

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

<http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes153.pdf>

Quelle subvention optimale pour l'achat d'une complémentaire santé ?

Michel Grignon^{a,b}, Bidénam Kambia-Chopin^b

L'assurance santé réduit le risque financier et joue un rôle important en termes d'accès aux soins des ménages à faibles revenus. Cependant, ces ménages bénéficient le moins d'une couverture santé complémentaire. Le revenu mensuel moyen des ménages sans couverture complémentaire est de 844 € contre 1 382 € pour ceux bénéficiant d'une couverture complémentaire. Favoriser l'achat d'une assurance santé complémentaire par les ménages modestes peut se faire en subventionnant une partie de leur prime. C'est l'approche retenue par le dispositif d'Aide complémentaire santé (ACS) en France. Se pose alors la question des montants d'aide à apporter pour que la subvention permette une amélioration effective de l'accès à la complémentaire santé.

L'objectif ici est de simuler l'impact de divers barèmes d'aide sur la décision d'achat d'une assurance complémentaire pour des ménages situés juste au-dessus du seuil de la CMU-C. Pour mener cette simulation, les comportements individuels d'achat de complémentaire santé sont observés. Selon nos résultats, pour que les trois quarts des bénéficiaires potentiels de l'ACS acceptent de payer une prime de 50 euros par mois, il faudrait porter le montant de l'aide à 80 % de cette prime.

En France, l'Assurance maladie obligatoire couvre seulement une partie du coût des soins. Pour se couvrir contre le risque financier qui découle de cette couverture partielle, les individus peuvent acheter une couverture complémentaire.

Les travaux empiriques sur données françaises montrent que ceux qui n'achètent pas de couverture complémentaire sont non seulement exposés à un risque financier supérieur mais, surtout, ne consomment pas autant de soins que le reste de la population (Buchmueller *et al.*, 2004). En outre, ils sont souvent plus pauvres que la moyenne. L'inégalité devant la couverture complémentaire devient donc une inégalité devant l'accès aux soins.

Afin de permettre l'accès aux soins des personnes les plus modestes, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) a été mise en place le 1^{er} janvier 2000. Elle offre une couverture complémentaire gratuite aux ménages se situant sous un certain plafond de revenu. Depuis le 1^{er} janvier 2005, un second dispositif s'adresse aux ménages dont les revenus dépassent légèrement le seuil d'éligibilité à la CMU-C. Il s'agit de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) qui allège le coût de la couverture complémentaire pour les ménages dont le revenu ne dépasse pas le seuil de la CMU de plus de 20 % (depuis le 1^{er} janvier 2007). Ce dispositif prend la forme d'un bon d'achat qui vient réduire le montant que l'assuré doit payer au titre de la prime d'assurance.

Or, malgré des montants de subvention non négligeables (par exemple, proches de 50 % du coût du contrat moyen acheté par les bénéficiaires de l'ACS en 2006), le dispositif ne semble pas susciter une forte demande : 240 659 attestations avaient été utilisées en novembre 2006, 329 549 en novembre 2007 et 441 948 en novembre 2008, pour une population d'éligibles estimée à environ 2 millions de personnes en 2005 (*Lettre d'information du fonds CMU*, 2009).

^a Associate Professor, Department of Economics and Department of Health, Aging & Society, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada

Associate Director, Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada.

^b Chercheur associé, Irdes, Paris, France.

L'une des raisons avancées comme cause principale de cet échec serait le manque d'information des bénéficiaires potentiels. Il est effectivement possible que l'information n'ait pas toujours atteint la cible visée et que les bénéficiaires potentiels aient été rebutés par les démarches administratives. Mais nous avançons une autre hypothèse ici : la décision de ne pas acheter de contrat complémentaire santé ne résulte pas d'un problème d'information mais d'une insuffisance des montants d'aide. Et nous tentons de répondre à la question suivante : quel taux de subvention pour les ménages dont le revenu avoisine le montant du plafond de ressources de la CMU-C serait nécessaire pour garantir l'accès à une couverture complémentaire ?

Comprendre le comportement rationnel face à la complémentaire pour modéliser une aide optimale

Selon notre hypothèse, même subventionnés, les contrats restent trop chers, donc inaccessibles aux bénéficiaires potentiels de la subvention. Cette hypothèse paraît raisonnable puisqu'elle fonde le dispositif CMU-C lui-même : la CMU-C repose sur l'idée que, au-dessous d'un montant de ressources donné, personne ne souhaite rationnellement acheter une complémentaire, quel qu'en soit le prix.

De plus, les non-assurés interrogés dans des enquêtes citent souvent le prix élevé des contrats comme raison principale de leur non-couverture [Marcial et Saint Pol (de), 2007]. Enfin, une récente étude de l'Irdes [Kambia-Chopin *et al.*, 2008] montre que le poids budgétaire (ou taux d'effort) d'un contrat de complémentaire, même modeste, est élevé chez les ménages aux revenus faibles, proches du seuil de la CMU-C. Même après subvention de la prime d'assurance par l'ACS au taux en vigueur de 2005 à 2008, il n'était pas inconcevable que le coût de la complémentaire santé reste prohibitif pour certains.

Face à la possibilité d'acheter une complémentaire santé, les individus sont sensibles à trois paramètres : la valeur qu'ils attribuent au fait d'être couverts, le prix de la complémentaire et leur budget total.

La valeur que les individus accordent au fait d'être couverts dépend de leur aversion pour le risque financier occasionné par les dépenses de santé ainsi que de l'importance qu'ils accordent à la santé.

Le prix du contrat est évidemment modifié par l'existence du dispositif de subvention : celui-ci diminue le prix « apparent » (visible pour le consommateur) de la complémentaire et devrait donc, toutes choses égales par ailleurs, augmenter la proportion d'individus achetant un contrat d'assurance complémentaire.

Enfin, le revenu est le paramètre d'intérêt principal ici : pourquoi, quand il est trop bas, le consommateur ne souhaite pas acheter de complémentaire, même si le coût du contrat est fortement réduit par la subvention ? Selon le scénario sur lequel est fondé le système formé par la CMU-C et l'ACS, jusqu'au plafond de ressources de la CMU-C, personne n'achètera de complémentaire, même subventionnée au-delà de 90 %. Une raison expliquant cette absence de sensibilité au prix est qu'un budget faible n'autorise à utiliser des ressources que pour le minimum vital : même si les autres biens et services ont un prix très faible, l'individu ne se permet pas de les consommer. Or, la complémentaire santé ne fait pas partie du minimum vital (encadré méthode). Cependant, selon ledit scénario, passé ce seuil de ressources, la proportion de gens souhaitant acheter une complémentaire à bas prix va augmenter avec le revenu. On pourra ainsi obtenir le comportement souhaité sans mettre en œuvre de transferts de ressources massifs vers ces ménages modestes. Les gestionnaires des fonds publics souhaitent en effet obtenir la réponse maximale (achat de complémentaire) au transfert minimal, pour éviter les effets d'aubaine.

Pour trouver le montant optimal de la subvention et apporter un éclairage sur la montée en charge difficile de la formule actuelle, il faut préciser puis estimer la relation empirique entre la quantité d'assurance complémentaire consommée d'une part, et les trois paramètres suivants : goût, prix et revenu d'autre part.

Modéliser la demande de couverture complémentaire en fonction de son prix unitaire et du revenu

Mesurer la relation entre prix et demande de couverture nécessite de disposer d'une mesure de la quantité de couverture offerte par les contrats et d'un prix par unité de cette quantité de couverture. La notion de quantité de couverture retenue ici est le remboursement total que l'individu s'attend à recevoir au cours de l'année où court le contrat. Ce montant dépend d'une part du risque santé de l'individu et d'autre part des niveaux de garanties qu'il a souscrits. Quant au prix unitaire, c'est le montant que l'individu doit payer

MÉTHODE

Grâce au modèle théorique de choix rationnel de quantité de couverture, nous pouvons déduire un lien entre prix unitaire et quantité demandée sans l'observer directement. Le modèle théorique nous permet d'écrire une relation mathématique entre la quantité (rationnelle) de couverture complémentaire demandée, le budget total dont dispose l'individu, et le prix de la couverture. Cette relation mathématique est connue à un paramètre près, paramètre fourni par l'estimation empirique du lien entre couverture consommée et revenu. Connaissant ce paramètre, on peut alors facilement simuler l'impact d'une réduction du prix apparent de la couverture sur la demande de couverture et répondre à la question de l'effet d'une subvention de type ACS sur la proportion d'individus couverts. Bien évidemment, la qualité de la simulation dépend de la crédibilité du modèle théorique et de la qualité de l'estimation du lien empirique entre couverture et revenu.

Le modèle théorique repose sur un nombre restreint d'hypothèses et est donc « crédible » au sens où il n'impose que peu de restrictions comportementales. Il stipule que la prime totale que chaque individu est prêt à payer pour sa couverture est une proportion fixe de son budget une fois effectuées les consommations fondamentales (alimentation, logement, électricité...), moins un certain montant proportionnel à la quantité d'assurance publique obligatoire que l'individu considère comme non indispensable. Lorsque cette quantité est négative, l'individu n'achète pas d'assurance complémentaire. La quantité d'assurance demandée est déduite en divisant la prime par le prix unitaire de la couverture. L'étape cruciale consiste à mesurer le lien empirique entre couverture et revenu.

Pour plus de précision, voir Grignon et Kambia-Chopin, 2009.

SOURCES

L'Enquête santé protection sociale (ESPS) et l'échantillon permanent des assurés sociaux (Epas)

Dans l'Enquête santé protection sociale 2004 appariée avec l'échantillon permanent des assurés sociaux, nous utilisons l'information sur le revenu, la prime payée en couverture complémentaire et certaines caractéristiques individuelles : celles pouvant influencer le goût pour l'assurance ou le montant du dommage espéré des enquêtés sans couverture complémentaire (la prime est alors 0) ou ayant acheté une couverture sur le marché individuel (et non par leur employeur). L'enquête est représentative de la population française et l'échantillon est composé de 2 645 individus, hors les enquêtés n'ayant pas répondu à toutes les questions nous intéressant.

par euro qu'il s'attend à se faire rembourser. Le produit entre la quantité de couverture et le prix par unité ainsi définis donne la prime totale observée dans l'Enquête santé, protection sociale (ESPS 2004).

Idealement, on souhaiterait observer, pour un niveau de revenu donné, le lien entre le prix unitaire des contrats offerts et la quantité de couverture achetée par l'individu. Ceci étant impossible, on fait l'hypothèse réaliste que le prix unitaire auquel les individus font face varie peu d'un individu à l'autre¹. Notre problème empirique consiste à mesurer le lien entre ce prix et la quantité de couverture souscrite.

Comme on ne peut observer directement la relation entre le prix et la consommation de complémentaire, nous avons donc formulé un modèle de choix « rationnel » de quantité de couverture (encadré Méthode).

Mesurer la relation entre revenu et demande de couverture complémentaire en France

Le modèle empirique consiste à relier le montant total de la prime payée au revenu de l'individu, en tenant compte des autres facteurs susceptibles d'influencer la demande de complémentaire et de perturber la relation estimée entre revenu et consommation de complémentaire. Nous utilisons une enquête réalisée en 2004, donc avant l'instauration du dispositif ACS et nous pouvons donc faire l'hypo-

thèse que tous les individus hors CMU-C sont confrontés à des prix non subventionnés de couverture complémentaire.

A la différence du prix unitaire et de la quantité de couverture, la prime totale est connue et relevée dans l'enquête ESPS (encadré Sources) pour chaque contrat déclaré par les ménages interrogés. Une prime est calculée par individu (pour un contrat famille, nous divisons la prime par le nombre de personnes couvertes), et toutes les primes payées par un même individu ayant souscrit plusieurs contrats individuels sont additionnées.

Pour estimer la relation théorique entre prime et revenu, un modèle Tobit est utilisé, (cf. Grignon et Kambia-Chopin, 2009).

Nous tenons compte du fait que la prime payée varie avec le risque et la taille du contrat: les paramètres usuels utilisés par les complémentaires pour calculer les primes individuelles (âge du souscripteur et taille du contrat) sont introduits en variables explicatives.

Outre ces variables objectives de tarification, sont entrées comme variables explicatives le revenu (qui est notre variable d'intérêt principale) et des variables contrôlant le « goût » pour la couverture santé, ce afin de contrôler d'éventuelles corrélations entre revenu et préférences pour la complémentaire. Le « goût » pour la complémentaire a de fortes chances d'être corrélé au revenu pour les raisons suivantes: tout d'abord, le risque financier que fait peser le reste à charge sur le budget d'un ménage est plus fort quand ce budget est faible. En second lieu, les individus peuvent vouloir acheter de la couverture complémentaire en fonction de la consommation de soins qu'ils anticipent. Cette anticipation ne peut être correctement décrite par des variables « objectives » de santé: par exemple, un individu peut disposer d'une information privée sur son état de santé qui lui fait anticiper un besoin de soins important. Si cette information privée est plus fréquente chez les individus les plus pauvres, le revenu sera corrélé à la demande de couverture. Il se peut aussi que l'anticipation soit fondée sur un goût pour la santé en général: l'individu veut acheter suffisamment de complémentaire pour se forcer à acheter des

soins primaires qu'il estime bons pour sa santé. Là encore, ce goût peut être lié au revenu. Afin de contrôler ces deux corrélations, nous introduisons les variables suivantes dans notre analyse économétrique: premièrement, une mesure de la valeur de réduction du risque financier, fondée sur une hypothèse théorique que l'utilité du revenu varie comme la racine carrée du revenu, et que l'individu cherche à se protéger contre le risque d'avoir un reste à charge trop élevé. Sur nos données de 2004, la moyenne annuelle des 20 % de restes à charge les plus élevés est de 1 235 € – dès lors, le risque financier est le même pour tous, mais l'impact sur l'utilité de l'individu varie avec le revenu. Deuxièmement, la mesure de la valeur liée à l'information privée est le reste à charge observé pour l'individu sur l'année précédente (donc 2003): toutes choses égales par ailleurs, ce montant indique la propension supérieure à dépenser en soins médicaux de l'individu, qu'elle soit le reflet d'un besoin supérieur ou bien d'un goût supérieur pour la santé.

L'analyse empirique porte sur les individus ayant souscrit un contrat d'assurance complémentaire sur le marché individuel. Sont exclus ceux couverts par un contrat de groupe obtenu par leur emploi ou par celui de leur conjoint, ainsi que ceux couverts par la CMU-C². L'échantillon initial représente 5 106 individus. Cependant, l'analyse porte sur les 3 618 individus pour lesquels nous disposons de l'information sur toutes les variables explicatives (soit 71 % de l'échantillon initial).

¹ Cette hypothèse est discutée en détail dans le document de travail Grignon et Kambia-Chopin, 2009, dans lequel est aussi vérifié que le prix de l'assurance ne varie pas systématiquement avec le revenu (les pauvres ne paient pas plus que les riches pour le même contrat).

² Les contrats d'entreprises ont souvent un caractère obligatoire. De plus, l'employeur participe dans la grande majorité des cas au financement du contrat, réduisant le prix unitaire du contrat pour le salarié. La demande de couverture n'est donc pas régie par les mêmes mécanismes de demande que sur le marché de l'assurance individuelle.

La demande d'assurance complémentaire croît avec le revenu

La régression met en évidence un lien positif robuste entre revenu et quantité d'assurance demandée : pour chaque euro supplémentaire de revenu au-delà de la dépense minimale incompressible, 20 centimes iraient à la couverture complémentaire. La probabilité de souscrire une complémentaire (c'est-à-dire de dépenser une prime strictement positive) augmente donc aussi avec le revenu. Au-delà d'un certain niveau de couverture, la demande est saturée et la relation revenu-couverture plafonne, ce que nous avons pris en compte dans notre modèle empirique en entrant un effet non linéaire du revenu ; un tel effet non linéaire n'est pas pris en compte dans notre modèle théorique (graphique 1). On constate que dans l'intervalle des valeurs « raisonnables » du revenu, le lien entre revenu et quantité d'assurance est linéaire.

La demande d'assurance augmente avec l'âge au carré, par exemple, la prime payée par un individu âgé de 60 ans est de 44 % plus élevée que la prime moyenne. La prime d'assurance décroît avec le nombre de bénéficiaires, ce qui semble indiquer une subvention des familles par les célibataires. Ce résultat, déjà trouvé aux États-Unis par Gruber (2008), semble justifié

T1

Les déterminants de la demande d'assurance

Variables	Modèle Tobit	
Constante	-666,71	**
Reste à charge (RAC)	63,42	***
RAC au carré	-4,39	**
Âge	2,45	**
Âge au carré	0,06	***
Nombre de bénéficiaires (NB)	467,59	***
NB au carré	-70,19	***
Revenu/1000	223,13	***
(Revenu/1000) au carré	-30,36	***
(Revenu/1000) au cube	1,03	***
Prime de risque	1,69	
Observations	3 618	
R2 ajusté (Log maximum de vraisemblance)	- 19 590	
Scale	346,25	

*: seuil de 10 %; **: seuil de 5 %; ***: seuil de 1 %.

Données: Enquête santé protection sociale 2004 appariée à l'échantillon permanent des assurés sociaux.

Exploitation: Irdes.

par le fait que les frais d'établissement des contrats sont moins élevés par individu quand le contrat couvre une famille entière. Les résultats montrent enfin que la demande d'assurance augmente avec le reste à charge mais dans une proportion négligeable. Plus précisément, un euro supplémentaire de reste à charge induit une augmentation de consommation d'assurance entre 0,03 et 0,06 euro.

Simulation de différents niveaux de subvention sur la souscription d'un contrat de couverture complémentaire

Nous utilisons maintenant le modèle théorique de demande de couverture complémentaire en fonction de son prix unitaire et du revenu et de l'estimation empirique ci-dessus du lien entre revenu et demande de couverture pour déduire un lien entre prix et couverture demandée.

Pour chaque individu, on détermine à partir des résultats de la modélisation précédente, le prix unitaire maximal qu'il est disposé à payer pour une quantité donnée de couverture (encadré Méthode). Pour chaque individu, on compare ce prix maximal au prix du marché (qu'on estime à 1,3, ce qui correspond donc à un taux de chargement de 30 %, supérieur au taux moyen sur les contrats individuels et d'entreprises mais qui doit correspondre au taux des contrats individuels) ou au prix

apparent après subvention (le prix de marché diminué du pourcentage de subvention) et on en déduit, pour chaque catégorie de revenu, le pourcentage d'individus qui achèteraient la quantité cible de couverture complémentaire (ceux dont le prix maximal est supérieur au prix de marché ou au prix apparent après l'aide). Les résultats de ces simulations sont présentés dans le graphique 2 pour un niveau cible choisi par le régulateur à 50 euros par mois³.

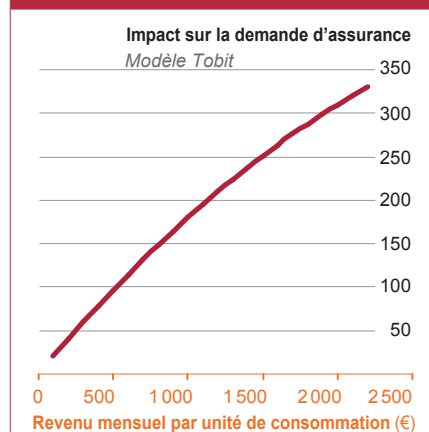
Pour les individus dont le revenu est compris entre 600 et 700 euros, donc potentiellement éligibles à l'ACS, lorsque le prix est subventionné à plus de 90 % (ce qui revient à un prix de 0,1), la proportion d'acheteurs est de 100 %. Avec une subvention de l'ordre de 50 % de la cible, la simulation prédit une proportion de 55 % d'acheteurs, ce qui est plus élevé que le 25 % réellement observé (la différence pouvant alors résulter de problèmes d'information). Ainsi, pour que les trois quarts des bénéficiaires de l'ACS acceptent de souscrire un contrat coûtant 50 euros, il faudrait porter le montant d'aide à 80 % de la cotisation.

Le modèle suggère aussi que la subvention implicite à 100 % en CMU-C est peut-être trop élevée car, même sans gratuité

³ Ce niveau d'assurance correspond à une prime annuelle de 600 euros, montant légèrement supérieur à la prime moyenne de 527 euros calculée sur notre échantillon de contrats individuels.

G1

Effet du revenu sur la prime d'assurance des contrats

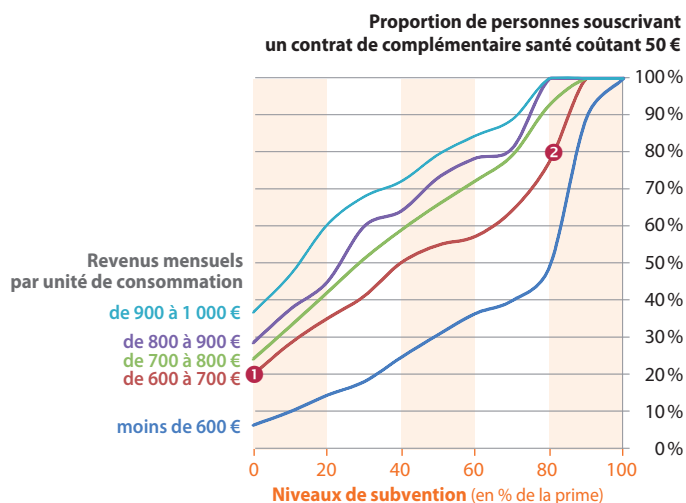


Données: Enquête santé protection sociale 2004, appariée à l'échantillon permanent des assurés sociaux.

Exploitation: Irdes.

G2

Impact selon le revenu de différents niveaux de subvention sur la part d'individus contractant une complémentaire santé de 50 euros



Interprétation : sans subvention, 20 % des individus gagnant de 600 € à 700 € souscrivent le contrat de couverture santé coûtant 50 € (1). Lorsque la subvention atteint 80 % de la prime, 80 % des individus de cette classe de revenu souscrivent le contrat (2).

Données : Enquête santé protection sociale 2004 appariée à l'Échantillon permanent des assurés sociaux.

Exploitation : Irdes.

(par exemple avec une prise en charge à 80 %), ce sont encore la moitié des éligibles CMU-C qui achèteraient rationnellement une complémentaire du niveau souhaité par le régulateur. Cependant, ce résultat doit être interprété avec précautions car malgré la non-prise en compte des bénéficiaires de la CMU dans notre analyse, l'échantillon final contient des individus ayant un revenu inférieur à 600 euros, donc potentiellement éligibles à la CMU-C.

Enfin, la pente des courbes pour de petites valeurs du taux de subvention est faible, ce qui peut suggérer que l'accessibilité n'est pas seule en jeu dans le choix de couverture complémentaire (un résultat théorique suggéré par Bundorf et Pauly, 2006), même si elle joue un rôle important.

* * *

Cette étude est originale car contrairement aux autres qui modélisent la décision binaire d'achat ou non d'assurance, elle

s'intéresse aux déterminants d'une variable continue de demande d'assurance. Elle a permis de mettre en évidence les principaux déterminants de la demande de complémentaire santé en France. Les individus achètent une couverture complémentaire principalement pour réduire la charge financière induite par les copaiements. Nous avons aussi mis en évidence un important effet-revenu : la demande d'assurance croît avec le revenu (mais à un taux décroissant). A partir du modèle théorique et de la relation entre revenu et demande d'assurance, nous avons simulé l'impact de différentes subventions de prix sur l'achat d'une complémentaire. Les résultats des simulations montrent que l'incitation financière ne fonctionne pas dans le sens souhaité : ceux qui sont sensibles à la subvention achètent déjà la complémentaire alors que ceux qui ne l'achètent pas ne changent pas leur comportement même avec une forte subvention. Cette conclusion empirique sur données françaises rejoint du reste celles tirées des tentatives de politiques

de subvention à l'assurance privée dans les pays dotés d'une couverture de base publique importante (comme le Royaume-Uni ou l'Australie).

Au total, si l'objectif est de corriger l'effet inégalitaire sur l'accès aux soins des différences de couverture complémentaire selon le revenu, il semblerait préférable de réfléchir à un relèvement du seuil de revenu rendant éligible à la CMU-C. Cela aurait aussi comme conséquence positive de supprimer l'inégalité de traitement selon l'âge ou le handicap, générée par le fait que le seuil actuel est situé juste au-dessous des montants du minimum vieillesse et de l'allocation adulte handicapé, privant ainsi les personnes âgées et les personnes handicapées du bénéfice de la CMU-C. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Buchmueller T. et al. (2004). "Access to Physician Services: Does Supplemental Insurance Matter?", *Health Economics*, 13(7), 669-687.
- Bundorf K., Pauly M. (2006). "Is Health Insurance Affordable for the Uninsured?", *Journal of Health Economics* 25, 650-673.
- Fonds CMU, (2009). *Rapport du Fonds CMU au gouvernement sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide à la complémentaire santé en 2008*.
- Grignon M., Kambia-Chopin B. (2009). "Income and the Demand for Complementary Health Insurance in France", *Irdes Working Paper* 24.
- Gruber J. (2008). "Covering the Insured in the U.S.", *NBER Working Paper* 13758.
- Kambia-Chopin B. et al. (2008). « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire. Résultats de l'Enquête santé protection sociale 2006 », *Questions d'Economie de la Santé* n° 132, mai.
- Marcial F., Saint Pol (de) T. (2007). « La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités », *Insee Première* 1142.
- *Références CMU* n° 35, Lettre d'information du fonds CMU, Avril 2009.
- Thomas K. (1995). "Are Subsidies Enough to Encourage the Uninsured to Purchase Health Insurance? An Analysis of Underlying Behaviour", *Inquiry* 31, 415-424.

Les publications de l'Irdes

Les documents de travail, pré-articles scientifiques, offrent un état d'une recherche en cours.



Les rapports de recherche détaillent l'intégralité des résultats d'études et de recherches ainsi que les méthodes utilisées.



Questions d'économie de la santé, mensuel, présente de manière synthétique et didactique les principaux résultats des études et recherches de l'Irdes.



À découvrir sur le site Internet de l'Irdes...

<http://www.irdes.fr>



- 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 : des dossiers thématiques, le bulletin bibliographique *Quoi de neuf, Doc ?*, le glossaire spécialisé français/anglais...

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

Institut de recherche et documentation en économie de la santé - Irdes
Service Publications et Communication
10, rue Vauvenargues - 75018 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02/06 • Fax : 01 53 93 43 07
Espace Internet : www.irdes.fr/EspacePresse • Courriel : presse@irdes.fr