

Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



JANVIER
2020
NUMÉRO
1137

Médecins en secteur 2 : les dépassements d'honoraires diminuent quand la concurrence s'accroît

En France, les tarifs pratiqués par les médecins libéraux exerçant en secteur 1 sont fixés par l'Assurance maladie, alors que les médecins exerçant en secteur 2 peuvent ajouter au prix conventionnel de l'acte un dépassement d'honoraires.

Entre 2011 et 2014, une majorité des nouveaux spécialistes libéraux faisant l'objet de cette étude (gynécologues, ophtalmologues et pédiatres) s'installent en secteur 2.

En secteur 1, le volume de soins fournis ne dépend que des caractéristiques individuelles du praticien, comme sa situation familiale ou ses revenus non professionnels, alors qu'en secteur 2, des mécanismes de concurrence sont systématiquement mis en évidence.

En cas de hausse de la densité médicale locale, le volume de soins fournis par un spécialiste de secteur 2 augmente, alors que le prix pratiqué diminue. Il peut ainsi maintenir le niveau de ses honoraires. Face à l'arrivée de nouveaux concurrents, les spécialités techniques adaptent leur activité en augmentant les actes techniques pratiqués pour compenser la baisse du nombre des consultations.

Enfin, si en secteur 1, l'activité des médecins ne dépend pas du niveau de vie de la population locale, celui-ci joue fortement sur l'offre de soins et le tarif fixé des spécialistes de secteur 2.

**Anne Pla (DREES), Philippe Choné (Ensaie - CREST)
et Élise Coudin (Insee - CREST)**

En France, deux secteurs conventionnels coexistent en médecine libérale. En secteur 1, les médecins appliquent les tarifs conventionnels et ne peuvent pratiquer de dépassements d'honoraires qu'à de très rares occasions. À l'inverse, en secteur 2, ceux-ci choisissent librement leurs tarifs. De cette réglementation découle une forte hétérogénéité des prix pratiqués pour un même acte. Ainsi, quand en 2014 le tarif moyen d'un acte réalisé par un ophtalmologue en ambulatoire s'élève à 28,50 euros en secteur 1, il atteint 47,80 euros en secteur 2. L'offre de soins proposée par un médecin (sa quantité de travail) est également très variable. Elle dépend en grande partie de ses caractéristiques individuelles, telles que son sexe, son âge ou son expérience, mais aussi de ses caractéristiques familiales, comme le fait d'avoir de jeunes enfants ou un conjoint ayant des revenus. L'environnement professionnel local, c'est-à-dire le nombre de médecins exerçant la même spécialité installés dans un voisinage proche, peut également avoir un impact sur les tarifs et le volume d'activité pratiqués, selon un mécanisme de concurrence existant dans d'autres secteurs économiques.

Entre 2011 et 2014, une majorité des nouveaux spécialistes ont opté pour le secteur 2

Entre 2011 et 2014, 85 % des gynécologues ou des ophtalmologues et 53 %

...
1. D'après le Code de la santé publique, les honoraires du médecin conventionné en secteur 2 doivent être déterminés « avec tact et mesure », en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières. Le choix du secteur de conventionnement se fait une fois pour toutes au moment de l'installation du médecin.

des pédiatres nouvellement installés ont choisi d'exercer en secteur 2. Ces chiffres sont en hausse régulière depuis 2005. Si l'on considère l'ensemble (nouvellement installés et anciens) parmi les trois

spécialités étudiées ici, 51 % des gynécologues et des ophtalmologues exercent en secteur 2, comme 31 % des pédiatres (encadré 1). Mieux comprendre le mécanisme de fixation du tarif d'un médecin,

tout comme celui de son volume d'activité, et le rôle éventuel de son environnement professionnel local, est ainsi une question cruciale dans la problématique de l'accès aux soins.

ENCADRÉ 1

Sources, champ et définitions

Sources

Tous les trois ans depuis 2005, les données relatives à l'activité de chaque médecin exerçant une activité libérale – données fournies par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) – sont apparées à celles relatives à ses différents types de revenus, issues de la déclaration d'imposition sur le revenu et fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFiP). La base de données obtenue contient ainsi à la fois des caractéristiques de l'exercice libéral (commune d'exercice, date de début de l'activité libérale, secteur de conventionnement, spécialité, etc.), des données d'activité sur l'année écoulée (nombre d'actes, montant des honoraires, des dépassements, des forfaits, des majorations), des caractéristiques du foyer du médecin (situation familiale, nombre d'enfants) et de l'ensemble des revenus perçus par le foyer du médecin (revenus professionnels du médecin, de son conjoint éventuel et revenus du foyer non individualisés comme les revenus fonciers, par exemple). Cet appariement est disponible pour les années 2005, 2008, 2011 et 2014. Un identifiant, commun à toutes les années, permet de repérer le professionnel et de suivre sa trajectoire année après année s'il est toujours en activité.

Champ

L'étude prend en compte, pour chaque année d'observation, les médecins conventionnés en secteur 1 et en secteur 2 exerçant en France métropolitaine¹, âgés de 65 ans ou moins, ayant perçu au moins 1 euro d'honoraires et actifs le 31 décembre de l'année. Sont exclus les médecins ayant commencé leur activité libérale l'année d'observation et ceux exerçant à temps complet à l'hôpital et ayant une activité libérale en sus. Les remplaçants sont également absents de ces données. Trois spécialités ont été retenues : la gynécologie, la pédiatrie et l'ophtalmologie. Ceci car l'accès à ces spécialistes est direct et ne nécessite pas, en amont, la consultation du médecin traitant. Le choix du spécialiste par le patient est donc totalement libre, sans recours à l'adressage par le généraliste.

Finalement, l'étude dispose de 20 151 observations en secteur 1 et de 19 504 en secteur 2. Le même spécialiste est comptabilisé plusieurs fois, avec une observation pour chaque année de présence.

Pour l'estimation en différence (encadré 2), seuls les médecins situés dans la même commune à deux périodes consécutives seront pris en compte, ceci pour s'assurer que leur environnement concurrentiel reste le même (à la variation de densité près).

Définitions

1/ Les variables d'intérêt : volume d'activité et prix global moyen du médecin

Le nombre d'actes pratiqués dans l'année ne permet pas de mesurer de façon satisfaisante le volume d'activité fourni par le médecin. En effet, il existe une grande variété d'actes médicaux qui nécessitent chacun un temps passé et un savoir-faire différents. Le tarif conventionnel de l'acte reflète l'intensité en soins propre à chaque acte. Rapporté au tarif conventionnel d'une consultation, cet indicateur normalise le contenu de chaque acte pratiqué en le rapportant à celui d'une consultation. Ainsi, le total des honoraires sans dépassement ni forfait – somme sur l'année des honoraires au tarif conventionnel perçus pour chaque acte pratiqué – rapporté au prix de la consultation est un meilleur indicateur de l'offre de travail du médecin. C'est cet agrégat qui est utilisé dans les modélisations sur la quantité de travail.

De même, le prix moyen pratiqué par un médecin n'est pas calculé en rapportant le total des honoraires au nombre total d'actes, mais en utilisant le nombre d'actes corrigé du contenu des actes calculé

précédemment. Ce prix s'apparente et s'interprète comme un taux de dépassement moyen.

D'autres variables définissant la pratique du médecin ont été étudiées :

- le nombre de patients différents vus dans l'année ;
- le nombre de consultations pratiquées ;
- le nombre d'actes techniques pratiqués ;
- le prix moyen de la consultation.

2/ La concurrence locale

La concurrence à laquelle est soumis le médecin est mesurée par la densité médicale locale dans la même spécialité. Celle-ci est mesurée par l'accessibilité potentielle localisée (APL), qui correspond à une densité médicale pour 100 000 habitants à caractéristiques standardisées. Deux indicateurs sont calculés séparément, un pour les médecins exerçant en secteur 1 et l'autre pour ceux exerçant en secteur 2. L'APL prend en compte tous les médecins exerçant à moins de 45 minutes de la commune d'exercice du médecin en leur associant une pondération liée à leur éloignement de cette commune. Ainsi, plus une commune est éloignée de la commune d'exercice, plus sa pondération est faible.

Deux autres indicateurs d'APL ont été calculés avec une méthodologie similaire : ce sont les deux densités de médecins âgés de 60 ans ou plus en secteur 1 et en secteur 2, car ceux-ci sont susceptibles de partir prochainement à la retraite et donc de modifier le niveau de la concurrence locale de façon exogène. Ces deux variables serviront d'instruments pour la densité médicale dans les régressions à variables instrumentales (encadré 2).

3/ Autres variables explicatives

En dehors des variables de concurrence, les variables explicatives sont de deux sortes : les caractéristiques individuelles du médecin et les caractéristiques du lieu d'exercice.

Les préférences individuelles du médecin sont appréciées par le biais de la composition de son foyer (existence d'un enfant de moins de 3 ans, nombre total de personnes dans le foyer) et par les autres sources de revenus disponibles dans le foyer en dehors du revenu professionnel du praticien (revenu non professionnel du foyer comme les revenus fonciers, les rentes, les revenus de valeurs mobilières et revenu d'activité du conjoint éventuel). Le versement d'une pension alimentaire à un autre foyer est également pris en compte, car il diminue de fait le revenu disponible du foyer. Enfin, la présence d'un enfant de moins de 3 ans est croisée avec le sexe du médecin afin que soient pris en compte des effets différents selon le sexe.

L'expérience du médecin se mesure par le nombre d'années depuis son installation en libéral, et approche la qualité et la réputation de celui-ci (en niveau à la période précédente).

Concernant la commune d'exercice, sont retenus le niveau et la structure par âge de la population. La « richesse locale » est également prise en compte, car elle permet d'approcher une plus ou moins forte demande en soins dans la commune, à âge et niveau de la population donnés. Toutes ces variables sont calculées au niveau supra-communal, avec la même pondération que celle utilisée pour le calcul des APL. Il est également tenu compte de la présence de médecins généralistes, qui peuvent se substituer, pour certaines spécialités comme la pédiatrie ou la gynécologie, aux médecins spécialistes et constituer une autre sorte de concurrents.

1. Le champ est restreint à la France métropolitaine car, pour les années 2005 et 2008, les données sur les médecins exerçant dans les DROM ne sont pas disponibles.

Les spécialistes de secteur 2 comptent en moyenne 45 confrères du même secteur à proximité

En moyenne, en 2014, un spécialiste de secteur 2 compte 45 confrères exerçant dans le même secteur conventionnel que lui à proximité (à moins de 45 minutes de son cabinet, et en sous-pondérant les confrères des communes avoisinantes les plus éloignées) [tableau 1]. Toutefois, 50 % des spécialistes de secteur 2 ont moins de 20 confrères à proximité. Ceci est dû à une concentration importante de spécialistes de secteur 2 sur certains territoires. Entre 2011 et 2014, quasiment tous connaissent un changement de leur environnement professionnel local : si, en moyenne, ils perdent 1 concurrent du même secteur, 25 % en ont perdu 2, quand 25 % en ont gagné 1. Autour d'eux, le nombre de confrères de secteur 1 est plus faible et s'élève en moyenne à 14. Ce chiffre diminue entre 2011 et 2014 pour les trois quarts des spécialistes de secteur 2 étudiés et va jusqu'à 2 médecins de secteur 1 en moins pour le quart des médecins connaissant la plus forte baisse.

Dans leur zone de patientèle, les spécialistes exerçant en secteur 1 comptent en moyenne 9 confrères du même secteur et 15 de secteur 2. La moitié d'entre eux font face à moins de 5 concurrents de secteur 2 et moins de 7 concurrents de secteur 1 à proximité, soit bien moins que les médecins ayant opté pour le secteur 2. Une meilleure répartition sur le territoire des spécialistes de secteur 1 explique ce constat (Vergier, 2016). Entre 2011 et 2014, tous sont également concernés par un changement parmi leurs confrères installés à proximité : une baisse du nombre de confrères installés en secteur 1 pour les trois quarts d'entre eux et autant de baisses que de hausses en ce qui concerne les confrères du secteur 2.

L'intensification de la concurrence entraîne une baisse du prix moyen de l'acte et une hausse du volume d'activité

Dans les trois spécialités étudiées, le prix moyen pratiqué par un médecin de secteur 2 paraît de prime abord corrélé positivement avec la densité médicale locale. Ainsi, plus il y a de confrères installés



TABLEAU 1

Environnement concurrentiel des gynécologues, ophtalmologues et pédiatres libéraux en 2014

	Médecins exerçant en secteur 1		Médecins exerçant en secteur 2	
	moyenne	médiane	moyenne	médiane
Offre médicale environnante de secteur 1				
Nombre de confrères	9,4	6,9	13,9	11,2
Variation entre 2011 et 2014	-0,8	-0,4	-1,2	-0,8
Densité médicale	5,5	4,9	3,8	3,1
Variation entre 2011 et 2014	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
Offre médicale environnante de secteur 2				
Nombre de confrères	15,0	5,0	45,5	20,1
Variation entre 2011 et 2014	-0,1	0,0	-1,0	0,0
Densité médicale	4,4	3,6	8,8	8,2
Variation entre 2011 et 2014	0,0	0,0	0,0	0,0

Lecture • En moyenne, 9 confrères de secteur 1 et 15 confrères de secteur 2 exercent à moins de 45 minutes d'un médecin de secteur 1. Ces nombres sont calculés en tenant compte du temps de trajet plus ou moins long entre la commune d'exercice du médecin étudié et celle de ses confrères (pondération décroissante avec le temps).

Champ • France métropolitaine, médecins conventionnés âgés de 65 ans ou moins l'année d'observation, 3 spécialités regroupées.

Source • Appariement Insee-DGFIP-CNAM 2014, exploitation DREES.

autour de lui, plus le tarif du spécialiste est élevé, alors que la concurrence devrait théoriquement provoquer l'effet inverse. Toutefois, cet effet significatif disparaît dès que l'on tient compte de la commune d'exercice du médecin (et donc des effets de la demande locale) et il s'inverse avec la prise en compte des caractéristiques individuelles des médecins², comme le choix de localisation de leur cabinet par exemple (encadré 2). Après correction du biais lié à l'attractivité de certaines zones, le prix du médecin diminuerait ainsi de 0,71 % dans le cas d'une augmentation de 1 % de la densité de médecins de secteur 2 installés à proximité, ce qui suggère l'existence de mécanismes de concurrence (tableau 2). Autrement dit, un médecin spécialiste de secteur 2 qui voit s'installer dans sa commune un confrère exerçant lui aussi en secteur 2 serait amené, à population donnée, à baisser son prix de 3,5 % en moyenne³. S'il s'agit de l'arrivée d'un médecin exerçant en secteur 1, l'incidence pour le médecin de secteur 2 déjà présent serait réduite de moitié, mais toujours significative. Ces résultats suggèrent l'existence de mécanismes de concurrence qui se retrouvent dans d'autres pays (Choné, Coudin et Pla, 2019 ; Gaynor et Town, 2012 ; Gravelle *et al.*, 2016).

Inversement, le volume de soins fourni par un médecin du secteur 2 augmente à la suite d'un accroissement de la concurrence autour de lui : celui-ci augmenterait de 3 % en cas d'arrivée d'un nouveau

médecin dans la commune⁴ et permettrait de compenser en partie la baisse des tarifs pratiqués. En effet, l'évolution de la densité médicale locale ne semble pas avoir d'incidence sur les honoraires perçus par le médecin, comme si les deux effets précédents s'annulaient : le médecin augmente suffisamment son offre de travail pour maintenir le niveau d'honoraires, et donc de revenu libéral, qu'il s'est fixé.

Le nombre d'actes techniques pratiqués augmente avec la concurrence

Une analyse plus fine des actes pratiqués montre que certaines spécialités peuvent, plus que d'autres, adapter leur activité à l'arrivée de nouveaux concurrents. Le nombre de patients différents vus dans l'année, comme le nombre de consultations pratiquées, diminue dans tous les cas. En revanche, les ophtalmologues et les gynécologues-obstétriciens, spécialités dites techniques, transfèrent une partie de leur activité vers des actes techniques, dont le nombre augmente significativement en cas de hausse de la densité de médecins concurrents. Cet accroissement du nombre d'actes techniques fait plus que compenser la baisse du nombre des consultations (tableau 3).

Dans le même temps, le prix global moyen de l'acte diminue, une conséquence à la fois de la baisse du prix des actes techniques (du fait de la concurrence accrue) et d'un



2. C'est l'estimation en différence qui permet de s'affranchir des caractéristiques inobservables des individus. L'étape supplémentaire avec instrumentation permet de corriger les biais d'endogénéité ; l'effet estimé de la densité médicale sur le prix est d'ampleur nettement supérieure à celui obtenu par la simple modélisation en différence.

3. Le nombre médian de concurrents à 45 minutes autour d'un spécialiste de secteur 2 s'élève à 20 en 2014, en pondérant par la distance. Ajouter un nouveau médecin dans la commune fait augmenter la densité locale, à population donnée, de 5 %. Cette augmentation se répercute sur le prix 0,7 fois, soit une variation du prix de 3,5 %.

4. Comme pour le prix, la densité médicale augmente de 5 % avec un concurrent en plus, cette hausse se répercute 0,6 fois sur la quantité de travail, soit une hausse de 3 %.

effet de composition dans les actes pratiqués. L'indicateur de prix global choisi pour cette étude est mesuré comme la moyenne pondérée des taux de dépassement par type d'acte. Or les taux de dépassement sont plus faibles sur les actes techniques que sur les consultations (50 % contre 100 %), les prix conventionnels des actes techniques étant mieux valorisés par l'Assurance maladie. Ainsi, l'indicateur de prix diminue lorsque le médecin pratique plus d'actes techniques et moins de consultations⁵.

Les pédiatres et les gynécologues médicaux, spécialités dites médicales, ne peuvent avoir recours à cette stratégie, les actes techniques ne représentant en moyenne que

10 % de leur activité (contre 50 % pour les spécialités techniques). Le prix global moyen de l'acte pour ces spécialités est ainsi plus sensible à un accroissement de la concurrence (il baisse plus fortement) car, en plus de la baisse du prix des actes techniques, celui de la consultation diminue aussi, contrairement aux spécialités techniques.

Les tarifs du secteur 2 augmentent avec la richesse de la population locale

Le niveau de la demande locale de soins influe également fortement sur la pratique des médecins de secteur 2. Si celui-ci ne se mesure pas, il peut être approché par la

« richesse locale », à âge de la population et sexe donnés, c'est-à-dire la propension de la population à accepter de payer plus cher pour un rendez-vous chez le spécialiste. Les médecins pratiquent ainsi des tarifs plus élevés dans les zones les plus riches et un accroissement de cette richesse concourt à une hausse des prix. L'effet est opposé sur l'offre de travail des médecins. Là encore, ces résultats peuvent s'interpréter comme un ensemble de réactions du médecin ayant pour objectif de maintenir son niveau global de revenu.

Dans les zones à forte densité en médecins de secteur 1, identifiées comme les communes où la densité est supérieure à

5. Il diminuerait, même si le prix de chaque type d'acte ne subissait pas de changement, simplement par effet de composition.

ENCADRÉ 2

Cadre théorique de l'étude

Lorsqu'il arbitre entre travail et loisir, le médecin choisit son prix et son niveau d'activité pour maximiser son utilité en fonction de la demande qui lui est adressée. Cette contrainte de demande dépend des autres médecins de la même spécialité installés autour de lui.

Les médecins de secteur 1 choisissent leur niveau d'activité indépendamment du prix, puisqu'il leur est imposé. L'hypothèse retenue dans cette étude est que, quelle que soit leur offre de travail, elle sera satisfaite, puisque les patients ont tout intérêt à aller consulter un médecin qui ne pratique pas de dépassements d'honoraires. Dans ce secteur, les revenus ne dépendent que de la quantité de travail individuelle. Ainsi, la « richesse locale » et l'environnement concurrentiel du médecin ne rentrent pas en compte dans la maximisation de l'utilité du médecin. L'offre de travail dépend uniquement des préférences individuelles. Dans ce cadre, des effets revenus devraient être visibles, c'est-à-dire que l'existence dans le foyer du médecin d'autres revenus extérieurs à son activité professionnelle devrait entraîner une baisse de son offre de travail. Inversement, celle-ci est indépendante des caractéristiques de la demande locale, et notamment de la « richesse locale ».

Pour les médecins de secteur 2, prix et offre de travail sont liés. En cas d'augmentation du prix, le médecin arbitre entre une augmentation de son offre de travail (car le prix de son travail est maintenant plus élevé, par un effet de substitution) ou, au contraire, une baisse (car pour avoir le même revenu, avec un tarif plus élevé, il peut travailler moins, par un effet revenu). L'incertitude subsiste dans le cadre théorique sur le résultat final de ces deux effets opposés. De plus, prix et offre de travail dépendent de la présence plus ou moins importante de concurrents et de leur comportement. Dans un cadre concurrentiel, la théorie montre que plus la concurrence locale est élevée, plus le prix pratiqué par le médecin devrait être bas.

Modélisation

À l'équilibre, la quantité de soins fournie par le médecin (respectivement le prix fixé) dépend de son expérience (qui permet d'approcher la qualité du médecin), de la qualité de ses concurrents, de ses préférences en termes d'arbitrage travail-loisir, de la densité médicale locale séparée entre secteur 1 et secteur 2, des caractéristiques de la population locale, de la demande locale et, enfin, des indicatrices d'année. Les préférences du médecin sont approchées par les caractéristiques du foyer et les revenus disponibles dans le foyer en dehors de ses revenus professionnels. La demande locale est estimée par le revenu médian de la commune en contrôlant le niveau et la structure de la population.

L'étude porte sur l'effet de la densité locale sur les différentes variables d'intérêt, notamment l'offre de travail et le prix global de l'acte. Or la densité médicale locale est corrélée avec la demande inobservée par le biais des choix d'installation des médecins :

certaines zones géographiques attirent plus que d'autres, car la demande locale y est importante (si elles sont plus favorisées au niveau économique notamment) et les médecins s'y installent en sachant qu'ils pourront pratiquer des prix plus élevés qu'ailleurs. La dimension panel de nos données est utilisée pour **estimer en différence** et ainsi neutraliser les préférences et caractéristiques non observables des individus et s'affranchir des effets fixes individuels.

Cette technique suffit pour corriger les effets de la qualité et de la réputation d'un médecin sur le prix pratiqué, mais pas les effets de l'évolution de la demande inobservée (notre indicateur de « richesse locale », la médiane, est imparfait pour refléter la propension de la population à payer cher pour des soins de santé). Si une zone devient plus riche, les médecins déjà installés peuvent alors augmenter leurs prix ; parallèlement, cette zone devient plus attractive pour de nouveaux médecins et la densité médicale y augmente. Ceci conduit à l'endogénéité du paramètre devant la densité médicale. Le modèle sans instrumentation produit un paramètre biaisé à la hausse.

Pour corriger le biais lié à l'endogénéité des variations de la densité médicale, la **méthode des variables instrumentales** a été utilisée. Nos instruments sont les deux densités médicales locales de médecins de 60 ans ou plus en secteur 1 et en secteur 2, calculées par spécialité et mesurées en début de période. En effet, plus il y a de médecins âgés à la date $T-1$, plus la densité médicale est susceptible d'évoluer entre les dates $T-1$ et T , par les cessations d'activité. On suppose que la pyramide des âges des médecins en un lieu donné, et donc la densité de médecins de 60 ans ou plus, est indépendante des autres variables du modèle – et notamment de nos variables d'intérêt. Inversement, les installations de jeunes médecins ne peuvent pas être considérées comme exogènes du fait des choix d'installation et ne peuvent donc servir de variables instrumentales.

Les variables de prix, de quantité et de revenus sont exprimées en **log**, tout comme le nombre de personnes dans le ménage et le niveau de population. Dans cette modélisation en différence, certaines caractéristiques du médecin n'interviennent plus, comme le sexe ou l'âge. L'expérience du médecin (et l'expérience au carré) n'est pas mesurée en différence, mais c'est la valeur à la période précédente qui est introduite.

Robustesse des résultats

Les tests réalisés ont montré la qualité des instruments utilisés. Les caractéristiques des concurrents n'ayant pas déménagé entre deux périodes (revenus, caractéristiques du foyer) ont été testées dans la modélisation : leur introduction ne modifie pas les résultats.

Des modélisations séparées entre femmes et hommes ont également été testées : les résultats sont similaires quel que soit le sexe du médecin.

la médiane française, les prix pratiqués par les médecins de secteur 2 sont plus faibles qu'en moyenne et l'activité plus importante. De plus, la réaction des médecins de secteur 2 face à une variation de la concurrence est modulée par la présence plus importante de confrères exerçant en secteur 1 sur leur territoire. Les réactions en prix et en quantité de travail sont de moindre ampleur dans les zones à forte densité de médecins de secteur 1 que celles des médecins installés dans l'autre moitié des communes, là où la présence de spécialistes en secteur 1 est plus diffuse (*tableau complémentaire 1 sur le site internet de la DREES*).

En secteur 1, le volume de soins est indépendant de l'environnement professionnel local

Contrairement aux médecins de secteur 2, ceux exerçant en secteur 1 n'adaptent pas leur quantité de travail à un changement de leur environnement professionnel local (*tableau 4*). Une variation de la densité médicale ou de la « richesse locale » n'a donc pas d'incidence significative sur leurs honoraires perçus dans l'année. L'offre de travail ne semble dépendre que des préférences individuelles du médecin, sans prise en compte d'une quelconque situation de concurrence avec ses confrères. En cas de hausse de la densité de spécialistes installés à proximité, notamment de secteur 1, le nombre de patients différents

TABLEAU 2
Impact d'une évolution de la concurrence locale sur celle du prix moyen de l'acte, de l'offre de travail et des honoraires des médecins conventionnés en secteur 2

	Prix moyen de l'acte	Volume d'activité	Honoraires perçus
Densité locale de médecins de secteur 1	-0,356***	0,517**	0,114
Densité locale de médecins de secteur 2	-0,710***	0,615**	-0,155
Densité MG de la commune	0,031*	-0,099**	-0,068*
Revenu médian de la commune	0,961***	-1,128***	-0,131
Revenu non professionnel du foyer	0,085*	-0,313	-0,236
Revenu d'activité du conjoint (log)	-0,012	-0,275*	-0,299*
Pension alimentaire (oui/non)	0,001	0,014	0,015*
Femme et enfant < 3 ans	-0,004	-0,063**	-0,067***
Homme et enfant < 3 ans	-0,012*	0,002	-0,009
Nombre de personnes à charge	-0,000	0,028**	0,028**

MG : médecins généralistes.

*** significatif au seuil de 1 %, ** significatif au seuil de 5 %, * significatif au seuil de 10 %, l'absence d'étoile signale un résultat statistiquement non significatif.

Note • Les coefficients portés dans ce tableau sont des corrélations obtenues en contrôlant également des années d'observation, des spécialités, du niveau et de la structure de la population locale, ainsi que de l'expérience du médecin, modélisation en log (*encadré 2*).

Lecture • Une augmentation de 1 % de la densité locale de médecins de secteur 2 entraîne une baisse de 0,71 % du prix et une augmentation de l'activité de 0,61 %, en moyenne.

Champ • France métropolitaine, médecins conventionnés en secteur 2 âgés de 65 ans ou moins l'année d'observation, 3 spécialités regroupées.

Source • Appariements Insee-DGFIP-CNAM 2005, 2008, 2011 et 2014, exploitation DREES.

vus dans l'année baisse significativement, mais pas le nombre de consultations. Cette réaction diffère de celle des médecins de secteur 2, pour qui consultations et patients vus dans l'année baissent. Là, le maintien du nombre de consultations dans l'année accompagné de la baisse du nombre de patients suggère plutôt une réduction des délais d'attente chez ces médecins en cas de hausse de l'offre locale de secteur 1 dans leur spécialité. La pratique des actes

techniques n'est pas modifiée, ce constat se vérifiant aussi bien pour les spécialités techniques que pour spécialités médicales.

Des effets de revenu significatifs sont observés sur le volume de soins du médecin

Quel que soit son secteur de conventionnement, le médecin module son activité en fonction de l'ensemble des revenus disponibles dans le foyer. Une hausse des revenus

TABLEAU 3

Impact d'une évolution de la concurrence locale sur la pratique des médecins conventionnés en secteur 2 selon le type de spécialité

	Nombre de patients	Nombre de consultations	Prix de la consultation	Nombre d'actes techniques	Prix d'un acte technique	Volume d'activité	Prix global	Honoraires
Spécialités médicales (3 085 observations)								
Densité locale de médecins de secteur 1	-0,095	-0,201	0,251**	-0,878	-0,030	0,091	-0,109	-0,097
Densité locale de médecins de secteur 2	-0,482*	-0,709*	-0,194**	0,903	-0,455**	0,508	-0,812***	-0,424
Revenu médian de la commune	-1,293**	-0,961	0,442***	-7,717***	1,352***	-1,514**	0,543*	-1,142
Spécialités techniques (8 545 observations)								
Densité locale de médecins de secteur 1	-0,192	-0,514	-0,059	2,016***	-0,373***	0,485**	-0,363***	0,123
Densité locale de médecins de secteur 2	-0,376*	-0,972*	-0,058	1,623**	-0,606***	0,547**	-0,650***	-0,112
Revenu médian de la commune	0,213	1,423*	-0,111	-4,781***	1,325***	-0,989***	1,034***	0,083

*** significatif au seuil de 1 %, ** significatif au seuil de 5 %, * significatif au seuil de 10 %, l'absence d'étoile signale un résultat non significatif.

Note • Les coefficients portés dans ce tableau sont des corrélations obtenues en contrôlant également des années d'observation, des spécialités, du niveau et de la structure de la population locale, ainsi que de l'expérience du médecin et des autres caractéristiques de son foyer, modélisation en log (*encadré 2*).

Lecture • Une augmentation de 1 % de la densité locale de médecins de secteur 2 entraîne une baisse de 0,48 % du nombre de patients pour les spécialités médicales.

Champ • France métropolitaine, médecins conventionnés en secteur 2 âgés de 65 ans ou moins l'année d'observation.

Source • Appariements Insee-DGFIP-CNAM 2005, 2008, 2011 et 2014, exploitation DREES.

TABLEAU 4

Impact d'une évolution de la concurrence locale sur la pratique des médecins conventionnés en secteur 1

	Nombre de patients	Nombre de consultations	Nombre d'actes techniques	Volume d'activité	Honoraires
Densité locale de médecins de secteur 1	-0,220**	0,013	0,239	-0,054	-0,156
Densité locale de médecins de secteur 2	-0,144**	0,018	0,153	-0,034	-0,113
Densité MG de la commune	0,015	0,024	-0,026	0,010	0,013
Revenu médian de la commune	-0,019	0,823**	-2,416***	-0,138	-0,024
Revenu non prof. Foyer	-0,319**	-0,583**	-0,327	-0,713***	-0,663***
Revenu d'activité du conjoint (log)	-0,193*	-0,176	-0,193	-0,314**	-0,313**
Pension alimentaire (oui/non)	0,005	-0,015	0,037	0,003	0,003
Femme et enfant < 3 ans	-0,058***	-0,134***	0,041	-0,108***	-0,112***
Homme et enfant < 3 ans	-0,003	-0,004	0,056	-0,022	-0,019
Nombre de personnes à charge	0,006	0,011	-0,021	0,003	0,003

MG : médecins généralistes. *** significatif au seuil de 1 %, ** significatif au seuil de 5 %, * significatif au seuil de 10 %, l'absence d'étoile signale un résultat non significatif.

Note • Les coefficients portés dans ce tableau sont des corrélations obtenues en contrôlant également des années d'observation, des spécialités, du niveau et de la structure de la population locale, ainsi que de l'expérience du médecin, modélisation en log (*encadré 2*).

Lecture • Une augmentation de 1 % de la densité locale de médecins de secteur 2 n'entraîne pas de baisse significative du volume d'activité.

Champ • France métropolitaine, médecins conventionnés en secteur 1 âgés de 65 ans ou moins l'année d'observation, 3 spécialités regroupées.

Source • Appariements Insee-DGFIP-CNAM 2005, 2008, 2011 et 2014, exploitation DREES.

non professionnels du foyer (souvent des revenus de valeurs mobilières ou des revenus fonciers) ou une hausse du revenu de son éventuel conjoint l'incite à diminuer sa propre activité. Ces résultats sont en concordance avec la théorie selon laquelle les médecins auraient pour objectif un « revenu cible » global et moduleraient leur activité de manière à l'atteindre.

Cet effet sur le volume de soins fournis est bien plus marqué en secteur 1 qu'en secteur 2, car les médecins de secteur 1 ne peuvent pas faire varier leur tarif, seulement leur quantité de travail. Un changement dans la situation familiale a aussi un effet sur le volume de soins fournis : en cas de naissance d'un enfant, et au moins pendant ses trois premières années, les médecins femmes,

plus que les hommes, vont diminuer leur activité, volontairement ou par contrainte. Là encore, cet effet est plus marqué pour le secteur 1 (10 %) que pour le secteur 2 (6 %) [Franc et Mikol, 2017]. En secteur 2, comme attendu, le prix moyen de l'acte évolue à l'opposé de l'offre de travail. Un revenu non professionnel supplémentaire fait augmenter le prix moyen pratiqué. ■

POUR EN SAVOIR PLUS

- **Choné, P., Coudin, E., Pla, A.** (2019, octobre). *Does the Provision of Physician Services Respond to Competition ?* CREST, document de travail, 2019-20.
- **Coudin, E., Pla, A., Samson, A.-L.** (2015). GPs Response to Price Regulation : Evidence from a Nationwide French Reform. *Health Economics*, 24(9), 1118-1130.
- **Delattre E., Dormont B.** (2000). Induction de la demande de soins par les médecins libéraux français. Étude micro-économétrique sur données de panel. *Économie et Prévision*, 142, 137-161.
- **Franc, C., Mikol, F.** (2017, mars). L'influence des charges de famille sur les revenus d'activité, selon le genre : le cas des médecins libéraux français. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 14.
- **Gaynor, M., Town, R. J.** (2012). Competition in Health Care Markets. Dans P. Barros, T. McGuire et M. Pauly. *Handbook of Health Economics*, 2, (chap. 9, p. 499-637). Elsevier, B. V.
- **Gravelle, et al.** (2016, avril) Competition, Prices and Quality in the Market for Physician Consultations. *The Journal of Industrial Economics*, 134(1), 135-169.
- **Pla, A.** (2017, septembre). Médecins libéraux : une hausse modérée de leurs revenus entre 2011 et 2014. DREES, *Études et Résultats*, 1022.
- **Vergier, N.** (2016, juillet). Accessibilité aux professionnels de santé libéraux : des disparités géographiques variables selon les conditions tarifaires. DREES, *Études et Résultats*, 970.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication : Fabrice Lengart

Responsable d'édition : Souphaphone Douangdara

Rédactrice en chef technique : Sabine Boulanger

Secrétaire de rédaction : Élisabeth Castaing

Composition et mise en pages : Stéphane Jeandet

Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin

Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384



STATISTIQUE
P U B L I Q U E

La DREES fait partie
du Service statistique public
pilote par l'Insee.