Pari (2014-2016)

[Télécharger les données](#)

T3

Impact (ITT) du programme Pari sur les dépenses ambulatoires - Type de parcours

		Parcours Action sanitaire et sociale (ASS)	Parcours Couverture maladie universelle (CMU)	Parcours Prévention	Plus d'un parcours	Envoi de l'auto-questionnaire (1)
<b>Impact sur le recours</b>		0,020***	0,020***	0,023***	0,022***	0,006***
Montant des seuils	Percentile (2)					
10 €	2,5 %	0,020***	0,020***	0,023***	0,021***	0,006***
20 €		0,021***	0,020***	0,023***	0,018***	0,007***
35 €	3 %	0,027***	0,021***	0,025***	0,020***	0,008***
50 €		0,029***	0,021***	0,028***	0,022***	0,008***
85 €	4 %	0,028***	0,057***	0,019***	0,023***	0,007***
100 €		0,027***	0,056***	0,018***	0,020***	0,006**
130 €	5 %	0,027***	0,044***	0,019***	0,020***	0,007**
150 €		0,031***	0,043***	0,016**	0,019***	0,007**
200 €		0,029***	0,022**	0,017***	0,017***	-0,001
250 €		0,027**	0,029***	0,015**	0,019***	-0,001
300 €	10 %	0,032***	-0,004	0,023***	0,022***	-0,001
600 €	20 %	0,045***	-0,003	0,003	0,024**	0,006
900 €	30 %	0,029**	0,002	0,014	0,029***	0,004
1 200 €	40 %	0,011	0,038	0,011	0,024***	-0,005
1 500 €	50 %	0,031**	0,015	0,011	0,016**	0,004
2 000 €	60 %	0,040***	0,008	0,022	0,018**	0,011***
2 600 €	70 %	0,011	0,069***	0,015	0,021**	0,011***
3 700 €	80 %	0,018	0,031	0,01	0,030***	0,006*
6 500 €	90 %	0,011	0,03	0,019**	0,010	-0,000
10 000 €	95 %	0,016*	0,032	0,005	0,003	0,002*
26 000 €	99 %	0,004	-0,001	0,002	-0,001	0,000
Nombre de traités par an		458	56	582	1 319	6 126
Nombre de contrôles par an		11 370	11 370	11 370	11 370	11 370
Nombre total d'observations par an		11 828	11 426	11 952	12 689	17 497

**Note :** Ce tableau mesure l'impact du programme Pari sur les dépenses ambulatoires par type de parcours ASS, CMU, Prévention, Plus d'un parcours et envoi de l'auto-questionnaire. (1) Le parcours envoi du questionnaire correspond à tous les individus : (i) qui ont reçu l'auto-questionnaire, mais qui n'y ont pas répondu (ii) qui ont répondu à l'auto-questionnaire, mais qui n'ont pas eu de parcours proposés. Les parcours Auto-questionnaire, ASS, CMU et Prévention sont exclusifs. La première ligne mesure l'impact sur le recours aux soins ambulatoires, c'est-à-dire la probabilité d'avoir une consommation de soins positive. Les lignes suivantes mesurent la probabilité de dépasser différents seuils de dépenses ambulatoires (10 €, 20 €, 35 €, etc.). (2) Valeur du percentile le plus proche pour l'ensemble de la distribution des dépenses de santé, zéros inclus. Chaque cellule du tableau correspond à un modèle de panel à effets fixes en probabilité linéaire.

**Lecture :** La lecture du tableau se fait en colonne. La colonne ASS relative à l'impact du parcours ASS sur la consommation de soins ambulatoires montre que ce parcours a permis d'augmenter le recours aux soins ambulatoires (coef de 0,020 significatif à 0,01 % sur la première ligne). Dans le détail, le parcours ASS a permis d'augmenter la probabilité de consommer des soins d'un montant allant de 10 € à 900 €. Notons que ce parcours a également permis de consommer des niveaux élevés de soins ambulatoires, en particulier supérieurs à 1 500 et 2 000 €.

**Légende :** \* p<.1, \*\* p<.05, \*\*\* p<.01.

**Source :** Pari (2014-2016)

[Télécharger les données](#)

aux personnes ciblées (parcours envoi de l'auto-questionnaire) ; (ii) l'effet prix *via* une meilleure complémentaire santé (parcours CMU) et des bons pour une consultation chez le médecin généraliste et le dentiste (parcours Prévention) ; (iii) l'effet revenu *via* un soutien financier pour ceux qui éprouvent des difficultés soudaines (parcours ASS).

Le tableau 3 compare l'effet moyen de Pari en fonction des différents parcours d'accompagnement suivis de manière exclusive. Les résultats montrent que chaque parcours améliore le recours aux soins ambulatoires. Même si l'envoi de l'auto-questionnaire a un effet moins important que les autres parcours, il contribue à améliorer le recours aux soins. Le simple fait de recevoir des informations sur le programme a pu encourager de leur propre chef les personnes à chercher un contact avec le système de santé. Toutefois, l'efficacité est plus marquée lorsque le courrier est combiné à une offre personnalisée suivie, notamment, par les parcours Prévention, CMU et ASS. L'assistance individualisée prévue par le programme Pari a ainsi pu influencer les choix des individus en rendant le programme Pari plus attractif. Ces résultats confirment que ce programme permet de rendre les soins plus accessibles aux personnes en ayant le plus besoin (amélioration des probabilités de recours) et de mieux répondre aux besoins de soins, puisque l'effet sur les dépenses ambulatoires apparaît significatif pour des niveaux élevés de dépense ambulatoire (par exemple, autour de 2 000 euros pour le parcours ASS).

\* \* \*

L'objectif du Programme d'actions pour une retraite indépendante (Pari) lancé en 2015 est de proposer une triple démarche, ciblée, proactive et globale, visant à favoriser le recours aux soins des artisans et commerçants âgés de 60 à 79 ans, dans une logique de prévention de la perte d'autonomie. Les résultats indiquent que le programme Pari a permis d'augmenter le recours aux soins. Dans le détail, ce supplément de consommation de soins pour le groupe de traités correspond à la fois à un accès aux soins supérieur (la probabilité d'avoir une consommation de soins positive augmente) et un effet

levier du médecin généraliste qui modifie le montant total et la structure des soins ambulatoires consommés – à la fois plus de matériel médical et de pharmacie, potentiellement liés à la prévention et à la compensation de la perte d'autonomie.

Les stratégies fondées sur des démarches combinant à la fois ciblage, « aller-vers » et individualisation de l'offre semblent être des exemples prometteurs parmi les programmes de prévention de la perte d'autonomie tels qu'envisagés dans le cadre de la loi ASV de 2016. Elles s'inscrivent dans une logique visant à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées vulnérables et de recours plus régulier au système de soins. L'aspect novateur réside dans la collaboration entre différents acteurs des secteurs sanitaires et sociaux qui croisent leurs données et leurs compétences. Le RSI avait la particularité d'être fondé sur le principe de guichet social unique, c'est-à-dire qu'il centralisait en un seul et même organisme les cotisations et contributions personnelles liées à l'assurance maladie, la maternité, l'invalidité, au décès, à la retraite, etc. Il s'agit d'une articulation stratégique pour répondre de manière globale aux besoins spécifiques de chaque individu, ici les travailleurs indépendants, et qui pourrait être généralisée à la population dans son ensemble.

Les mécanismes par lesquels les aides sociales permettent d'améliorer la consommation de soins peuvent également être éclairés dans cette étude. Dans l'objectif de rendre les soins plus abordables pour ceux qui en ont le plus besoin, deux mécanismes se distinguent : (i) l'effet revenu au travers des diverses aides pécuniaires proposées ; (ii) l'effet prix de la couverture complémentaire. Le *design* du programme a également permis d'améliorer son efficacité. L'« aller-vers » améliore l'utilisation des biens et services médicaux, mais cette approche nécessite d'être accompagnée d'une assistance personnalisée pour être plus efficace.

Aujourd'hui, l'Assurance maladie développe des démarches d'« aller-vers » pour ses bénéficiaires (y compris les travailleurs indépendants à présent), telles que les Missions accompagnement santé (Misas), ce qui ouvre la possibilité de nouvelles évaluations pour corroborer les connaissances acquises de l'expérience Pari dans la construction de nouvelles politiques publiques. Cette expérience met en évidence le bénéfice de croiser les données en provenance des services sanitaires et sociaux pour élaborer des politiques de santé publique efficaces. ♦

## POUR EN SAVOIR PLUS

- Augé E., Sirven N. (2024). « L'impact d'un programme social sur la consommation de soins des travailleurs indépendants âgés en France ». *Economie et Statistique*, 542, 2024/05, 79–98.
- Augé E. (2023). *Travail indépendant, conditions de travail et santé en Europe : une approche par les systèmes de protection sociale* (No. DT90 Classification-C31, C36, I14).
- Augé E., Sirven N. (2021). "Must-Trade and Catch-Up? – Do the Self-Employed Under-Invest in Their Health?". *Economie et Statistique*, n° 49, p.524-525.
- Bozio A., Gramain A., Martin C., Masson A. (2016). « Quelles politiques publiques pour la dépendance ? ». *Notes du conseil d'analyse économique*, n° 8, p. 1-12.
- Costa-Font J., Jimenez-Martin S., Vilaplana C. (2018). « Does Long-term Care Subsidization Reduce Hospital Admissions and Utilization? ». *Journal of Health Economics*, n° 58, p. 43-66.
- Crasset O. (2022). *La Santé des artisans : de l'acharnement au travail au souci de soi*. Presses universitaires de Rennes.
- Fouquet, M. (2020). « Une hausse modérée de la couverture de la population après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise ». *Drees, Études et Résultats*, n° 1166.
- Lautman A. (2013). Préface. Dans : François Béland éd., *La fragilité des personnes âgées : définitions, controverses et perspectives d'action* (p. 5-6). France : Presses de l'EHESP.
- Libault D. (2019). *Concertation : grand âge et autonomie*. Ministère des Solidarités et de la Santé.
- Rapp T., Chauvin P., Sirven N. (2015). "Are Public Subsidies Effective to Reduce Emergency Care? Evidence from the PLASA Study". *Social Science & Medicine*, n°138, p. 31-37.
- Rietveld C. A., Van Kippersluis H., Thurik A. R. (2015). "Self-employment and Health: Barriers or Benefits?". *Health Economics*, 24(10), p. 1302-1313.
- Sirven N. (2017). « Une première étape de l'évaluation du projet Pari du Régime social des indépendants (RSI) : est-il possible de repérer le risque de fragilité chez les personnes âgées à partir de données administratives ? ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 224. Mars.