

Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins



*Vanessa Bellamy (Drees)
Anne-Laure Samson (LEDa-Legos, Université Paris Dauphine)*

Cette étude analyse pour la première fois les comportements des médecins en matière de dépassements d'honoraires en France métropolitaine.

La pratique des dépassements constitue aujourd'hui un enjeu de santé publique : depuis les 10 dernières années, la part des médecins en secteur 2 (autorisés à pratiquer des dépassements) ne cesse de croître, et la part des dépassements dans les honoraires totaux de ces médecins progresse constamment. Si les généralistes s'installent actuellement presque exclusivement en secteur 1, ce n'est pas le cas des spécialistes, et certaines spécialités ont une proportion de médecins en secteur 2 très élevée et en forte croissance (chirurgiens, gynécologues, ORL ou ophtalmologistes). Les dépassements sont par ailleurs concentrés dans certains départements, pour certains modes d'exercice spécifiques et sur certains types d'actes. La pratique des dépassements d'honoraires a donc des conséquences majeures pour l'accès aux soins des assurés, qu'il soit géographique ou financier.

Nous décrivons dans un premier temps les pratiques de l'ensemble des médecins en matière de dépassements d'honoraires. Puis nous nous concentrons sur quatre spécialités (chirurgiens, psychiatres, ophtalmologues et gynécologues) pour mener une analyse économétrique qui vise à étudier les déterminants de l'accès au secteur 2 et le montant moyen des dépassements d'honoraires de ces quatre spécialités. Notre étude montre que la solvabilité de la demande locale influence positivement la probabilité de s'installer en secteur 2 ainsi que le niveau des dépassements pratiqués. De même, plus la densité médicale dans le département est importante, plus la probabilité de s'installer en secteur 2 est forte et plus les médecins pratiquent des dépassements élevés. On observe par ailleurs que les dépassements sont en moyenne plus élevés sur les actes cliniques et que les médecins ont un comportement mimétique en matière de dépassements : les montants de dépassements sont d'autant plus élevés que ceux des confrères exerçant dans le même département le sont. C'est pourquoi la régulation de la répartition des médecins et celle des dépassements sont ainsi étroitement liées

Instauré en 1980, dans un contexte d'explosion démographique du corps médical mais aussi de faible croissance du PIB et de forte augmentation du chômage, le secteur 2 résultait d'un double objectif du gouvernement : freiner la progression des dépenses de santé (en évitant d'augmenter les tarifs conventionnels) tout en permettant la revalorisation des revenus des médecins.

Traditionnellement payés à l'acte avec des tarifs fixés par les conventions nationales, les médecins libéraux ont donc bénéficié, à partir de cette date, de la possibilité de fixer librement le tarif de leurs actes, au-delà du tarif opposable, et de pratiquer ainsi des dépassements d'honoraires de manière permanente. Ceci n'était jusqu'alors autorisé qu'à certains médecins du secteur 1, ceux ayant un droit au dépassement permanent du fait de leur notoriété, de leurs titres ou de leurs travaux particuliers (*encadré 1*). Mais ce statut restait très marginal et la pratique des dépassements s'est développée et généralisée avec la création du secteur 2. Cette liberté tarifaire, qui introduit pour la première fois un mécanisme de marché dans la fixation des tarifs médicaux, n'est pas sans conséquence pour la régulation du système de santé : trente ans après la création du secteur 2, les dépassements d'honoraires ont progressé de façon spectaculaire. Le montant des dépassements a plus que doublé en vingt ans, passant de 900 millions d'euros en 1990 à 2,5 milliards d'euros en 2010 (en euros courants) (Cnamts, 2011). Le poids des médecins en secteur 2 par rapport aux médecins en secteur 1 avec droit au dépassement permanent s'est fortement accru et les médecins en secteur 2 constituent aujourd'hui l'essentiel des médecins pratiquant des dépassements. Leur part parmi l'ensemble des médecins progresse régulièrement depuis les années 2000 et cette tendance devrait se poursuivre dans les prochaines années. Les dépassements d'honoraires constituent aujourd'hui un enjeu de politique publique majeur.

Du côté de la demande de soins, les dépassements, s'ils se généralisent, nuisent à la couverture des soins et sont susceptibles de creuser les inégalités dans l'accès aux soins. En effet, ils ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire : seules les personnes couvertes par une assurance complémentaire peuvent être remboursées de tout ou partie du montant des dépassements. Même si une large part de la population possède une couverture complémentaire (94 % selon l'enquête ESPS 2008, Perronnin et al., 2011), les dépassements ne sont pas toujours pris en charge par les organismes complémentaires. L'enquête annuelle de la DREES sur les garanties des contrats modaux en 2008 (Garnero et Rattier, 2011) montre que seulement 40 % des assurés sont remboursés, en tout ou partie, en cas de dépassements d'honoraires.

Du côté de l'offre de soins, puisque les médecins n'ont pas tous la possibilité d'exercer en secteur 2 (*encadré 1*), les dépassements introduisent de fortes disparités de rémunération, non justifiées par des différences de diplôme, de style de pratique ou de qualité des soins fournis, mais largement expliquées par la date à laquelle le médecin s'est installé (Igas, 2007). En outre, ils peuvent accentuer encore plus la mauvaise répartition des médecins sur le territoire (Igas, 2007). En effet, pratiquer des dépassements d'honoraires permet aux médecins de continuer à s'installer dans des régions déjà très fortement dotées en médecins, puisque leurs tarifs plus élevés compensent la moindre activité résultant d'une forte densité médicale.

La question des dépassements d'honoraires touche donc directement à l'organisation de notre système de santé. Bien que les dépassements ne pèsent pas sur les dépenses remboursées par les régimes d'assurance maladie obligatoires, ils ont des conséquences importantes sur l'équité et l'accès aux soins. Pourtant, en France, la littérature sur les dépassements d'honoraires est peu abondante ; elle se résume à quelques rapports : rapport de l'Igas (2007), rapport du HCAAM (2009) et « Point d'information » de la Cnamts (2011), qui fournissent essentiellement des éléments de cadrage sur l'ampleur des dépassements d'honoraires. Il n'existe aucune étude visant à analyser les déterminants de ces dépassements (voir *encadré 2* pour une revue plus complète de la littérature). L'objectif de cet article est donc d'approfondir la connaissance sur ce sujet en analysant les déterminants des comportements des médecins en matière de dépassements d'honoraires afin, notamment, d'éclairer les débats sur la régulation des modes de rémunération des médecins libéraux français. Plus précisément, il s'agit d'expliquer les déterminants du choix de l'exercice en secteur 2 et les facteurs explicatifs du montant des dépassements d'honoraires des médecins exerçant dans ce secteur.

Pour cela, nous utilisons pour la première fois des données individuelles recueillies pour l'ensemble des médecins français, issues d'un appariement effectué entre les données de la CNAMTS (SNIIRAM) et de la DGFIP (les déclarations de revenus des médecins libéraux – *encadré 3*).

Dans un premier temps, nous dressons un état des lieux des dépassements d'honoraires en France métropolitaine. Nous présentons, pour l'ensemble des spécialités médicales, des éléments chiffrés sur les montants, les taux, la localisation et la dispersion des dépassements.

La seconde partie vise à expliquer les déterminants de la pratique des dépassements pour quatre spécialités : les chirurgiens, les ophtalmologues, les gynécologues et les psychiatres. L'objectif est d'analyser les principaux facteurs explicatifs de l'accès au secteur 2 et du montant des dépassements d'honoraires de ces quatre spécialités.

Encadré 1 La pratique des dépassements d'honoraires au sein du système conventionnel

Les médecins libéraux ayant accepté d'adhérer au système conventionnel en 1971 ont abandonné la possibilité de fixer librement leurs tarifs. Néanmoins, certains d'entre eux peuvent pratiquer des dépassements, c'est-à-dire facturer leurs actes au-delà du tarif opposable. Cette possibilité s'offre aux médecins du secteur 2 mais également, dans certains cas, aux médecins du secteur 1.

1. Une pratique occasionnelle pour les médecins du secteur 1

Les médecins conventionnés du secteur 1 ne disposant pas d'un droit permanent à dépassement (DP) peuvent pratiquer des dépassements de façon occasionnelle dans deux situations :

- depuis 1971, ils peuvent pratiquer des dépassements exceptionnels (DE) pour exigence particulière du malade, c'est-à-dire lors d'une visite médicalement injustifiée ou d'une consultation en dehors des heures d'ouverture du cabinet. Le montant de ce dépassement n'est pas plafonné.
- depuis 2005, ils peuvent pratiquer des dépassements autorisés (DA) lorsque le patient ne respecte pas le parcours de soins coordonnés et notamment, pour les spécialistes, le passage préalable par un médecin traitant. Ce dépassement ne peut se cumuler avec le DE, et son montant est plafonné à 17,5 % du tarif opposable.

2. Une pratique régulière pour les médecins ayant un droit permanent à dépassement (DP) ou les médecins du secteur 2

Le praticien dispose d'une possibilité permanente de dépasser s'il est en secteur 1 et titulaire d'un droit permanent à dépassement (DP) ou s'il est en secteur 2. Depuis 1960, le DP était donné à certains médecins du fait de leur notoriété, de leurs titres ou de leurs travaux particuliers. La liste de ces médecins était dressée par une commission paritaire départementale. Ils pouvaient alors pratiquer des tarifs supérieurs aux tarifs fixés par les conventions départementales. Accusé de favoritisme, ce DP a été supprimé lors de la troisième convention nationale de 1980 et remplacé par le secteur 2. Le nombre de médecins en exercice encore titulaires d'un DP est donc aujourd'hui très faible, et en constante diminution. En 2008, toutes spécialités confondues, seuls 0,3 % des médecins étaient encore titulaires de ce DP (fichier DGFIP-Cnamts).

Le secteur 2 ou secteur « conventionné à honoraires libres » a été créé par cette même convention nationale de 1980. Il offre la possibilité aux médecins de rester dans le secteur conventionnel sans pour autant pratiquer les tarifs opposables. Les possibilités de dépassements sont permanentes ; les tarifs pratiqués sont libres et fixés par le médecin (avec « tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières »). En échange, une partie de ces cotisations sociales ne sont plus prises en charge par les caisses¹. La caisse de sécurité sociale rembourse en revanche le malade sur la base du tarif opposable.

Ce secteur a été ouvert dans un contexte d'explosion démographique du corps médical mais également de faible croissance du PIB et de forte augmentation du chômage. L'objectif du gouvernement était alors double : i) freiner la progression des dépenses de l'assurance maladie due à la médecine ambulatoire en mettant en place une enveloppe globale annuelle et en ne revalorisant pas les tarifs conventionnels ; ii) permettre toutefois la revalorisation des revenus des médecins, notamment à l'approche des élections présidentielles de 1981 (Pellet, 2003).

Le secteur 2 a rencontré un très vif succès auprès des médecins. Accusé de générer de fortes inégalités dans l'accès aux soins des patients, son accès a été limité au cours de la cinquième convention nationale de 1990. Tous les médecins installés entre 1980 et 1990 ont donc pu choisir leur secteur de conventionnement au moment de leur installation. Sur cette même période, les médecins en activité étaient autorisés à changer de secteur de conventionnement au cours de l'ouverture des « fenêtres conventionnelles ». Lors de celle de 1987 par exemple, 5,8 % des spécialistes initialement installés en secteur 1 ont opté pour le secteur 2 (Cnamts, 1989).

En revanche, depuis 1990, seuls les anciens chefs de clinique et assistants des hôpitaux peuvent, au moment de leur installation uniquement, choisir de s'installer en secteur 2 (Igas, 2007). En pratique, puisqu'il s'agit de médecins qui ont combiné (pendant une durée maximale de 4 ans) leur activité de praticien à l'hôpital avec une activité d'enseignement et de recherche, la possibilité de débiter son activité en secteur 2 après 1990 concerne surtout les médecins spécialistes.

Outre cette restriction de l'accès au secteur 2 en 1990, les pouvoirs publics ont depuis tenté de restreindre la liberté tarifaire des médecins :

- d'une part, en 1999 avec la loi sur la couverture complémentaire universelle qui interdit que les dépassements soient appliqués aux bénéficiaires de la CMU complémentaire. En pratique, cependant, en 2006, 1,6 % des consultations facturées à des bénéficiaires de la CMU complémentaire auraient donné lieu à un dépassement d'honoraires (Igas, 2007).
- d'autre part, les médecins du secteur 2 ou ayant un DP, et qui ont adhéré à l'option de coordination prévue par la convention nationale de 2005 doivent, lorsque le patient est dans le parcours de soins, appliquer les tarifs opposables pour les consultations et limiter leurs dépassements à 15 % des tarifs opposables. En échange, une partie de leurs cotisations sociales est prise en charge. En pratique, toutefois, seulement quelques centaines de médecins auraient adhéré à cette option (Igas, 2007).

¹ À titre d'exemple, en 2000, le taux de cotisation d'assurance maladie des médecins en secteur 1 était de 1,61 % mais de 9,81% pour les médecins en secteur 2. De même, le taux de cotisations d'allocations familiales dues à l'Urssaf était fixé à 5,4 % pour les médecins du secteur 2 mais le taux était réduit pour les médecins du secteur 1 (fixé à 1,1 % sur la part de l'assiette qui ne dépasse pas le plafond de la sécurité sociale et à 2,5 % sur la part de cette assiette qui dépasse le plafond) (Hensgen et al., 2000).

Ces deux dispositifs étant très marginaux, ils révèlent surtout que les médecins en secteur 2 ont aujourd'hui une liberté totale dans la fixation de leurs tarifs. Selon le rapport du HCAAM (2007), les dépassements d'honoraires n'ont d'ailleurs jamais pu être véritablement encadrés. La convention de 1990 prévoyait que les médecins exerçant en secteur 2 devaient effectuer un quart de leurs actes gratuitement ou conformément aux tarifs opposables. Cette disposition a eu une portée limitée et a notamment été annulée par le Conseil d'État en 1992. Par ailleurs, depuis 1999, le code de la sécurité sociale permet à la convention nationale de définir pour les médecins en secteur 2, soit un plafond de dépassement par acte, soit un plafond annuel pouvant être fixé en fonction du montant total des dépassements constaté l'année précédente. Cette disposition n'a jamais été mise en œuvre.

3. Des tarifs libres pour les médecins non conventionnés

Le médecin est toujours libre de signer ou non la convention avec l'assurance maladie. Lorsqu'il choisit de ne pas signer cette convention, il bénéficie d'une totale liberté dans la fixation de ses honoraires. Dans ce cas, ses patients sont seulement remboursés sur la base d'un tarif « d'autorité » (3 ou 4 euros) ; en revanche, les prescriptions sont prises en charge. La part de ces médecins « non conventionnés » est faible : 1,3 % des omnipraticiens en 2004 et seulement 0,2 % de l'ensemble des médecins spécialistes (Cnamts, 2006)

4. Le cas particulier des médecins hospitaliers avec secteur privé à l'hôpital

Le code de la santé publique autorise les praticiens hospitaliers à temps plein (HTP) à exercer une activité libérale au sein des établissements publics de santé dans lesquels ils sont nommés, mais celle-ci est soumise à diverses conditions :

- le praticien doit exercer son activité au sein d'un service public hospitalier ;
- l'activité libérale ne doit pas excéder 20 % de la durée du service hospitalier (hors gardes) ;
- le nombre de consultations et d'actes doit être inférieur à celui de l'activité publique.

L'activité libérale donne lieu au versement à l'établissement par le médecin d'une redevance calculée en pourcentage du tarif de l'acte CCAM, donc hors dépassements éventuels : 16 % pour les consultations dans les centres hospitaliers universitaires (15 % dans les centres hospitaliers), 25 % pour les actes autres que les actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie pour les centres hospitaliers universitaires, (16 % dans les centres hospitaliers), et 60 % des actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie.

La littérature sur les dépassements d'honoraires en France est peu abondante mais elle se caractérise par une temporalité marquée. Trois périodes principales se distinguent.

Dans un premier temps, l'ouverture du secteur 2 et la possibilité de pratiquer des dépassements d'honoraires a généré quelques rapports, tels que ceux de la Cnamts (1986, 1987, 1988, 1992) et de la MSA (1991). Ces travaux, principalement statistiques et descriptifs, fournissent des éléments chiffrés sur l'ampleur des dépassements ou le pourcentage de médecins exerçant en secteur 2 une année donnée. En revanche, il existe très peu d'études (économétriques) sur le sujet, probablement en raison du manque de données disponibles sur les honoraires et les revenus des médecins. Une des principales est celle de Lancry (1986) qui, sur données départementales datant de 1986, étudie les facteurs explicatifs du taux d'accès au secteur 2 et du taux de dépassement. Si aucune variable n'explique significativement le taux de dépassement départemental, il montre en revanche que la solvabilité de la clientèle est la variable la plus explicative du taux d'accès au secteur 2. Ce résultat corrobore celui de Darbon et Letourmy (1989) qui observent, sur données communales, que le pourcentage de médecins en secteur 2 au sein d'une commune est positivement (resp. négativement) corrélé au pourcentage de cadres (resp. d'ouvriers). Même lorsque des données individuelles sont disponibles, elles ne font pas l'objet d'une exploitation détaillée. Ainsi, Sandier (1993), à partir du panel d'omnipraticiens de la Cnamts disponible sur la période 1980-1991, étudie uniquement les caractéristiques des médecins (en termes d'activité et d'honoraires) et en particulier celles des médecins ayant changé de secteur de conventionnement sur la période (passage du secteur 1 au secteur 2). Ces médecins avaient, lorsqu'ils étaient en secteur 1, une activité supérieure de 10 % à celle des médecins restés en secteur 1 sur l'ensemble de la période. Ils ont réduit leur activité après leur passage en secteur 2 : celle-ci devient inférieure de 10 à 20 % à celle des médecins restés en secteur 1. Cette analyse sur données longitudinales permet de répondre à une interrogation soulevée par Lancry (1989) : les médecins choisiraient de passer en secteur 2 pour diminuer leur niveau d'activité.

Jusqu'en 2006, et probablement en raison de la restriction de l'accès au secteur 2 à partir de 1990, cette question a été peu abordée, que ce soit par les chercheurs, administrations et pouvoirs publics.

Seules quelques publications abordent la question des dépassements d'honoraires. Les carnets statistiques annuels de la Cnamts sur le secteur libéral des professions de santé (publiés jusqu'en 2004), consacrent chaque année une section à la présentation des montants des dépassements d'honoraires, par spécialité, en mentionnant régulièrement leur progression. Mais aucune étude spécifique sur cette question n'est pour autant publiée au cours de ces années.

En outre, les pouvoirs publics semblent ne s'être intéressés à la question des dépassements qu'à partir de 2001. Le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS, 2002) consacre en effet un chapitre à l'accès aux soins, dans lequel la part importante des dépassements dans les honoraires des spécialistes (11,2 %) mais surtout des chirurgiens-dentistes (47 %) apparaît comme un réel frein à l'accès aux soins. Deux rapports ultérieurs (CCSS, 2004 et CCSS, 2007) consacrent chacun un chapitre aux chirurgiens, dans un contexte de difficulté croissante d'accès aux soins chirurgicaux, attribué à leur mauvaise répartition sur le territoire ainsi qu'au nombre grandissant de chirurgiens libéraux en secteur 2. Les différents rapports du HCAAM parus entre 2004 et 2011 posent également la question des dépassements d'honoraires sous l'angle de l'accès aux soins et mentionnent la nécessité de contrôler les dépassements afin de limiter les restes à charge des ménages.

Devant l'ampleur de la progression des dépassements d'honoraires, les pouvoirs publics prennent conscience qu'ils constituent un enjeu de politique économique considérable. L'année 2007 marque alors un tournant, avec la sortie du rapport de l'Igas (Igas, 2007), premier rapport exclusivement consacré aux dépassements. On y trouve un panorama complet de la pratique des dépassements : évolution des montants et des taux de dépassements (moyennes et distributions), part des médecins en secteur 2, le tout par spécialité.

Signe de l'intérêt croissant des pouvoirs publics pour la question des dépassements d'honoraires, cette question est présente dans les différentes lois de financement de la sécurité sociale entre 2007 et 2011 et en particulier dans les « programmes de qualité et d'efficacité ». Pour le risque maladie, l'objectif d'un égal accès aux soins passe par la limitation de la pratique des dépassements. À ce titre, deux indicateurs sont définis pour être suivis dans le temps : la part de la population résidant dans des départements dans lesquels la proportion d'omnipraticiens (resp. de spécialistes) en secteur 2 dépasse 20 % (resp. 50 %), et le rapport des dépassements moyens pratiqués aux honoraires hors dépassement, par médecin du secteur 2. La LFSS de 2010 appelle à une régulation de la pratique des dépassements d'honoraires et notamment à la création du secteur optionnel, qui obligerait les spécialistes à pratiquer une partie de leurs actes en honoraires opposables.

Par ailleurs, un rapport présenté à l'Assemblée nationale sur l'organisation de l'offre de soins sur le territoire (Assemblée nationale, 2008) propose cinq stratégies d'aménagement de l'offre de soins de premier recours, dont l'encadrement des dépassements d'honoraires.

Enfin, le rapport des comptes de la sécurité sociale 2007 (CCSS, 2008) est le premier à consacrer un chapitre entier à un état des lieux des dépassements d'honoraires des médecins, toutes spécialités confondues.

Sur cette période, il faut attendre 2011 pour que la Cnamts (Cnamts, 2011), seul organisme à disposer de données sur les montants des dépassements, fournisse un point sur la question des dépassements.

Dans tous les cas, cette rapide synthèse des documents publiés depuis l'ouverture du secteur 2 montre qu'il s'agit principalement de rapports et non d'études ; les déterminants de l'accès au secteur 2 ou de la pratique des dépassements ne sont ainsi jamais analysés.

1. Une pratique des dépassements hétérogène et en forte progression ces dix dernières années

Cette première partie dresse un état des lieux de la pratique des dépassements d'honoraires en France métropolitaine, pour l'ensemble des spécialités médicales.

1.1. Des dépassements d'honoraires élevés et en forte progression sur les dix dernières années

En 2010, le montant global des dépassements d'honoraires, toutes spécialités confondues, s'élevait à 2,5 milliards d'euros (CNAMTS, 2011), contre 900 millions en 1990. Les dépassements représentent 12 % des honoraires totaux de l'ensemble des médecins, mais 17 % pour les spécialistes hors omnipraticiens et 32 % pour les seuls chirurgiens.

Les dépassements s'élèvent en 2010 à 21 100 euros en moyenne par médecin (*tableau 1- voir annexe 1* pour la nomenclature des spécialités étudiées). Ce chiffre cache toutefois de fortes disparités entre spécialités : les dépassements sont de 18 800 euros pour les psychiatres mais atteignent 80 000 euros pour les chirurgiens. Les évolutions sur les onze dernières années sont également très contrastées entre spécialités, avec un taux de croissance annuel moyen des dépassements par médecin variant de 1,9 % (cardiologues) à 9,6 % (radiologues). En euros constants et pour l'ensemble des médecins, les montants de dépassements moyens ont progressé de 50 % entre 2000 et 2010. Pour certaines spécialités ce montant a plus que doublé : les anesthésistes (+150 %), les radiologues (+120 %) et les psychiatres (+101 %). Dans une moindre mesure, c'est aussi le cas des ophtalmologues (+95 %).

Il n'existe cependant pas de relation directement observable entre le montant des dépassements par médecin de chaque spécialité et leur évolution sur la période. Les spécialités ayant les montants de dépassements les plus faibles en 2000 n'ont pas connu de progression des dépassements sur la période particulièrement forte ; il n'y a pas eu de « rattrapage ». Ainsi, bien que les psychiatres et les ophtalmologues aient des montants moyens de dépassements très différents, le taux de croissance annuel moyen de leurs dépassements a été identique sur la décennie (+7 % environ en moyenne par an) et les montants de leurs dépassements ont été multipliés par deux. Les omnipraticiens sont les seuls à avoir des montants de dépassements par médecin plus faibles en 2010 qu'en 2000, toujours en euros constants.

Tableau 1 : Montant annuel moyen des dépassements par médecin (en milliers d'euros constants 2010)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TCAM* 2000/2010	Taux de croissance 2000/2010
Omnipraticiens	6,8	7,0	8,3	7,5	7,1	6,3	6,3	6,2	6,1	5,9	5,5	-2,0	-18,6
Anesthésistes	19,9	22,5	27,7	32,1	33,6	34,2	41,8	43,8	45,0	47,5	49,8	9,6	150,4
Cardiologues	7,4	7,8	8,7	8,6	8,8	8,5	9,5	9,7	10,1	10,8	9,0	1,9	21,0
Chirurgiens	44,0	48,9	58,7	65,0	69,7	65,8	73,8	74,7	75,3	77,8	80,0	6,2	81,7
Dermatologues	20,6	22,1	25,5	26,9	27,3	25,2	25,9	29,2	26,9	29,2	27,3	2,9	32,4
Radiologues	9,1	9,8	11,2	11,5	11,7	12,2	14,5	18,6	20,8	22,5	19,9	8,2	119,8
Gynécologues	32,7	35,1	41,5	46,0	46,0	44,1	48,0	49,6	50,1	51,4	53,1	5,0	62,3
Gastro-entérologues	12,5	13,7	16,7	18,1	19,1	18,3	20,5	21,6	22,5	23,4	23,5	6,5	88,5
ORL	27,7	29,3	33,6	35,5	36,0	33,4	34,2	36,0	36,7	38,1	39,1	3,5	41,1
Pédiatres	12,3	13,3	16,7	15,9	15,0	14,8	15,8	16,0	16,5	17,8	17,7	3,7	44,0
Rhumatologues	19,7	20,9	24,1	25,5	26,2	24,3	25,6	25,0	25,4	26,2	26,3	2,9	33,4
Ophthalmologues	36,3	39,8	47,7	52,3	55,5	54,6	59,3	65,1	65,0	69,1	70,6	6,9	94,6
Psychiatres	9,4	10,5	12,6	14,6	15,1	14,3	15,5	16,4	16,7	17,9	18,8	7,2	100,9
Stomatologues	86,1	90,6	100,1	104,5	102,4	104,5	108,1	110,0	108,6	111,8	119,0	3,3	38,2
Autres médecins	13,0	14,2	16,6	17,5	17,7	16,2	16,9	17,4	16,9	17,1	17,0	2,7	30,3
Autres chirurgiens	49,4	53,6	63,0	68,9	74,4	73,8	83,7	85,2	83,1	85,1	84,8	5,5	71,5
Ensemble	14,1	15,1	17,9	18,6	18,9	17,9	19,4	20,2	20,3	21,1	21,1	4,1	49,3

Champ : France métropolitaine, médecins ayant perçu au moins un euro d'honoraires dans l'année.

* Taux de Croissance Annuel Moyen

Source : fichiers SNIR (CNAMTS), exploitation DREES

Les dépassements sont surtout le fait des médecins en secteur 2 ou en secteur 1 avec droit permanent à dépassement (DP). Les dépassements pratiqués par les médecins du secteur 1 ne peuvent être qu'occasionnels ; l'encadré 1 décrit plus précisément les conditions dans lesquelles les médecins peuvent les pratiquer.

Le *tableau 2* présente donc l'évolution des taux de dépassements² des seuls médecins en secteur 2 ou en secteur 1 avec droit au DP.

Pour simplifier, dans la suite de cet article, on utilisera le terme « secteur 2 » pour désigner à la fois les médecins de secteur 1 avec droit au dépassement permanent et ceux du secteur 2.

Tableau 2 : Évolution du taux de dépassement par médecin, pour ceux en secteur 2 ou 1 avec droit au DP

en %

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Evolution 2000-2010 en points
Omnipraticiens	30,0	30,6	30,6	29,7	30,1	28,4	29,9	30,0	31,0	30,9	30,5	0,5
Anesthésistes	26,7	28,4	30,8	32,1	31,4	31,3	33,7	33,9	32,5	32,7	33,2	6,6
Cardiologues	15,9	17,1	18,7	18,9	19,0	18,2	19,2	19,7	19,3	19,1	18,2	2,4
Chirurgiens	25,8	27,6	30,4	32,9	33,9	32,5	34,8	35,2	34,8	35,7	36,7	10,8
Dermatologues	31,5	32,4	34,9	35,9	36,6	35,4	37,0	40,2	39,0	42,7	39,8	8,4
Radiologues	14,7	15,5	16,9	17,3	17,3	16,6	18,1	19,0	20,4	21,6	23,5	8,8
Gynécologues	33,7	35,2	37,7	38,8	38,3	37,7	40,6	41,6	41,6	42,5	43,4	9,7
Gastro-entérologues	17,6	18,9	20,6	21,7	22,5	21,8	24,1	24,6	24,9	25,3	25,7	8,1
Oto-rhino-laryngologues	27,4	28,4	30,7	31,6	32,0	30,5	31,0	31,1	31,4	31,8	32,5	5,1
Pédiatres	28,6	29,8	31,7	30,3	30,5	30,4	31,9	32,7	33,8	35,1	35,8	7,2
Rhumatologues	30,5	31,6	33,8	34,7	35,4	34,0	35,0	33,6	33,3	33,9	34,3	3,8
Ophthalmologues	29,5	30,7	33,1	34,2	34,9	34,4	36,3	37,9	36,7	37,7	37,6	8,2
Psychiatres	29,1	30,5	33,4	35,5	36,6	36,1	39,8	40,6	40,9	42,6	44,4	15,3
Stomatologues	43,2	43,8	45,3	45,9	45,4	43,8	46,8	46,6	45,1	46,3	48,9	5,7
Autres médecins	27,8	28,7	30,3	31,3	31,7	30,2	32,1	32,5	32,0	32,2	31,9	4,1
Autres chirurgiens	26,4	27,7	30,0	31,6	33,0	31,2	33,5	33,7	33,8	34,5	34,3	7,9
Ensemble	27,9	29,1	30,9	31,7	32,2	31,1	33,0	33,6	33,5	34,2	34,7	6,8

Champ : France métropolitaine, médecins de secteur 2 ou 1 avec droit au DP ayant perçu au moins un euro d'honoraires dans l'année.

Source : fichiers SNIR (CNAMTS), exploitation DREES.

Le taux de dépassement des médecins en secteur 2 a progressé de près de 7 points entre 2000 et 2010 pour l'ensemble des spécialités, passant de 28 % à 35 %. Pour certaines, cette progression a été particulièrement importante : +15 points pour les psychiatres et +11 points pour les chirurgiens. Le taux de dépassement des omnipraticiens du secteur 2 n'a, quant à lui, quasiment pas évolué sur la décennie : il reste stable autour de 30 %. Afin de quantifier l'ampleur des dépassements d'honoraires mais aussi leur dispersion, inter et intra-spécialités³, nous utilisons dans la suite de cette étude les données individuelles issues d'un appariement entre le SNIIRAM et les données fiscales (*encadré 3*).

Encadré 3 Les données : deux sources de données administratives appariées

Cette étude est réalisée à partir d'un appariement, effectué par l'INSEE pour le compte de la DREES, de deux sources de données administratives : celles issues des fichiers de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et celles des fichiers des déclarations de revenus de la Direction Générale des Finances Publiques (DGFiP).

Les données issues des fichiers de la CNAMTS fournissent des informations détaillées sur les médecins ayant une activité libérale : caractéristiques socio-démographiques, localisation géographique, caractéristiques de la clientèle, niveau d'activité et décomposition des honoraires totaux entre les honoraires hors dépassement et forfaits, les forfaits⁴ et les dépassements. Le taux de dépassement est ici mesuré par la part des dépassements dans les honoraires totaux des médecins.

Ces données sont appariées avec les déclarations de revenus de la DGFiP (formulaire Cerfa 2042), qui fournissent, des informations sur l'ensemble des revenus déclarés par les médecins (revenu individuel libéral, revenu individuel salarié, revenu du foyer fiscal,...) et sur les montants d'une partie des impôts payés par le foyer fiscal.

Le fichier initial comporte 110 603 médecins pour l'année 2008 (médecins ayant perçu au moins un euro d'honoraires sur l'année). Pour les besoins de l'étude, nous avons effectué quelques restrictions. Nous excluons notamment les médecins non conventionnés ainsi que les médecins ayant débuté leur activité en 2008 ou avant 1970. Enfin, nous excluons les médecins déclarant des revenus d'activité, des honoraires ou un nombre de patients nul. L'échantillon final comporte 105 370 observations.

² Dans la suite de cette étude et sauf mention particulière, le taux de dépassement est la part des dépassements dans les honoraires totaux (*encadré 3*).

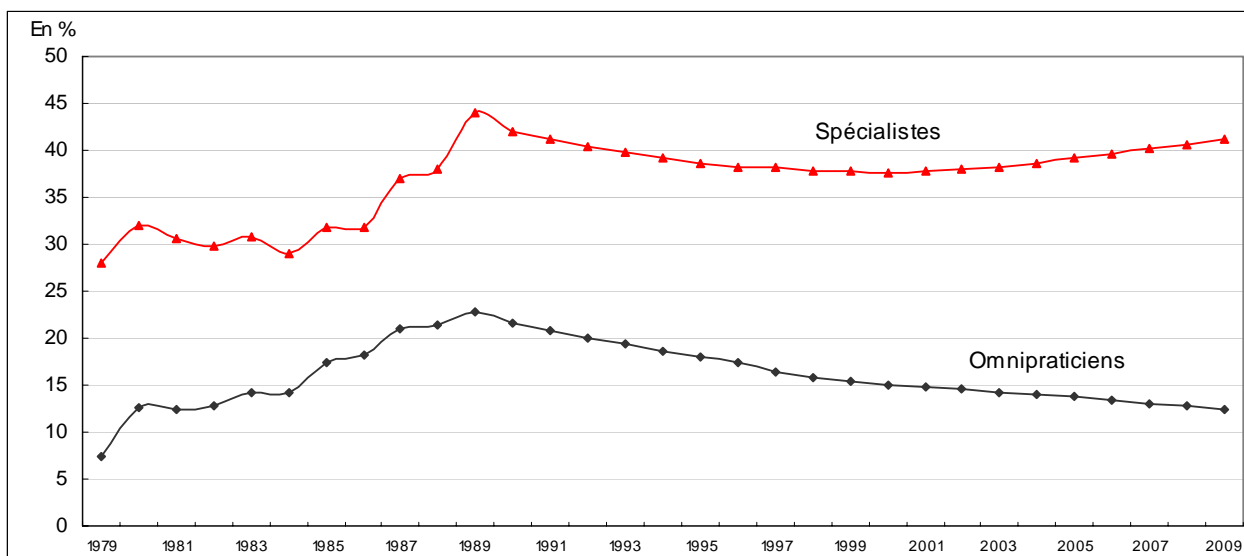
³ On trouvera en annexe 1.1 le détail de la nomenclature des spécialités et les regroupements effectués pour les analyses.

⁴ Tels que la rémunération des gardes et astreintes ou les contrats de bonnes pratiques.

1.2. Une progression continue de la part des spécialistes s'installant nouvellement en secteur 2

La proportion d'omnipraticiens en secteur 2 a cru fortement et continûment entre 1980 à 1990 et déchu régulièrement à partir de 1990 : chaque année, le nombre d'omnipraticiens en secteur 2 partant à la retraite est supérieur au nombre de nouveaux installés en secteur 2 (*graphique 1*). En comparaison, la proportion de spécialistes a cru plus faiblement jusqu'en 1985 et a considérablement augmenté entre 1985 et 1990 (près de 15 points). Elle est restée très stable après 1990, oscillant entre 37 et 42 %. Toutefois, la croissance de la part de spécialistes en secteur 2 repart à la hausse à partir des années 2000. Ceci s'explique par la très forte croissance du pourcentage de nouveaux installés en secteur 2 à partir de cette date.

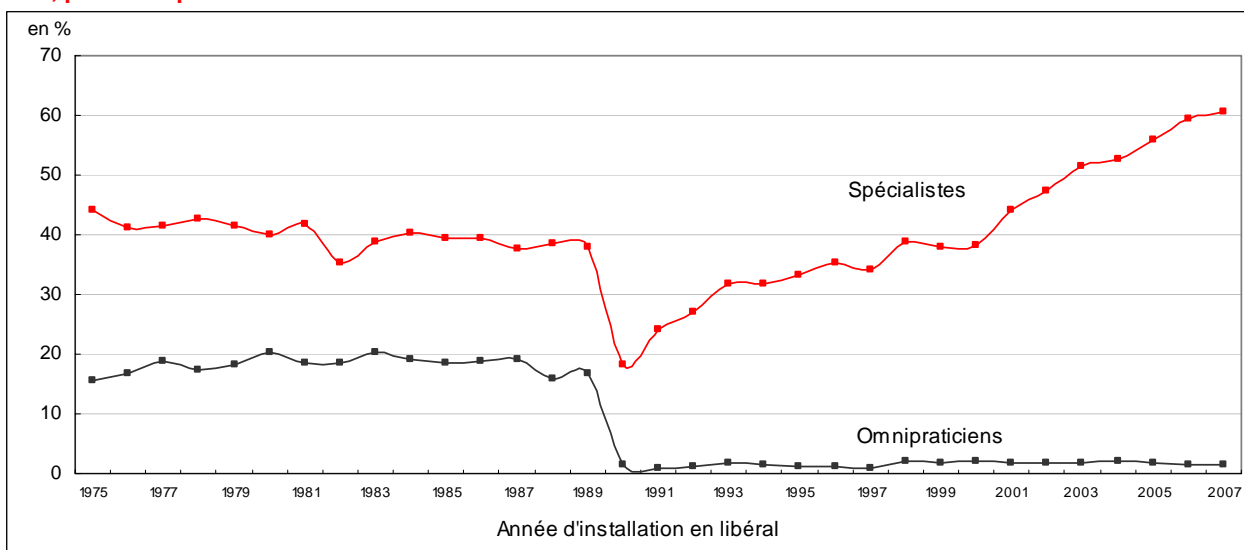
Graphique 1 : Évolution de la part d'omnipraticiens et de spécialistes en secteur 2 ou secteur 1 avec DP depuis 1979



Sources : Eco-Santé OCDE 2011.

Le pourcentage d'omnipraticiens s'installant chaque année en secteur 2 a considérablement diminué après 1990 et n'est plus que de 1 ou 2 % (*graphique 2*). En revanche, le gel du secteur 2 (*encadré 1*) touche peu les spécialistes : le pourcentage de spécialistes s'installant en secteur 2 ne cesse d'augmenter depuis 1990 et cette tendance s'observe pour l'ensemble des spécialités. 35 % des spécialistes installés en 1995 se sont installés en secteur 2 ; c'est le cas de 60 % des spécialistes installés en 2007. Remarquons qu'une proportion élevée de médecins ayant débuté leur activité libérale avant 1980 appartient toutefois au secteur 2 en 2008. Il s'agit de médecins installés initialement en secteur 1 et qui ont changé de secteur lorsqu'ils en avaient la possibilité, entre 1980 et 1990.

Graphique 2 : Pourcentage de médecins installés en secteur 2 ou secteur 1 avec DP, chaque année depuis 1975, parmi les présents en 2008



Sources : Insee-DGFIP-Cnamts – Exploitation Drees.
Champ : France métropolitaine.

1.3. Une forte variabilité des dépassements inter et intra-spécialités en 2008

Les éléments de cadrage présentés précédemment sont principalement issus de données agrégées, macroéconomiques, qui masquent donc l'hétérogénéité des comportements des médecins en matière de pratique des dépassements, entre mais également au sein des spécialités. En utilisant des données individuelles recueillies pour l'ensemble des médecins français (*encadré 3*), nous analysons ici cette variabilité des pratiques au regard des variables dont nous disposons : l'activité ou le mode d'exercice des médecins, leur spécialité, la structure des actes effectués (cliniques ou techniques) ou leur localisation géographique⁵. Les variables sont analysées indépendamment les unes des autres. Afin d'étudier leur influence simultanée, nous avons par ailleurs réalisé une typologie des médecins exerçant en secteur 2, présentée dans l'encadré 4.

Encadré 4

Typologie des médecins en secteur 2

Comme nous l'avons vu précédemment, les dépassements d'honoraires sont liés à de multiples facteurs : spécialité, mode d'exercice, localisation, niveau et structure de l'activité etc. Jusqu'à présent, l'analyse univariée a permis d'étudier l'influence de ces différentes variables séparément. Le recours à des méthodes d'analyses multidimensionnelles permet d'analyser l'impact simultané des différentes variables et leurs interactions, afin de dégager des « profils » de médecins.

1. Classification des médecins spécialistes en secteur 2

La typologie présentée ici porte sur les 17 292 médecins, hors omnipraticiens et médecins classés dans « autres »⁶, qui exercent en secteur 2. Il s'agit dans un premier temps, grâce à une analyse des correspondances multiples (ACM), de mettre en évidence les associations majeures et les principales oppositions dans le « recours » aux dépassements d'honoraires et dans l'activité. En complément, une classification ascendante hiérarchique (CAH) a permis de dégager des classes de médecins selon ces axes d'analyse⁷.

La répartition en 7 classes résulte d'un compromis entre la volonté de restituer le plus d'information possible sur le sujet des dépassements et de l'activité des médecins et celle d'obtenir une typologie simple et « lisible ». Elle dépend en outre du choix des variables actives retenues pour l'ACM. Ces variables actives sont issues des données fournies par la CNAMTS ; il s'agit des montants des dépassements et des honoraires totaux, du taux de dépassement, du nombre total d'actes et de patients, du taux d'actes techniques et de la part des dépassements issus des actes techniques. Ces variables actives ont été découpées en tranches pour l'ACM. La spécialité est aussi entrée comme variable active. Des variables supplémentaires ont été ajoutées ; elles permettent de mieux connaître les groupes mais n'influencent en rien la classification. Nous décrivons ici les 7 classes et le tableau complet des résultats est présenté ci-après⁸.

2. Psychiatres, pédiatres et anesthésistes : trois spécialités homogènes

On peut séparer ces classes en trois groupes. Le premier est constitué des classes « mono spécialités », au nombre de trois.

La classe 1 (1 330 médecins) est quasi uniquement constituée de psychiatres et neuropsychiatres et 85 % de l'ensemble des psychiatres et neuropsychiatres (58 % de ces derniers) s'y retrouve. Ces médecins ont une activité plus faible que la moyenne : moins de patients (274 vs 1 765), moins d'actes (2 318 vs 3 640) et quasiment pas d'actes techniques. Ils ont ainsi des honoraires égaux à plus de la moitié des honoraires moyens mais pratiquent des dépassements valant 69 % des dépassements moyens. Ils ont ainsi la moyenne de taux de dépassement la plus élevée (ex aequo avec la classe 4) des 7 classes constituées, soit 40 %.

La classe 3 (735 médecins) est celle des pédiatres : la totalité des médecins de cette classe sont des pédiatres, et 94 % des pédiatres s'y trouvent. Ils ont un peu moins de patients que la moyenne (1 328 vs 1 765 en moyenne), mais réalisent un nombre d'actes proche de la moyenne. Comme les psychiatres de la classe 1, ils réalisent très peu d'actes techniques. Leurs honoraires totaux comme leurs dépassements sont plus faibles que la moyenne, avec un taux de dépassement égal à la moyenne. Ce sont aussi les médecins qui sont depuis le plus longtemps dans leur département d'exercice. On a choisi de ne pas réaliser la classification avec les omnipraticiens, mais on peut penser que ces derniers et les pédiatres auraient eu des profils assez proches.

Enfin, la classe 5 (824 médecins) est constituée exclusivement d'anesthésistes et 96 % des anesthésistes s'y trouvent. Le taux d'actes techniques y est logiquement près du double de la moyenne, soit 61 %, avec un nombre de patients important (2 298) et un nombre d'actes dans la moyenne. Les honoraires sont très importants, plus de 50 % de plus que la moyenne, et les dépassements sont eux aussi élevés, mais la moyenne des taux de dépassement reste plus faible que pour l'ensemble des médecins de secteur 2 étudiés (31 % contre 35 %). Autre particularité, près de 22 %

⁵ Les facteurs sociodémographiques (âge, sexe etc...) qui influencent fortement l'activité des médecins sont également susceptibles d'influencer les dépassements. Toutefois, l'impact de ces facteurs ne sera analysé que dans la deuxième partie de cet article, afin de ne pas alourdir la présentation.

⁶ Voir *annexe 1.1* pour les détails de nomenclature.

⁷ Nous n'analyserons pas ici les résultats de l'ACM, préalable à la réalisation de la CAH. On n'introduit pas dans la CAH directement les observations mais les coordonnées des individus sur les axes, en sortie de l'ACM.

⁸ On rappelle que les moyennes données ci-dessous sont celles relatives à la population ayant fait l'objet de la classification, c'est-à-dire tous les médecins de secteur 2, hors omnipraticiens, « autres chirurgiens » et « autres médecins ».

des médecins de cette classe sont en SEL⁹. Ils ont par ailleurs le revenu fiscal libéral le plus élevé des 7 classes présentées : 154 200 euros ont été déclarés en moyenne aux impôts à titre individuel hors de toute activité salariée supplémentaire éventuelle.

Ces trois spécialités (psychiatres, pédiatres et anesthésistes) ont des traits marqués en termes d'activité, de pratique des dépassements et d'effectifs. Un deuxième groupe est constitué, au contraire, de classes regroupant plusieurs spécialités.

3. Des classes « pluri-spécialités »

La classe 2, la plus importante car regroupant plus de la moitié des médecins de secteur 2 étudiés ici, (9 035 médecins), rassemble 85 % des chirurgiens, 90 % des gynécologues, des ORL et des rhumatologues, 78 % des dermatologues et un peu moins de la moitié (47 %) des ophtalmologues. Le nombre de patients est légèrement plus faible que la moyenne, de même que le nombre total d'actes et le nombre d'actes techniques. Les honoraires totaux sont à peu de choses près égaux à la moyenne, mais les dépassements sont élevés (88 254 vs 83 047 en moyenne). Le taux de dépassement moyen est ainsi plus élevé que la moyenne (38 vs 35 %).

La sixième classe (1 992) est composée de la quasi-totalité des radiologues (98 % d'entre eux) et de la moitié des ophtalmologues (l'autre moitié étant en classe 2). Les honoraires de ces médecins sont près du double de la moyenne. Leur activité est importante : 4 760 patients distincts en 2008, près de 10 000 actes, dont une très large part d'actes techniques. La moyenne des taux de dépassement de ces médecins en secteur 2 est de 30 % contre 35 % en moyenne. En termes de revenus déclarés, les revenus libéraux sont de 47 000 euros plus importants que la moyenne et les revenus salariés sont aussi très élevés (environ 20 000 euros de plus que la moyenne annuelle). Plus d'un quart des médecins de ce groupe exercent en SEL contre 11 % en moyenne.

Le cas des ophtalmologues en secteur 2 est ici intéressant puisque l'on voit que cette profession est partagée entre deux profils très différents : d'un côté des médecins qui se rapprochent des radiologues avec une activité très importante, un taux de dépassement dans la moyenne et probablement une activité « classique » et de l'autre, des médecins qui pratiquent des dépassements importants et ont probablement une activité plus orientée vers la chirurgie.

Enfin, la classe 7 (2 194) rassemble l'ensemble des pneumologues et des gastro-entérologues, ainsi que 90 % des cardiologues. On y trouve quelques dizaines de chirurgiens, ORL et ophtalmologues. Leur taux de dépassement moyen est le plus faible des 8 classes : 24 %. Le montant des honoraires, le nombre d'actes réalisés, ainsi que le nombre de patients sont pourtant dans la moyenne des spécialistes de secteur 2, mais les montants de dépassements sont largement moindres (58 263 vs 83 000). C'est la classe où l'on trouve la plus faible proportion de femmes (16 % vs 27 % en moyenne).

4. Des hospitaliers avec secteur privé surreprésentés

La classe 4 se démarque fortement de toutes les autres (1 182 médecins). Elle est définie à la fois par une activité libérale faible et la moyenne des taux de dépassement la plus élevée des 7 classes (40 %, ex aequo avec la classe 1). En effet, les médecins y appartenant ont peu de patients en libéral (231) ; ils effectuent ainsi un nombre d'actes très faible avec une moyenne des taux d'actes techniques de 19 % contre 35 en moyenne. Ils ont des honoraires plus de 7 fois inférieurs à la moyenne mais des montants de dépassements divisés par 6,5, ce qui rend ainsi leur taux de dépassement relativement important.

On y trouve une forte surreprésentation de psychiatres, soit 19 % contre 9 % en moyenne (40 % des neuropsychiatres et 13 % des psychiatres s'y trouvent) et une forte sous représentation des ophtalmologues (4 vs 13 % en moyenne). Mais la particularité de cette classe est le mode d'exercice des médecins qui s'y trouvent : 44 % des médecins de ce groupe exercent comme hospitaliers à temps plein (HTP) avec un secteur privé, contre 8 % en moyenne dans la population étudiée (40 % des médecins spécialistes de secteur 2 HTP avec secteur privé sont dans ce groupe).

Ils sont un peu plus âgés que la moyenne (+2 ans), et ont le revenu salarié moyen (tiré de la source fiscale) le plus important des 7 classes puisqu'ils exercent en premier lieu à l'hôpital public (52 700 €). Ce revenu salarié moyen n'est pas très différent de celui des radiologues et ophtalmologues de la classe 6 (+2 750 €) qui résulte, lui, d'un choix d'exercice en SEL plus souvent qu'en moyenne. Les médecins de la classe 6 qui exercent en SEL se versent en effet leur rémunération sous forme de salaire, bien que restant médecins libéraux (voir note 9).

⁹ La SEL (Société d'Exercice Libéral) est une forme juridique de société qui permet l'apport de capitaux extérieurs. Quelque soit la forme sociale choisie, les SEL sont soumises au régime de l'impôt sur les sociétés (seules les SELARL unipersonnelles sont soumises au régime de l'impôt sur le revenu ; toutefois, elles peuvent opter pour le régime de l'impôt sur les sociétés mais cette option est irrévocable) et cette imposition peut s'avérer plus intéressante qu'une fiscalité personnelle dont serait redevable le professionnel à titre individuel. Les médecins qui exercent au sein des SEL sont bien des médecins libéraux mais ils ont plus de liberté dans le choix de leur mode de rémunération. Les associés qui exercent leur activité professionnelle au sein de la SEL seront imposés sur le revenu dans la catégorie des traitements et salaires. Les dividendes perçus seront imposés dans la catégorie des revenus de capitaux mobiliers. Le dirigeant d'une SELARL unipersonnelle qui n'est pas soumise à l'IS sera quant à lui imposé à l'IR dans la catégorie des bénéfices non commerciaux.

Tableau : Caractérisation des médecins de secteur 2 selon leur classe d'appartenance

	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	Classe 7	Ensemble
Effectifs	1 330	9 035	735	1 182	824	1 992	2 194	17 292
Moyenne pour les variables quantitatives								
Âge du médecin	52,8	52,6	55,4	54,2	49,8	50,9	51,4	52,4
Densité de spécialistes libéraux 2008	157,2	119,9	123,3	146,9	112,6	106,9	117,4	122,6
Ancienneté de l'exercice libéral	17,0	18,6	21,5	16,9	13,6	17,4	17,7	18,0
Ancienneté d'installation dans le département	16,1	17,0	20,5	15,7	10,9	14,6	16,2	16,3
Activité								
Montant des dépassements (b)	57 854	88 254	59 982	12 451	124 972	136 608	58 263	83 047
Montant des honoraires totaux (b)	140 723	233 667	165 679	34 127	377 614	460 482	241 421	243 960
Taux de dépassement (b)	40,2	38,2	35,2	39,6	31,2	30,4	23,7	35,3
Nombre d'actes techniques	4	1 071	128	76	2 162	6 554	1 856	1 664
Nombre d'actes total (b)	2 318	3 054	3 610	462	3 540	9 599	3 206	3 640
Taux d'actes techniques (b)	0,1	32,0	3,8	18,9	60,7	58,0	53,7	34,6
Part des dépassements issus d'actes techniques (b)	0,1	45,1	2,8	22,9	75,3	56,0	58,9	42,8
Nombre de patients (b)	274	1 600	1 328	231	2 298	4 759	1 399	1 765
Revenu libéral (source fiscale)	72 103	97 135	75 171	25 222	154 184	145 399	101 796	98 274
Revenu salarié (source fiscale)	15 472	29 034	13 871	52 717	45 151	49 968	25 575	31 706
Répartition pour les variables qualitatives								
Localisation								
Pôle urbain avec CHU dans le dpt	76,5	67,3	68,4	78,9	74,2	56,6	65,2	67,7
Pôle urbain sans CHU dans le dpt	20,8	30,0	28,0	19,0	24,6	37,0	32,3	29,3
Commune mono ou multipolarisée	2,3	2,0	3,3	1,3	1,0	4,1	1,5	2,1
Espace à dominante rurale	0,5	0,8	0,3	0,8	0,2	2,4	1,0	0,9
Caractéristiques personnelles								
Femme	35,3	29,3	44,0	25,6	18,0	24,0	16,1	27,3
Marié(e)	63,8	76,7	75,1	69,3	74,9	78,8	77,2	75,3
Célibataire	16,3	8,5	9,7	13,5	9,5	8,0	9,5	9,6
Veuf	0,9	1,4	2,0	2,0	1,2	1,4	0,7	1,3
Pacsé(e)	2,7	1,1	0,5	0,8	2,6	1,7	1,6	1,4
Divorcé(e)	16,3	12,3	12,7	14,5	11,9	10,1	10,9	12,3
Aucun enfant à charge	43,5	35,3	44,8	48,1	28,4	31,8	34,2	36,3
1 ou 2 enfants à charge	42,9	43,4	37,6	34,0	47,9	42,6	42,6	42,5
3 enfants à charge ou plus	13,7	21,3	17,7	17,9	23,7	25,6	23,2	21,2
Caractéristiques de l'activité								
Exercice libéral exclusif	41,9	56,8	48,7	26,8	87,6	68,7	55,4	55,9
Exercice libéral à TP (TP ailleurs hors hôpital)	30,5	12,7	20,3	14,1	5,0	8,8	13,5	13,8
Exercice libéral avec temps partiel hospitalier	26,9	23,3	30,1	15,1	6,6	20,3	26,6	22,6
Exercice hospitalier à temps plein avec secteur privé	0,7	7,2	1,0	44,0	0,9	2,2	4,4	7,7
Appartient à une SCP	15,3	17,1	18,8	6,7	19,5	18,3	23,5	17,4
Appartient à une SEL	2,0	10,2	3,3	1,3	21,8	25,9	9,3	10,9
Spécialité (a)								
Anesthésistes	0,0	0,0	0,0	3,1	99,9	0,0	0,0	5,0
Cardiologues	0,0	0,1	0,0	6,0	0,0	0,0	30,1	4,3
Chirurgiens	0,1	32,9	0,0	29,2	0,0	2,3	6,8	20,3
Dermatologues	0,0	10,4	0,0	6,5	0,0	8,6	0,6	6,9
Radiologues	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	29,2	0,1	3,4
Gynécologues	0,0	26,0	0,0	13,3	0,0	5,1	0,6	15,2
Gastro-entérologues	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	31,8	4,2
Oto-rhino-laryngologues	0,0	11,3	0,0	6,9	0,0	0,4	2,2	6,7
Pédiatres	0,0	0,0	100,0	4,1	0,0	0,0	0,1	4,5
Pneumologues	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,0	1,0
Rhumatologues	0,0	7,5	0,0	5,2	0,0	0,0	0,0	4,2

Ophthalmologues	0,0	11,8	0,0	4,0	0,1	54,4	2,3	13,0
Psychiatres et neuropsychiatres	99,9	0,0	0,0	19,0	0,0	0,0	0,0	9,0
Stomatologues	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	17,5	2,2
Spécialité fine								
02- Anesthésie-réanimation chirurgicale	0,0	0,0	0,0	3,1	99,9	0,0	0,0	5,0
03- Pathologie cardio-vasculaire	0,0	0,1	0,0	6,0	0,0	0,0	30,1	4,3
04- Chirurgie générale	0,0	10,7	0,0	12,2	0,0	0,7	2,4	6,8
05- Dermato-vénéréologie	0,0	10,4	0,0	6,5	0,0	8,6	0,6	6,9
06- Radiodiagnostic et imagerie médicale	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	27,7	0,0	3,2
07- Gynécologie obstétrique	0,0	18,9	0,0	10,2	0,0	4,2	0,6	11,2
08- Gastro-entérologie et hépatologie	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	31,8	4,2
11- Oto-rhino-laryngologie	0,0	11,3	0,0	6,9	0,0	0,4	2,2	6,7
12- Pédiatrie	0,0	0,0	99,7	4,1	0,0	0,0	0,1	4,5
13- Pneumologie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,0	1,0
14- Rhumatologie	0,0	7,5	0,0	5,2	0,0	0,0	0,0	4,2
15- Ophtalmologie	0,0	11,8	0,0	4,0	0,1	54,4	2,3	13,0
17- Neuropsychiatrie	2,6	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,4
18- Stomatologie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,4	1,6
33- Psychiatrie	95,6	0,0	0,0	16,6	0,0	0,0	0,0	8,5
41- Chirurgie orthopédique et traumatologie	0,0	13,8	0,0	6,2	0,0	1,4	2,5	8,1
43- Chirurgie infantile	0,1	0,2	0,0	0,9	0,0	0,0	0,1	0,2
44- Chirurgie maxillo-faciale	0,0	0,3	0,0	0,5	0,0	0,1	0,1	0,2
45- Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,1	0,6
46- Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	0,0	3,9	0,0	5,3	0,0	0,1	0,0	2,4
47- Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	0,0	0,5	0,0	1,5	0,0	0,1	0,6	0,5
48- Chirurgie vasculaire	0,0	1,6	0,0	1,3	0,0	0,1	0,5	1,0
49- Chirurgie viscérale et digestive	0,0	1,9	0,0	1,4	0,0	0,1	0,7	1,2
70- Gynécologie médicale	0,0	6,9	0,0	3,0	0,0	0,9	0,0	3,9
72- Médecine nucléaire	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0
74- Oncologie radiothérapique	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,1
75- Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	1,7	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2
76- Radiothérapie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,1
77- Obstétrique	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
78- Médecine génétique	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
79- Gynécologie obstétrique et Gynécologie médicale	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

(a) : variable active

(b): variable active sous forme de tranches

Sources : Insee-DGFIP-Cnamts – Exploitation Drees, données 2008.

Champ : France métropolitaine, médecins pratiquant des honoraires libres, hors omnipraticiens, "autres médecins" et "autres chirurgiens".

La variance totale des dépassements peut se décomposer en variance inter-spécialité (due aux écarts entre les montants moyens de dépassements des différentes spécialités) et en variance intra-spécialité (due aux écarts de montants de dépassements pratiqués par les médecins d'une même spécialité). On observe que la variance intra-spécialité prédomine : elle représente 86,5 % de la variance totale des dépassements. Autrement dit, c'est l'hétérogénéité des comportements au sein d'une même spécialité qui explique la plus grande part de la variabilité des dépassements. Notre étude analyse donc les différents facteurs pouvant expliquer cette forte variabilité intra, après avoir rapidement présenté la variabilité inter-spécialité.

1.3.1 – La variabilité des dépassements entre les spécialités

La part des médecins en secteur 2 est très variable selon les spécialités (*tableau 3*). Les omnipraticiens et les radiologues sont les spécialistes qui sont le moins fréquemment en secteur 2 (11 %) ; à l'opposé, 77 % des chirurgiens s'y trouvent. Les dépassements, qui s'élèvent en moyenne à 71 400 euros par médecin,

sont également très hétérogènes entre les spécialités, puisqu'ils varient de 34 000 euros annuels pour les pneumologues à 120 000 pour les anesthésistes. Ces écarts sont cependant difficilement interprétables puisqu'ils ne tiennent pas compte des différences de niveau d'activité et d'honoraires qui existent entre ces spécialités. Les taux de dépassements (part des dépassements dans les honoraires totaux), qui permettent de contrôler cet « effet taille », varient eux aussi très fortement entre les spécialités : le taux moyen est de 34 %, mais il s'échelonne de 20 % (radiologues) à 44 % pour les stomatologues en secteur 2.

Le *graphique 3* suggère une corrélation positive entre le taux de dépassement et la proportion de médecins exerçant en secteur 2¹⁰ : les spécialités qui regroupent relativement plus de médecins en secteur 2 sont aussi celles pour lesquelles le taux de dépassement est le plus élevé. Le coefficient de corrélation linéaire s'élève à 0,47 sur les 17 spécialités retenues, et à 0,60 si l'on exclut les chirurgiens et « autres chirurgiens ».

Tableau 3 : Montant et taux moyen de dépassement selon le secteur de conventionnement en 2008

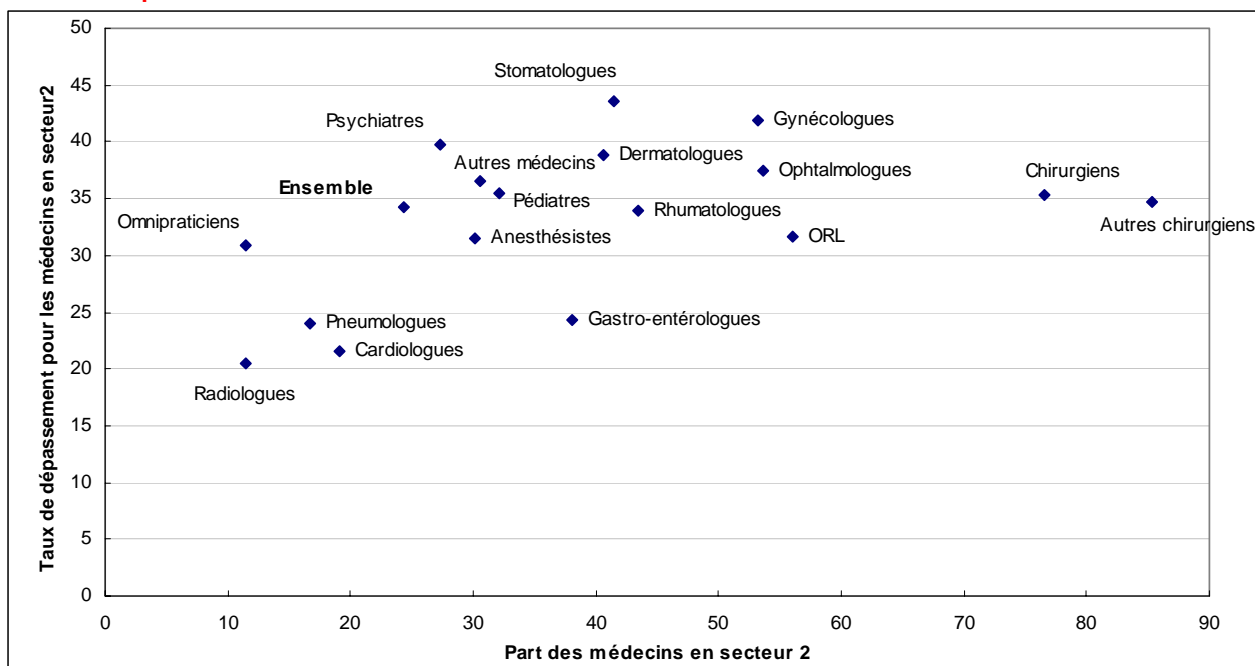
	Secteur 1 sans DP			Secteur 2 et 1 avec DP			Tous secteurs		
	% dans le secteur	Dépasst moyen	Taux moyen *	% dans le secteur	Dépasst moyen	Taux moyen *	Effectifs	Dépasst moyen	Taux moyen *
Omnipraticiens	88,6	817	0,8	11,4	40 591	30,9	56 342	5 355	4,2
Anesthésistes	69,9	11 993	4,2	30,1	120 204	31,5	2 854	44 600	12,4
Cardiologues	81,0	1 783	0,9	19,0	44 883	21,6	3 865	9 990	4,9
Chirurgiens	23,4	6 305	3,6	76,6	98 002	35,4	4 585	76 523	27,9
Dermatologues	59,3	3 724	3,1	40,7	57 390	38,9	2 947	25 540	17,6
Radiologues	88,5	4 879	1,7	11,5	115 682	20,4	5 126	17 654	3,8
Gynécologues	46,8	4 054	2,4	53,2	88 561	42,0	4 927	48 975	23,4
Gastro-entérologues	62,0	1 800	0,9	38,0	55 102	24,3	1 928	22 065	9,8
ORL	44,0	2 994	2,0	56,0	62 561	31,6	2 076	36 364	18,6
Pédiatres	67,8	1 866	1,4	32,2	56 965	35,4	2 438	19 584	12,3
Pneumologues	83,2	693	0,5	16,8	33 680	24,0	1 050	6 222	4,4
Rhumatologues	56,6	2 029	1,4	43,4	54 319	33,9	1 690	24 739	15,5
Ophthalmologues	46,3	6 325	2,3	53,7	114 503	37,5	4 187	64 380	21,2
Psychiatres	72,6	2 806	2,9	27,4	51 289	39,8	5 690	16 073	13,0
Stomatologues	58,6	95 044	36,4	41,4	119 434	43,5	925	105 143	39,3
Autres médecins	69,4	843	0,9	30,6	53 357	36,5	3 925	16 898	11,8
Autres chirurgiens	14,7	5 055	2,3	85,3	97 837	34,8	815	84 176	30,0
Ensemble	75,7	2 556	1,5	24,3	71 402	34,2	105 370	19 293	9,4

* Le taux de dépassement moyen est la moyenne des taux de dépassement individuels.

Source : Insee-DGFIP-Cnamts - Exploitation Drees, données 2008.

Champ : France métropolitaine.

Graphique 3 : Part des médecins en secteur 2 ou secteur 1 avec DP et taux moyen de dépassement des différentes spécialités médicales



Sources : Insee-DGFIP-Cnamts - Exploitation Drees, données 2008. - Champ : France métropolitaine.

¹⁰ Les données représentées n'ont pas été pondérées, par les effectifs par exemple.

Ainsi, les chirurgiens, les gynécologues et les ophtalmologues cumulent des taux élevés pour les deux indicateurs : près de 77 % des chirurgiens et plus de la moitié des gynécologues et des ophtalmologues sont en secteur 2, et ces trois spécialités pratiquent, de surcroît, des taux de dépassements élevés, respectivement de 35, 42 et 38 %.

En revanche, les radiologues et les omnipraticiens ne sont que 11 % à être en secteur 2 ; c'est le cas de 17 % des pneumologues et 19 % des cardiologues. Ces spécialistes ont par ailleurs des taux de dépassement relativement plus faibles que la moyenne : 20 % pour les radiologues, 22 % pour les cardiologues, 24 % pour les pneumologues et 31 % pour les omnipraticiens.

1.3.2. Une grande variabilité des dépassements au sein des spécialités

Le quart des médecins ayant les montants de dépassements les plus élevés ont reçu près de 60 % du montant global des dépassements en 2008. Cette concentration est le reflet de la forte dispersion, au sein des spécialités, des montants et des taux de dépassements d'honoraires (*tableaux 4.a et 4.b*).

Tableau 4.a : Dispersion des montants de dépassement selon la spécialité, pour les médecins en secteur 2 ou secteur 1 avec DP

Spécialité	1er décile (D1)	1er quartile (Q1)	Médiane (D5)	Moyenne	3ème quartile (Q3)	9ème décile (D9)	Q3/Q1	D9/D1	D9/D5
Omnipraticiens	9 028	17 167	29 542	40 591	48 281	75 059	2,8	8,3	2,5
Anesthésistes *	20 053	50 690	101 008	120 204	169 809	252 513	3,3	12,6	2,5
Cardiologues *	3 992	13 907	32 774	44 883	56 013	86 868	4,0	21,8	2,7
Chirurgiens	13 292	36 907	75 435	98 002	128 176	210 017	3,5	15,8	2,8
Dermatologues	18 638	32 609	49 631	57 390	73 026	100 615	2,2	5,4	2,0
Radiologues *	7 904	32 988	78 775	115 682	145 801	270 378	4,4	34,2	3,4
Gynécologues	24 970	44 075	69 561	88 561	108 716	165 847	2,5	6,6	2,4
Gastro-entérologues *	8 808	20 461	40 216	55 102	69 256	116 798	3,4	13,3	2,9
ORL	15 658	28 309	50 493	62 561	79 945	125 675	2,8	8,0	2,5
Pédiatres *	19 238	31 024	47 556	56 965	70 087	106 484	2,3	5,5	2,2
Pneumologues *	7 603	14 520	28 453	33 680	42 290	63 586	2,9	8,4	2,2
Rhumatologues *	13 235	26 155	44 219	54 319	69 986	102 902	2,7	7,8	2,3
Ophtalmologues	36 502	58 278	90 558	114 503	143 031	218 915	2,5	6,0	2,4
Psychiatres	11 652	23 107	40 107	51 289	65 774	107 270	2,8	9,2	2,7
Stomatologues *	32 959	56 624	97 389	119 434	156 773	221 826	2,8	6,7	2,3
Autres médecins	8 234	19 746	38 498	53 357	65 249	108 015	3,3	13,1	2,8
Autres chirurgiens *	21 067	42 503	76 682	97 837	122 820	204 084	2,9	9,7	2,7
Ensemble	12 652	25 922	49 778	71 402	89 115	149 953	3,4	11,9	3,0

* : moins de 1000 médecins en secteur 2 ou 1 avec DP dans la spécialité concernée.

Source : Insee-DGFIP-Cnamts - Exploitation Drees, données 2008.

Champ : France métropolitaine.

La dispersion des montants de dépassements, mesurée par les rapports inter-quartile et inter-décile, atteint des niveaux très élevés pour certaines spécialités : le rapport Q3/Q1, qui s'élève en moyenne à 3,4 pour l'ensemble des spécialités, est de 4,4 pour les radiologues¹¹ et 4 pour les cardiologues. La dispersion des dépassements est plus faible pour les pédiatres ou les dermatologues. Les rapports inter-déciles D9/D1 atteignent des niveaux beaucoup plus élevés, pour toutes les spécialités, les plus forts étant observés pour les radiologues (34) et les cardiologues (22). Cependant, le rapport du dernier décile sur la médiane, D9/D5, est lui beaucoup plus faible, voire proche du Q3/Q1, et relativement stable entre les spécialités : quelle que soit la spécialité, les 10 % de médecins qui font le plus de dépassements pratiquent des montants de dépassements de 2 à 3 fois plus élevés que le montant médian. Cette proximité entre les rapports Q3/Q1 et D9/D5 signifie que la très forte variabilité des montants de dépassements observée avec les rapports D9/D1 est due à la forte dispersion qui existe « dans le bas » de la distribution.

Au-delà de la dispersion, le *tableau 4-a* montre que les dépassements peuvent atteindre des montants considérables dans certaines spécialités. Ainsi, 10 % des radiologues, des anesthésistes, et des ophtalmologues de secteur 2 ont pratiqué, en 2008, des dépassements d'un montant supérieur à, respectivement, 270 000 €, 253 000 € et 219 000 €.

¹¹ Cela signifie que les 25 % des radiologues en secteur 2 qui perçoivent le plus de dépassements en perçoivent 4,4 fois plus que les 25 % qui en perçoivent le moins. Ce rapport est moins soumis aux valeurs extrêmes que le rapport D9/D1, en particulier pour les spécialités où les effectifs sont relativement faibles.

Tableau 4.b : Dispersion des taux de dépassement selon la spécialité, pour les médecins en secteur 2 ou secteur 1 avec DP

Spécialité	1er décile (D1)	1er quartile (Q1)	Médiane (D5)	Moyenne	3ème quartile (Q3)	9ème décile (D9)	Q3/Q1	D9/D1	D9/D5
Omnipraticiens	10,9	17,1	27,1	30,9	41,0	53,5	2,4	4,9	2,0
Anesthésistes *	11,2	19,6	30,7	31,5	41,7	53,5	2,1	4,8	1,7
Cardiologues *	3,6	10,0	18,6	21,6	28,6	42,3	2,9	11,7	2,3
Chirurgiens	12,7	21,3	32,6	35,4	47,3	62,3	2,2	4,9	1,9
Dermatologues	21,6	28,8	37,1	38,9	47,0	56,5	1,6	2,6	1,5
Radiologues *	2,7	10,1	16,9	20,4	27,4	41,6	2,7	15,4	2,5
Gynécologues	24,1	32,3	41,9	41,9	51,2	60,3	1,6	2,5	1,4
Gastro-entérologues *	7,1	13,7	21,6	24,3	31,2	43,9	2,3	6,2	2,0
ORL	14,1	20,4	29,4	31,6	40,3	52,5	2,0	3,7	1,8
Pédiatres *	20,4	26,5	34,4	35,4	42,6	52,0	1,6	2,5	1,5
Pneumologues *	6,7	12,8	18,9	24,0	31,0	45,2	2,4	6,8	2,4
Rhumatologues *	15,3	22,2	31,9	33,9	43,6	57,8	2,0	3,8	1,8
Ophthalmologues	19,7	27,8	36,5	37,5	46,2	55,2	1,7	2,8	1,5
Psychiatres	22,1	31,9	39,9	39,8	48,4	58,1	1,5	2,6	1,5
Stomatologues *	23,2	30,5	44,3	43,5	56,6	64,7	1,9	2,8	1,5
Autres médecins	13,5	22,0	35,2	36,5	49,8	61,4	2,3	4,5	1,7
Autres chirurgiens *	14,3	21,6	31,7	34,8	43,9	61,1	2,0	4,3	1,9
Ensemble	12,9	21,2	32,8	34,2	45,0	56,8	2,1	4,4	1,7

* : moins de 1000 médecins en secteur 2 ou 1 avec DP dans la spécialité concernée.

Source : Insee-DGFIP-Cnamts - Exploitation Drees, données 2008.

Champ : France métropolitaine.

La dispersion est moindre lorsque les dépassements sont pondérés par le niveau des honoraires totaux, c'est-à-dire lorsqu'on s'intéresse aux taux de dépassements. Les spécialités ayant les taux moyens de dépassement les plus faibles (cardiologues, radiologues, gastro-entérologues, pneumologues) sont également les spécialités où la dispersion est la plus élevée (*tableau 4.b*). Au sein de ces spécialités, les 10 % de médecins qui pratiquent les taux de dépassement les plus élevés ont des taux de dépassement 6 (gastro-entérologues) à 15 fois (radiologues) plus importants que les 10 % de médecins ayant les taux les plus faibles. En revanche, au sein des spécialités ayant les taux moyens de dépassement les plus élevés (gynécologues, psychiatres, dermatologues et ophtalmologues), la dispersion des taux est beaucoup plus faible : le rapport inter-décile est inférieur à 3.

1.3.3. Des dépassements plus fréquents et plus élevés dans les départements riches et urbains

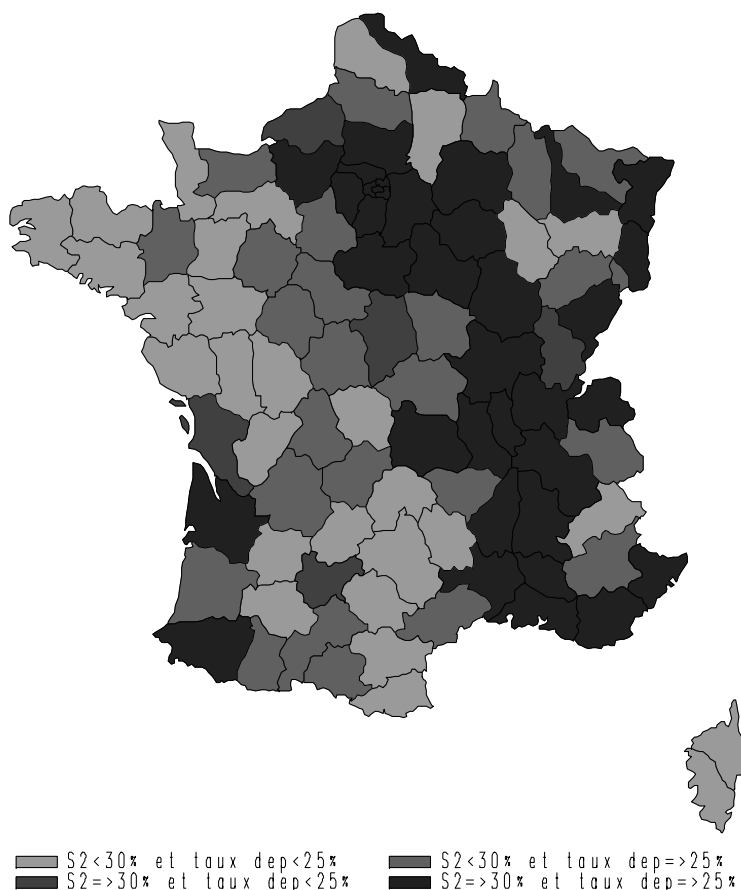
Les différences de localisation géographique, de mode d'exercice, de nombre et de composition des actes sont susceptibles d'influencer la variabilité des dépassements d'honoraires entre les spécialités et au sein d'une même spécialité.

On observe ainsi un impact marqué de la localisation géographique sur la part de médecins spécialistes en secteur 2 et leur taux de dépassement¹². La carte 1 montre que certains départements cumulent un taux élevé de médecins en secteur 2 et des taux de dépassements importants alors que d'autres connaissent à la fois un pourcentage de médecins en secteur 2 et des taux de dépassements faibles¹³.

¹² Les analyses et cartes de ce paragraphe ont été réalisées en prenant en compte les seuls spécialistes hors omnipraticiens.

¹³ Les modalités retenues sont le croisement de deux variables : pourcentage de spécialistes en secteur 2 inférieur ou supérieur (ou égal) à 30 %, et le taux de dépassement en deux modalités, inférieur ou supérieur (ou égal) à 25 %.

Carte 1 : Répartition géographique des spécialistes selon leur taux d'accès au secteur 2 ou secteur 1 avec DP et leurs taux de dépassement



Sources : Insee-DGFIP-Cnamts - Exploitation Drees, données 2008.
Champ : France métropolitaine, hors omnipraticiens.

On observe ici une séparation est/ouest très marquée, avec des départements cumulant des taux de spécialistes en secteur 2 et des taux de dépassements élevés (respectivement plus de 30 et 25 %). Ces départements sont principalement situés le long de la Seine, de la Saône et enfin du Rhône jusqu'à la Méditerranée. Quelques départements s'ajoutent à cette liste : la Gironde, les Pyrénées Atlantiques, le Nord, et quelques départements du nord-est¹⁴.

Comment expliquer une telle répartition géographique ? « Toutes choses égales par ailleurs¹⁵ », un département cumulera des taux de spécialistes en secteur 2 et des taux de dépassements élevés (supérieurs respectivement à 30 % et 25 %) si le niveau de vie des habitants est élevé, s'il y a une forte proportion de grands centres urbains (villes de plus de 100 000 habitants) et enfin, dans une moindre mesure¹⁶, si la densité de médecins spécialistes est faible : c'est l'influence simultanée de ces trois facteurs qui explique cette carte particulière.

1.3.4. Les libéraux à exercice mixte ont les taux de dépassement les plus élevés

Toutes spécialités confondues, 78 % des médecins qui ont une activité libérale (ayant perçu au moins un euro d'honoraires sur l'année 2008) sont des médecins libéraux exclusifs (*tableau 5*), c'est-à-dire qu'ils n'ont pas d'activité médicale salariée en plus de leur activité libérale¹⁷. C'est le cas de 90 % des omnipraticiens et de 64 % des spécialistes hors omnipraticiens. Les autres médecins qui ont une activité libérale (22 %) ont aussi une activité salariée, à l'hôpital, dans une PMI, un centre de santé etc... 10 % sont

¹⁴ On notera que 3 départements ont des taux de spécialistes en secteur 2 de plus de 50 % et des taux de dépassements de plus de 40 % : Paris, les Hauts de Seine et le Rhône.

¹⁵ Il s'agit ici des résultats obtenus à l'aide de l'estimation d'un modèle probit où la variable expliquée vaut 1 si le département cumule un taux de médecins en secteur 2 et un taux de dépassement élevés et 0 sinon.

¹⁶ Le coefficient est significatif au seuil de 10 %.

¹⁷ La variable du mode d'exercice de l'activité provient de la CNAMTS. Les modalités de cette variable sont correctement renseignées, hormis éventuellement quelques erreurs dans la mise à jour des modalités « Exercice libéral avec temps partiel hospitalier » et « Exercice libéral à temps partiel », i.e. avec salariat non hospitalier, sans que l'on puisse les quantifier. La modalité « exercice libéral avec salariat non hospitalier à temps partiel » se différencie de « l'exercice libéral avec temps partiel hospitalier » par un exercice à temps partiel salarié du type travail dans un centre de santé ou en médecine du travail, etc. On ne connaît par contre pas la part de temps partiel pour les médecins concernés ni la part qu'occupe le secteur privé des HTP.

des libéraux avec un temps partiel (TP) hospitalier (17 % hors omnipraticiens) et 8 % sont des libéraux exerçant une activité rémunérée salariée ailleurs qu'à l'hôpital (11 % hors omnipraticiens). C'est le cas par exemple de plus d'un quart des psychiatres, qui travaillent souvent en Centre médico-psychologique (CMP), ou de 16 % des pédiatres, qui peuvent exercer dans des centres de santé, à la protection maternelle et infantile (PMI), etc. Enfin, 4 % de ces médecins (8 % hors omnipraticiens) sont des hospitaliers temps plein (HTP) avec un secteur privé à l'hôpital (*encadré 1*). Certaines spécialités sont très concernées par ce statut : c'est le cas d'un cinquième des chirurgiens, 12 % des gynécologues, un dixième des cardiologues, des radiologues et des pneumologues.

Tableau 5 : Part de médecins en secteur 2 ou secteur 1 avec DP et taux moyen de dépassement selon le mode d'exercice en 2008

	Libéral exclusif			Libéral avec salariat non hospitalier			Libéral avec TP hospitalier			Hospitalier temps plein avec secteur privé			Ensemble	
	% de médecins	% de secteur 2	Taux de dépassst *	% de médecins	% de secteur 2	Taux de dépassst *	% de médecins	% de secteur 2	Taux de dépassst *	% de médecins	% de secteur 2	Taux de dépassst *	% de secteur 2	Taux de dépassst *
Omnipraticiens	90,5	10,6	29,9	4,8	19,8	33,7	4,7	18,0	39,3	0,0	20,0	28,1	11,4	30,9
Anesthésistes	86,5	30,0	30,6	4,0	37,2	35,4	5,6	35,8	39,6	3,9	17,0	32,3	30,1	31,5
Cardiologues	56,9	14,4	17,6	10,1	30,4	26,0	22,0	27,3	22,8	10,9	16,1	28,4	19,0	21,6
Chirurgiens	59,6	82,4	31,5	5,1	87,5	39,8	14,6	86,7	43,5	20,7	49,9	41,8	76,6	35,4
Dermatologues	70,0	31,1	35,0	12,2	59,3	42,2	16,3	64,6	44,0	1,5	72,7	45,2	40,7	38,9
Radiologues	74,6	9,0	17,4	5,2	20,9	23,1	10,6	26,4	26,0	9,6	9,7	22,3	11,5	20,4
Gynécologues	57,8	48,1	38,7	12,3	63,4	46,9	17,8	63,8	44,0	12,0	51,4	46,6	53,2	41,9
Gastro-entérologues	60,3	33,2	20,2	10,1	54,9	28,9	20,9	50,2	27,2	8,8	22,5	38,0	38,0	24,3
ORL	55,9	49,8	26,1	11,1	66,2	37,4	24,7	63,0	34,5	8,2	63,7	44,5	56,0	31,6
Pédiatres	59,9	25,6	32,0	15,8	40,7	38,6	20,8	45,1	38,2	3,4	28,6	42,0	32,2	35,4
Pneumologues	58,6	12,5	19,0	11,8	22,6	28,3	20,6	23,6	23,5	9,0	21,1	38,5	16,8	24,0
Rhumatologues	66,4	34,3	29,7	11,7	59,9	40,0	18,8	61,3	36,1	3,1	67,9	47,8	43,4	33,9
Ophthalmologues	67,7	47,8	34,1	10,1	65,6	42,1	18,8	63,6	41,0	3,4	79,4	49,9	53,7	37,5
Psychiatres	52,7	20,7	36,5	26,2	32,7	41,4	18,8	39,2	42,3	2,4	22,4	46,7	27,4	39,8
Stomatologues	62,9	37,8	39,9	10,9	38,6	49,7	22,9	48,6	49,3	3,2	70,0	42,2	41,4	43,5
Autres médecins	65,7	22,6	31,8	9,0	46,0	39,4	16,8	49,6	38,4	8,5	38,6	49,3	30,6	36,5
Autres chirurgiens	60,0	87,5	28,7	5,6	95,7	40,1	13,3	91,7	41,2	21,1	72,1	48,7	85,3	34,8
Total hors omnipraticiens	63,5	34,3	31,6	11,2	47,0	39,9	17,1	51,7	38,9	8,1	39,7	43,5	39,1	35,3
Total	77,9	19,6	31,0	7,8	38,0	38,8	10,4	43,7	38,9	3,8	39,6	43,5	24,3	34,2

* pour les médecins en secteur 2 ou 1 avec DP.

Source : Insee-DGFIP-Cnamts - Exploitation Drees, données 2008.

Champ : France métropolitaine.

Avoir un mode d'exercice non exclusivement libéral modifie le comportement des médecins en termes de pratique des dépassements. Ces médecins, à mode d'exercice « mixte » sont, en moyenne, plus fréquemment en secteur 2 (*tableau 5*). Si 20 % des libéraux exclusifs sont en secteur 2 (34 % hors omnipraticiens), c'est le cas de 38 % des libéraux ayant un TP non hospitalier (47 %), 44 % des libéraux ayant un TP hospitalier (52 %) et 40 % des HTP avec secteur privé à l'hôpital (40 % également hors omnipraticiens, puisque pratiquement aucun d'eux n'a ce statut).

Le taux moyen de dépassement des médecins libéraux exclusifs en secteur 2 est de 31 %, il est de 39 % pour les libéraux avec TP à l'hôpital ou ailleurs, et de 44 % pour les HTP avec secteur privé à l'hôpital. La hiérarchie des taux de dépassement selon les spécialités varie en fonction du statut des médecins, mais, hors omnipraticiens, les libéraux exclusifs ont des taux de dépassements systématiquement plus faibles que les non exclusifs.

1.3.5. Des dépassements d'autant plus élevés que l'activité est faible

Les honoraires hors dépassement (HHD) peuvent être utilisés comme un indicateur de l'activité des médecins¹⁸. Cette dernière est généralement mesurée par le nombre d'actes annuels, ce qui ne permet pas de tenir compte de la nature des actes réalisés. Or, certains actes sont plus longs que d'autres et/ou sont plus rémunérateurs. Travailler sur les honoraires hors dépassements permet, dans une certaine mesure, de tenir compte de la composition de l'activité des médecins.

Pour chaque spécialité, les médecins sont classés en quatre groupes (les « quartiles »¹⁹), par ordre croissant d'honoraires hors dépassement, chaque groupe comportant 25 % des effectifs de chaque spécialité. On constate alors que les montants d'HHD sont fortement liés au fait d'être, ou non, en secteur 2 et au taux de dépassement pratiqué (*tableau 6*).

¹⁸ Les honoraires hors dépassement comprennent les forfaits et majorations liées à l'activité.

¹⁹ Sur le plan statistique le terme de quartile désigne le seuil délimitant les groupes de médecins. Ainsi le premier quartile (Q1) désigne le nombre d'actes au-dessous duquel se situent 25 % des médecins les « moins actifs ». On utilise ici, par abus de langage, le terme « quartile » pour désigner le **groupe** des 25 % des médecins ayant eu les honoraires les plus faibles sur l'année.

Tableau 6 : Part de médecins en secteur 2 ou secteur 1 avec DP et taux moyen de dépassement selon le quartile des honoraires hors dépassement en 2008

	Q1		Q2		Q3		Q4		Ensemble	
	% de médecins en secteur 2	Taux de dépassé *	% de médecins en secteur 2	Taux de dépassé *	% de médecins en secteur 2	Taux de dépassé *	% de médecins en secteur 2	Taux de dépassé *	% de médecins en secteur 2	Taux de dépassé *
Omnipraticiens	24,6	38,2	10,1	25,2	6,5	20,8	4,5	18,5	11,4	30,9
Anesthésistes	31,8	38,1	32,6	34,2	29,4	28,0	26,7	24,0	30,1	31,5
Cardiologues	26,2	30,9	22,6	19,3	15,5	16,3	11,9	12,3	19,0	21,6
Chirurgiens	70,8	49,0	72,3	37,1	84,8	30,2	78,5	27,1	76,6	35,4
Dermatologues	61,7	47,2	41,3	36,8	33,4	32,5	26,3	30,9	40,7	38,9
Radiologues	15,2	26,0	10,8	18,6	10,3	18,4	9,8	16,0	11,5	20,4
Gynécologues	65,1	48,6	51,3	43,8	43,0	41,0	53,3	32,9	53,2	41,9
Gastro-entérologues	44,4	31,6	39,4	23,4	36,9	20,4	31,3	19,7	38,0	24,3
ORL	62,4	41,3	61,9	31,7	56,5	26,7	43,4	23,9	56,0	31,6
Pédiatres	43,5	40,1	34,4	34,7	27,7	32,5	23,0	31,1	32,2	35,4
Pneumologues	26,0	34,3	20,2	20,2	14,1	15,9	6,9	13,1	16,8	24,0
Rhumatologues	60,7	41,8	49,2	34,4	39,0	28,1	24,9	22,9	43,4	33,9
Ophthalmologues	66,1	46,5	46,9	37,5	49,3	33,0	52,4	30,2	53,7	37,5
Psychiatres	38,9	42,0	35,3	40,7	22,6	39,3	12,7	31,3	27,4	39,8
Stomatologues	39,8	53,7	36,4	46,0	46,6	40,4	42,9	35,5	41,4	43,5
Autres médecins	22,4	49,7	53,0	39,6	32,2	30,2	14,7	18,9	30,6	36,5
Autres chirurgiens	78,8	50,0	89,2	35,7	93,1	28,3	79,9	26,3	85,3	34,8
Total	37,1	42,4	20,0	32,9	16,3	29,2	23,9	26,2	24,3	34,2

* pour les médecins de secteur 2 ou 1 avec DP.

Source : Insee-DGFIP-Cnamts - Exploitation Drees, données 2008.

Champ : France métropolitaine.

Lecture : 23% des omnipraticiens du premier quartile de nombre d'actes annuels réalisés sont en secteur 2. Leurs dépassements représentent 37% de leurs honoraires totaux.

Quelle que soit la spécialité étudiée, les médecins en secteur 2 qui ont les HHD les plus faibles ont les taux de dépassement les plus élevés. Pour les pneumologues et les chirurgiens, l'écart des taux de dépassements entre les médecins des premier et dernier quartiles des HHD est de près de 20 points. Il y aurait donc un arbitrage entre l'activité mesurée par les HHD et le taux des dépassements. Tout se passe comme si les médecins ajustaient leurs tarifs dans le but d'atteindre un niveau de « revenu cible ». Ce résultat conduirait à l'idée selon laquelle il existerait une substitution entre dépassements et activité ou honoraires hors dépassements : les médecins utiliseraient les dépassements pour compenser leur plus faible activité et augmenter leur revenu.

1.3.6. Des taux de dépassements plus élevés sur les actes cliniques

Sur quels types d'actes les médecins dépassent-ils le plus ? Pour les médecins de secteur 2 présents dans le fichier, le montant des dépassements issus d'actes cliniques s'élevait à 941 millions d'euros, alors que les dépassements issus d'actes techniques s'élevaient à 888 millions d'euros. Au niveau « macro », les dépassements semblent donc d'une ampleur comparable entre les deux types d'actes.

Le taux de dépassements moyen par médecin, issu d'actes cliniques (techniques) est mesuré comme le rapport entre le montant des dépassements issus d'actes cliniques (techniques) et le montant des honoraires totaux issus de ces actes. Il est, toutes spécialités confondues, plus élevé de 10 points sur les actes cliniques que sur les actes techniques (respectivement 37 % et 27 % – *tableau 7*). Autrement dit, 37 % des honoraires totaux issus d'actes cliniques sont des dépassements alors que ce n'est le cas que de 27 % pour les honoraires issus d'actes techniques.

Pour les médecins qui pratiquent régulièrement les deux types d'actes (c'est-à-dire pour qui au minimum 10 % de leurs actes sont des actes cliniques ou techniques), les taux de dépassements pratiqués sur les actes cliniques et techniques sont très différents. Hormis pour les stomatologues, le taux de dépassement sur les actes cliniques est systématiquement plus élevé que sur les actes techniques, l'écart atteint 16 points pour les rhumatologues, les gynécologues, les ophtalmologues et les pneumologues. Les chirurgiens, qui réalisent un tiers d'actes techniques, ont des taux de dépassement comparables entre actes cliniques et techniques, autour de 35 %. Les anesthésistes et les dermatologues ont des taux de dépassement sur les actes cliniques et techniques relativement proches également, avec un écart de seulement 4 ou 5 points entre ces deux taux.

Tableau 7 : Taux de dépassement sur les actes cliniques et techniques et part des actes techniques dans le total des actes, pour les médecins en secteur 2 ou secteur 1 avec DP

	% d'actes techniques dans l'ensemble des actes	Taux de dépassement sur les actes techniques *	Taux de dépassement sur les actes cliniques *	Taux moyen
Omnipraticiens	10,9	18,2	31,5	30,9
Anesthésistes	59,5	30,4	35,8	31,5
Cardiologues	59,4	17,6	28,0	21,6
Chirurgiens	33,7	35,6	36,0	35,4
Dermatologues	22,5	36,1	40,3	38,9
Radiologues	98,0	20,2	24,1	20,4
Gynécologues	21,3	31,9	48,2	42,0
Gastro-entérologues	42,1	19,6	31,9	24,3
Oto-rhino-laryngologues	50,7	27,8	36,6	31,6
Pédiatres	4,0	15,6	39,2	35,4
Pneumologues	60,9	18,3	34,0	24,0
Rhumatologues	39,2	23,2	39,2	33,9
Ophthalmologues	39,3	28,1	44,3	37,5
Psychiatres et neuropsychiatres	0,1	9,7	40,1	39,8
Stomatologues	59,2	44,7	36,8	43,5
Autres médecins	22,2	18,9	39,8	36,5
Autres chirurgiens	31,3	31,5	38,9	34,8
Ensemble	27,9	27,1	37,3	34,2

* montant des dépassements issus d'actes techniques (resp cliniques) sur les honoraires totaux issus de ces mêmes actes, pour les médecins ayant perçu au moins un euro d'honoraires issus d'actes techniques (resp cliniques),

Sources : Insee-DGFIP-Cnamts - Exploitation Drees, données 2008.

Champ : France métropolitaine, médecins en secteur 2 ou 1 avec DP.

2. Mimétisme des comportements et solvabilité de la clientèle : les principaux déterminants des dépassements d'honoraires

Les statistiques présentées dans la partie précédente, montrent qu'il existe une forte hétérogénéité des comportements inter- et surtout intra-spécialité, dans les taux d'accès au secteur 2 mais également dans les montants et les taux de dépassements pratiqués par les médecins de ce secteur. Plusieurs facteurs explicatifs de ces disparités ont été évoqués : la localisation, le mode d'exercice, le niveau et la composition de l'activité. Toutefois, cette analyse univariée ne permet pas d'analyser l'impact simultané des différentes variables ni de tenir compte des interactions qui existent entre ces différents facteurs explicatifs.

Dans cette partie, nous proposons une analyse des déterminants des comportements des médecins en matière de dépassements d'honoraires ; nous effectuons une analyse « toutes choses égales par ailleurs » afin de déterminer les facteurs qui influencent le plus la probabilité, pour un médecin, de s'installer en secteur 2 et ceux qui contribuent le plus à expliquer le montant des dépassements des médecins exerçant en secteur 2.

Traditionnellement, la littérature en économie de la santé suppose que deux mécanismes sont susceptibles de dicter les comportements des médecins : l'objectif d'un « revenu cible » ou l'objectif de maximisation du revenu (voir par exemple McGuire et Pauly (1991)). Cette approche du « revenu cible » (la cible à atteindre pouvant revêtir différentes significations : un revenu fixe que les médecins cherchent à atteindre compte tenu de leurs compétences ou compte tenu du revenu moyen perçu par les médecins de la même spécialité exerçant dans leur zone d'exercice, par exemple) a été longtemps discréditée en économie de la santé, comme le montrent Folland et al. (1997). En particulier, McGuire et Pauly (1991) soulèvent plusieurs objections à l'hypothèse qu'un revenu cible dicterait les comportements des médecins. Pourquoi ces derniers s'arrêteraient-ils dès qu'ils atteignent un certain niveau d'activité ? Comment les « cibles » sont-elles fixées ? Comment expliquer les différences de revenus cibles entre les médecins ? En pratique, peu d'études empiriques permettent de mettre en évidence l'existence d'un revenu cible chez les médecins et elles sont principalement américaines. Les études les plus récentes sont celles de Rizzo et Zeckhauser (2003, 2007) réalisées à partir d'un échantillon de jeunes médecins grâce auquel ils observent directement un « revenu de référence » (revenu déclaratif que les médecins considèrent comme approprié, étant donné leur niveau d'expérience). Rizzo et Zeckhauser (2003) montrent que ce revenu de référence a un impact beaucoup plus faible sur logarithme des revenus annuels pour les médecins qui sont au-dessus (+0,13)

que pour ceux qui sont en-dessous (+0,59) de leur revenu de référence. Dans un article plus récent, Rizzo et Zeckhauser (2007) montrent que l'impact du revenu de référence diffère entre les hommes et les femmes médecins : les hommes réagissent fortement lorsque leur revenu réel passe en-dessous de leur revenu de référence en raccourcissant la durée de la consultation et en se concentrant sur des actes plus rémunérateurs. En revanche, l'activité des femmes est insensible à ce revenu de référence.

Notre étude n'a pas pour ambition de contribuer à la littérature sur ce sujet ; nous ne disposons notamment pas des données appropriées²⁰. Toutefois, l'analyse descriptive de la partie précédente montre par exemple que les médecins ayant des honoraires hors dépassement faibles pratiquent des taux de dépassement élevés (*tableau 6*) ou que les dépassements sont concentrés sur les actes cliniques, considérés comme moins rémunérateurs (*tableau 7*) ou encore que la pratique des dépassements est très concentrée dans certains départements. Ces premiers résultats pourraient suggérer l'existence d'un revenu cible que les médecins cherchent à atteindre.

Cette analyse sera menée sur quatre spécialités médicales : les chirurgiens, les ophtalmologues, les psychiatres et les gynécologues. Elles ont été choisies pour plusieurs raisons.

- Tout d'abord, il est nécessaire d'étudier des spécialités comportant suffisamment de médecins, et notamment de médecins en secteur 2, afin de mener une analyse économétrique robuste et de modéliser les comportements de médecins qui ne soient pas considérés comme marginaux.
- En outre, les spécialités retenues sont assez hétérogènes en termes de structure d'activité : les psychiatres sont une spécialité essentiellement clinique et 60 % environ des honoraires (hors dépassements) des gynécologues sont issus d'actes cliniques. En revanche, environ la moitié des honoraires (hors dépassement) des ophtalmologues sont issus d'actes techniques et les chirurgiens ont une activité très majoritairement technique.
- Enfin, ces spécialités ont des montants de dépassements et des taux d'accès au secteur 2 très différents : seuls 27 % des psychiatres sont en secteur 2 mais c'est le cas de 76 % des chirurgiens.

Les quatre spécialités choisies diffèrent fortement en termes de caractéristiques socio-démographiques (structure par sexe et âge – *tableau 8*) : les chirurgiens sont une population de médecins quasi exclusivement masculine alors que les gynécologues sont à plus de 50 % des femmes. Comme indiqué dans la partie précédente, ces spécialités se distinguent également par des taux d'accès au secteur 2 très différents. L'activité des médecins (mesurée ici par le nombre d'actes annuels) varie très fortement, en particulier en fonction du secteur de conventionnement. À l'exception des chirurgiens, les médecins du secteur 2 ont une activité très inférieure à celle des médecins du secteur 1 ; en revanche, ils ont des honoraires totaux supérieurs. Les chirurgiens se démarquent puisque ceux du secteur 2 ont une activité en moyenne supérieure de 18 % à ceux du secteur 1. En conséquence, l'écart d'honoraires entre les deux catégories est considérable (+63 % pour ceux du secteur 2).

²⁰ Cependant, les médecins de l'échantillon sont suivis sur deux années, 2005 et 2008. En utilisant la dimension panel des données, il sera possible d'éclairer cette question. Nous pourrions notamment analyser comment les médecins réagissent lorsqu'ils font face à une diminution de leur activité (suite, par exemple, à une augmentation de la densité médicale dans leur département d'exercice) : augmentent-ils le montant de leurs dépassements pour maintenir le niveau de leurs revenus ?

Tableau 8 : Quelques caractéristiques, en 2008, des quatre spécialités étudiées

	Ophthalmologues	Psychiatres	Gynécologues	Chirurgiens
Effectif	4 170	5 664	4 907	4 560
% en secteur 2 (1)	54 %	27 %	53 %	76 %
% de femmes	40,5 %	37,4 %	51,9 %	4,7 %
Âge moyen (médian)	52,9 (53)	54,8 (56)	54,5 (55)	51,6 (52)
Âge moyen à l'installation (médian)	32,9 (32)	35,8 (34)	33,9 (33)	36,5 (35)
Durée moyenne entre thèse et installation (médiane)	3,2 (2)	5,3 (3)	4,1 (3)	5,9 (4)
Activité moyenne ⁽²⁾ (médiane)	6626 (5 971)	2647 (2 058)	3387 (3 250)	2124 (1 904)
médecins en secteur 1 / 2	7 397 / 5 961	2 864 / 2 068	3 680 / 3 128	1 863 / 2 204
Honoraires totaux moyens (médians)	268 715 € (224 795 €)	114 848 € (97 844 €)	181 876 € (144 592 €)	258 071 € (235 691 €)
médecins en secteur 1 / 2	215 421€/ 314 679€	110 776€/ 125 673€	144 589€/ 214 772€	173 337€/ 284 019€
% moyen d'actes techniques (médiane)	42 % (37 %)	0,2 % (0 %)	23 % (18 %)	34 % (32 %)

Sources : Insee-DGFIP-Chamts - Exploitation Drees, données 2008.

Champ : France métropolitaine, 4 spécialités.

(1) : secteur 2 est la somme des secteurs 1 avec DP et des secteurs 2. Secteur 1 = secteur 1 sans DP.

(2): l'activité est mesurée ici par le nombre total d'actes réalisés dans l'année (actes cliniques et actes techniques).

Cette partie a pour objectif de mieux comprendre les déterminants des dépassements d'honoraires des médecins. Pour cela, nous utilisons les données individuelles appariées et modélisons deux décisions :

- d'une part, la probabilité, pour un médecin, de choisir d'exercer en secteur 2 ;
- d'autre part, le montant moyen de dépassements pratiqué par un médecin en secteur 2.

L'annexe 2 fournit plus de détails sur la modélisation retenue.

2.1. La probabilité de s'installer en secteur 2 : une forte influence du contexte juridique et de la demande locale

Dans un premier temps, nous expliquons la probabilité, pour un médecin, d'exercer en secteur 2²¹. Les variables explicatives retenues caractérisent le médecin ainsi que son département d'exercice, à l'année à laquelle il choisit son secteur de conventionnement (*annexe 2*). Les résultats de l'estimation du modèle sont présentés dans le *tableau 9*, qui fournit la moyenne des effets marginaux individuels. Les coefficients sont ainsi directement interprétables et mesurent l'impact, en pourcentage, de la variable considérée sur la probabilité de s'installer en secteur 2.

²¹ Rappelons que nous utilisons la dénomination « secteur 2 » pour désigner les médecins en secteur 2 ainsi que les médecins en secteur 1 ayant un droit permanent à dépassement.

Tableau 9 : Probabilité de s'installer en secteur 2 (moyenne des effets marginaux individuels)

	Ophthalmologues	Psychiatres	Gynécologues	Chirurgiens
Femme (ref : homme)	-0.140*** (0.015)	-0.057*** (0.012)	-0.157*** (0.013)	0.024 (0.033)
Install. ≤31 ans (ref: 32-36 ans)	-0.046*** (0.016)	-0.043*** (0.016)	-0.017 (0.016)	-0.088*** (0.031)
Install. ≥ 37 ans (ref: 32-36 ans)	-0.208*** (0.022)	-0.050*** (0.013)	-0.141*** (0.019)	-0.195*** (0.022)
Install. dans dépt de thèse	-0.009 (0.015)	-0.013 (0.012)	0.057*** (0.014)	0.081*** (0.021)
enfants (ref : aucun)	-0.037** (0.018)	-0.014 (0.014)	-0.009 (0.017)	0.009 (0.015)
Durée thèse-install 1-2 (ref:install. immédiate)	0.012 (0.019)	0.022 (0.020)	0.037* (0.020)	0.012 (0.044)
Durée thèse-install ≥ 3 (ref:install. immédiate)	0.122*** (0.022)	0.100*** (0.014)	0.075*** (0.020)	0.010 (0.045)
Install. ≥70 & ≤ 74 (ref : Install. ≥80 & ≤ 84)	0.120*** (0.038)	0.081** (0.032)	0.097*** (0.034)	-0.062 (0.066)
Install. ≥75 & ≤ 79 (ref : Install. ≥80 & ≤ 84)	0.062** (0.024)	0.051** (0.022)	0.055*** (0.022)	-0.053 (0.033)
Install. ≥85 & ≤ 89 (ref : Install. ≥80 & ≤ 84)	0.007 (0.020)	0.002 (0.017)	-0.017 (0.018)	0.026 (0.025)
Install. ≥90 & ≤ 94 (ref : Install. ≥80 & ≤ 84)	-0.186*** (0.031)	-0.110*** (0.020)	-0.179*** (0.027)	-0.042* (0.026)
Install. ≥95 & ≤ 99 (ref : Install. ≥80 & ≤ 84)	0.098*** (0.030)	0.024 (0.022)	-0.034 (0.029)	0.00005 (0.027)
Install. ≥00 & ≤ 04 (ref : Install. ≥80 & ≤ 84)	0.249*** (0.032)	0.165*** (0.026)	0.212*** (0.029)	0.097*** (0.030)
Install. ≥05 (ref : Install. ≥80 & ≤ 84)	0.305*** (0.036)	0.354*** (0.033)	0.282*** (0.030)	0.139*** (0.034)
Dens. spec considérée < Q1 (ref: entre Q1 et Q3)	-0.011 (0.027)	0.046* (0.025)	-0.025 (0.027)	-0.046** (0.021)
Dens. spec considérée > Q3 (ref: entre Q1 et Q3)	0.076*** (0.018)	0.038*** (0.014)	0.151*** (0.020)	0.098*** (0.026)
Rev. net imposable < Q1 (ref: entre Q1 et Q3)	-0.082*** (0.032)	0.029 (0.033)	-0.081*** (0.031)	-0.091*** (0.028)
Rev. net imposable > Q3 (ref: entre Q1 et Q3)	0.215*** (0.021)	0.212*** (0.011)	0.218*** (0.022)	0.095*** (0.025)
Part +60 ans < Q1 (ref: entre Q1 et Q3)	-0.015 (0.016)	0.021* (0.012)	0.047*** (0.015)	0.034* (0.017)
Part +60 ans > Q3 (ref: entre Q1 et Q3)	0.007 (0.024)	-0.070*** (0.020)	0.044* (0.022)	0.026 (0.021)
Nombre d'observations	4 170	5 664	4 907	4 560
Pseudo-R ²	0.14	0.13	0.19	0.14
% de paires concordantes	67.8 %	74.7 %	71.2 %	77.8 %

Notes: les écarts-types sont fournis entre parenthèses. * signifie que les coefficients sont significatifs au seuil de 10 %, ** au seuil de 5 % et *** au seuil de 1 %.

Lecture : « Toutes choses égales par ailleurs », les femmes ophtalmologues ont 14 % de chances de moins de s'installer en secteur 2 que leurs collègues masculins. Ce coefficient est significatif au seuil de 1 %.

Sources : Insee-DGFIP-Cnamts - Exploitation Drees, données 2008

Champ : France métropolitaine, 4 spécialités.

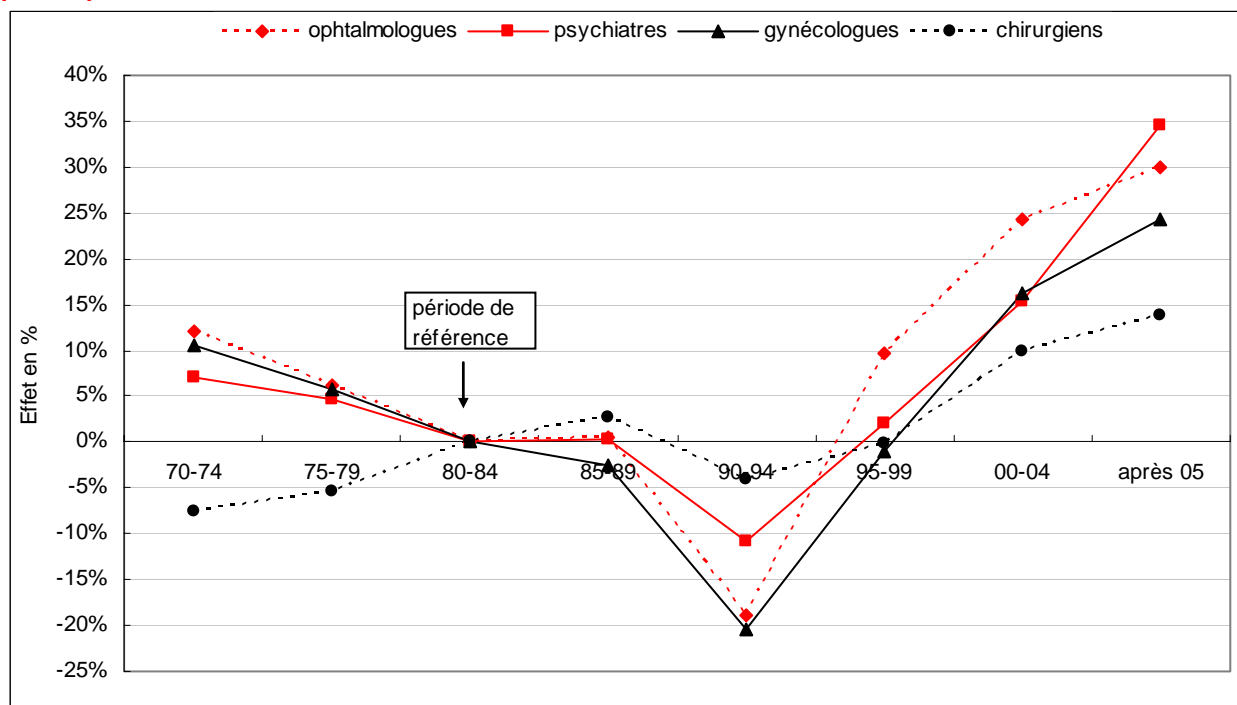
2.1.1. Les hommes optent plus que les femmes pour le secteur 2

Pour l'ensemble des spécialités retenues à l'exception des chirurgiens, les hommes sont plus susceptibles de s'installer en secteur 2 que les femmes. Les femmes ophtalmologues ont 14 % de chances de moins de s'installer en secteur 2 que les hommes ; les écarts sont moins marqués pour les autres spécialités (-6 % pour les psychiatres par exemple). La population des chirurgiens constitue une exception : il n'existe pas de différence significative dans la probabilité de s'installer en secteur 2 des hommes et des femmes, mais il faut noter que moins de 5 % des chirurgiens sont des femmes (*tableau 8*). Avoir des enfants au moment de son installation n'influence pas significativement la probabilité, pour un médecin, de choisir le secteur 2²².

2.1.2. La probabilité de s'installer en secteur 2 a fortement augmenté depuis 1990

La probabilité de s'installer en secteur 2 est marquée par une forte temporalité (*graphique 4*), puisque l'accès au secteur 2 a été très encadré (*encadré 1*). La probabilité de s'installer en secteur 2 est relativement stable entre 1980-1989 puis diminue fortement entre 1990 et 1994 (période de gel du secteur 2). En revanche, l'accès au secteur 2 augmente continuellement et très fortement ensuite, les conditions d'accès ayant été progressivement assouplies et diversifiées (le statut d'ancien chef de clinique mais également de nombreux autres statuts permettent maintenant l'accès à ce secteur). En conséquence, les effectifs de nouveaux médecins installés en secteur 2 ne cessent de croître.

Graphique 4 : Moyenne des effets marginaux individuels sur la probabilité de s'installer en secteur 2, pour les quatre spécialités sélectionnées.



Lecture : Les ophtalmologues installés entre 1970 et 1974 ont 12 % de chances de plus de s'installer en secteur 2 que les ophtalmologues installés entre 1980 et 1984 (la référence). Cette proportion atteint 30 % pour les ophtalmologues installés après 2005.

Sources : Insee-DGFIP-Cnamts - Exploitation Drees, données 2008. - Champ : France métropolitaine, 4 spécialités.

2.1.3. La probabilité de s'installer en secteur 2 augmente avec la durée écoulée depuis la fin des études de médecine

La durée écoulée entre la thèse et l'installation en libéral varie fortement entre les spécialités (3,2 ans pour les ophtalmologues et près de 6 ans pour les chirurgiens – *tableau 8*). Les résultats des estimations montrent qu'une installation tardive après la thèse augmente la probabilité, pour les médecins, de s'installer directement en secteur 2 (+12 % pour les ophtalmologues ou +10 % pour les psychiatres qui attendent plus de 3 ans avant de s'installer par exemple).

Dans la mesure où cette régression contrôle par l'âge à l'installation des médecins, deux interprétations peuvent expliquer cette plus forte propension à s'installer en secteur 2. La première est que ces médecins ont commencé à se constituer une clientèle (en effectuant des remplacements par exemple), qu'ils peuvent conserver lorsqu'ils s'installent à leur compte. Ils peuvent donc plus facilement choisir de s'installer en secteur 2, sans crainte que leurs tarifs plus élevés ne dissuadent la clientèle potentielle.

²² Ce coefficient n'est significatif que pour les ophtalmologues, mais son sens est contraire à l'intuition.

Une autre interprétation, plus probable, est que ces médecins ont pu occuper, pendant la durée précédant leur installation en libéral, des postes ouvrant l'accès au secteur 2. Ils ont par exemple été chefs de clinique ou assistants des hôpitaux.

Notons que s'installer dans son département de thèse (i.e. le département dans lequel les médecins ont fait leurs études, et donc probablement leurs stages d'application) augmente la probabilité de s'installer en secteur 2 des chirurgiens (+8 %) et des gynécologues (+7 %). Les médecins dans cette situation connaissent déjà une partie de leur clientèle ou ont des réseaux qui leur permettent de constituer une clientèle plus rapidement. En conséquence, ils sont plus à même de s'installer en secteur 2.

2.1.4. La probabilité d'exercer en secteur 2 augmente avec la solvabilité et la taille de la demande locale

Le revenu net imposable moyen des habitants d'un département est une des variables déterminantes de la probabilité de s'installer en secteur 2, quelle que soit la spécialité étudiée. Les médecins exerçant dans des départements où le revenu moyen des habitants est élevé (supérieur au troisième quartile de la distribution des revenus moyens des habitants de l'ensemble des départements) ont une probabilité beaucoup plus forte de s'installer en secteur 2 : +22 % pour les ophtalmologues, les gynécologues, et les psychiatres. L'effet est moins marqué pour les chirurgiens (+9,5 %). Ce résultat est intuitif : les dépassements ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et le sont uniquement par certains contrats complémentaires. Seuls les médecins qui ont une clientèle plus aisée peuvent se permettre de pratiquer des dépassements de façon systématique, tout en conservant leurs patients.

On retrouve ici un des résultats principaux de Lancry (1989) qui, à partir de données départementales agrégées de 1986, montre que la proportion de spécialistes en secteur 2 (toutes spécialités confondues) est principalement déterminée par le revenu moyen des habitants du département. Darbon et Letourmy (1989) montrent également, en utilisant un échantillon de communes françaises, que le pourcentage de spécialistes en secteur 2 au sein d'une commune est positivement (resp. négativement) corrélé au pourcentage de cadres (resp. d'ouvriers).

La demande potentielle qui s'adresse à chaque médecin est prise en compte dans la régression en utilisant un indicateur de densité médicale départementale, le nombre de médecins libéraux de la spécialité étudiée (quel que soit le secteur de conventionnement) pour 100 000 habitants, au moment du choix du secteur 2²³. Cette densité influence fortement la probabilité qu'un médecin choisisse de s'installer en secteur 2 et ce, quelle que soit la spécialité considérée. « Toutes choses égales par ailleurs », plus les médecins exercent dans un département où la densité, pour leur spécialité, est élevée, plus la probabilité de s'installer en secteur 2 augmente (+15 % pour les gynécologues, +10 % pour les chirurgiens, +8 % pour les ophtalmologues et +4 % pour les psychiatres). Cet indicateur de concurrence entre les médecins traduit la demande potentielle qui s'adresse à chacun d'entre eux : plus la densité est élevée, plus cette demande est faible. Pratiquer des tarifs plus élevés leur permettrait de contrebalancer la faiblesse de la demande, tout en continuant à s'installer dans des départements où la densité médicale est élevée.

2.2. Le montant des dépassements est fortement influencé par le mode d'activité des médecins et l'offre de soins du département

Nous modélisons, dans un second temps, le montant des dépassements observé en 2008 pour les médecins du secteur 2²⁴. Comme précédemment, le terme de « secteur 2 » désigne à la fois les médecins en secteur 2 et les médecins en secteur 1 ayant un droit permanent à dépassement. Le modèle comporte non seulement des variables caractérisant le médecin et son activité mais aussi le département dans lequel il exerce en 2008. Les résultats de la régression sont présentés dans le *tableau 10*.

²³ Cette régression inclut également la part des habitants de plus de 60 ans dans le département, variable qui capte, dans une certaine mesure, l'état de santé de la population du département.

²⁴ Nous préférons estimer le montant des dépassements plutôt que le taux de dépassement. En effet, ce dernier, défini par le montant des dépassements sur les honoraires totaux (y compris dépassements) est plus difficile à modéliser dans la mesure où un même taux de dépassement peut être associé à des montants de dépassements, et donc des comportements, très différents (selon le montant des honoraires). Il est par ailleurs difficile de distinguer, dans l'influence des différentes variables explicatives, ce qui relève d'un effet sur les honoraires ou d'un effet sur le montant des dépassements. Nous préférons donc expliquer directement le montant des dépassements, en le contrôlant toutefois par le niveau des honoraires des médecins.

Tableau 10 : Déterminants du montant des dépassements

	Ophthalmologues	Gynécologues	Psychiatres	Chirurgiens
L'influence des caractéristiques individuelles				
Femme (ref : homme)	-0.136*** (0.025)	-0.110*** (0.022)	-0.045 (0.046)	-0.099 (0.071)
marié/pacsé (ref : célibataire, divorcé,...)	-0.056* (0.032)	0.037 (0.027)	0.012 (0.058)	-0.028 (0.046)
Enfants à charge (ref: pas d'enfants)	-0.001 (0.024)	-0.039* (0.019)	-0.004 (0.038)	-0.050 (0.038)
Log(revenu du conjoint)	0.003 (0.002)	-0.005** (0.002)	0.002 (0.005)	0.006** (0.003)
L'influence du type d'activité des médecins				
Expérience ∈ [1-10 ans] (ref : [11-20 ans])	-0.085*** (0.032)	0.041 (0.029)	-0.007 (0.049)	-0.217*** (0.037)
Expérience ∈ [21-30 ans] (ref : [11-20 ans])	-0.042 (0.028)	0.052** (0.023)	0.009 (0.047)	0.042 (0.040)
Expérience ∈ [31-39 ans] (ref : [11-20 ans])	-0.032 (0.040)	0.047 (0.031)	0.034 (0.065)	0.020 (0.074)
Libéral à temps partiel (ref :Libéral à temps plein)	-0.003 (0.034)	-0.055** (0.026)	-0.048 (0.045)	0.002 (0.066)
Libéral ac TP hospitalier (ref :Libéral à temps plein)	0.029 (0.027)	0.041* (0.022)	0.075 (0.047)	-0.021 (0.046)
hospitalier à tps plein avec secteur privé (ref :Libéral à temps plein)	0.349*** (0.061)	0.150*** (0.038)	0.398* (0.141)	-0.160** (0.063)
Log(honoraires hors dépassements ni forfaits)	0.888*** (0.027)	0.941*** (0.016)	0.971*** (0.027)	0.795*** (0.018)
Taux de salaire < Q3 (ref : pas de rev salarié)	-0.061*** (0.025)	-0.063*** (0.020)	-0.028 (0.039)	-0.080* (0.042)
Taux de salaire >Q3	-0.031 (0.048)	-0.053 (0.036)	-0.201 *** (0.063)	0.021 (0.063)
SEL (ref: pas de société)	0.204*** (0.048)	0.210*** (0.044)	0.398*** (0.143)	0.146*** (0.062)
Autre société (ref: pas de société)	0.032 (0.027)	0.023 (0.023)	0.132** (0.051)	0.013 (0.053)
Honoraires issus d'actes techniques < 25% (ref : [50-75 %])	0.235*** (0.033)	0.267*** (0.028)	-	-0.378*** (0.093)
Honoraires issus d'actes techniques [25 % - 50 %] (ref : [50-75 %])	0.136*** (0.030)	0.207*** (0.025)	-	-0.057 (0.087)
Honoraires issus d'actes techniques >75% (ref : [50-75 %])	-0.363*** (0.029)	-0.257*** (0.032)	-	-0.126*** (0.033)
L'influence des caractéristiques de la patientèle				
Part de patients femmes	-0.002 (0.004)	-	-0.003 (0.002)	0.014*** (0.001)
Part de patients en ALD	-0.004 (0.003)	-0.004** (0.002)	-0.014*** (0.002)	-0.001 (0.001)
Part de patients CMU	-0.027*** (0.004)	-0.035*** (0.002)	-0.076*** (0.005)	-0.049*** (0.005)
Part de patients de 0-25 ans	0.000 (0.002)	-1.414*** (0.220)	0.001 (0.001)	0.002* (0.001)
Part de patients de + 65 ans	0.005***	0.541**	0.007***	-0.008***

	(0.002)	(0.220)	(0.003)	(0.002)
L'influence des caractéristiques des habitants du département				
Log(niveau de vie des habitants du département)	0.876*** (0.166)	0.383*** (0.128)	0.006 (0.325)	0.610*** (0.226)
Taux de mortalité	-0.033*** (0.009)	0.003 (0.007)	-0.016 (0.019)	-0.007 (0.015)
L'influence des caractéristiques de l'offre de soins présente dans le département				
Densité de la spécialité considérée	0.009 (0.006)	0.011 *** (0.003)	0.007 *** (0.002)	0.019*** (0.007)
Part de la spécialité considérée en S2	-0.004*** (0.001)	-0.003** (0.001)	-0.025*** (0.005)	-0.005*** (0.002)
Log (dépassements moyens de la spécialité considérée)	0.469*** (0.047)	0.451*** (0.041)	0.682*** (0.083)	0.909*** (0.053)
Constante	-12.670*** (1.740)	-8.232*** (1.366)	-5.440** (3.320)	-14.429*** (2.381)
Nombre d'observations	2 245	2 617	1 555	3 502
R²	0.64	0.75	0.62	0.59

Notes: i) les écarts types sont entre parenthèse; ii) * signifie que les coefficients sont significatifs au seuil de 10 %, ** au seuil de 5 % et *** au seuil de 1 %.

Sources : Insee-DGFIP-Cnamts - Exploitation Drees, données 2008.

Champ : France métropolitaine, 4 spécialités.

2.2.1. Une faible influence des caractéristiques individuelles

Les caractéristiques individuelles ont relativement peu d'influence sur le montant des dépassements des médecins en secteur 2.

Toutes choses égales par ailleurs (et notamment à honoraires et niveau d'expérience identiques), les femmes ophtalmologues ou gynécologues ont des dépassements en moyenne plus faibles que les hommes (respectivement -13,6 % et -11 %). On n'observe en revanche pas de différences dans les montants de dépassements des hommes et femmes psychiatres et chirurgiens.

En outre, la situation familiale influence peu les décisions des médecins, que ce soit la situation matrimoniale, le nombre d'enfants ou le revenu du conjoint.

2.2.2. Le montant des dépassements ne varie pas systématiquement avec le niveau d'expérience

L'expérience, définie par le nombre d'années écoulées depuis l'installation en libéral du médecin, ne joue pas de façon identique pour toutes les spécialités. Pour les spécialités « cliniques » (gynécologues, psychiatres), on n'observe pas de différence significative dans les montants de dépassements pratiqués par les jeunes médecins (moins de 10 ans d'expérience) et les médecins de 11 à 20 ans d'expérience, ni avec les médecins plus âgés. Ce résultat peut paraître surprenant car les honoraires des médecins sont généralement croissants avec l'expérience. Notre analyse étant effectuée à honoraires fixés, ce résultat signifie que le taux de dépassement de ces spécialités est stable au cours de la carrière.

Sur des données en coupe, il est cependant difficile de distinguer ce qui relève d'un effet d'expérience d'un effet de génération. De ce fait, cette stabilité des dépassements quel que soit le niveau d'expérience du médecin pourrait également s'interpréter comme un effet générationnel : les jeunes médecins, installés dans les années 2000, n'ont pas des comportements significativement différents en matière de dépassements que leurs collègues plus âgés, installés dans les années 1970.

En revanche, pour les deux spécialités plus « techniques » (chirurgiens, ophtalmologues), le profil de l'expérience est différent. Ces médecins pratiquent moins de dépassements en début de carrière : les ophtalmologues ayant entre 1 et 10 ans d'expérience ont des dépassements 8,5 % plus faibles que les médecins ayant entre 11 et 20 ans d'expérience ; ce chiffre atteint -21,7 % pour les chirurgiens. Ces médecins débutant leur activité sont en phase de constitution de leur clientèle ; ils limitent alors probablement le montant de leurs dépassements pour la fidéliser. Ce n'est plus le cas des médecins plus âgés qui peuvent donc se permettre de pratiquer des dépassements plus élevés : les montants de dépassements pratiqués par les médecins sont non significativement différents entre 11 et 40 ans d'expérience. En outre, si les médecins considèrent les dépassements comme une rémunération supplémentaire de leurs compétences (acquises avec l'expérience), cela explique la croissance des dépassements avec l'expérience.

D'un point de vue générationnel, bien que les chirurgiens et ophtalmologues installés le plus récemment soient plus fréquemment en secteur 2 que les médecins des générations anciennes (résultats de la première régression), ce résultat signifie qu'ils pratiquent des dépassements plus faibles que ces derniers. De ce fait, les médecins des générations plus anciennes ne sont probablement pas en secteur 2 pour les

mêmes raisons que leurs confrères plus jeunes : ils exercent moins systématiquement en secteur 2, mais ceux qui y sont choisissent de pratiquer des dépassements très élevés.

2.2.3. Le mode d'activité du médecin influence très fortement le montant de ses dépassements

« Toutes choses égales par ailleurs », les médecins de secteur 2 hospitaliers à temps plein avec secteur privé se distinguent des autres par des montants de dépassements très supérieurs. Ainsi, les ophtalmologues ayant ce statut font, toutes choses égales par ailleurs, des dépassements d'un montant supérieur de 35 % à ceux des médecins en exercice libéral intégral ; ce chiffre s'élève à 39 % pour les psychiatres et 15 % pour les gynécologues. Seuls les chirurgiens font exception avec des dépassements en moyenne plus faibles (-16 %). Ce résultat corrobore ceux obtenus dans la partie descriptive précédente. Il pourrait s'expliquer par le fait que les médecins hospitaliers doivent verser une redevance à l'établissement qui les accueille, s'élevant à 16 % du montant de leurs consultations (hors dépassement). De ce fait, pratiquer des dépassements plus élevés pourrait être un moyen de compenser le montant de ce reversement.

Les montants de dépassements pratiqués par les médecins ayant un exercice libéral avec un temps partiel à l'hôpital ou ailleurs ne sont généralement pas significativement différents de ceux pratiqués par les médecins en exercice libéral intégral. Les gynécologues font cependant exception, avec des montants de dépassements plus élevés lorsqu'ils sont en exercice libéral avec temps partiel hospitalier (+4 %).

La présence d'un salaire influence doublement le montant des dépassements pratiqués par les médecins. Les médecins ayant un salaire, mais dont le taux de salaire²⁵ est inférieur au troisième quartile des taux de salaire perçus par les médecins de leur spécialité ont des dépassements inférieurs de 6 à 8 % à ceux des médecins qui ne touchent pas de salaire. En revanche, les médecins salariés, ayant un salaire relativement élevé (taux de salaire supérieur au troisième quartile) pratiquent des dépassements d'un montant identique à ceux des médecins ne touchant pas de salaire.

Enfin, pour l'ensemble des spécialités considérées, les dépassements sont d'autant plus élevés que le médecin exerce en société et notamment en Société d'Exercice Libéral (SEL). Les dépassements sont supérieurs de 39 % pour les psychiatres de secteur 2 en SEL par rapport à ceux qui n'exercent pas en société (1,8 % des psychiatres de secteur 2 exercent en SEL), de 21 % pour les ophtalmologues et les gynécologues et de 15 % pour les chirurgiens (qui exercent respectivement pour 12 %, 8 % et 17 % d'entre eux en SEL).

2.2.4. Les médecins ont des dépassements plus élevés lorsqu'une part importante de leur activité est issue d'actes cliniques

Enfin, la composition de l'activité du médecin, que nous avons synthétisée en distinguant les actes techniques et les actes cliniques, explique fortement les montants de dépassements. Les résultats de la partie descriptive ont montré que, contrairement à l'intuition, ce ne sont pas sur les actes techniques que les médecins ont les taux de dépassement les plus importants (voir partie 1.3.6). Ce résultat est corroboré par la modélisation. Dans les régressions, nous avons utilisé comme indicateur de « technicité » la part des honoraires hors dépassements (HHD) issus d'actes techniques. Cet indicateur est scindé en quatre : une part inférieure à 25 %, entre 25 et 50 %, entre 50 et 75 % et supérieure à 75 %. Pour les ophtalmologues et les gynécologues (les chirurgiens sont à part et les psychiatres ne font pas d'actes techniques), plus une part importante de leur activité est consacrée à des activités cliniques, plus les médecins pratiquent des dépassements. Ainsi, les ophtalmologues dont moins de 25 % des HHD sont issus d'actes techniques ont des dépassements d'un montant supérieur de 23 % à ceux dont les honoraires sont composés de 50 à 75 % par des actes techniques. Ce taux s'élève à 27 % pour les gynécologues. Réciproquement, les médecins dont plus de 75 % des HHD sont issus d'actes techniques font moins de dépassements : -36 % pour les ophtalmologues, -25 % pour les gynécologues, -13 % pour les chirurgiens.

2.2.5. Des dépassements plus faibles sur les patients en ALD et/ou bénéficiaires de la CMU-C

De façon assez mécanique, le montant des dépassements est beaucoup plus faible (pour toutes les spécialités) quand la part de patients bénéficiaires de la CMU complémentaire augmente. En effet, les médecins ne peuvent pas, en théorie, pratiquer de dépassements sur ces derniers²⁶. « Toutes choses égales par ailleurs », ils facturent également un peu moins de dépassements aux patients en ALD ou exonérés du ticket modérateur (autre qu'en raison d'une ALD). Il est à noter que les médecins perçoivent, pour ces patients, une partie de leur rémunération sous forme forfaitaire.

²⁵ Le taux de salaire est défini comme la part du revenu salarié dans le revenu d'activité.

²⁶ Ils peuvent uniquement facturer un « DE » pour exigence particulière du patient.

En revanche, les médecins en secteur 2 ne modulent pas véritablement les dépassements en fonction de l'âge et du sexe de leur patientèle. Toutefois, plus les médecins ont une part élevée de patients âgés de plus de 65 ans, plus les montants de dépassements sont élevés. Une interprétation possible est que les patients âgés nécessitent des soins particuliers, plus coûteux et/ou plus longs sur lesquels les médecins sont plus à même de pratiquer des dépassements.

2.2.6. La solvabilité de la demande locale est un facteur explicatif important du montant des dépassements

La variable caractérisant le mieux la clientèle potentielle du département est le niveau de vie par département. Il joue très significativement et positivement sur les dépassements des médecins. Ainsi, une augmentation de 1 % du niveau de vie des habitants conduit à une augmentation de 6 % des dépassements des chirurgiens, de 3,8 % des gynécologues et de 0,9 % des ophtalmologues. Ce résultat est intuitif et semblable aux conclusions du modèle précédent de choix du secteur de conventionnement. Dans la mesure où les dépassements ne sont que peu, voire pas, pris en charge par les assurances complémentaires, la solvabilité de la demande locale est un facteur déterminant du montant des dépassements que peuvent pratiquer les médecins. Cette variable n'explique cependant pas significativement les montants de dépassements pratiqués par les psychiatres.

2.2.7. Un fort mimétisme des comportements en matière de dépassements

Enfin, les caractéristiques de l'offre de soins du département dans lequel le médecin exerce influencent très fortement les montants de dépassements.

« Toutes choses égales par ailleurs », les dépassements des médecins en secteur 2 sont une fonction croissante de la densité de médecins de même spécialité²⁷. Plus la densité est élevée (i.e. plus la compétition entre médecins est importante), plus ils pratiquent des dépassements élevés. Ce résultat peut paraître contre-intuitif car il signifie que la concurrence entre médecins dans ces départements densément peuplés ne s'exerce pas par les prix, probablement car la demande est peu élastique au prix de la consultation. À titre d'exemple, un médecin de plus pour 100 000 habitants entraîne une augmentation des dépassements des chirurgiens de 1,9 %, de 1,1 % pour les gynécologues et de 0,7 % pour les psychiatres. Les médecins compenseraient la faiblesse de la demande potentielle en pratiquant des tarifs plus élevés.

Cependant, au-delà de cet effet global de la densité médicale, on observe un effet spécifique de la part de médecins en secteur 2. « Toutes choses égales par ailleurs », et notamment à niveau de densité identique, le montant des dépassements est d'autant plus faible que la proportion de médecins de la même spécialité exerçant en secteur 2 (i.e. qui pratiquent également des dépassements) est élevée. C'est le cas pour l'ensemble des spécialités considérées. Par exemple, une augmentation de 1 % de la part des médecins en secteur 2 dans un département conduit à une diminution des dépassements de 0,5 % pour les chirurgiens ou de 0,4 % pour les ophtalmologues. Autrement dit, ce sont les comportements des confrères ayant des caractéristiques d'activité proches qui influencent le plus les médecins, qui se partagent à plusieurs la demande solvable.

En revanche, les dépassements pratiqués par les confrères exerçant dans le même département ont une influence positive très forte, pour toutes les spécialités sur les montants de dépassements pratiqués par les médecins. Ainsi, toutes choses égales par ailleurs (et notamment à proportion de médecins en secteur 2 identique), une augmentation de 1 % des dépassements moyens pratiqués par les confrères entraîne une augmentation des dépassements de 0,5 % pour les ophtalmologues et les gynécologues et même de 0,9 % pour les chirurgiens. Ce résultat signifie qu'il existe donc un mimétisme des comportements en matière de dépassements au niveau départemental.

²⁷ Notons qu'il s'agit ici de la densité de médecins *libéraux* de même spécialité. La densité de médecins *libéraux et salariés* de même spécialité a également été introduite, sans que cela modifie les résultats des régressions.

Conclusion

Les dépassements d'honoraires constituent aujourd'hui un enjeu majeur pour la régulation de notre système de santé : la part des médecins en secteur 2 ne cesse de croître et les taux de dépassements sont en progression constante depuis les dix dernières années. En raison des conditions d'entrée dans le secteur 2 (avoir été, par exemple, ancien chef de clinique ou assistant des hôpitaux), la pratique des dépassements n'est pas le fait des nouveaux médecins généralistes, qui s'installent presque exclusivement en secteur 1. Elle est en revanche très développée chez les médecins spécialistes : certaines spécialités médicales se caractérisent par une proportion de médecins en secteur 2 particulièrement élevée et en forte croissance (chirurgiens, gynécologues, ORL, ophtalmologues). Les dépassements sont également très concentrés dans certains départements ou pour certains modes d'exercice spécifiques.

Notre étude montre, sur quatre spécialités, que plusieurs facteurs relatifs à l'offre et à la demande de soins expliquent les comportements des médecins en matière de dépassements. Tout d'abord la solvabilité de la demande locale influence à la fois la probabilité pour un médecin de s'installer en secteur 2 mais aussi la pratique de dépassements élevés. Par ailleurs, on observe que les dépassements sont principalement réalisés sur les actes cliniques. De plus, une plus faible demande potentielle, mesurée par une forte densité médicale, influence positivement la probabilité de s'installer en secteur 2 mais également le montant des dépassements pratiqués. Enfin, on observe un fort comportement mimétique entre les médecins : ils pratiquent des dépassements d'autant plus élevés que leurs confrères le font. Autrement dit, la pratique des dépassements n'est pas contrebalancée par l'effet de la concurrence entre médecins, probablement car la demande de soins est fortement socialisée et peu élastique. À la lecture de ces résultats, les comportements des médecins en matière de dépassements seraient donc probablement dictés par l'existence d'une « cible » de revenu à atteindre, la cible pouvant ici être mesurée par le montant des revenus moyens des médecins de la même spécialité du département. Cette hypothèse reste à confirmer et pourrait être testée en exploitant la dimension panel des données²⁸. S'il existe un revenu cible, l'enjeu des négociations actuelles avec les médecins est donc bien de déterminer le « juste niveau » de ce revenu et l'évolution que doit connaître ce revenu par rapport aux revenus d'autres professions libérales ou de professionnels salariés ayant des caractéristiques comparables (en termes de nombres d'années d'études, de responsabilités, de temps de travail hebdomadaire,...).

Nos résultats montrent par ailleurs que différents outils pourraient être utilisés par le régulateur pour limiter la pratique des dépassements en France. L'encadrement strict des conditions d'accès au secteur 2, comme ce fut le cas avec le gel du secteur 2 entre 1990 et 1992, est efficace : l'effectif de médecins s'installant en secteur 2 a chuté à cette période. C'est en revanche l'assouplissement progressif des règles d'entrée en secteur 2 à partir du milieu des années 1990 qui a conduit à une augmentation forte et continue de la part des médecins de ce secteur.

L'encadrement de la pratique des dépassements apparaît également efficace. Nos résultats le montrent avec le cas des patients bénéficiaires de la CMU-C : les médecins ayant une plus forte proportion de patients CMU-C – sur lesquels ils ont légalement une interdiction de pratiquer des dépassements – réalisent moins de dépassements.

La pratique des dépassements d'honoraires a des conséquences importantes pour l'accès aux soins des assurés, à la fois financier et géographique.

En effet, les dépassements ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, ils ne le sont que potentiellement par les organismes complémentaires et cette prise en charge n'est souvent que partielle. En outre, si le remboursement de tout ou partie des dépassements est uniquement assuré par ces organismes, l'explosion du montant des dépassements pratiqués par les spécialistes ne pourra être absorbée que par une augmentation du montant des primes payées par les assurés. Les dépassements d'honoraires sont donc susceptibles de creuser encore plus les inégalités dans l'accès aux soins des assurés.

²⁸ En effet, les médecins sont suivis sur les années 2005 et 2008. Il est ainsi possible d'étudier le comportement en termes de dépassements des médecins qui font face à une diminution de leur activité – et donc potentiellement de revenu – sur cette période (à la suite, par exemple, d'une augmentation de la densité médicale dans leur département d'exercice). À titre d'exemple, on pourra se demander si ces médecins choisissent de pratiquer plus de dépassements, afin de compenser la diminution de leur activité et maintenir leur niveau de revenu.

Cette difficulté financière se double d'un problème géographique d'accès aux soins. En effet, les médecins exerçant dans les zones déjà très densément peuplées en médecins sont plus fréquemment en secteur 2 et pratiquent des dépassements d'un montant plus élevé. La possibilité de pratiquer des dépassements contribue donc à accentuer l'inégale répartition des médecins sur le territoire : ils continuent à s'installer dans des zones fortement dotées puisque pratiquer des dépassements leur permet de compenser la moindre activité résultant de la forte densité médicale. Les questionnements sur la régulation de la pratique des dépassements sont donc indissociables de ceux qui touchent à la répartition des médecins. *A contrario*, limiter la pratique des dépassements d'honoraires contribuerait probablement à limiter l'installation dans ces zones très densément peuplées et contribuerait à réduire l'inégale répartition des médecins sur le territoire.

Pour en savoir plus

Assemblée Nationale, 2008, Rapport d'information en conclusion des travaux sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, présenté par M. Marc Bernier.

Bories-Maskulova V., 2008, « Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2006 », *Point de repère* n°23, Cnamts.

Cnamts, 1987, « Les médecins du secteur 2 », *Bloc-Notes Statistiques n°41*

Cnamts, 1986, « Les médecins du secteur 2 en 1985 », *Bloc-Notes Statistiques n°27*

Cnamts, 1988, « Les dépassements tarifaires des médecins de mai à décembre 1987 », *Bloc-Notes Statistiques n°34*

Cnamts, 1992, « Le secteur 2 et les dépassements tarifaires », *Dossier Études et Statistiques n°20*

Cnamts, 2006, « Le secteur libéral des professions de santé », *Carnets statistiques de la Cnamts* n°112.

Cnamts, 2011, « Médecins exerçant en secteur 2 : une progression continue des dépassements d'honoraires, la nécessité d'une réforme structurelle du système », Point d'information du 17 mai 2001

Commission des Comptes de la Sécurité sociale (2002, 2004, 2007 et 2008). « Les comptes de la Sécurité sociale », Rapport – Tome 1.

Darbon S., Letourmy A., 1989, « Contextes communaux et marchés de services de généralistes », *Sciences sociales et santé*, vol. 7, n°2.

Folland S, Goodman AC, Stano M., 1997, "The Economics of Health and Health Care" Prentice Hall (2nd edition)

Garnero M. et Rattier MO., 2011, « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2008 », *Études et Résultats* n°752, Drees.

HCAAM, 2007, « Note sur les conditions d'exercice et de revenus des médecins libéraux », mai 2007

HCAAM, 2008, « Avis sur les dispositifs médicaux », 29 mai 2008

HCAAM, 2011, « L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer ? », 27 janvier 2011

IGAS, 2007, « Les dépassements d'honoraires médicaux », Rapport n° RM 2007-054P

IGAS, 2008, « Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers », Rapport n° RM 2008-147P

Lancry P-J., 1989, « Le secteur 2 de la médecine libérale: un élément de marché? », *Revue d'économie politique*, n°99(6), p.854-870.

McGuire TG, Pauly MV., 1991, "Physician response to fee changes with multiple payers", *Journal of Health Economics* n°10, p. 385-410

Msa, 1991, « Les dépassements d'honoraires des médecins libéraux en 1989 », Document de la Direction des études économiques et du financement, département « statistiques et études financières », CCMSA

Pellet R., 2003, « Les relations juridiques des médecins libéraux avec la sécurité sociale », in La crise des professions de santé (dir. J. de Kervasdoué), ed. Dunod

Perronnin M., Pierre A., Rochereau T., 2011, « La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès », *Questions d'économie de la santé* n°161, Irdes

Rizzo JA, Zeckhauser RJ., 2003, "Reference incomes, Loss Aversion, and Physician Behaviour", *Review of Economics and Statistics* n°85, p. 902-922

Rizzo J, Zeckhauser R., 2007, "Pushing incomes to reference points : Why do male doctors earn more ?" *Journal of Economic Behavior and Organization* n°63, p.514-536

Sandier S., 1993, « Les généralistes en secteur 2 : une activité plus faible mais des recettes égales », *Solidarité Santé* n°1, pp.21-33

Annexe 1 - Nomenclature des spécialités étudiées

DREES	CNAMTS
Spécialités étudiées	Code des spécialités regroupées
Omnipraticiens	01- Omnipraticiens (Médecine générale et MEP)
Anesthésiste	02- Anesthésie-réanimation chirurgicale 20- Réanimation médicale *
Cardiologue	03- Pathologie cardio-vasculaire
Chirurgiens	04- Chirurgie générale 41- Chirurgie orthopédique et traumatologie 43- Chirurgie infantile 44- Chirurgie maxillo-faciale 46- Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique 47- Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire 48- Chirurgie vasculaire 49- Chirurgie viscérale et digestive
Dermatologue	05- Dermato-vénérologie
Gastro-entérologue	08- Gastro-entérologie et hépatologie
Gynécologue	70- Gynécologie médicale 77- Obstétrique 79- Gynécologie obstétrique et gynécologie médicale * 07- Gynécologie obstétrique
Psychiatre et neuropsychiatre	75- Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 33- Psychiatrie 17- Neuropsychiatrie
Ophthalmologue	15- Ophthalmologie
Oto-rhino-laryngologue	11- Oto-rhino-laryngologie
Pédiatre	78- Médecine génétique 12- Pédiatrie
Pneumologue	13- Pneumologie
Radiologue	72- Médecine nucléaire 74- Oncologie radiothérapique 76- Radiothérapie 06- Radiodiagnostic et imagerie médicale
Rhumatologue	14- Rhumatologie
Stomatologue	45- Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie 18- Stomatologie
Autres médecins	09- Médecine interne 31- Médecine Physique et de Réadaptation 32- Neurologie 34- Gériatrie * 35- Néphrologie 37- Anatomopathologie 38- Médecins biologistes 42- Endocrinologie et métabolisme 71- Hématologie 73- Oncologie médicale
Autres chirurgiens	16- Chirurgie urologique 10- Neurochirurgie

* nouveau par rapport aux données de 2005

Annexe 2 - Modéliser les déterminants des comportements des médecins en matière de dépassements

Afin de mieux comprendre les déterminants des dépassements d'honoraires des médecins, nous utilisons les données individuelles appariées et modélisons deux décisions :

- 1) La probabilité, pour un médecin, de s'installer en secteur 2 ;
- 2) Le montant des dépassements pratiqués par les seuls médecins en secteur 2 au cours de l'année 2008.

Modélisation retenue

Par définition, les médecins en secteur 1 ne pratiquent pas de dépassements. Aussi, deux possibilités s'offrent à nous :

- modéliser les dépassements, conditionnellement au fait d'être en secteur 2, grâce à une régression linéaire sur les seuls médecins ayant choisi d'exercer en secteur 2 ;
- modéliser l'espérance non conditionnelle des dépassements, c'est-à-dire les dépassements de l'ensemble des médecins, qu'ils soient ou non en secteur 2. Dans ce second cas, il s'agit d'estimer à la fois les dépassements des médecins en secteur 2 ainsi que ceux que les médecins en secteur 1 auraient, s'ils avaient choisi d'exercer en secteur 2 ; ceci est possible grâce à une modélisation tobit.

Actuellement, le choix du secteur de conventionnement s'effectue uniquement au moment de l'installation en libéral des médecins, et il ne peut pas être modifié au cours de la carrière. En conséquence, il importe peu de connaître le montant de dépassements que pratiqueraient les médecins en secteur 1, s'ils étaient en secteur 2, puisqu'ils n'y seront probablement jamais. Cette seconde option de modélisation n'est donc pas pertinente pour notre étude et nous choisissons de modéliser le montant des dépassements des seuls médecins en secteur 2.

Les deux décisions (probabilité d'exercer en secteur 2 et montant des dépassements) sont ici supposées indépendantes et séquentielles puisque le choix du secteur se fait au moment de l'installation (encadré 1) et le montant des dépassements est étudié pour la seule année 2008.

Première décision : la probabilité d'exercer en secteur 2

Dans un premier temps, nous expliquons la probabilité, pour un médecin, d'exercer en secteur 2²⁹. Le modèle estimé est le suivant :

$$\Pr(\text{Secteur}2_i = 1) = a_1 + b_1 X_i + c_1 Z_d + \varepsilon_i$$

Il comporte deux types de variables explicatives. Les variables X caractérisent le médecin **au moment où il choisit son secteur de conventionnement** (âge, sexe, nombre d'enfants, ...) et les variables Z caractérisent le département dans lequel il exerce au moment de ce choix (densité de médecins, revenu des habitants, ...). Ce modèle est estimé séparément sur les quatre spécialités étudiées : les ophtalmologues, les gynécologues, les psychiatres et les chirurgiens.

Afin de définir les variables explicatives introduites dans la régression, il est nécessaire de connaître en quelle année le médecin a choisi son secteur de conventionnement ainsi que le département dans lequel le médecin exerçait l'année où il a fait ce choix. Or, nos données fournissent ces deux informations pour l'année 2008, mais pas à la date du choix du secteur. Nous connaissons en revanche l'année d'installation en libéral, le département d'exercice actuel et l'année d'installation dans le département actuel. Nous avons donc fait deux hypothèses : une sur la date à laquelle le médecin a choisi son secteur de conventionnement, et une autre sur le département dans lequel il exerçait au moment de ce choix.

1^{ère} hypothèse : la date à laquelle le médecin choisit son secteur de conventionnement

Théoriquement, le choix du secteur d'activité se fait :

- * au moment de l'installation pour les médecins installés en libéral après 1990
- * au moment de l'installation ou lors de l'ouverture de fenêtres conventionnelles pour tous les médecins installés en libéral entre 1980 et 1990
- * lors de l'ouverture des fenêtres conventionnelles entre 1980 et 1990 pour tous les médecins installés avant 1980.

Il ne se fait donc pas systématiquement au moment de l'installation en libéral. Comme nous ne disposons pas de la date effective, nous supposons que les médecins ont choisi leur secteur de conventionnement :

- * au moment de leur installation s'ils se sont installés après 1990
- * au moment de leur installation s'ils se sont installés entre 1980 et 1990.

En effet, entre 1980 et 1990, des fenêtres conventionnelles ont été ouvertes fréquemment : juin 1981, juin 1982, janvier 1983, avril 1984, juillet 1985, décembre 1986, décembre 1988. Ainsi, un médecin installé en secteur 1 en 1981 a pu faire le choix de passer en secteur 2 au cours de la fenêtre conventionnelle de 1983, de 1984 ou toute autre fenêtre conventionnelle. Ne disposant pas d'autre information, nous faisons donc l'hypothèse que les médecins ont choisi le secteur 2 au moment de leur installation.

* en 1980 s'ils se sont installés avant 1980.

Ces médecins ont en réalité pu faire le choix du secteur 2 n'importe quand entre 1980 et 1990. Cette date étant inconnue, nous supposons que ce choix a eu lieu en 1980. Cette hypothèse est également effectuée par commodité, dans la mesure où la plupart des variables explicatives utilisées dans le modèle (taux de chômage, densités de médecins par spécialité fine) ne sont pas disponibles, ou très partiellement, avant 1980.

Pour simplifier la lecture, dans la suite de cet article, nous appellerons année d'installation en secteur 2 l'année à laquelle le choix du secteur de conventionnement a été effectué. En réalité, il s'agit bien soit de l'année d'installation en libéral, soit de l'année 1980, selon la date à laquelle le médecin s'est installé.

2^{ème} hypothèse : le département d'exercice du médecin au moment du choix de son secteur de conventionnement

Le département d'exercice du médecin au moment de son installation en secteur 2 est inconnu. La comparaison des années de première installation en libéral et d'installation dans le département d'exercice actuel montre que 21 % des médecins ont déménagé entre leur première installation en libéral et leur installation dans le département actuel. Cependant, en l'absence d'information supplémentaire, nous faisons ici l'approximation que tous les médecins ont débuté leur carrière dans le département dans lequel ils sont actuellement en exercice.

Les résultats de l'estimation du modèle sont présentés dans le *tableau 8*, qui fournit la moyenne des effets marginaux individuels. Il ne s'agit donc pas des « effets marginaux » habituellement présentés dans le cadre des modélisations probit et qui sont calculés au point moyen de l'échantillon. Ici, les effets marginaux individuels sont calculés, et le coefficient obtenu est la moyenne de ces effets. Les coefficients sont ainsi directement interprétables et ils mesurent l'impact, en pourcentage, de la variable considérée sur la probabilité de s'installer en secteur 2.

Seconde décision : le montant des dépassements pratiqué par les médecins du secteur 2, en 2008

Dans un second temps, nous expliquons le logarithme du montant des dépassements pratiqué par les seuls médecins en secteur 2, en 2008. Nous estimons une régression linéaire classique, qui comporte deux types de variables explicatives :

$$\log(\text{dépassements}_i) = a_2 + b_2 W_i + c_2 T_d + \eta_i$$

Les variables W sont spécifiques au médecin. Il s'agit des caractéristiques socio-démographiques du médecin (sexe, situation matrimoniale,...) mais également des caractéristiques de son activité (nombre d'années d'expérience, mode d'exercice³⁰, taux de salaire...). Les variables T caractérisent le département dans lequel le médecin est installé en 2008. Elles comportent des variables caractéristiques de l'offre de soins (densité de médecins de même spécialité, part des médecins en secteur 2,...) mais également des variables caractéristiques des habitants du département (niveau de vie, taux de mortalité, ...). Les résultats de la régression sont présentés dans le *tableau 9*.

La qualité d'ajustement du modèle est très bonne pour un modèle en coupe instantanée puisque la valeur du R² est très élevée : 0,64 pour les ophtalmologues, 0,75 pour les gynécologues, 0,62 pour les psychiatres et 0,59 pour les chirurgiens.

Il importe de garder en mémoire que les résultats de ces régressions s'interprètent toutes choses égales par ailleurs, et notamment, à niveau d'honoraires identiques afin de neutraliser un éventuel effet « taille »³¹. En effet, les honoraires – et donc les montants de dépassements – diffèrent très fortement entre les médecins. Ces régressions modélisent donc ici l'effet des variables explicatives sur le seul montant des dépassements, puisqu'on raisonne à niveau d'honoraires donné.

³⁰ Libéral à temps complet, libéral à temps partiel, libéral avec temps partiel hospitalier, exercice hospitalier à temps plein avec secteur privé.

³¹ Le logarithme des honoraires (hors dépassement, forfaits et majorations) est introduit dans la régression. Cette variable permet de contrôler l'impact des honoraires sur les dépassements, mais également, en raison du système de paiement à l'acte qui relie étroitement les honoraires aux nombres d'actes pratiqués, l'impact de l'activité des médecins.