

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

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/194-vers-un-systeme-d-information-sur-le-cout-des-soins-les-remboursements-des-couvertures-obligatoire-et-complementaire-et-les-restes-a-charge-reels-des-menages.pdf>

Vers un système d'information sur le coût des soins, les remboursements des couvertures obligatoire et complémentaire, et les restes à charge réels des ménages

Bilan et perspectives du projet Monaco

Paul Dourgnon, Isabelle Evrard, Stéphanie Guillaume (Irdes)

Le projet Monaco (Méthodes, outils et normes pour la mise en commun des données des assurances complémentaire et obligatoire) représente une première étape visant à mettre en place un système d'information qui permette d'améliorer la connaissance des restes à charge des assurés après remboursements par l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et l'Assurance maladie complémentaire (AMC). Il s'agit d'un test sur la possibilité technique d'associer des données individuelles issues de l'Assurance maladie et des organismes de couverture complémentaire s'appuyant sur le dispositif de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS). Monaco rassemble les principales caisses d'assurance maladie et dix organismes de couverture complémentaire sous l'égide de l'Institut des données de santé (IDS).

Après avoir décrit la méthodologie de cet appariement, nous présentons un premier bilan technique et les perspectives de recherche qui pourraient s'ouvrir grâce à ce nouvel outil.

En France, la régulation de la demande de soins ambulatoires est basée sur le partage des coûts. L'assurance publique rembourse une partie de la dépense de soins remboursables. Le reste, ticket modérateur et dépassement éventuel, est à la charge du patient ou de son assurance complémentaire, s'il en possède une. La complémentaire santé représentait en 2011 13,7 % de la consommation de soins et de biens médi-

caux. Les études du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam) montrent une légère augmentation de la part des dépenses d'assurance complémentaire dans la consommation de soins et de biens médicaux depuis le début des années 2000 (12,4 % en 2000, 13 % en 2005 puis 13,7 % en 2011), mais surtout une très grande dispersion des restes à charge après remboursements de l'assurance maladie obligatoire, y compris

parmi les bénéficiaires d'exonérations au titre de l'Affection de longue durée (ALD) [Hcaam, 2013]. Quant à la distribution, la répartition sociale, l'évolution des remboursements complémentaires et des restes à charge après complémentaire, elles restent à ce jour peu documentées en raison de l'absence de données de remboursement des assureurs complémentaires dans les systèmes d'information nationaux.

Des connaissances encore lacunaires sur le partage assurance obligatoire - complémentaire et le reste à charge réellement supporté par les ménages

Le projet Monaco (Méthodes, outils et normes pour la mise en commun des données des assurances complémentaire et obli-

gatoire) représente une première étape pour combler cette absence de connaissance et un test sur la possibilité technique d'associer données issues de l'Assurance maladie et données des organismes de couverture complémentaire. Il propose un appariement entre données de l'Assurance maladie obligatoire et données des organismes complémentaires s'appuyant sur le dispositif de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2010 de l'Irdes (encadré 1 et graphique 1).

L'appariement est réalisé à deux niveaux. Un premier niveau consiste à rapprocher, pour un individu donné, des informations le concernant, issues des trois sources (enquête, données de l'assurance maladie obligatoire, données des complémentaires). Un second niveau consiste à associer les lignes de remboursement issues des données de l'Assurance maladie et les lignes de remboursement des assureurs complémentaires (encadré Méthode ci-dessous).

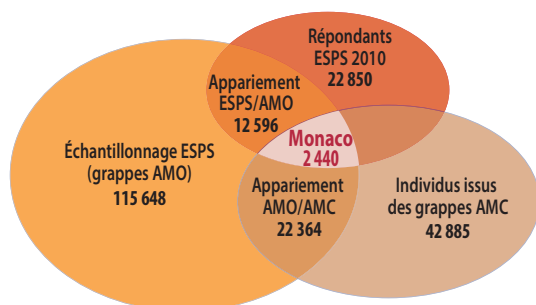
MÉTHODE

Méthodologie de l'appariement du projet Monaco

Le projet Monaco (Méthodes, outils et normes pour la mise en commun des données des assurances complémentaire et obligatoire) a pour objectif de tester la faisabilité technique d'un appariement des données d'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Cet appariement est réalisé au niveau individuel et au niveau des lignes de dépense.

L'appariement des individus

L'échantillon Monaco est constitué des individus ayant participé à l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2010 et présents à la fois dans les fichiers de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire et dans les fichiers des organismes d'assurance complémentaire participant à l'expérimentation. L'appariement des individus participant à l'enquête ESPS 2010 avec les données d'assurance maladie est réalisé en routine par l'Irdes, selon une méthodologie éprouvée depuis 1992. Pour les associer aux individus assurés par les organismes complémentaires participant à l'expérimentation, les méthodes validées dans le premier appariement ont été reproduites. Les individus sont repérés par leur identifiant grappe Assurance maladie, les quatre premières lettres de leur prénom, leur sexe et leur date de naissance. La prise en compte de ces quatre critères simultanément permet d'associer 93 % des individus. La prise en compte de trois critères sur quatre permet d'en associer près de 97 % (les discordances peuvent provenir d'erreurs dans l'orthographe du prénom, sur le jour de naissance...). Au total, l'échantillon Monaco contient 2 440 individus.



Appariement des dépenses

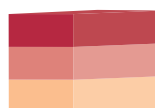
Le rapprochement des lignes de dépense appariables est basé sur les variables suivantes : l'identifiant individuel anonyme, la date du soin, le code de l'acte pratiqué, la dépense de soin engagée et le montant remboursé par le régime obligatoire. Si l'on prend en compte l'ensemble de ces variables, on apparie 79,7 % des lignes Assurance maladie complémentaire (AMC) et 60,6 % des lignes Assurance maladie obligatoire (AMO). En tenant compte des décalages mineurs entre les sources (les dates des soins, en particulier, ne sont parfois pas exactement identiques côté Assurance maladie obligatoire et complémentaire), on apparie 94 % des lignes AMC et de 71,5 % des lignes AMO.

Il est important de noter que seules les consommations de soins ambulatoires ont été traitées, les remboursements hospitaliers publics n'étant pas disponibles au moment de l'étude.

G1 Monaco : l'appariement de trois sources de données

Données de l'Assurance maladie	Cnamts, CCMSA, RSI Constitution de l'échantillon ESPS à partir de l'Échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB)
Données des complémentaires santé	Institutions de prévoyance, mutuelles, assurances privées Participation des fédérations : CTIP, FFSA, FNMF
Données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS)	Irdes Conception et pilotage de l'enquête ESPS Appariement et analyse des données

↓
Base de données Monaco



Institut des données de santé (IDS)
Pilotage du projet

Irdes
Maîtrise d'œuvre

CCMSA : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ; **Cnamts** : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; **Ctip** : Centre technique des institutions de prévoyance ; **FNMf** : Fédération nationale de la mutualité française ; **FFSA** : Fédération française des sociétés d'assurance ; **RSI** : Régime social des indépendants.

Les assurances participantes sont : ACM, Allianz, Axa, Groupama et Swisslife ; les institutions de prévoyance : AG2R La Mondiale, Malakoff Médéric et Pro-BTP ; les mutuelles : le groupe Eovi et Ociane.

Réalisation : Irdes.

E1 L'Enquête santé et protection sociale (ESPS)

ESPS recueille depuis 1988 des données sur l'état de santé, la couverture maladie, la situation sociale et le recours aux soins d'un échantillon de 8 000 ménages ordinaires, soit 22 000 personnes. Elle est représentative d'environ 97 % de la population vivant en France métropolitaine. L'enquête est un panel. Elle a lieu tous les deux ans et interroge les mêmes ménages tous les quatre ans. ESPS est de plus appariée avec les données de consommation de soins de l'Assurance maladie. ESPS participe à l'évaluation des politiques de santé et à l'étude des déterminants sociaux de la santé, de l'accès aux services de santé et à l'assurance complémentaire.

<http://www.irdes.fr/esps>

Le projet rassemble les principales caisses d'assurance maladie (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), Régime social des indépendants (RSI), Mutuelle sociale agricole (MSA)), ainsi que dix organismes de couverture complémentaire volontaires, sous l'égide de l'Institut des données de santé (IDS). L'Irdes en assure la maîtrise d'œuvre. Les organismes volontaires ont été mobilisés par l'intermédiaire de leurs fédérations : le Centre technique des institutions de prévoyance (Ctip), la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) et la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF). Parmi les dix organismes complémentaires ayant participé au projet, on compte cinq sociétés d'assurance et trois institutions de prévoyance. Les données des deux mutuelles participantes proviennent du Système national de données mutualistes (SNDM) de la FNMF. La part cumulée de ces organismes couvre de l'ordre de 20 % à 25 % du marché hors mutuelles décompteuses (sections locales mutualistes), d'après les résultats de l'enquête ESPS 2010.

Nous décrivons ici la structure de l'échantillon, la méthodologie de l'appariement, proposons un premier bilan de l'appariement des prestations et enfin les perspectives scientifiques du projet.

L'échantillon Monaco

L'échantillon Monaco est un sous-échantillon des individus ayant répondu à l'enquête ESPS 2010, et dont les dépenses de soins sont identifiées dans les fichiers de l'Assurance maladie, et de plus couverts par un organisme de couverture complémentaire participant à l'expérimentation. Il contient 2 440 individus. La proportion d'hommes y est légèrement plus importante que celle des femmes (52 %). La part des actifs occupés y est de 43 %, pour 21 % de retraités et 5 % de chômeurs. Les enfants et étudiants représentent 25 %, les femmes au foyer 5 % et les autres personnes inactives un peu plus de 1 %. La répartition des types d'organismes complémentaires fait apparaître une sous-représentation des mutuelles : 4 individus sur 10 relèvent d'une institution de prévoyance, 5 d'une assurance, et 1 d'une mutuelle (tableau 1).

T1

Échantillon Monaco : répartition des individus selon les organismes de couverture complémentaire

	Effectifs	Pourcentage des individus couverts ¹	Taux de couverture ²
Types d'organismes			
Institutions de prévoyance	1 071	43,9	17,6
Sociétés d'assurance	1 109	45,5	26,8
Mutuelles	291	11,9	55,6

¹ Un même individu peut être couvert par plusieurs familles d'organismes. Les assurances participantes sont ACM, Allianz, AXA, Groupama et Swisslife. Les institutions de prévoyance sont AG2R La Mondiale, Malakoff Médéric et Pro-BTP. Les mutuelles participant au SNDM sont le groupe Eovi et Ociane.

² L'enquête de la Drees auprès des organismes complémentaires santé de 2008 est représentative de la population couverte par une couverture complémentaire, en incluant les sections locales mutualistes.

Source : ESPS - Monaco

[Télécharger les données](#)

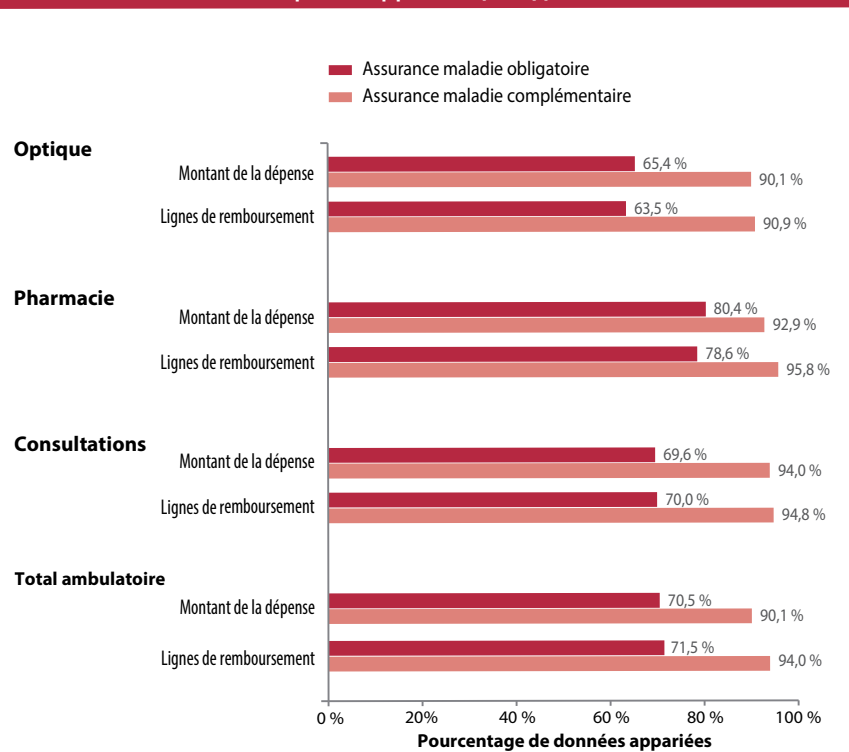
Réalisation : Irdes.

Les taux d'appariement des lignes de remboursement complémentaire sont en moyenne de 94 % pour les soins ambulatoires : pour cent lignes de remboursement complémentaire (dans le panier de l'Assurance maladie), 94 sont retrouvées dans les fichiers de l'Assurance maladie. Pour les autres soins, ils sont le plus sou-

vent supérieurs à 90 %. Seules les lignes de remboursement de transports ne sont appariées qu'à hauteur de 71 %. Les taux d'appariement mesurés selon la dépense engagée par les assurés sociaux sont du même ordre, ce qui montre que les soins non appariables ne correspondent pas aux dépenses les plus élevées (graphique 2).

G2

Part des lignes de remboursement et de la dépense appariées par type de soins



Source : Monaco

[Télécharger les données](#)

Réalisation : Irdes.

Les taux d'appariements des lignes de remboursement obligatoire appariables sont en moyenne de 71 % pour les soins ambulatoires. C'est-à-dire que pour cent lignes pour lesquelles il existe un remboursement de l'Assurance maladie et un reste à charge susceptible d'être pris en charge par une complémentaire, on retrouve dans 71 cas un remboursement de l'assurance complémentaire. Ces taux plus faibles concernent notamment les consultations (70 % de lignes appariées) ou les actes infirmiers (52 %) pour lesquels on pouvait attendre des taux plus élevés car ils sont plus systématiquement pris en charge dans les contrats d'assurance complémentaire. La répartition des postes Assurance maladie obligatoire (AMO)- Assurance complémentaire (AMC) - Restes à charge assuré reste proche des données d'ensemble connues par ailleurs, comme nous le montrons dans le paragraphe suivant.

Qualité des données de remboursement

Les postes AMO, AMC et ménages produits par Monaco présentent-ils des ordres de grandeur vraisemblables ? La petite taille et la sélection de l'échantillon ne permettent pas de proposer des estimations représentatives, mais elles doivent rester réalistes. Nous reconstituons la part prise en charge par chacune des trois sources (AMO, AMC, ménages), ce qui nécessite de faire des hypothèses sur les lignes AMO sans contrepartie AMC et les lignes AMC sans contrepartie AMO (encadré Méthode ci-dessous). Nous présentons ci-dessous les chiffres obtenus avec l'hypothèse la plus crédible.

Les décompositions des postes de dépenses sont présentées dans le tableau 2, en regard des chiffres de la comptabilité nationale

(source : logiciel Eco-santé). Les résultats obtenus font apparaître des ordres de grandeur proches des chiffres macro-économiques, ceci sans même tenir compte des particularités de la population de l'échantillon Monaco, en particulier l'absence de personnes sans complémentaire, des CMUistes, la sous-représentation des mutuelles, dont les sections locales mutualistes. L'appariement des lignes reproduit des distributions globales crédibles, un premier résultat qu'il convient de ne pas sur-interpréter mais qui apparaît très encourageant.

Un bilan technique du projet Monaco prometteur

Le but du projet est d'évaluer la faisabilité technique de l'appariement des données des régimes sans objectif, à ce stade,

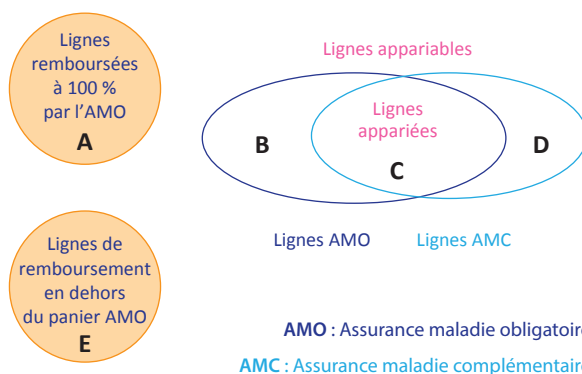
MÉTHODE

Reconstitution des parts de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et de l'Assurance maladie complémentaire (AMC)

L'échantillon des dépenses des régimes obligatoire et complémentaire est composé de lignes de dépense. Un soin médical peut correspondre à plusieurs lignes, et une ligne à plusieurs actes. Ces découpages ne se retrouvent pas systématiquement à l'identique dans les deux sources.

Au total, les dépenses peuvent se regrouper en quatre catégories (schéma ci-contre) :

- Une partie de la dépense de santé est prise en charge entièrement par l'AMO (exonérations type ALD, CMU-C...) (**ensemble A**)
- Une autre partie, située en dehors du panier AMO, est prise en charge partiellement par l'AMC (**ensemble E**)
- Entre ces deux situations, les lignes appariables (c'est-à-dire dans les paniers AMO et potentiellement AMC), qui sont au centre de l'expérimentation. Pour la plupart d'entre elles, il existe un remboursement AMO et un remboursement AMC (**ensemble C**), 68 %. Cependant, certaines lignes AMO n'ont pas de contrepartie AMC, 30 %, c'est-à-dire que ces soins ne sont associés qu'à un remboursement obligatoire (**ensemble B**). De façon symétrique, certaines lignes AMC n'ont pas de contrepartie AMO, 4 %, c'est-à-dire que ces soins identifiés comme appartenant au panier de soins AMO dans les systèmes d'information des organismes complémentaires, n'ont pas de trace dans les données AMO
- Les ensembles B et D apparaissent problématiques. L'ensemble B peut correspondre à des prestations effectivement non remboursées par la complémentaire, à des lignes perdues, ou remboursées par une autre complémentaire que celles participant à Monaco. L'**ensemble D**



est encore plus problématique, qui propose des remboursements uniquement côté AMC de soins inclus dans le panier AMO.

Estimation du montant des dépenses

Afin de reconstituer les dépenses, nous faisons les hypothèses suivantes. Nous considérons que les lignes de prestations résiduelles du fichier des organismes complémentaires (ensemble D) correspondent à des lignes existantes dans le fichier côté régime obligatoire mais qui n'auraient pas été extraites.

- **Le montant de la dépense** est estimé par la somme des dépenses engagées par le patient provenant des soins pris en charge à 100 % par les régimes obligatoires, des soins provenant des lignes appariées, des soins provenant des lignes de résidus AMO non appariées, et des soins remboursés uniquement par les organismes complémentaires (A + B + C + E)

- **Le montant remboursé par les régimes obligatoires** est estimé par la somme des remboursements par les régimes obligatoires provenant des soins pris en charge à 100 %, des lignes appariées, des lignes de résidus AMO non appariées, des lignes de résidus AMC non appariées (A + B + C + D)
- **Le montant remboursé par les organismes complémentaires** est estimé par la somme des remboursements par les régimes complémentaires provenant des lignes appariées, des lignes de résidus AMC non appariées, des lignes de remboursement de soins en dehors du panier AMO (C + D + E)
- **Le reste à charge** s'obtient par différence de la dépense engagée avec la somme des montants remboursés par les régimes obligatoires et complémentaires.

de représentativité ni de puissance statistique. Le bilan de cette phase de test est encourageant. Nous présentons ci-dessous la synthèse et les perspectives d'amélioration technique.

Couverture du champ

L'échantillon Monaco couvre en 2010 près du quart du marché de la complémentaire, hors sections locales mutualistes. L'augmentation du nombre d'organismes participants, en particulier les mutuelles et Sections locales mutualistes, pourrait permettre d'élargir le champ d'observation et améliorer la prise en compte des sur-complémentaires. Rappelons qu'il sera impossible d'assurer une représentativité totale, du fait du grand nombre d'intervenants de la complémentaire santé. Par ailleurs, la remontée des informations des courtiers devrait rester problématique.

Qualité des données de remboursement

Les agrégats de dépenses reproduisent une répartition réaliste entre assurance obligatoire, assurance complémentaire et ménages. Cependant, si les résultats de l'association des lignes de dépense sont encourageants, certaines zones d'ombre demeurent. L'amélioration des échanges entre l'Assurance maladie et les complémentaires, ainsi que les regroupements des systèmes d'information, devraient permettre, à terme, une meilleure qualité des accrochages des lignes de consommation. De plus, l'amélioration des données sur l'hospitalisation devrait permettre de reconstituer des restes à charge publics à l'hôpital, et les remboursements complémentaires associés.

Taille de l'échantillon

Si les taux d'appariement des individus, de 97 %, sont excellents, l'échantillon Monaco reste de taille modeste, avec 2 440 individus. Cependant, les outils développés dans le cadre du projet permettront d'apparier des échantillons plus larges. La base de sondage d'ESPS contient 115 000 personnes. L'appariement entre ces données et celles des complémentaires – c'est-à-dire sans ESPS – pourrait couvrir de l'ordre de 20 à 25 000 personnes. Un appariement basé sur l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) de l'Assurance maladie permettrait d'agrandir encore l'échantillon.

T2

Répartition de la dépense de soins entre Assurance maladie obligatoire, Assurance maladie complémentaire et ménages

	Catégories de dépenses			
	Ambulatoire	Pharmacie	Consultations et visites de médecins et dentistes	Optique
Monaco 2010				
Part du régime obligatoire	69 %	78 %	71 %	4 %
Part du régime complémentaire	18 %	17 %	16 %	39 %
Reste à charge des ménages	13 %	4 %	13 %	57 %
Chiffres de la comptabilité nationale 2010				
Part du régime obligatoire	63 %	66 %	-	-
Part du régime complémentaire	22 %	16 %	-	-
Part État	2 %	1 %	-	-
Reste à charge des ménages	13 %	17 %	-	-

NB : La part prise en charge par les régimes obligatoires est surévaluée car elle intègre les franchises et participations forfaitaires qui sont en réalité prises en charge par le patient. L'ensemble de ces contributions restant à la charge de l'assuré représente moins de 2 % de la dépense totale.

Source : Monaco

 Télécharger les données

Réalisation : Irdes.

Monaco, enjeux pour la recherche et l'évaluation

L'Accord national interprofessionnel (Ani) de 2013, ainsi que l'extension de la CMU-C et de l'Aide pour une complémentaire santé (ACS) devraient modifier de façon significative les lignes de partage entre assurance obligatoire, assurance complémentaire et ménages, mais aussi entre couverture complémentaire collective et individuelle (encadré 2).

L'évolution du partage public/privé pose deux types de questions pour la recherche.

D'une part il interroge l'évolution de l'efficacité et de l'équité du système de soins pris dans son ensemble, c'est-à-dire en incluant le rôle des régimes obligatoire et complémentaire. Le partage des rôles entre assurance complémentaire et privée permet-il d'allouer le plus efficacement les ressources collectives ? Qu'impliquent ces changements en termes de redistribution ? Quel est le rôle des différents types de couverture dans l'accessibilité financière aux services de santé ? D'autre part et plus généralement, il pose la question du rôle des entreprises dans le système de protection sociale santé et son impact sur la performance du système de santé, c'est-à-dire *in fine* sur la santé des populations.

E2

L'Accord interprofessionnel national (Ani)

L'Accord interprofessionnel national (Ani) signé par les partenaires sociaux sous l'égide du gouvernement en janvier 2013 et inscrit dans la loi relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, impose à tous les employeurs privés, quels que soient leur taille et leur secteur d'activité, de proposer une assurance complémentaire à leurs salariés au 1er janvier 2016. Il sera mis en place progressivement à partir de 2014 à travers des négociations de branche, et généralisé au 1er janvier 2016. L'accord a pour objectif de généraliser l'accès à la couverture complémentaire, mais aussi à des couvertures de meilleure qualité, les contrats de groupe étant plus avantageux que les contrats individuels. Selon les estimations du Hcaam, il devrait concerner 4,4 millions de salariés dont 400 000 sans couverture complémentaire avant la réforme. Enfin, la portabilité des contrats pour les chômeurs passera de neuf à douze mois.

(d'après l'avis du Hcaam du 18 juillet 2013 portant sur la généralisation de l'assurance complémentaire et Pierre A., Franc C. « Generalization of Private Health Insurance offered by employers », The Health Systems and Policy monitor, avril 2013).

Toutes ces questions ne peuvent être traitées à partir d'un système d'information unique. Les données de l'enquête ESPS de l'Assurance maladie et des organismes complémentaires permettraient de traiter les questions relatives à l'accès aux soins et à la complémentaire, en particulier :

- Les études des restes à charge avant et après complémentaire, de l'accès et du recours aux soins.
- Les études de l'accès à la complémentaire, de l'évolution des garanties en

population générale et parmi les bénéficiaires de contrats collectifs ou de contrats individuels.

- Le suivi des personnes sans complémentaire en termes d'état de santé et d'accès aux soins. ♦

Remerciements. *Nous tenons à remercier les organismes de couverture complémentaire pour leur participation active à l'expérimentation Monaco, la Drees pour son implication dans le projet et la Cnamts pour son soutien financier.*

POUR EN SAVOIR PLUS

- [Hcaam] Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie. (2013). « Rapport annuel 2013 », décembre.
- Dourgnon P., Guillaume S., Rochereau T. (2012). « Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 », Rapport de l'Irdes, n° 553 (biblio n° 1886).

IRDES INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •
10, rue Vauvargues 75018 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 • Fax : 01 53 93 43 07 •
www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr •

Directeur de la publication : Yann Bourgueil • Rédactrice en chef technique : Anne Evans • Secrétaire de rédaction : Anna Marek • Relecteurs : Aurélie Pierre, Émeline Roccoco • Correctrice : Martine Broïdo • Premier maquettiste : Franck-Séverin Clérembault • Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec • Imprimeur : Déjà-Link (Stains, 93) • Dépôt légal : mars 2014 • Diffusion : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui • Abonnement annuel : 60 € • Prix du numéro : 6 € • ISSN : 1283-4769.

Le site Internet : <http://www.irdes.fr>

The screenshot shows the IRDES website interface. At the top, there are navigation tabs for 'Recherche', 'Documentation', 'Enseignement', and 'Presse'. Below this, there's a search bar and a main content area featuring a large red graphic with the text 'Questions d'économie de la Santé'. To the left, there are sections for 'QUI SOMMES-NOUS?', 'PUBLICATIONS', and 'ENQUÊTES'. To the right, there are 'ACTUALITÉS' and 'ENQUÊTES' sections.

- Toutes les **publications** de l'Irdes sont mises en ligne dès leur parution.
- La **Lettre d'information** mensuelle de l'Irdes, qui présente les dernières actualités en économie de la santé (publications, séminaires et colloques, 3 questions à un chercheur, graphique du mois...), est envoyée par courriel sur simple inscription.
- Les **bases de données Eco-Santé**, outils d'analyse retrospective des statistiques de santé, sont conçues pour créer des tableaux, des graphiques ou réaliser des cartes à partir de données officielles récentes.
- Des **produits documentaires** élaborés par la Documentation : une veille bibliographique bi-mensuelle (*Doc Veille*), des dossiers bibliographiques, des synthèses thématiques, le glossaire spécialisé français/anglais...

Le site est disponible **en français et en anglais.**

This screenshot shows a newsletter page titled 'Lettre d'information de l'Irdes' dated 14 février 2014. It features a 'Zoom' section with a link to a report on the impact of multi-professional group practices. Below that, there's a '3 questions à...' section with a link to a report on the impact of hospitalization on the health of immigrants. The page also includes a 'Vous êtes une personne enquêtée?' section and a 'Vu sur d'autres sites' section. At the bottom, there's a 'Centre de documentation' section with a search bar and various filters.