

Note au Conseil Scientifique sur le compte rendu d'activité 2005

Chantal Cases et Catherine Sermet – mars 2006

Chaque année, l'IRDES rédige un rapport d'activité qui retrace de manière détaillée les réalisations de l'année antérieure – enquêtes, études et recherches, documentation et diffusion. Il permet de rendre compte, projet par projet, de l'état d'avancement du travail et de résumer les principaux résultats obtenus.

Depuis 2001, et à la demande du conseil scientifique, une note de synthèse accompagne ce rapport d'activité.

La présente note réitère cet exercice pour l'année 2005. Elle vise à mettre en évidence les progrès réalisés par rapport à des objectifs généraux, à synthétiser les avancées scientifiques sur quelques axes de travail qui s'inscrivent dans des programmes pluriannuels, et éventuellement à questionner les développements ultérieurs au regard de l'état des connaissances engrangées. Elle se veut surtout une base de discussion fructueuse pour le Conseil scientifique et présente donc une analyse critique, orientée autour de trois aspects :

- ❑ les avancées sur les axes de recherche à moyen terme,
- ❑ la production de données,
- ❑ l'insertion dans les réseaux internationaux,
- ❑ la quantité et la qualité de la production.

1. Les axes majeurs de recherche en 2005

Comme les années passées, l'activité de l'IRDES a été caractérisée par un foisonnement de travaux. Je retiendrai dans cette présentation 4 axes majeurs, en soulignant que ces choix ne préjugent ni de l'importance, ni de la qualité des autres travaux effectués par l'IRDES.

L'essentiel des travaux sur **l'assurance santé** a porté sur les *niveaux de garantie proposés par les complémentaires* et la *Couverture Maladie Universelle*. Sur ce dernier point, nous avons développé deux études empiriques centrées sur le recours aux soins et les dépenses des bénéficiaires de la CMU :

- *sur l'impact de la couverture maladie Universelle Complémentaire sur la consommation de soins (impact sur la consommation de soins et de biens médicaux, sur la consommation d'omnipraticiens et de pharmacie prescrite).*
- *Sur la variabilité des dépenses en part complémentaire des bénéficiaires de la CMUC (écarts entre CPAM et OCAM ou entre CPAM)*

Les résultats des travaux sur la CMUC ont confirmé l'impact de la couverture sur la consommation de soins, toutes choses égales par ailleurs. Cet impact semble essentiellement concerner les personnes qui n'ont pas consommé les années précédentes et confortent l'hypothèse selon laquelle la CMU a entraîné une amélioration de l'accès aux soins plutôt que du risque moral. Parallèlement, les dépenses des bénéficiaires présentent une grande variabilité dont une partie seulement peut être expliquée par des facteurs d'offre (densité médicale, offre de soins hospitaliers). L'exploration d'autres hypothèses, environnement ou effet clientèle, reste encore à faire.

Après la *quasi* généralisation de l'assurance maladie complémentaire, l'intérêt des acteurs de la protection sociale s'est porté sur les niveaux de garantie proposés par les assurances complémentaires. Les recherches ont exploré trois directions : la caractérisation des niveaux de garantie, les facteurs sociaux déterminant la souscription et l'impact du niveau de garantie sur la

consommation. Une réflexion a été menée sur les classifications des contrats, qui a conduit à une différenciation en six classes, reflétant la hiérarchie des niveaux de garantie et suffisamment discriminante pour permettre de repérer les contrats préférentiellement souscrits par les bénéficiaires du dispositif d'aide à la mutualisation.

Par ailleurs, une exploitation de l'enquête conduite auprès des entreprises sur la couverture complémentaire a été réalisée à la recherche de différenciations sociales des niveaux de garantie souscrits par les assurés. Elle a révélé de nettes différences en faveur des catégories sociales élevées, à la fois en termes d'accès à la couverture complémentaire d'entreprise et de qualité des contrats proposés.

Enfin, l'étude du lien entre le niveau de garantie et le niveau de consommation de lunettes et de prothèses dentaires a permis d'écarter à la fois l'hypothèse de risque moral et celle d'auto sélection tandis que ces travaux ont confirmé l'amélioration du recours aux soins pour les ménages les plus modestes.

Ainsi, l'ensemble de ces travaux, effectués sur des sources de données différentes convergent vers un résultat majeur : l'assurance santé, qu'elle soit CMUC ou assurance complémentaire classique est un facteur primordial de l'amélioration du recours aux soins. En revanche, l'existence de risque moral ou d'auto sélection n'a pas pu être démontrée dans nos données.

Le deuxième axe fort des travaux de l'IRDES en 2005 a été celui des **inégalités sociales de santé**.

Une série de travaux débutés en 2005 se poursuivront en 2006 sur les *indicateurs utilisés pour mesurer l'état de santé*. Nous avons réalisé un important travail méthodologique visant à construire un indicateur continu et synthétique d'état de santé. Cet outil prend en compte l'échelle de référence propre à chaque individu et tient compte de l'influence de divers facteurs tels que les caractéristiques sociodémographiques et les facteurs de risque. Parallèlement et par une méthode entièrement différente, nous cherchons à analyser et à mettre en évidence l'hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et son impact sur la mesure des inégalités de santé.

Ces travaux sur les indicateurs de santé conduisent naturellement à réinterroger les inégalités sociales de santé à la lumière de ces nouveaux outils : une analyse de l'évolution des inégalités de santé au cours des années 1990, utilisant trois indicateurs différents, est en cours. Les résultats confirment que la santé est inégalement distribuée selon le revenu, mais ils montrent aussi que ces inégalités de santé ne s'expliquent pas seulement par la distribution inégale du revenu dans la population, mais surtout par le lien fort entre revenu et état de santé.

L'existence d'inégalités sociales de santé une fois démontrée, reste à explorer le sens de la causalité. Les données de l'enquête santé protection sociale nous ont permis de nous intéresser à l'hypothèse de sélection en étudiant le lien entre l'état de santé à un moment donné et le statut d'activité quatre ans plus tard. Nous montrons ainsi qu'un actif ayant un emploi a beaucoup plus de risque de devenir inactif ou chômeur s'il déclare souffrir de problèmes de santé. Les maladies graves et incapacitantes entraînent des passages plus fréquents de l'emploi vers l'inactivité tandis qu'un mauvais état de santé perçu est plus fréquemment associé au chômage. Dans un même esprit, une autre étude en cours s'attache à repérer les discriminations liées à la santé sur le marché du travail.

La question de la causalité a été abordée en testant l'hypothèse d'accumulation au cours de la vie de différences de conditions sociales qui aboutissent à des différences d'état de santé. Deux analyses ont été menées. La première confirme l'impact du report de soins des jeunes à faible revenu, report qui entraîne une mauvaise santé et un recours aux soins ultérieur plus élevé. La seconde semble confirmer, au moins pour les femmes, l'existence d'une sorte de piège à pauvreté lié à la maladie, une différence de revenu entraînant une différence de santé qui elle-même conduit à une différence de productivité et donc de revenu.

Les travaux sur les déterminants des inégalités sociales de santé se sont enrichis en 2005 par l'ajout dans les analyses d'une série de nouvelles variables, élargissant considérablement le champ des variables sociodémographiques classiques. De nouvelles questions portant sur la vulnérabilité sociale, le capital social, le soutien social, la position relative et l'autonomie au travail ont été introduites dans l'enquête ESPS 2004. L'effet de la vulnérabilité sociale sur l'état de santé a d'ores et déjà été mis en évidence, chacune des dimensions abordées (l'inactivité professionnelle involontaire, l'isolement durable,...) est associée à un risque accru de mauvaise santé et la combinaison des différentes dimensions accroît encore le risque. L'exploitation de ces questions ainsi que celle d'autres déterminants comme l'origine sociale ou les attitudes à l'égard du risque sera poursuivie en 2006.

Quatrième volet, les inégalités de recours aux soins ont d'abord donné lieu à une revue de la littérature visant à explorer le rôle du système de santé dans la formation des inégalités sociales de santé. Cette revue européenne révèle le peu de place accordée au rôle du système de soins et des politiques de santé dans la formation des inégalités. Elle met toutefois en évidence des différences réelles d'accès à des soins de qualité équivalente d'un groupe social à l'autre. Ces différences semblent de plus avoir des conséquences plus importantes aujourd'hui sur les inégalités de santé qu'elles n'en avaient auparavant dans le contexte d'une médecine moins efficace.

A un niveau individuel, le rôle du système de santé fera l'objet en 2006 d'une enquête exploratoire visant à analyser l'interaction médecin-patient et son impact sur la construction des inégalités de santé. Cette enquête est l'aboutissement d'une réflexion poursuivie en collaboration avec des chercheurs issus de disciplines variées (santé publique, économie, sociologie, anthropologie) sur les mécanismes qui peuvent se conjuguer pour expliquer la part des inégalités sociales de santé mettant en jeu le système de santé.

Les questions **d'organisation des soins primaires** sont également une des préoccupations centrales de l'IRDES.

Une première série de travaux vise à évaluer le *fonctionnement du système de soins* dans ses différents aspects.

L'analyse de l'accès aux soins de médecin s'est effectuée sur deux plans :

- La première s'intéresse aux modes d'adressage des patients aux médecins. Avant la mise en place du dispositif de médecin traitant, qui devrait à terme limiter l'accès direct au spécialiste, environ 1/3 des séances de spécialistes était initié directement par le patient ou son entourage, ce mode d'accès variant considérablement avec la spécialité du praticien, pour atteindre 60 % chez le dermatologue. Un point important de ces résultats réside dans l'absence de gradient social dans ces différences d'adressage : si effectivement, les patients de catégories sociales favorisées consultent plus souvent le spécialiste, le mode d'accès de ceux qui ont effectivement recours au spécialiste (adressage ou accès direct) n'est pas marqué par un gradient socio-économique.
- Une deuxième recherche s'interroge sur les délais d'attente pour les rendez vous de spécialistes et en particulier sur l'impact de la densité de spécialistes sur ces délais. Il semble ainsi que l'impact soit différent selon les spécialistes : l'augmentation des densités s'accompagne bien d'une diminution des délais d'attente pour les ophtalmologues, les pédiatres et les rhumatologues, mais ce n'est pas le cas pour les gynécologues, les dermatologues et les cardiologues, semblant indiquer une certaine part de demande induite.

Toujours dans une optique d'évaluation de l'accès aux soins, la mise en perspective de l'offre et du recours en psychiatrie a permis de réaliser une typologie des secteurs de psychiatrie adulte. Cette typologie permet de distinguer neuf catégories de secteurs en fonction de leur équipement et de leur organisation. Trois d'entre elles posent des problèmes importants d'offre avec les conséquences que

cela implique sur les délais de rendez-vous et la nécessité de rediriger les patients. L'étape suivante de ce travail en 2006 consistera à approfondir les conséquences de ces niveaux de dotation sur les prises en charge des patients.

Deux évaluations d'organisation particulière ont été effectuées en 2006. L'évaluation de RESICARD, réseau ville/hôpital de suivi des patients atteints d'insuffisance cardiaque, a montré les limites d'un réseau proposant une approche essentiellement cardiologique à des patients polyopathologiques et souvent dépendants. Le suivi cardiologique instauré pour les patients atteints d'IC n'a pas atteint ses objectifs en termes de réduction des réhospitalisations ni de mortalité. L'échec de ce réseau pose la question de la pertinence même de l'organisation choisie (centrée sur le cœur du patient plutôt que sur le patient lui-même). Une deuxième évaluation des pratiques organisationnelles, portant sur les soins psychiatriques sectorisés, est en train de se mettre en place à l'IRDES.

Le deuxième volet des recherches sur l'organisation des soins s'attache plus spécifiquement aux questions de *planification et d'organisation* des soins primaires.

Divers aspects ont été abordés : une comparaison internationale sur la médecine de groupe et les réseaux de santé semble montrer une large diffusion des politiques incitatives afin de promouvoir un modèle général d'organisation des soins primaires de première ligne communautaires et intégrés. Ces organisations ont pour objectif d'améliorer la qualité des soins et des services en améliorant la continuité, la coordination et la permanence des soins. Au niveau national, l'IRDES est sollicité pour alimenter la réflexion sur les outils et les méthodes permettant une meilleure organisation des soins ambulatoires (URML et URCAM Nord Pas-de-Calais et Bretagne) ainsi que pour assurer un soutien méthodologique dans la mise en place d'un projet de « territoire de santé » (CH du Haut Anjou).

Les transferts de tâches entre professionnels sont un des éléments clefs de ces modèles d'organisation des soins primaires. Une comparaison internationale sur la substitution/délégation de tâches entre professionnels de santé a permis de montrer au moyen d'exemples pris à l'étranger que certains pays ont déjà développé une réflexion importante à ce sujet et expérimenté ce type de pratiques. Au plan national, l'IRDES a été mobilisé pour élaborer un cadre d'évaluation pour des expérimentations de transferts de tâches entre médecins et paramédicaux.

Enfin, la régulation de la répartition des médecins pose de nombreuses questions. Nous avons d'une part réalisé une évaluation des mesures et dispositifs de régulation de cette répartition, dont les premiers résultats ont permis d'identifier des régions ayant une politique forte en termes de démographie des professionnels de santé. Ce travail sera poursuivi en 2006. Par ailleurs, nous avons été sollicités pour participer à la réflexion sur les meilleures conditions d'intervention pour contrecarrer la pénurie annoncée.

Parmi les autres axes de recherche, nous avons poursuivi nos travaux sur le **secteur du médicament.**

De nouveaux aspects de la régulation du médicament ont été abordés en analysant les processus de définition du contour des paniers de médicaments remboursables en France et dans deux pays voisins afin de décrire leurs conséquences sur le contenu même de ces paniers et d'estimer leur impact sur la consommation des médicaments. La comparaison des produits pris en charge dans les trois pays étudiés suggère que ce sont les comportements de prescription et non le nombre de produits pris en charge qui expliquent les écarts de dépenses entre les pays. A paniers comparables, la France a une consommation de benzodiazépines et de vasodilatateurs double de celle de l'Allemagne. Les priorités de santé publique contribuent également aux différences des paniers pris en charge : si en France l'accent semble davantage porter sur la limitation des dépenses, l'Angleterre

en acceptant de prendre en charge les traitements de l'obésité et du sevrage tabagique démontre qu'elle accorde davantage une priorité à ces problèmes émergents de santé publique.

Nous avons débuté une étude des déterminants du prix des médicaments en France visant à vérifier si la logique qui prévaut à la fixation des prix des médicaments en France est réellement respectée. Si, normalement, le prix est fixé en fonction de l'ASMR du médicament, du prix des spécialités déjà commercialisées dans sa classe et des volumes de ventes prévus, des observateurs ont souvent souligné l'existence de niveaux de prix non compatibles avec cette logique.

Deux classes thérapeutiques ont fait l'objet d'une analyse approfondie de leur prescription et de leur consommation. La consommation d'antidépresseurs en France a été pendant de nombreuses années largement supérieure à celle des ses voisins européens. Le travail que nous avons réalisé tend à montrer que si cette consommation reste élevée par rapport à l'Allemagne, le niveau de consommation de l'Angleterre a en revanche rejoint celui de la France. Par ailleurs, et à la suite des inquiétudes déclenchées par les études anglo-saxonnes mettant en évidence un risque de majoration du risque de cancer du sein en cas de traitement hormonal substitutif de la ménopause, nous avons réalisé une analyse de l'utilisation des THS en France et de son évolution depuis les nouvelles recommandations consécutives aux parutions de ces études.

D'autres axes de recherche ont fait également l'objet de travaux mais ne sont pas cités ci-dessus. Parmi ceux-ci, on peut évoquer l'état de santé et les coûts des maladies, le vieillissement et la dépendance, ou encore les soins hospitaliers, l'hospitalisation à domicile ainsi que les travaux macro économiques. Certains de ces travaux appartiennent à des axes que l'IRDES cherche à réinvestir et qui ne sont pas encore très développés (hospitalisation, vieillissement et dépendance). D'autres, au contraire, sont la poursuite de travaux déjà présentés les années précédentes.

2. L'IRDES, producteur de données

⇒ Les enquêtes

La participation de l'IRDES à la production de données sur le système de santé s'est renforcée en 2005 et les données accessibles à l'IRDES se sont enrichies de deux nouvelles enquêtes : SHARE et l'enquête décennale de santé de l'INSEE.

Pour l'enquête Santé et Protection Sociale, 2005 a été une année intermédiaire consacrée d'une part à la préparation des fichiers de l'enquête 2004 et à l'exploitation de ses premiers résultats et d'autre part à la préparation de l'enquête 2006. La réflexion sur l'enquête 2006 s'est appuyée sur un comité de pilotage associant des experts de nombreux organismes et centres de recherche (CNAMTS, CANAM, MSA, FNMF, AFSA, CTIP, DREES, INVS, AFSA, CNRS, EUROSTAT, INED, INPES, INSEE, INSERM). Les nouveaux modules « état de santé » introduits en 2006 concerneront l'asthme, la nutrition, les soins préventifs, la santé mentale et l'incapacité. Par ailleurs, le questionnement sur le statut économique et social a été complété (origine sociale, origine nationale, religion). Enfin, l'appariement des enquêtes 2002 et 2004 a été remis entièrement à plat et les données sont désormais disponibles.

L'IRDES participe depuis le début au projet SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) qui collecte des données homogènes sur des thèmes liés au vieillissement et à la retraite auprès d'européens de plus de 50 ans. Les données françaises de SHARE 2004 ont été mises à la disposition des chercheurs courant 2005. Une vague supplémentaire, incluant des questionnaires dits de « vignettes » sur la santé a été réalisée en septembre. L'enquête SHARE sera réitérée en 2006 et l'IRDES continuera d'assurer en collaboration avec l'INSEE la responsabilité de cette opération.

La troisième opération importante de cette année 2005 a été le codage médical de l'enquête décennale de santé 2002-2003, réalisé entièrement par l'IRDES. La base de données codée incluant

toutes les variables médicales (maladies, médicaments, biologie, actes médicaux et paramédicaux, etc..) a été mise à la disposition des partenaires fin 2005.

Enfin, l'IRDES participe activement à une enquête réalisée par l'INSERM sur le retentissement de la tentative de suicide sur l'entourage proche du suicidant.

⇒ **Eco-santé**

Outre la production régulière des quatre bases Eco-Santé (France, Régions, OCDE et Québec), une version en ligne www.ecosante.fr a été introduite en 2005. Cette version en ligne, actuellement subordonnée à l'achat d'une version réseau, préfigure ce que sera l'accès libre et gratuit à Eco-Santé, programmé dans un futur proche.

Par ailleurs, l'équipe Eco-Santé a été sollicitée pour assurer une formation intitulée « Informatique et statistiques » dans le cadre d'un Master de protection sociale complémentaire en formation continue.

3. L'insertion dans des réseaux internationaux, les échanges avec des chercheurs étrangers

Nous poursuivons de manière très fructueuse nos collaborations avec des réseaux internationaux de chercheurs :

- ⇒ travail régulier avec des réseaux de chercheurs : participation au groupe EHPG (European Health Policy Group), participation au réseau Bertelsmann, au groupe Ecuity et au groupe Eurothine sur les inégalités sociales de santé ;
- ⇒ projets européens : SHARE (enquête sur les plus de 50 ans), Workhealth (indicateurs de la santé au travail), Basket (niveaux de couverture des biens et services médicaux en Europe) ;
- ⇒ réponse positive, en collaboration avec Basys, à un appel d'offre lancé en 2005 par Eurostat sur le développement d'outils pour le recueil de données sur le système de santé ;
- ⇒ animation de l'Observatoire franco-qubécois sur la santé et la solidarité : deux numéros de Santé, Société et Solidarité en 2005, un ouvrage sur l'aide informelle aux personnes âgées, la 4^{ème} édition d'Eco-santé Québec, échanges d'experts.

4. La quantité et la qualité de la production

a. Production écrite et communications orales

Quantitativement, l'année 2005 a été caractérisée par une diminution de la production de documents papiers, rejoignant ainsi la production de 2003 avec au total 45 documents publiés, tous types de productions confondus.

Le nombre d'articles publiés dans des revues extérieures reste important, 21 comparativement à 29 en 2004, mais les articles scientifiques parus dans des revues à comité de lecture à haut degré d'exigence ont diminué de plus de la moitié, passant de 15 à 6 avec en particulier un seul article dans une revue internationale :

- ✍ six articles dans des revues à comité de lecture : *Revue Française des Affaires Sociales* (2 articles), *Revue Française d'Economie, Retraite et sociétés*, *Recherches et Prévisions*, *The International Journal of Health Planning and Management* ;

- ✍ huit articles dans des revues à comité de rédaction : *Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Population, Santé et systémique, Revue Hospitalière de France, ADSP (Actualité et Dossier en Santé Publique)*(2 articles), *Revue Sève, Cahiers Français* (2 articles) ;
- ✍ six articles dans des revues institutionnelles ou professionnelles : *Dossiers Solidarité et Santé* (2 articles), *Etudes et Résultats* (2 articles), *The Globe and Mail, Le Médecin Radiologue de France*.

Parallèlement, le nombre de rapports papiers publiés par l'IRDES est également en baisse. Avec trois rapports papiers seulement, la tendance à la baisse observée depuis 2003 est encore confirmée. Toutefois, ces trois rapports publiés dans les collections de l'IRDES ne résument pas toute la production de l'IRDES en matière de rapports. En effet, neuf rapports de recherche ont par ailleurs été adressés aux financeurs de diverses études réalisées sur contrats. Certains d'entre eux devraient donner lieu à un rapport IRDES en 2006, après une étape de validation interne et externe de leur contenu.

- ✍ quatre rapports intermédiaires :
 - Variabilité des dépenses en part complémentaire des bénéficiaires de la CMU (fonds CMU),
 - Les itinéraires professionnels en relation avec la santé : une exploitation longitudinale de l'enquête ESPS de l'IRDES (MiRe, DARES, La Poste),
 - Inégalités et discriminations sur le marché du travail : L'impact de l'identité sur l'évaluation du travail (DREES, MIRE, DARES),
 - Evaluation de l'action des GROG sur la prescription des antibiotiques par les généralistes et les pédiatres d'Ile de France (FASQV) ;
- ✍ cinq rapports finaux :
 - Faisabilité d'un système d'information public sur la médecine de ville (DREES),
 - Comparability of health surveys in Europe (ILC),
 - Effets cumulatifs à long terme de l'accès aux soins et du revenu sur les inégalités de santé (MiRe)
 - Rapports à la santé et aux soins : un continuum entre les exclus et les autres catégories sociales (CNRS (SHS-SDV) – INSERM – MiRe-DREES),
 - Les dépenses de prévention en France : estimation à partir des Comptes Nationaux de la Santé de 2002 (DREES).

En revanche, il faut souligner le maintien d'un nombre soutenu de parutions du bulletin « Questions d'économie de la santé », malgré une légère baisse par rapport à 2003 (13 en 2005, 13 en 2004, 16 en 2003).

Evolution du nombre de publications par nature depuis 2001										
Année	Publications internes				Publications externes					Total
	Rapports IRDES	QES*	Documents de travail	Thèses ou mémoires	Revue Scientifiques		Revue Institutionnelles ou Professionnelles	Autres		
					Articles à comité de lecture	Articles à comité de rédaction	Articles sans comité de lecture	Rapports ou Chapitres	Communications	
2005	3	13	1		6	9	6	3	4	45

2004	4	13	5	2	15	7	7	11	8	72
2003	5	16	1	1	4	5	4	6	7	49
2002	9	16	2	0	8	3	3	9	4	54
2001	10	12	0	3	5	5	7	7	4	53

Cette diminution globale de la quantité de documents produits reflète de multiples causes.

Tout d'abord, la multiplication des projets dans lesquels les chercheurs de l'IRDES sont engagés : de 55 à 58 projets ou enquêtes cités dans les rapports d'activité 2001 à 2003, 77 dans le rapport d'activité 2004 et près de 100 dans le rapport 2005. Cette multiplication, conduit, malgré un effectif légèrement en hausse (23 vs 20,5 en 2004), à privilégier l'écriture et la remise des rapports contractuels. La finalisation sous une forme de rapport IRDES ou l'écriture ultérieure d'articles est alors souvent reportée pour se consacrer à d'autres travaux.

Le départ en 2004 de chercheurs très moteurs en ce domaine dont le remplacement dans le courant de l'année 2005 n'a pas encore porté ses fruits.

Enfin, la politique affichée par l'IRDES depuis plusieurs années de privilégier l'écriture d'articles dans des revues scientifiques de haut niveau d'exigence. En termes de contenu comme en termes d'investissement, article scientifique et rapport ne sont pas substituables. Par ailleurs, les délais de publication des articles sont plus longs que ceux des rapports, ce qui a pu conduire à ne pas publier certains résultats.

Cette diminution de la production écrite est toutefois partiellement compensée par une multiplication des communications orales ou des présentations de posters réalisées par les chercheurs de l'IRDES dans des manifestations scientifiques (colloques internationaux, séminaires, congrès, tables rondes etc...). Au total, 65 interventions de ce type ont été enregistrées en 2005, ce qui est un record absolu en la matière. Dans ce cadre, il faut remarquer la très forte participation de l'IRDES au colloque de IHEA (International Health Economics Association), avec 9 interventions en tout, dont 6 communications orales et 3 posters.

b. Diffusion

La diffusion en ligne par l'intermédiaire du site web est en constante progression. 2005 marque une forte progression du nombre de visiteurs sur notre site (entre 25 000 et 45 000 visiteurs par mois). La baisse significative de 2004 due au changement de nom (CREDES devenu IRDES en juin 2004) est enrayée et le nouveau nom IRDES semble être bien entré dans les esprits. Pour mémoire, la moyenne du nombre de visiteurs par mois était de 13 500 en 2002 et de 22 300 en 2003.

La mise en ligne des « Questions en économie de la santé » continue à être un vrai succès. Avec environ 10 000 téléchargements par mois, ils représentent quatre documents téléchargés sur 10.

La diffusion traditionnelle par l'intermédiaire des abonnements ou des ventes à l'unité de rapports ou de logiciels marque le pas. On constate une diminution des ventes de toutes ces catégories. La faible production de rapports n'explique pas entièrement cette baisse qui concerne aussi les abonnements et les logiciels. Il faut probablement chercher l'explication de ce phénomène dans l'offre de plus en plus importante de données et d'informations gratuites sur Internet.