

LES DOSSIERS DE LA DREES

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

MARS 2017 /// N° 14

L'influence des charges de famille sur les revenus d'activité, selon le genre : le cas des médecins libéraux français

Fanny Mikol
(Université Paris-Dauphine,
Inserm-CESP)
et **Carine Franc**
(Inserm-CESP)

Avec le soutien de la DREES,
ainsi que de la Chaire Santé,
placée sous l'égide
de la Fondation Du Risque
(FDR) en partenariat avec PSL,
Université Paris-Dauphine,
l'ENSAE, la MGEN et ISTYA.

Les auteurs remercient
particulièrement Marie Allard
(HEC Montréal),
Eric Delattre
(Université de Cergy-Pontoise),
Muriel Barlet et Anne Pla
(DREES)
pour leur aide
et leurs remarques
constructives.

Les femmes représentent une part croissante des médecins libéraux français depuis plusieurs décennies. Quelle que soit la spécialité considérée, leurs revenus restent cependant bien inférieurs à ceux des hommes, de l'ordre de 40 %.

Cet écart traduit avant tout une différence de volume d'activité, dans un contexte où le paiement à l'acte domine les modes de rémunération des professionnels libéraux en France. Mais il masque cependant d'importantes disparités entre médecins. En particulier, l'environnement familial joue un rôle très important : cette étude analyse ainsi l'impact de l'arrivée d'enfants dans le ménage sur les écarts de revenus des jeunes médecins libéraux selon leur genre.

L'utilisation d'une source combinant des informations fiscales au niveau du foyer avec des données professionnelles, recueillies par l'assurance-maladie sur plusieurs années (2005, 2008 et 2011), permet pour la première fois d'étudier un tel phénomène. Les résultats confirment l'impact négatif de la maternité sur les revenus des femmes parmi les médecins libéraux, qui contribue fortement à creuser les écarts de revenus observés entre les deux sexes. Elles enregistrent ainsi une baisse de l'ordre de 25 à 30 % de leurs revenus d'activité sur un an autour de la naissance d'un enfant, qui ne semble jamais se résorber totalement dans la suite de leur carrière, du moins sur la longueur de temps étudiée (six ans, entre 2005 et 2011). Aucun impact à la baisse sur les revenus de leurs confrères masculins n'est en revanche décelé, suite à l'arrivée d'un enfant. Ces résultats se vérifient pour les généralistes comme les spécialistes, y compris en secteur 2.



SOMMAIRE

LES DOSSIERS DE LA DREES

L'influence des charges de famille sur les revenus d'activité, selon le genre : le cas des médecins libéraux français

Mars 2017 /// N° 14

Introduction	4
Impact théorique de l'arrivée d'enfants sur les revenus d'activité des médecins libéraux	7
L'exercice de la médecine libérale : similitudes et contrastes selon le genre	10
À caractéristiques identiques, un « gender gap » clairement plus accentué chez les médecins avec plusieurs enfants en 2011	19
Impact de l'arrivée d'enfants sur les revenus en cours de carrière : étude longitudinale	25
Discussion	33
Bibliographie	34
Annexes	37

Introduction

Lorsqu'ils exercent en libéral, les médecins et particulièrement les spécialistes tirent des revenus élevés de leur activité, relativement aux autres professions libérales ainsi qu'aux cadres salariés (DREES, 2016). Cette situation se vérifie aussi dans la majorité des pays de l'OCDE (OCDE, 2015). De **fortes disparités** de revenus existent cependant entre les médecins libéraux, et l'une des plus saillantes **est celle que l'on observe selon le genre**, quelle que soit la spécialité. Les femmes perçoivent en effet des revenus d'activité significativement inférieurs à ceux des hommes (de l'ordre d'un tiers, cf. Mikol et Pla [2015]).

Ce phénomène de « *gender gap* » – selon le terme consacré dans la littérature anglo-saxonne – n'est évidemment pas propre aux médecins, il est mis en évidence dans tous les secteurs de l'économie, salariés ou non (Morin et Remila [2013], Insee [2015]). Pour les salariés sur lesquels la question a été documentée, ceci s'explique en grande partie par les plus faibles durées de travail des femmes et leurs plus fréquentes interruptions de carrière (Insee, 2012), conséquences souvent directes des charges familiales qu'elles assument davantage que les hommes (Ponthieux, 2014). Qu'en est-il des médecins libéraux, pour lesquels le choix d'activité est *a priori* plus flexible, dans un système où le paiement à l'acte domine les modes de rémunération de ces professionnels ? L'écart de revenus entre hommes et femmes traduit-il, comme chez les salariés, des comportements différenciés en réaction à des changements de structure familiale ? La question est d'autant plus intéressante dans le cas français que coexistent des médecins libéraux contraints de fixer leurs prix aux tarifs conventionnels (secteur 1) et des médecins à « honoraires libres » (secteur 2), autorisés à facturer des dépassements d'honoraires en sus du tarif opposable (encadré 1). Sous l'hypothèse où les femmes seraient davantage contraintes que les hommes à réduire leur activité suite à une naissance, le secteur 2 pourrait leur offrir la possibilité de moduler leurs dépassements d'honoraires à la hausse, de façon à compenser une partie de la perte inhérente de revenus. Une hypothèse inverse serait qu'au contraire, elles seraient tenues de moduler plutôt à la baisse ces dépassements, car leur moindre disponibilité pourrait dégrader la « qualité » de leur pratique aux yeux des patients, ces derniers pouvant alors ne pas être prêts à payer autant qu'avant pour une consultation : ce mécanisme a notamment été mis en évidence par Goldin (2014) sur certaines professions très expérimentées comme les avocats. Différencier les médecins selon leur secteur de conventionnement est donc fondamental dans l'analyse des écarts de revenus des médecins libéraux français. Au-delà de leur activité libérale, ces médecins sont également libres d'exercer certaines activités salariées annexes (vacations hospitalières, etc.), pouvant également servir de variable d'ajustement dans le choix d'offre de travail.

Les deux dernières décennies ont connu une féminisation importante de la médecine en France, (DREES, 2016) comme à l'étranger (OCDE, [2006, 2008]). Cette féminisation est appelée à se poursuivre, avec une proportion de femmes qui devrait avoisiner 60 % à l'horizon 2040, d'après les dernières projections d'effectifs de médecins de la DREES. Or, les femmes médecins font aujourd'hui nettement moins souvent que les hommes le choix

de l'exercice libéral : moins de la moitié d'entre elles exercent ainsi sous ce mode, contre près des deux-tiers de leurs confrères¹. **Dans un contexte de difficultés d'accès aux soins croissantes dans certains territoires** – en particulier des soins de premier recours (médecine générale, ophtalmologie, pédiatrie...) principalement assurés par les médecins libéraux aujourd'hui –, **développer les incitations envers les praticiennes à exercer en libéral est un objectif en soi pour le régulateur**. En premier lieu, davantage indemniser les femmes aux moments des éventuelles maternités pourrait accroître l'avantage d'exercer en libéral par rapport à une situation de salariat où ces périodes sont actuellement bien mieux couvertes financièrement. Cette question fait écho à la récente proposition des pouvoirs publics de **mettre en place une nouvelle « protection maternité »**, d'un montant de 3 000 euros par mois pendant trois mois, destinée à mieux soutenir financièrement les femmes médecins exerçant en libéral au moment de leur grossesse. Une telle « protection maternité », d'abord annoncée lors de la « Grande conférence de santé » de février 2016, puis incluse dans le projet de loi de finances de la sécurité sociales pour 2017², ne devait initialement être destinée qu'aux seules femmes ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires, avant d'être étendue à l'ensemble des praticiennes exerçant en libéral³. Or aucune évaluation de l'impact de la maternité sur les revenus et l'activité des femmes médecins libérales, selon leur secteur de conventionnement, n'a pour l'instant été menée en France. La littérature française relative à l'impact des enfants sur l'écart de revenus entre femmes et hommes (« *family-gap* » en anglais) est pratiquement restreinte aux salariés, et reste peu abondante comparée à la littérature anglo-saxonne, faute de données appropriées (Meurs, Pailhé et Ponthieux, 2014). À l'étranger, les études empiriques sur données de panel trouvent généralement un désavantage salarial des maternités significatif (de l'ordre de 2 à 10 % pour le premier enfant), qui augmente avec le nombre d'enfants. Chez les médecins plus spécifiquement, l'existence d'une telle « pénalité » financière liée aux charges de famille a été mise en évidence aux Etats-Unis par Sasser (2005), qui montre que le nombre d'enfants accroît l'écart de rémunération entre hommes et femmes à la défaveur de ces dernières, de façon très significative (de l'ordre de 10 à 20 %), ceci étant directement expliqué par la baisse de leur durée annuelle de travail consécutivement à l'arrivée de leurs enfants, leur productivité n'étant elle, pas modifiée.

Objectif

L'objectif est **d'étudier le rôle de l'environnement familial et de ses modifications** – plus particulièrement l'arrivée d'enfant(s) – **sur les revenus** des jeunes médecins libéraux français, **selon leur genre**. Elle vise aussi à **comparer ces effets entre généralistes et spécialistes** (les pratiques, les revenus et l'organisation du travail étant très différentes), **et pour ces derniers, entre ceux établis en secteur 1 et en secteur 2**. L'utilisation d'une source administrative riche et exhaustive, disponible plusieurs années (2005, 2008 et 2011), combinant des informations fiscales fines au niveau du foyer avec des données professionnelles recueillies par l'assurance-maladie, permet pour la première fois d'étudier un tel phénomène. Focalisée sur les médecins libéraux, cette étude présente l'avantage

¹ Répertoire partagé des professions de santé (RPPS), 2015.

² Article 43 du PLFSS 2017.

³ Amendement n°AS356 au PLFSS 2017 adopté le 16 octobre.

d'éliminer l'hétérogénéité de revenus qui serait due à des différences de qualifications, un obstacle que rencontrent une majorité d'études relatives au *family-gap* qui ne sont généralement pas ciblées sur une seule profession. Le fait d'étendre le champ à toutes les spécialités médicales est par ailleurs un atout fort de ce travail, dans la mesure où c'est essentiellement sur les médecins généralistes que l'analyse économique des trajectoires de revenus s'est penchée jusqu'à présent dans la littérature française (Dormont et Samson [2008], Dormont et Samson [2011], Samson [2011], Coudin, Pla et Samson [2015], Dumontet [2015]). Le choix de se restreindre aux « jeunes médecins » (ceux de 50 ans ou moins) est lié à la nécessité de cibler l'étude sur les médecins ayant pu connaître ce type d'événement familial sur une période relativement récente.

Après une brève évocation du **cadre théorique** autour de la question du *family gap* et de ses implications pour les médecins libéraux français, l'article décrit certaines spécificités liées au genre dans l'exercice de la médecine libérale (choix de spécialité, de mode d'exercice, etc.). On s'intéresse ensuite directement à l'analyse de **l'écart de rémunération entre femmes et hommes médecins** (« *gender gap* »), sur la base de l'année d'observation la plus récente (**2011**) – année où les informations disponibles sont également plus riches – selon l'environnement familial (statut matrimonial, descendance). Une telle analyse en « coupe » permet de comparer simplement les revenus des médecins entre eux en fonction du nombre d'enfants, sans toutefois isoler l'impact au niveau individuel d'une naissance sur les revenus en cours de carrière. Une **analyse en panel** est ensuite effectuée en mobilisant l'information disponible sur trois années (2005-2008-2011), permettant alors de mettre en évidence l'impact *au niveau individuel* de l'arrivée d'enfants dans le foyer sur l'évolution des revenus, selon le sexe du médecin, sa spécialité (généraliste vs. spécialiste) et son secteur de conventionnement.

➤ Encadré 1 • L'activité libérale : une rémunération à l'acte qui dépend du secteur de conventionnement

L'activité libérale : une rémunération à l'acte qui dépend du secteur de conventionnement

L'activité libérale des médecins est en grande partie rémunérée à l'acte, le tarif des actes étant différencié selon leur nature (consultation, visite, ou acte technique). En secteur 1, les prix sont fixés au tarif conventionnel. Les médecins ne peuvent pas pratiquer de dépassements d'honoraires, ou seulement dans des circonstances très particulières (lorsque le patient ne respecte pas le parcours de soins coordonné par exemple). Les médecins conventionnés à honoraires libres en secteur 2⁴ ont la possibilité d'effectuer des dépassements d'honoraires par rapport aux tarifs opposables, avec « tact et mesure ». Pour les médecins de secteur 1, en contrepartie des tarifs fixés, l'Assurance maladie prend en charge une partie de leurs cotisations sociales.

Le secteur 2 a été créé par la convention nationale de 1980 et est resté en accès libre jusqu'en 1990, date à laquelle son accès a été restreint aux seuls anciens chefs de clinique et assistants des hôpitaux, le choix se faisant de façon irréversible au moment de l'installation du médecin. Depuis, cette contrainte a très fortement limité l'accès à ce secteur aux médecins généralistes, dont une part marginale s'installe chaque année en secteur 2. Les spécialistes sont en revanche d'année en année de plus en plus nombreux à faire ce choix (Bellamy et Samson, 2011).

⁴ Par « secteur 2 », on désigne dans cet article à la fois les médecins de secteur 2 et ceux de secteur 1 titulaires d'un droit au dépassement permanent (cette possibilité a cependant été supprimée lors de la convention de 1980 : ces derniers sont donc relativement marginaux).

En décembre 2012, a été mis en place le « contrat d'accès aux soins » par l'avenant n° 8 à la convention médicale. Il prévoit un engagement du médecin à maintenir son taux moyen de dépassement d'honoraires observé en 2012 et la part de ses actes réalisés à tarif opposable – c'est-à-dire sans dépassement –, en l'échange de la prise en charge d'une partie des cotisations sociales du praticien.

Les rémunérations complémentaires

En plus de ces rémunérations à l'acte, le médecin peut percevoir des forfaits rémunérant certaines prestations (rémunération du médecin traitant, permanence de soins notamment) qui ne dépendent pas directement de son activité, ainsi que des majorations d'honoraires (heures de nuit, par exemple). Ces « forfaits » ne s'attachent pas précisément à un acte mais au suivi de certains patients spécifiques, au fait d'assurer la permanence des soins ou d'adhérer aux « bonnes pratiques ». Ce type de rémunération s'est répandu entre 2005 et 2011, notamment chez les médecins généralistes (Mikol et Pla, 2015). Il s'est généralisé depuis janvier 2012 au travers de la mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), ouverte à tous les médecins.

Impact théorique de l'arrivée d'enfants sur les revenus d'activité des médecins libéraux

On décrit ici les différents canaux mis en évidence dans la littérature, par lesquels l'arrivée d'un nouvel enfant est susceptible d'affecter les revenus, en discutant si ceux-ci seraient ou non applicables aux médecins libéraux français. En tant que professionnels libéraux, rémunérés sur la base principale du *paiement à l'acte*, ces médecins disposent en effet d'une certaine marge de manœuvre dans leur choix d'offre de travail et de rémunération, comparativement aux salariés.

De façon générale, l'arrivée d'un enfant au sein d'un ménage affecte l'allocation du temps consacré par celui-ci entre ses différentes activités : travail, loisirs, tâches domestiques. Une première conséquence est **l'augmentation des tâches domestiques** qu'il induit, en lien avec le temps dévolu aux soins et à l'éducation de cet enfant, et qui entraîne potentiellement une baisse du temps alloué aux autres activités, en particulier le travail professionnel. Dans le cas des ménages en couple, où les femmes assurent encore la majorité des tâches parentales (Brousse, 2015), c'est de fait souvent le temps de travail des mères qui est impacté (Régnier-Loilier, 2009). Une telle baisse du temps de travail, qu'elle transite par des interruptions d'activité ou un passage à temps partiel, **s'accompagne en principe d'une baisse des rémunérations correspondantes.**

Au premier ordre, sous l'hypothèse d'un revenu horaire fixe, la baisse de la durée du travail entraîne ainsi une baisse proportionnelle du revenu lié. Dans un contexte de paiement à l'acte, et sans pour l'instant tenir compte des possibilités de dépassements d'honoraires, ce lien se vérifie pour les médecins libéraux si la *quantité* et la *structure des actes* demeurent proportionnelles au temps effectué. La modulation du temps de travail transite dans ce cas par celle de leur volume d'actes, *via* deux leviers : le *nombre de patients* pris en charge, et la *fréquence des consultations* pour chaque patient. Ces leviers ne peuvent toutefois être mobilisés de façon équivalente partout : ils dépendent en effet de la *demande de soins* à laquelle fait face le médecin, elle-même étroitement **liée à la densité médicale**. Si celle-ci est élevée, le médecin aura davantage la possibilité de réduire son nombre de consultations (s'il souhaite réduire son temps d'activité) *via* l'un ou l'autre de ces deux leviers, du fait d'un plus grand nombre de praticiens disponibles dans la zone

pour prendre le relais. À l'inverse, il pourra plus difficilement y augmenter son volume d'activité, sauf à faire de la « *demande induite* » consistant à inciter ses patients à revenir plus souvent, mécanisme qui a pu être mis en évidence notamment par Delattre et Dormont (2000, 2003) sur les généralistes français.

La *quantité et la structure des actes* ne sont cependant pas nécessairement proportionnelles au temps effectué. En effet, le médecin peut aussi théoriquement jouer sur :

- Les *durées de consultation* : un médecin qui « accélérerait » ses consultations pourrait ainsi fournir le même volume de travail dans un temps plus restreint. Les données à notre disposition (encadré 2), qui ne contiennent aucune information sur la durée travaillée, ne permettent pas malheureusement d'estimer ce phénomène. Les études portant sur les médecins généralistes montrent néanmoins **que les femmes ont des durées de consultation plus longues que celles de leurs confrères masculins** (Jakoubovitch et al. [2012], Breuil-Genier et Goffette [2006] sur données françaises, Martin et al. [1997] sur données australiennes, Car-Hill et al. [1998] sur données anglaises). Rizzo et Zeckhauser (2007) mettent par ailleurs en évidence un comportement de *raccourcissement de leur durée de consultation* chez les hommes médecins – de façon à voir plus de patients pour une même durée travaillée –, lorsque leur revenu réel passe en dessous de leur revenu de référence (le revenu qu'il considère « acceptable » compte-tenu de leur expérience), un mécanisme qu'ils n'observent pas chez les femmes. Des études françaises montrent aussi que le secteur 2 est associé à des durées de consultations plus longues (Gouyon [2009] pour les spécialistes, Clerc et al. [2011] pour les généralistes).
- La *composition des actes* : les actes techniques étant plus rémunérateurs, les médecins peuvent être incités à en pratiquer davantage (en sélectionnant leur patientèle notamment) pour augmenter leur rémunération tout en maintenant leur temps de travail. La marge de manœuvre du médecin est cependant limitée dans cette direction, les actes techniques demandant généralement un certain temps de mise en œuvre, susceptible d'allonger le temps des consultations.
- Le *choix de la patientèle* : la prise en charge de certains patients « complexes » (en affection longue durée – « ALD » – notamment) s'accompagne de forfaits versés au médecin par l'assurance-maladie. Un médecin pourrait ainsi choisir de sélectionner préférentiellement ce type de patients de façon à accroître ses revenus, cependant il est peu probable que dans ce cas un tel choix se fasse à *temps de travail constant*, il s'agit en effet généralement de patients dont la prise en charge est plus longue (Breuil-Genier et Goffette, 2006).
- Les *activités salariées complémentaires* : un médecin libéral peut choisir de consacrer une partie de son temps de travail à des activités salariées extérieures. Une partie importante des médecins généralistes déclarent par exemple travailler dans un établissement de santé, une maison de retraite, une crèche etc. en sus de leur activité au cabinet (Jakoubovitch et al., 2012).

Pour les **médecins en secteur 2**, les *dépassements d'honoraires* peuvent ensuite être un levier pour contrebalancer l'impact de premier ordre d'une baisse de la durée travaillée sur

la rémunération. **En augmentant leur taux de dépassement** (qu'ils sont libres de fixer *avec tact et mesure*), **ils sont susceptibles de maintenir leur rémunération tout en ayant une durée de travail inférieure** compatible avec leurs nouvelles charges de famille. Un tel choix a cependant un impact potentiel sur la demande de soins, les patients n'étant pas forcément prêts à augmenter leur dépense (en particulier s'il y a d'autres alternatives, par exemple dans les zones à forte concurrence, voir les travaux de Choné, Coudin, Pla (*en cours*) sur le lien entre densité médicale et dépassements).

La littérature économique cite également d'autres facteurs susceptibles d'accentuer la baisse des revenus d'activité suite à une diminution du temps de travail, dans le cas général. Mincer et Polachek (1974) évoquent notamment la perte d'ancienneté et d'expérience professionnelle, ainsi que la dépréciation des compétences productives liée à ces éventuelles « coupures » de la vie professionnelle. Becker (1985) ajoute que l'accroissement des charges parentales peut diminuer l'énergie investie dans chaque heure travaillée, pouvant se traduire par une baisse de l'intensité au travail (susceptible de réduire la rémunération) ou par un changement d'emploi vers un poste moins « prenant » (et donc souvent moins rémunéré). Ces mécanismes sont probablement moins effectifs dans le cas des médecins libéraux, du moins ceux en secteur 1 où les tarifs sont fixés par l'assurance-maladie et ne dépendent pas directement de l'« intensité de l'effort » réalisé pour chaque consultation. En secteur 2 en revanche, certains patients pourraient être moins disposés à payer des dépassements d'honoraires (notamment lorsqu'ils n'ont pas de complémentaire pour les prendre en charge) à un médecin qui semblerait moins « impliqué ». Ce peut être notamment le cas si le patient voit dans la baisse de disponibilité horaire du médecin une moindre implication dans son travail de sa part : c'est ce qu'a mis en évidence Goldin (2014) dans ses travaux relatifs aux professions d'affaires ou aux avocats. Ceci viendrait d'ailleurs atténuer la possibilité du médecin en secteur 2, évoquée plus haut, d'augmenter ses tarifs tout en baissant sa durée d'activité.

Parallèlement, l'arrivée d'un enfant entraîne en principe une **hausse des besoins financiers du ménage**, nécessaires aux soins et à l'éducation de l'enfant (Hotte et Martin, 2015). Ceci accroît mécaniquement la *contrainte budgétaire*, jouant cette fois-ci à la hausse sur le temps professionnel dans un modèle classique de maximisation de l'utilité *via* l'arbitrage travail-loisir. L'ampleur d'un tel effet dépendra aussi des revenus de l'éventuel conjoint, sous l'hypothèse où les choix individuels en matière de durée travaillée dépendent des choix effectués par son partenaire, un phénomène documenté dans la littérature relative aux modèles « collectifs » (Chiappori *et al.*, 2002).

Cette discussion permet ici de **mettre en évidence certains facteurs importants à prendre en compte dans l'analyse de l'impact d'une naissance sur les revenus d'activité des médecins libéraux** : tant les variables décrivant l'activité (structure de la patientèle, types d'actes, activité salariée complémentaire...) ou la pratique de dépassements d'honoraires en secteur 2, que celles liées à la demande (densité médicale locale) ou aux revenus du conjoint.

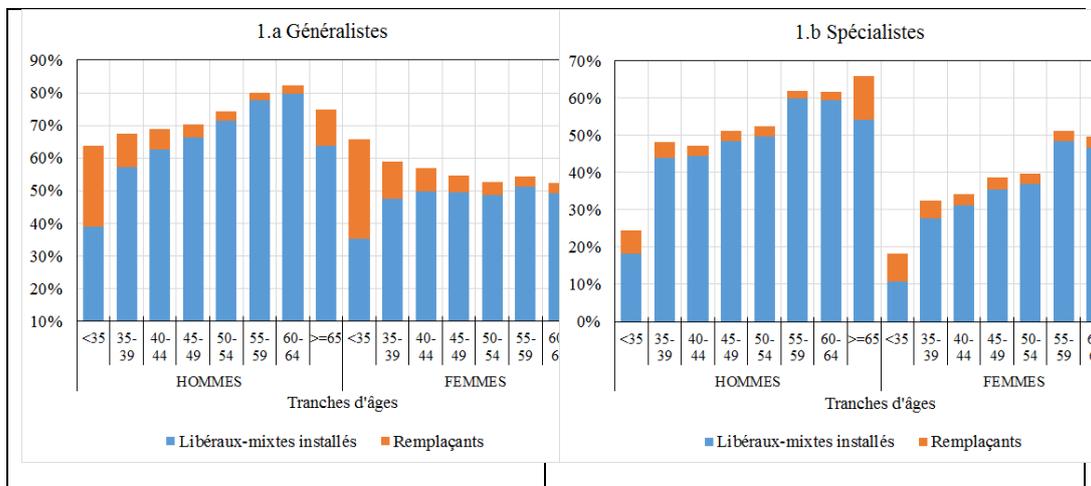
L'exercice de la médecine libérale : similitudes et contrastes selon le genre

Le choix de l'exercice libéral

La profession médicale s'est fortement féminisée sur les deux dernières décennies. En 2015, les femmes représentent 43 % de l'ensemble des médecins, contre 30 % seulement en 1990. Elles sont majoritaires parmi les médecins actifs âgés de moins de 55 ans (DREES, 2016). Pour autant, leurs modalités d'exercice diffèrent encore nettement de celles des hommes : **elles sont notamment moins nombreuses à faire le choix de l'exercice libéral.** Avant 50 ans, elles sont 59 % parmi les généralistes à exercer sous ce mode (que ce soit de façon « mixte » ou non, c'est-à-dire en cumulant ou pas une activité salariée complémentaire), soit 9 points de moins que leurs confrères masculins (RPPS 2015). L'écart se resserre cependant parmi les plus jeunes généralistes : avant 35 ans, il est ainsi quasi-nul (figure 1.a).

Les différences sont davantage marquées chez les spécialistes, où avant 50 ans, 30 % des femmes exercent en libéral en 2015, contre 43 % pour les hommes, l'écart restant relativement stable avec l'âge (figure 1.b).

➤ **Figures 1.a et 1.b • Part des libéraux installés et des remplaçants parmi les médecins, selon l'âge et le sexe**



Note : Les praticiens hospitaliers temps plein avec secteur privé ont été retirés du champ des "libéraux ou mixtes" en 2015.

Champ : Ensemble des médecins actifs au 1^{er} janvier, France entière.

Source : DREES, RPPS 2015.

L'âge à l'installation en libéral est en revanche relativement proche entre les femmes et les hommes, qu'ils soient généralistes ou spécialistes. L'observation des appariements Insee-Cnamts-DGFIP (encadré 2) sur les trois années 2005, 2008 et 2011 montre en outre qu'il est en légère hausse sur la période récente (figure 2). Les spécialistes de secteur 2 s'installent un peu plus tardivement, en lien avec les années d'exercice requises à l'hôpital pour obtenir les titres nécessaires.

➤ Figure 2 • Âge moyen à la première installation en libéral

	Omnipraticiens		Spécialistes secteur 1		Spécialistes secteur 2	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
2005	31,9	31,5	33,2	33,5	33,3	34,2
2008	32,3	31,9	33,5	33,7	34,4	34,7
2011	32,6	32,5	34,1	34,5	35,4	35,1

Champ : Pour chacune des 3 dates, ensemble des médecins libéraux âgés de 50 ans ou moins, hors praticiens hospitaliers temps plein avec secteur privé.

Source : Insee-Cnamts-DGFIP 2005, 2008 et 2011.

En libéral, des différences de pratiques selon le genre...

La suite de cette partie se concentre sur l'observation en 2011 de notre population « d'intérêt » (encadré 2), ciblée sur les médecins de 50 ans ou moins en activité libérale cette année-là. Sur les 32 700 jeunes médecins libéraux ainsi recensés, on compte 41 % de femmes (figure 3), qui sont particulièrement représentées dans certaines spécialités comme la pédiatrie (75 %), la dermatologie (74 %), la rhumatologie (57 %) ou encore la psychiatrie (45 %). La médecine générale est également relativement féminisée (45 % de femmes). Les spécialités « de bloc » comptent en revanche encore peu de femmes dans leurs rangs, à l'image de la chirurgie (10 % sur le champ étudié), de l'anesthésie (23 %) ou de l'ORL (20 %).

Au-delà de cette inégale répartition par spécialités, les deux sexes se distinguent par des *modalités de pratique* qui diffèrent. **Les femmes sont nettement moins souvent installées en secteur 2** que les hommes dans la grande majorité des spécialités. Toutes spécialités confondues (hors médecine générale) elles sont ainsi 46 % à exercer en secteur 2, soit 13 points de moins que leurs confrères (figure 3). Les *taux de dépassements* pratiqués (encadré 2) sont très élevés, en particulier pour certaines spécialités où ils dépassent les 70 % (chirurgie, dermatologie, gynécologie, psychiatrie...). Ils sont cependant proches entre les hommes et les femmes, sauf pour certaines spécialités où ils diffèrent sensiblement entre les deux sexes : les femmes ont ainsi un taux de dépassement plus faible que leurs confrères dans des disciplines telles que l'ORL, la rhumatologie ou la pneumologie. C'est l'inverse en chirurgie ou en ophtalmologie par exemple.

La *composition de l'activité* diffère également entre les deux sexes : **la contribution des actes techniques aux honoraires du médecin (encadré 2) est plus faible chez les femmes** dans la plupart des spécialités (de l'ordre de 2 à 10 points). Ceci est cohérent avec ce qui est observé dans la littérature étrangère, qui montre que les femmes médecins optent moins souvent pour des procédures invasives dans leurs choix de traitements⁵ ; elles passeraient notamment davantage de temps que leurs confrères à faire de la prévention (voir Borgès Da Silva *et al.*, 2013 concernant la prise en charge des patients diabétiques au Québec). Ceci pourrait également expliquer la supériorité du taux de dépassement des

⁵ Voir les études citées par Rizzo et Zechauser (2007).

femmes en secteur 2 au sein de certaines spécialités, comme l'ophtalmologie (cf. ci-dessus), où elles pratiquent plus d'actes cliniques que les hommes. En effet, les actes cliniques, s'ils sont généralement moins coûteux que les actes techniques, engendrent cependant des taux de dépassement plus importants (IGAS, 2007⁶), quelle que soit la spécialité.

Enfin, les caractéristiques de la zone d'exercice, en termes de densité locale de médecins de leur propre spécialité (approchée ici par l'APL, voir encadré 2), sont au niveau global très proches entre les deux sexes de ces générations. De même, la fréquence de l'exercice « mixte » est peu différenciée selon le sexe, elle dépend surtout de la spécialité exercée.

➤ Figure 3 • Différences de pratique des jeunes médecins libéraux selon le genre en 2011

	Obs.	Part de femmes (%)	Exerce en secteur 2 (%)		Exercice mixte (%)		Contribution des actes techniques aux honoraires		Taux de dépassement en secteur 2		APL* de la spécialité considérée	
			F	H	F	H	F	H	F	H	F	H
GÉNÉRALISTES	19 875	45%	1%	1%	19%	22%	6%	6%	56%	37%	111,6	112,6
Anesthésiste	1 087	23%	51%	62%	13%	17%	76%	80%	53%	51%	13,3	12,8
Cardiologue	1 279	27%	28%	25%	43%	45%	72%	77%	23%	18%	11,9	13,1
Chirurgiens	2 336	10%	87%	92%	37%	28%	70%	70%	99%	73%	21,7	22,1
Dermatologue	805	74%	36%	45%	33%	43%	20%	24%	71%	72%	5,2	5,8
Gastro-entérologue	608	30%	54%	44%	50%	50%	65%	69%	32%	36%	6,1	6,3
Gynécologue-obs.	721	48%	80%	92%	36%	31%	50%	59%	73%	73%	15,0	14,9
Psychiatre	1 298	45%	49%	48%	44%	51%	0%	1%	90%	88%	29,1	27,3
Ophtalmologue	1 017	36%	61%	83%	36%	34%	61%	69%	61%	57%	12,7	13,0
ORL	496	20%	74%	79%	57%	55%	67%	69%	44%	55%	6,0	6,3
Pédiatre	549	75%	37%	53%	50%	59%	10%	13%	67%	62%	7,9	8,0
Pneumologue	295	45%	25%	21%	46%	54%	82%	83%	25%	29%	4,0	4,1
Radiologue	1 886	34%	20%	20%	26%	25%	86%	87%	35%	34%	16,2	15,7
Rhumatologue	465	57%	50%	56%	51%	53%	44%	51%	48%	54%	5,4	5,6
SPÉCIALISTES	12 842	35%	46%	59%	38%	35%	47%	66%	65%	62%	13,4	15,7
ENSEMBLE	32 717	41%	16%	27%	25%	28%	20%	32%	64%	61%	79,0	70,5

Champ : Médecins libéraux âgés de 50 ans ou moins, hors praticiens hospitaliers temps plein avec secteur privé, hors certaines spécialités (encadré 2), ayant perçu au moins 1 euro d'honoraire et 1 euro de revenu libéral en 2011.

* Accessibilité potentielle spécialisée, voir encadré 2.

Source : Insee-Cnamts-DGFIP 2011.

⁶ IGAS, « Les dépassements d'honoraires médicaux », avril 2007 : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000319.pdf>.

... mais surtout des différences en termes de volume d'activité et de revenus.

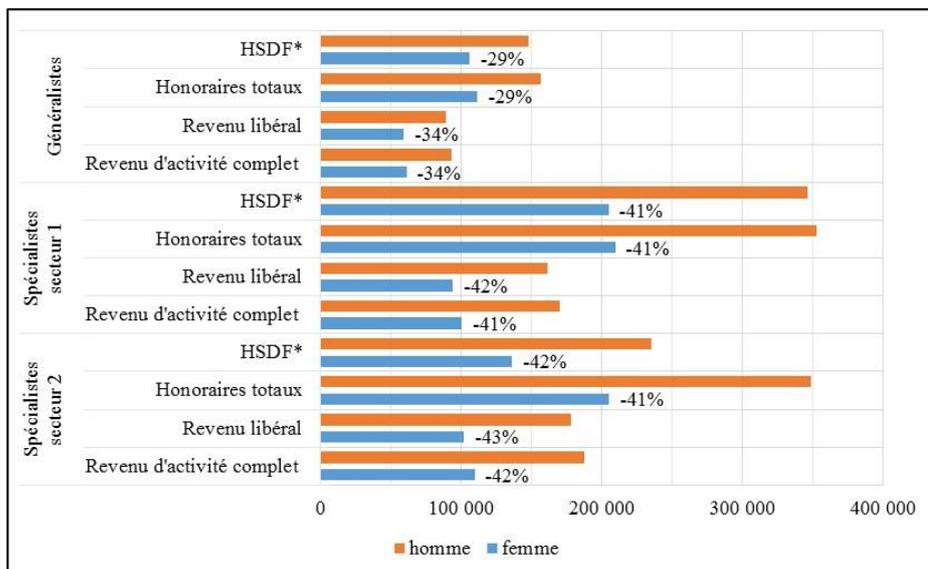
Au-delà de la diversité des pratiques évoquée ci-dessus, **c'est finalement surtout pour le volume d'activité que s'observe la plus grande divergence entre les sexes**. Approché par les *honoraires sans dépassements ni forfaits* (encadré 2), le volume d'activité est ainsi nettement plus faible chez les femmes, avec un écart de près de 30 % par rapport à celui des hommes chez les généralistes, et même de plus de 40 % chez les spécialistes (figure 4). Pour les praticiens en secteur 2, l'écart est le même en termes d'*honoraires totaux* : la différence de volume d'activité selon le sexe se retrouve en effet avec la même amplitude sur celui du *niveau des dépassements*⁷.

Sans surprise, les revenus tirés de l'activité libérale et déclarés à l'administration fiscale sont ainsi nettement inférieurs chez les femmes. Le différentiel est de même ampleur que celui observé pour le volume d'activité libéral, autour de -30 % chez les généralistes et de -40 % chez les spécialistes, en défaveur des femmes. L'écart persiste lorsque l'on inclut les rémunérations salariées complémentaires, pour obtenir le revenu d'activité global. La composante salariée du revenu est en effet relativement marginale, et ne joue donc quasiment pas sur ces écarts de revenu selon le genre.

Ce « *gender gap* » brut des revenus d'activité est par ailleurs très proche, au niveau agrégé, entre les deux secteurs de conventionnement. Revenir à une analyse détaillée (figure 4bis) permet néanmoins de mettre en évidence une certaine hétérogénéité selon les différentes spécialités. Aucune tendance claire ne se dégage néanmoins : chez les ophtalmologues par exemple, le « *gender gap* » est nettement plus creusé en secteur 1 qu'en secteur 2 ; à l'inverse, chez les pneumologues ou les radiologues, l'écart se resserre en secteur 1. Quoi qu'il en soit, ce « *gender gap* » reste très significatif quel que soit le secteur ou la spécialité, évoluant entre -23 % et -54 %.

⁷ Ces différences demeurent d'une ampleur proche lorsque l'on affine ce constat par spécialité.

➤ Figure 4 • Comparaison des honoraires et des revenus selon le genre (en €), en 2011



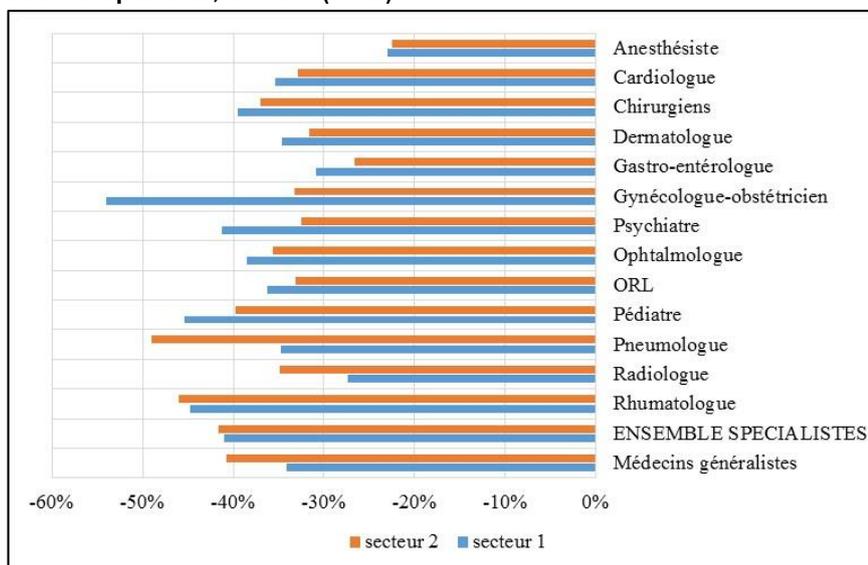
* HSDF : honoraires sans dépassements ni forfaits.

Note : Les chiffres indiqués en % correspondent, pour chacune des séries d'honoraires et revenus, à l'écart relatif entre le montant des femmes et celui des hommes.

Champ : Médecins libéraux âgés de 50 ans ou moins, hors praticiens hospitaliers temps plein avec secteur privé, hors certaines spécialités (encadré 2), ayant perçu au moins 1 euro d'honoraire et 1 euro de revenu libéral en 2011.

Source : Insee-Cnamts-DGFIP 2011.

➤ Figure 4bis • Écart du revenu d'activité global des femmes par rapport aux hommes selon la spécialité, en 2011 (en %)



Lecture : En 2011, parmi les psychiatres exerçant en secteur 1, les femmes ont perçu 41 % de revenus d'activité en moins par rapport aux hommes. L'écart est de -33 % en secteur 2 pour cette même spécialité.

Champ : Médecins libéraux âgés de 50 ans ou moins, hors praticiens hospitaliers temps plein avec secteur privé, hors certaines spécialités (encadré 2), ayant perçu au moins 1 euro d'honoraire et 1 euro de revenu libéral en 2011.

Source : Insee-Cnamts-DGFIP 2011.

La majorité des médecins avaient déjà un enfant au moment de l'installation en libéral

Ce « *gender gap* » important du revenu d'activité est-il lié, comme pour les autres actifs – notamment les salariés pour lesquels on dispose le plus d'études sur le sujet, – aux charges familiales qui pèsent de façon asymétrique sur les hommes et les femmes, contraignant davantage ces dernières à réduire leur activité lorsqu'elles y sont confrontées ? La question résonne avec d'autant plus d'acuité pour ces médecins, que **la très grande majorité d'entre eux vivent en couple**, les hommes étant plus souvent dans ce cas (près de 9 sur 10) que les femmes (près de 8 sur 10) [figure 5]. Il s'agit de couples mariés ou pacsés dans neuf cas sur dix, le reste correspondant à des conjoints « concubins ». Par ailleurs, **seule une minorité des médecins libéraux de 50 ans ou moins recensés en 2011 ne déclare aucun enfant mineur dans son foyer**, la proportion étant similaire entre hommes et femmes : autour de 20 % chez les médecins généralistes, et de 15 % chez les spécialistes. Les autres déclarent le plus souvent plusieurs enfants dans le foyer. **Les médecins ayant 3 enfants ou plus sont d'ailleurs relativement nombreux⁸**, une situation encore plus fréquente chez les spécialistes, ainsi que chez les hommes : un tiers des spécialistes masculins étudiés ici sont par exemple dans ce cas.

La descendance nombreuse recensée parmi ces jeunes professionnels peut en partie s'expliquer par leur âge tardif au moment où ils débutent leur activité libérale (*cf.* ci-dessus). **Ceux ayant des enfants ont, dans plus de trois-quarts des cas, commencé à les avoir avant leur installation.** Cette situation se rencontre même pour 83 à 85 % des spécialistes de secteur 2, qui s'installent plus tardivement. En raison de cette spécificité, les enfants recensés dans les foyers de ces médecins en 2011 ont déjà dépassé les six ans dans plus de la moitié des cas. Un enfant de 2 ans ou moins est cependant recensé dans un nombre important de ces foyers (de 13 % pour ceux des femmes spécialistes de secteur 1, à 27 % pour ceux des hommes spécialistes de secteur 2) : cette configuration qui nous intéressera particulièrement par la suite, dans l'étude de l'impact à court terme d'une naissance sur l'activité, reste donc tout de même relativement fréquente.

Au niveau du foyer, des niveaux de vie qui s'équilibrent

Si les hommes et les femmes médecins présentent des compositions familiales globalement proches, un déséquilibre fort marque cependant la *répartition des revenus entre conjoints* : les femmes médecins perçoivent un revenu d'activité nettement inférieur à celui de leurs confrères. **Lorsqu'elles sont en couple, le revenu du conjoint semble compenser ce « désavantage » financier** : il est beaucoup plus élevé chez les femmes médecins, dont le conjoint a déclaré entre 52 000 et 90 000 euros en 2011 (selon la spécialité et le secteur du médecin), que chez leurs confrères, dont la compagne n'a perçu que 24 000 à 33 000 euros. Comme l'avaient déjà montré Attal-Toubert et Legendre (2007), les femmes médecins ont en effet généralement un conjoint de niveau socio-économique professionnel très proche – donc avec des revenus souvent importants –, ce qui est beaucoup moins le cas des hommes. D'ailleurs, **les femmes de notre échantillon de jeunes médecins sont fréquemment en couple avec un autre médecin** : c'est le cas d'une

⁸ En 2012 en France selon l'Insee, parmi les familles avec au moins un enfant, seules 16 % en comptaient 3 ou plus.

généraliste sur cinq, et même d'une spécialiste sur trois (ce qui explique notamment les revenus généralement très élevés du conjoint dans cette dernière catégorie).

Cette dissymétrie des revenus entre conjoints conduit au final les femmes médecins à déclarer des *niveaux de vie* (revenus totaux du foyer) finalement assez proches de ceux de leurs confrères. Ceci peut traduire une potentielle adaptation de l'activité des médecins à celle de leurs conjoints : **les revenus de ces derniers constituent donc un facteur *a priori* important parmi ceux à prendre en compte dans l'étude de l'impact d'une naissance sur l'activité** (cf. infra), une dimension jusqu'à présent quasiment absente dans les études françaises sur la profession.

➤ Figure 5 • Description du foyer en 2011

	Généralistes		Spécialistes secteur 1		Spécialistes secteur 2	
	F	H	F	H	F	H
Obs.	8 934	10 940	2 404	3 402	2 040	4 996
Âge moyen	42,1	43,5	43,4	44,5	41,7	42,5
Statut marital						
Célibataire	22,2	11,8	18,9	8,0	20,2	10,7
Divorcé ou veuf	10,4	8,3	10,6	7,9	10,2	7,4
Marié ou pacsé	67,4	79,9	70,5	84,1	69,5	82,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Présence d'un conjoint (marié, pacsé ou concubin) [%]	77,7	87,4	78,7	90,0	79,4	88,9
Nombre d'enfants de moins de 18 ans dans le foyer (%)						
Pas d'enfant	21,0	20,0	16,3	15,0	14,9	16,7
1 enfant	22,4	19,8	19,4	17,6	18,5	14,9
2 enfants	35,6	34,2	37,4	34,0	39,3	35,7
3 enfants et plus	21,0	25,9	27,0	33,4	27,3	32,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Âge du plus jeune enfant* (%)						
2 ans ou moins	18,9	19,8	12,9	15,6	21,6	26,9
Entre 3 et 5 ans	18,7	17,2	18,3	18,0	21,8	21,9
6 ans ou plus	62,3	63,0	68,8	66,4	56,6	51,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Avait un enfant à l'installation en libéral* (%)	74,0	67,0	78,0	78,0	85,0	83,0
Conjoint médecin** (%)	18,7	10,1	32,2	13,3	31,2	14,5
Revenu d'activité du conjoint** (€)	51 806	24 400	75 749	28 541	90 025	32 622
Revenus totaux du foyer (€)	111 536	119 690	177 580	208 889	197 850	230 340

* parmi les médecins dont le foyer comprend au moins 1 enfant de moins de 18 ans.

** parmi les médecins vivant en couple.

Champ : Médecins libéraux âgés de 50 ans ou moins, hors praticiens hospitaliers temps plein avec secteur privé, hors certaines spécialités (encadré 2), ayant perçu au moins 1 euro d'honoraire et 1 euro de revenu libéral en 2011.

Sources : Insee-Cnamts-DGFIP 2011.

➤ Encadré 2 • Source, définitions et champ

Cette étude s'appuie sur un appariement, effectué par l'Insee pour le compte de la DREES, de deux fichiers administratifs : l'un, géré par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), porte sur l'activité des professionnels de santé libéraux et l'autre, géré par la Direction générale des finances publiques (DGFIP), sur les déclarations d'imposition sur les revenus des particuliers. Cet appariement a été réalisé pour 2005, 2008 et 2011. Il associe ainsi à chaque professionnel de santé exerçant tout ou partie de son activité en libéral des données relatives à son activité libérale et à ses honoraires, issues de la Cnamts, et des données relatives à ses différentes sources de revenus et à la composition de son foyer fiscal, tirées des informations de la DGFIP. La dimension « panel » de cette source permet en outre de retracer, pour un même médecin, l'évolution de son activité et de ses revenus en 2005, 2008 puis 2011.

Les données fiscales issues de la DGFIP : contenu et variables d'intérêt

Les données issues des déclarations de revenus de la DGFIP fournissent des informations sur **l'ensemble des revenus déclarés individuellement par le professionnel de santé** (revenu salarié, bénéfice non commercial ou BNC, etc.) ainsi que sur certains revenus déclarés au niveau du foyer fiscal (dividendes, etc.). Concernant le médecin, le « revenu libéral » auquel on s'intéresse ici correspond au revenu tiré de l'activité libérale du médecin, dont la source provient des honoraires perçus, desquels sont déduits un certain nombre de charges professionnelles (cotisations sociales, loyers, etc.). Celui-ci est généralement déclaré sous la forme de BNC, mais peut être également déclaré sous forme de salaire ou de dividendes pour les professionnels de santé installés en société soumise à l'impôt sur les sociétés (principalement, les sociétés d'exercice libéral – SEL). Un travail méthodologique été réalisé par la DREES pour reconstituer ce revenu libéral sur les trois années disponibles, afin de rendre comparables les revenus libéraux des professionnels de santé indépendamment du cadre juridique dans lequel ils exercent (Bellamy, 2014)⁹. Le **revenu salarié** ne désigne donc dans cette étude que le revenu issu d'une activité non libérale (activités exercées à l'hôpital, en PMI ou en centre de santé par exemple). Le **revenu d'activité**, notre principale variable d'intérêt ici, **est la somme du revenu libéral et du revenu salarié**. Dans l'étude, un médecin est dit « mixte » s'il a déclaré à la fois des revenus libéraux ainsi qu'un montant non négligeable de revenus salariés (fixé ici par convention à 1 000 euros l'année d'observation).

Les informations contenues dans la déclaration de revenus du médecin permettent aussi de décrire la structure de son foyer. D'une part, on dispose des indications relatives à l'âge, ainsi qu'au revenu d'activité, de son éventuel conjoint marié ou pacsé (avec qui le médecin fait donc une déclaration commune). D'autre part, on dispose des éléments liés au nombre ainsi qu'à l'âge des éventuels **enfants à charge**. **En 2011, il est également possible de rapprocher de ces informations celles contenues dans les déclarations fiscales des autres foyers cohabitant avec celui du médecin**. On peut ainsi identifier, cette année-là, la présence d'un conjoint « concubin » dans le logement, ainsi que ses revenus d'activité. Les éventuels enfants du logement que ce dernier aurait pu déclarer lui-même (et dont on peut penser qu'ils sont les enfants communs du médecin et de ce conjoint) peuvent donc également être identifiés. Ces informations sont mobilisées dans les deux parties suivantes qui se focalisent sur l'année 2011 pour analyser le « gender gap » des revenus d'activité. Le fait qu'elles ne soient en revanche pas disponibles pour les années 2005 et 2008 explique que la dernière partie, qui mobilise la dimension « panel » de l'appariement, soit uniquement restreinte aux médecins mariés ou pacsés, les seuls dont on peut être certains que leurs enfants figurent bien dans leur propre déclaration fiscale.

⁹ Une amélioration du repérage des SEL a été ici mise en œuvre par rapport aux publications antérieures de la Drees. Des analyses de l'appariement Insee-Cnamts-DGFIP semblaient en effet indiquer la présence de médecins non identifiés en tant que SEL par la Cnamts, mais dont les déclarations de revenus concordait pourtant avec ceux d'une SEL (honoraires très élevés, pas ou très peu de BNC déclarés, mais salaires très élevés). Ces médecins étaient il nous semble considérés à tort comme ayant une activité libérale nulle. Les revenus ont donc été retraités à l'instar de ceux des autres médecins bien identifiés en SEL par la Cnamts.

Les données d'activité issues de la Cnamts : principales variables mobilisées

Les données des fichiers de la Cnamts sont issues Système national d'informations inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram). Elles fournissent des informations détaillées sur les professionnels de santé ayant une activité libérale, c'est-à-dire ayant perçu au moins 1 euro d'honoraire l'année d'observation : caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe), caractéristiques de l'activité et de la patientèle, localisation géographique. Les honoraires sont disponibles à un niveau fin : nombre et type d'actes, montant des honoraires hors dépassement et forfaits, montant des dépassements et des forfaits (encadré 1). Certaines variables sont plus particulièrement mobilisées dans cet article, elles sont liées à l'activité libérale du médecin telle qu'elle est retracée par l'assurance-maladie¹⁰ :

- > Les **honoraires totaux**, qui reflètent l'intégralité des recettes perçues directement par le médecin : honoraires, dépassements, forfaits et majorations.
- > Les **honoraires sans dépassements ni forfaits**, qui peuvent constituer une bonne approximation de l'activité, en la ramenant à sa dimension monétaire. En effet, la tarification des actes tient compte en grande partie de leur nature mais aussi de leur durée et de leur difficulté : le simple décompte du nombre d'actes est donc une estimation trop imparfaite du volume d'activité, en particulier chez les spécialistes où la composition de l'activité est très variable.
- > Le **taux de dépassement d'honoraires en secteur 2**, calculé ici comme le rapport entre les dépassements totaux facturés par le médecin l'année d'observation et les honoraires sans dépassements ni forfaits.
- > La **contribution des actes techniques aux honoraires**, qui correspond à la part des honoraires totaux issus d'actes techniques, et qui permet d'approcher l'intensité technique de l'activité du médecin.
- > La **structure de la patientèle**, qui reflète en partie les caractéristiques de la demande de soins s'adressant aux médecins et peut donc avoir une certaine influence sur leur activité et leurs revenus. Les informations à disposition sont : la part des personnes âgées de 65 ans ou plus, celle des personnes en affection longue durée (ALD), qui nécessitent un suivi généralement plus resserré, et enfin la part des personnes bénéficiant de la couverture CMU-C, dont l'état de santé est plus souvent dégradé que celui des autres patients (Jess, 2015).
- > La **densité locale de médecins** a également un impact sur les revenus. Une concurrence élevée au niveau local fait en principe baisser la demande de soins qui s'adresse à chaque médecin, et donc potentiellement son activité, même si des mécanismes de « demande induite » sont susceptibles compenser une partie de cette baisse (Delattre et Dormont [2000, 2003]). Cette densité est ici approchée par l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL, Barlet et al., 2012), calculé pour chacune des spécialités d'exercice étudiées. Cet indicateur local est établi au niveau de chaque commune, il considère également l'offre de médecins et la demande des communes environnantes. Afin de mieux caractériser le lieu d'exercice, la **région d'installation** est également mobilisée dans l'analyse.
- > L'**expérience** est enfin calculée ici comme la durée séparant l'année d'observation à la première installation du médecin en libéral.

Le cas des remplacements : une limite importante à prendre en considération

Un médecin libéral peut, en cas d'interruption temporaire de son activité, faire appel à un remplaçant pour prendre en charge la patientèle de son cabinet. Dans le Sniiram, l'intégralité des actes et honoraires restent cependant comptabilisés au nom du médecin titulaire du cabinet, même si par la suite il y a rétrocession d'honoraires au médecin remplacé. Il n'est malheureusement pas possible d'identifier les actes et honoraires correspondants dans le Sniiram. Dans le cas où le médecin a effectivement été remplacé de façon significative l'année d'observation¹¹, avec un taux de rétrocession important, le montant des honoraires retracés par la Cnamts ne reflète donc pas de façon satisfaisante l'activité réellement effectuée par le médecin cette année-là. Ceci peut être le cas dans des périodes où les médecins sont les plus susceptibles de solliciter un remplaçant, par exemple au moment de l'arrivée d'enfants, une situation qui est justement au cœur du sujet de cet article : cette limite forte explique pourquoi ces variables relatives aux montants d'honoraires (avec ou sans dépassements) ne sont pas exploités dans les parties étudiant l'impact microéconométrique d'une naissance sur les revenus d'activité¹² ; elles le sont uniquement de façon agrégée, dans la partie descriptive.

¹⁰ Un médecin peut toutefois pratiquer en sus des actes dits « hors nomenclature » qui ne sont pas retracés par la Cnamts car non éligibles à un remboursement par la Sécurité sociale.

¹¹ Le cas où le médecin a été remplacé *en totalité* sur l'année est cependant exclu, par construction de notre population d'intérêt (voir *infra*).

¹² Plus exactement, elles sont mobilisées seulement une fois, sur les hommes – dont on suppose qu'ils sont moins affectés que les femmes par la probabilité de remplacement au moment de la période entourant la naissance – et dans le but uniquement d'appuyer un commentaire.

Sont alors privilégiées les variables relatives aux revenus tels qu'ils sont déclarés par le médecin aux impôts, issues de la source DGFIP, et qui reflètent mieux les ressources réellement perçues. Les variables liées à la structure d'activité (contribution des actes techniques aux honoraires, case-mix, etc.) restent cependant mobilisés dans les analyses en tant que facteurs explicatifs des revenus d'activité : on peut en effet supposer que ces ratios sont peu affectés une année donnée en cas de remplacement ponctuel, le remplaçant alignant en théorie sa pratique sur celui du médecin qu'il doit remplacer. Pour la même raison, le taux de dépassement d'honoraires est maintenu au sein des variables d'intérêt de l'étude (en complément des revenus d'activité pour les médecins en secteur 2), en supposant que l'éventuel remplaçant d'un médecin calque son taux de dépassement sur ce dernier durant la période de l'année où il le remplace.

Le champ d'intérêt

Afin de cibler les médecins les plus en âge d'avoir connu une naissance dans la période relativement récente, le champ est en premier lieu limité aux **praticiens âgés de 50 ans ou moins en 2011**. Une telle restriction pèse fortement sur la taille de l'échantillon, compte-tenu de l'âge élevé de la profession, ces praticiens représentant moins du tiers de l'ensemble des médecins libéraux en 2011. Elle permet néanmoins de s'assurer par ailleurs d'une population plus homogène pour étudier l'impact de tels événements familiaux, sachant l'importante hétérogénéité existant entre les plus jeunes médecins et leurs aînés en terme d'activité et de revenus (Mikol et Pla, 2015).

Sont également exclus de l'échantillon les praticiens hospitaliers temps plein avec secteur privé (PHTP). Il s'agit de médecins de statut hospitalier ayant la possibilité de délivrer certains soins dans les conditions de la médecine de ville au sein des établissements publics de santé dans lesquels ils exercent. Ces médecins – très majoritairement des spécialistes – ont en effet une activité très atypique par rapport aux autres médecins libéraux de l'échantillon, avec notamment des revenus salariaux particulièrement élevés.

Ensuite, par souci de représentativité, sont exclues les spécialités minoritaires en exercice libéral (médecine interne, neurologie, gériatrie, néphrologie, hématologie, oncologie, anatomo-cyto-pathologie, endocrinologie, stomatologie¹³), ainsi que les gynécologues médicaux, spécialité en voie d'extinction au profit de la gynécologie-obstétrique et où le nombre d'hommes y exerçant est aujourd'hui négligeable.

Enfin, seuls sont conservés les médecins ayant déclaré au moins un euro de revenu libéral à l'administration fiscale l'année d'observation considérée.

À caractéristiques identiques, un « *gender gap* » clairement plus accentué chez les médecins avec plusieurs enfants en 2011

Comme l'a montré l'analyse précédente, les médecins libéraux constituent une population relativement hétérogène en termes de caractéristiques professionnelles (spécialité, secteur, etc.) que personnelles (situation familiale, nombre d'enfants, revenus du conjoint...). Afin de mieux cerner la façon dont ces caractéristiques jouent sur le différentiel de revenu d'activité entre hommes et femmes (le « *gender gap* »), en particulier celles liées à la configuration familiale, **des analyses « toutes choses égales par ailleurs »** sont, dans un premier temps, menées pour la seule année 2011 (encadré 3).

¹³ Sont également exclus les médecins biologistes, qui sont sous-comptabilisés par la Cnamts dans le Sniiram.

➤ Encadré 3 • Décomposition « toutes choses égales par ailleurs »

Des régressions linéaires du revenu d'activité sur les différentes caractéristiques observables sont mises en œuvre sur notre champ d'intérêt (médecins âgés de 50 ans ou moins, hors praticiens hospitaliers temps plein avec secteur privé – voir encadré 2), pour l'année 2011. Il s'agit en effet de la seule année pour laquelle on dispose d'informations détaillées sur l'ensemble des personnes résidant avec le médecin, qu'il soit marié ou non : il est donc intéressant de commencer par analyser le « *gender gap* » sur ce champ large, avant de poursuivre par une analyse dynamique qui, si elle permettra de neutraliser une partie de l'hétérogénéité inobservée, devra se restreindre aux médecins mariés ou pacsés sur toute la période.

La décomposition du « *gender gap* » s'inspire de la méthode employée par Sasser (2005). La modélisation s'appuie pour cela sur une régression classique du logarithme des revenus d'activité sur un ensemble de variables observables. Pour chaque médecin i , on estime ainsi :

$$\begin{aligned} \ln W_i = & \beta_0 + \beta_1 X_i + \beta_2 \text{Femme}_i + \beta_3 \text{Statut marital}_i + \beta_4 (\text{Statut marital}_i \bullet \text{Femme}_i) \\ & + \beta_5 \text{Enfants}_i + \beta_6 (\text{Enfants}_i \bullet \text{Femme}_i) \\ & + \beta_7 \text{Revenus du conjoint}_i + \beta_8 (\text{Revenus du conjoint}_i \bullet \text{Femme}_i) \\ & + \beta_9 Z_i + \beta_{10} (Z_i \bullet \text{Femme}_i) + \varepsilon_i \end{aligned}$$

où :

- > $\ln W_i$ représente le logarithme du revenu d'activité. Rappelons que W_i correspond à la somme des revenus du médecin provenant de son activité libérale et de ses éventuelles activités salariées complémentaires.
- > X_i est un vecteur de caractéristiques communément mobilisées dans les équations de revenus chez les médecins (Bellamy, 2014; Mikol et Pla, 2015) : l'âge, la spécialité, l'expérience (durée depuis l'installation en libéral, exprimée en niveau et au carré), la typologie de la patientèle¹⁴, le fait d'exercer au sein d'une société d'exercice libéral (SEL), et contribution des actes techniques aux honoraires. Pour les généralistes, une indicatrice identifiant les médecins installés en secteur 2 est ajoutée (la population n'étant pas scindée selon les deux secteurs, du fait d'un effectif trop faible de généralistes en secteur 2, cf. encadré 1), ainsi qu'une indicatrice relative aux médecins ayant un « mode d'exercice particulier » (acupuncteurs, homéopathes...).
- > « *Enfants* » précise le nombre d'enfants du médecin, en distinguant le fait d'en avoir un seul, deux, ou trois et plus. Une seconde spécification de cette variable est également testée, en la détaillant selon l'âge du plus jeune des enfants (deux ans ou moins, trois à cinq ans, six ans ou plus).
- > « *Statut marital* » distingue les configurations familiales suivantes : médecins mariés ou pacsés, divorcés ou veufs, célibataires vivant en couple (concubins), et célibataires isolés.
- > « *Femme* » est une indicatrice valant 1 pour les femmes médecins, 0 sinon. Afin de capturer l'effet des responsabilités familiales sur l'ampleur de l'écart de revenus entre hommes et femmes, cette variable de genre est croisée avec les variables relatives à la présence d'enfants, au statut marital et aux revenus du conjoint.
- > Enfin, Z_i représente deux dernières variables dont nous souhaitons tester l'existence d'un impact sur les revenus différencié selon le sexe du médecin : le fait d'exercer une activité salariée complémentaire ainsi que la densité médicale locale (APL¹⁵, voir encadré 2). Z_i est ainsi également ajoutée sous forme d'interaction avec la variable « *Femme* ».

¹⁴ Part des patients âgés (65 ans ou plus), part des patients suivis pour affection longue durée (ALD) et part des patients bénéficiaires de la CMU-C.

¹⁵ La variable de densité introduite dans le modèle étant l'APL « standardisé », une variation de 1 unité de cette variable équivaut à une variation de 1 écart-type de l'APL. Un coefficient de -0,09 devant la variable APL pour les femmes traduit donc le fait que si deux d'entre elles ont les mêmes caractéristiques, excepté leur localisation, avec une variation d'APL d'un écart-type entre les deux communes d'exercice (ce qui est tout de même très important), alors celle qui exerce dans la commune à plus fort APL aura un revenu en moyenne inférieur de 9 % à sa consœur.

Un « gender gap » qui se creuse avec le nombre d'enfants

Le modèle de régression mis en œuvre confirme l'influence de la structure familiale sur l'écart de revenus d'activité entre hommes et femmes. **Sans enfant ni conjoint** (une situation qui reste cependant rare comme on l'a vu), un « *gender gap* » est bien mis en évidence en 2011, mais il est nettement réduit en comparaison des statistiques brutes présentées plus haut, une fois contrôlé de l'ensemble des autres caractéristiques démographiques et professionnelles observables (figure 6). Sous cette configuration, il est d'environ 16 % et 20 % en défaveur des femmes chez les généralistes et les spécialistes de secteur 2, et peu significatif chez les spécialistes de secteur 1 (8 %). Si hommes et femmes confondus, les médecins *mariés ou pacés* déclarent des revenus plus élevés que les célibataires isolés (+20 % à +30 %), **ce type d'union pénalise la situation des femmes omnipraticiens ou spécialistes en secteur 1** relativement à celle leurs confrères, le « *gender gap* » correspondant se dégradant d'environ 10 % par rapport aux célibataires. Une telle « pénalité » n'est en revanche pas observée en secteur 2, où le mariage semble procurer un « gain » équivalent entre les deux sexes.

Le **revenu du conjoint** joue par ailleurs de façon plus négative sur le revenu d'activité des femmes médecins que sur celui des hommes : l'élasticité de leur revenu relativement à celle de leur conjoint (pourcentage de changement du revenu d'activité associé à une augmentation de 1 % du revenu du conjoint) est d'environ -0,02 chez ces dernières, contre -0,01 chez leurs confrères¹⁶.

À statut familial équivalent, **l'écart de revenus entre hommes et femmes se creuse ensuite significativement en présence d'enfants**, et cette fois-ci quelle que soit la spécialité ou le secteur. L'écart s'accroît particulièrement à partir de 3 enfants chez les généralistes : le « *gender gap* » augmente ainsi encore de 16 % en présence de 3 enfants ou plus par rapport à une situation sans enfant, toutes choses égales par ailleurs. Pour les spécialistes, le « *gender gap* » s'accroît dès le deuxième enfant, son ampleur augmentant de 9 % par rapport à une situation sans enfant. Ces accroissements du « *gender gap* » résultent à la fois d'une hausse du revenu des hommes et d'une baisse du revenu des femmes dans ces situations. Afin d'étudier si cet écart varie aussi selon l'âge des enfants, une seconde spécification est mise en œuvre, qui distingue la présence d'enfant selon l'âge du plus jeune (figure 6bis). Il en ressort que c'est surtout lorsque le plus jeune des enfants a moins de deux ans que le « *gender gap* » est davantage dégradé pour les femmes, en particulier chez les médecins généralistes. La pénalité liée aux enfants devient très faible lorsque le dernier a six ans ou plus, sauf pour les familles nombreuses. En présence de **trois enfants ou plus dans le ménage, le « *gender gap* » reste en effet d'une ampleur très significative quel que soit l'âge du plus jeune enfant**. Il est particulièrement creusé dans le cas de généralistes avec famille nombreuse, dont le plus jeune a moins de 2 ans (écart supplémentaire de 25 % entre hommes et femmes par rapport à une situation sans enfant).

En dehors de la composition familiale, les autres caractéristiques testées jouent finalement peu sur le « *gender gap* » du revenu d'activité. Seule la densité locale (mesurée par l'APL,

¹⁶ Ces élasticités sont cohérentes avec les ordres de grandeur trouvés dans la littérature sur les médecins, comme Rizzo et Blumenthal (1994).

voir encadré 2) de médecins généralistes semble impacter le « *gender gap* » de cette spécialité. Plus précisément, on retrouve bien chez l'ensemble des médecins étudiés, l'effet de premier ordre de la concurrence sur les revenus d'activité : plus l'APL est élevée, plus les médecins sont nombreux à devoir se partager la même demande de soins, et donc plus leur activité (donc leurs revenus) sont réduits¹⁷. Ce lien est le plus fort pour les médecins généralistes et, chez ces derniers, pour les femmes en particulier. Il est possible que cela traduise un effet de sélection, le choix de localisation du médecin étant potentiellement endogène : les femmes qui souhaitent travailler moins peuvent préférer s'installer dans des centres urbains où la densité de médecins est plus forte, améliorant par exemple la possibilité d'exercer en groupe pour moduler son temps de travail.

➤ **La pratique d'une activité salariée, peu différenciée selon le genre**

La pratique d'une activité mixte ne semble pas influencer différemment les revenus des hommes et des femmes. Toutes choses égales par ailleurs, les généralistes « mixtes » ont des revenus globaux légèrement plus élevés (+5 %) que les autres, ce qui n'est pas le cas des spécialistes : en secteur 1, les médecins mixtes ont des rémunérations équivalentes à celles des autres, tandis qu'en secteur 2, ils perçoivent des revenus légèrement inférieurs (-8 %). Ces tendances ne dépendent pas spécifiquement du genre, d'après les interactions ajoutées dans le modèle.

Signalons enfin que le lien entre « *gender gap* » et charges de familles est de même ampleur quand on s'intéresse uniquement aux *revenus tirés de l'activité libérale*, sur les trois populations de médecins étudiées. **Ceci suggère que les éventuelles activités salariées complémentaires (incluses dans le revenu complet) ne compensent ni n'aggravent l'écart de revenus entre hommes et femmes médecins.** Leurs montants sont en effet généralement faibles comparativement aux revenus libéraux, et contribuent peu à faire varier le « *gender gap* ».

¹⁷ L'effet est moins fort, même s'il est significatif, pour les médecins en secteur 2, en raison de la possibilité d'exercer des dépassements d'honoraires.

➤ Figure 6 • Impact de la structure familiale sur les revenus d'activité relatifs des femmes et des hommes, en 2011 : estimation MCO

		Généralistes		Spécialistes de secteur 1		Spécialistes de secteur 2	
Mixte (si revenus salariaux >1000€)		0,046	***	-0,025	ns	-0,077	***
APL standardisée		-0,049	***	-0,027	***	-0,016	*
Situation familiale	Célibataire concubin	0,149	***	0,195	***	0,101	*
	Divorcé ou veuf	0,164	***	0,217	***	0,128	***
	Marié ou pacsé	0,308	***	0,244	***	0,241	***
	<i>Célibataire isolé (REF)</i>	<i>0,000</i>		<i>0,000</i>		<i>0,000</i>	
Log du revenu du conjoint		-0,014	***	-0,007	***	-0,010	***
Nombre d'enfants	1 enfant	0,022	ns	0,020	ns	0,021	ns
	2 enfants	0,014	ns	0,057	*	0,049	*
	3 enfants ou plus	0,052	***	0,082	**	0,097	***
	<i>aucun enfant mineur (REF)</i>	<i>0,000</i>		<i>0,000</i>		<i>0,000</i>	
Femme		-0,159	***	-0,082	^	-0,195	***
Mixte * FEMME		-0,016	ns	-0,016	ns	-0,001	ns
APL standardisée *FEMME		-0,038	***	0,002	ns	-0,001	ns
Situation familiale *FEMME	Célibataire concubin	0,055	ns	-0,095	ns	0,047	ns
	Divorcé ou veuf	-0,044	ns	-0,196	***	0,027	ns
	Marié ou pacsé	-0,089	**	-0,125	*	0,000	ns
		<i>Célibataire isolé (REF)</i>		<i>0,000</i>		<i>0,000</i>	
Log du revenu du conjoint *FEMME		-0,007	***	-0,010	**	-0,011	**
*Nombre d'enfants *FEMME	1 enfant	-0,065	***	-0,013	ns	-0,052	ns
	2 enfants	-0,063	***	-0,094	**	-0,085	*
	3 enfants ou plus	-0,155	***	-0,112	**	-0,112	**
	<i>aucun enfant mineur (REF)</i>	<i>0,000</i>		<i>0,000</i>		<i>0,000</i>	
R2		0,266		0,451		0,395	
NOBS		19 875		5 806		7 036	

*** indique la significativité au seuil de 1 %, ** au seuil de 5 %, * au seuil de 10 %, et + au seuil de 15 % respectivement.

Note : Les autres caractéristiques démographiques et professionnelles incluses dans la régression, mais non indiquées ici (se reporter au tableau en Annexe I) sont : l'âge, l'expérience (en niveau et au carré), la spécialité, le secteur et la pratique d'un MEP (pour les généralistes), le « case-mix », ainsi que la contribution des actes techniques aux honoraires.

Champ : Médecins libéraux âgés de 50 ans ou moins, hors praticiens hospitaliers temps plein avec secteur privé, hors certaines spécialités (voir encadré 2), ayant perçu au moins 1 euro d'honoraire et 1 euro de revenu libéral en 2011.

Sources : Insee-Cnamts-DGFIP 2011.

➤ Figure 6bis • Impact de la structure familiale sur les revenus d'activité relatifs des femmes et des hommes, en 2011 : estimation MCO (spécification détaillant l'âge des enfants)

		Généralistes		Spécialistes de secteur 1		Spécialistes de secteur 2	
Mixte (si revenus salariaux >1000€)		0,046	***	-0,026	ns	-0,076	***
APL standardisée		-0,049	***	-0,028	***	-0,016	*
Situation familiale	Célibataire concubin	0,152	***	0,200	***	0,107	**
	Divorcé ou veuf	0,172	***	0,222	***	0,138	***
	Marié ou pacsé	0,314	***	0,252	***	0,249	***
	Célibataire isolé (REF)	0,000		0,000		0,000	
Log du revenu du conjoint		-0,014	***	-0,007	***	-0,010	***
Âge du dernier enfant	2 ans ou moins, <=2 enfants	-0,019	ns	-0,003	ns	0,024	ns
*Nombre d'enfants	2 ans ou moins, >= 3 enfants	0,046	**	0,060	ns	0,049	ns
	3 à 5 ans, <=2 enfants	0,015	ns	0,073	*	0,010	ns
	3 à 5 ans, >= 3 enfants	0,035	^	0,084	**	0,115	***
	6 ans ou plus, <=2 enfants	0,028	*	0,047	^	0,058	**
	6 ans ou plus, >=3 enfants	0,065	***	0,086	**	0,118	***
	aucun enfant mineur (REF)	0,000		0,000		0,000	
Femme		-0,160	***	-0,076	ns	-0,192	***
Mixte * FEMME		-0,011	ns	-0,014	ns	-0,003	ns
APL standardisée *FEMME		-0,037	***	0,002	ns	0,000	ns
Situation familiale *FEMME	Célibataire concubin	0,063	^	-0,100	ns	0,041	ns
	Divorcé ou veuf	-0,061	*	-0,209	***	0,007	ns
	Marié ou pacsé	-0,089	**	-0,138	*	-0,006	ns
	Célibataire isolé (REF)	0,000		0,000		0,000	
Log du revenu du conjoint *FEMME		-0,007	***	-0,010	**	-0,010	*
Âge du dernier enfant	2 ans ou moins, <=2 enfants	-0,161	***	-0,131	**	-0,118	**
*Nombre d'enfants	2 ans ou moins, >= 3 enfants	-0,245	***	-0,127	*	-0,131	*
*FEMME	3 à 5 ans, <=2 enfants	-0,054	*	-0,089	^	-0,053	ns
	3 à 5 ans, >= 3 enfants	-0,125	***	-0,086	ns	-0,151	**
	6 ans ou plus, <=2 enfants	-0,045	**	-0,049	ns	-0,068	ns
	6 ans ou plus, >=3 enfants	-0,138	***	-0,112	**	-0,094	^
	aucun enfant mineur (REF)	0,000		0,000		0,000	
R2		0,270		0,451		0,396	
NOBS		19 875		5 806		7 036	

*** indique la significativité au seuil de 1 %, ** au seuil de 5 %, * au seuil de 10 %, et + au seuil de 15 % respectivement.

Note : Les autres caractéristiques démographiques et professionnelles incluses dans la régression, mais non indiquées ici (se reporter au tableau en Annexe I) sont : l'âge, l'expérience (en niveau et au carré), la spécialité, le secteur et la pratique d'un MEP (pour les généralistes), le « case-mix », ainsi que la contribution des actes techniques aux honoraires.

Champ : Médecins libéraux âgés de 50 ans ou moins, hors praticiens hospitaliers temps plein avec secteur privé, hors certaines spécialités (voir encadré 2), ayant perçu au moins 1 euro d'honoraire et 1 euro de revenu libéral en 2011.

Sources : Insee-Cnamts-DGFIP 2011.

Les limites des données en coupe

Cette première analyse présente toutefois certaines limites : s'agissant de résultats obtenus « en coupe », ils ne peuvent refléter formellement la façon dont l'arrivée d'un enfant pèse sur les revenus d'une même personne. Ils correspondent simplement aux différences de niveaux de revenus *entre* médecins selon leur descendance, ce qui ne traduit pas le même phénomène. D'une part, **les femmes médecins qui ont des enfants peuvent avoir certaines caractéristiques inobservées** qui les conduiraient à avoir des revenus également inférieurs à la moyenne même sans enfant. Le lien observé entre la présence d'enfants et des revenus d'activité moindre chez ces femmes serait dans ce cas uniquement dû à un *effet de sélection*. D'autre part, **les médecins sans enfant constituent une modalité de référence fragile, car ils représentent une population atypique**. Peu nombreux comme on l'a vu, c'est une population très hétérogène : l'âge y est notamment très dispersé par rapport aux autres catégories de médecins, signe qu'elle combine à la fois des médecins plutôt jeunes qui n'ont pas encore d'enfants mais en souhaiteraient sans doute, et d'autres, plus expérimentés, qui ne comptent pas (ou plus) en avoir. Le niveau de leur revenu d'activité est donc lui aussi relativement hétérogène. Ces limites peuvent être en partie dépassées grâce à la mobilisation des informations en panel, qui permettent d'étudier cette fois-ci la dynamique des revenus au niveau individuel. Bien que cela conduise à restreindre le champ d'étude (*cf. infra*), une telle analyse permettra notamment de tester la présence d'*effet de sélection* dans la mesure du « *gender gap* » réalisée plus haut.

Impact de l'arrivée d'enfants sur les revenus en cours de carrière : étude longitudinale

Afin de déterminer si le lien entre les charges de famille et le revenu d'activité observé précédemment ne découle pas uniquement d'un effet de sélection, et dans ce cas d'étudier à quel moment se concentre le « décrochage » de revenus pour les femmes, l'étude des *trajectoires individuelles* est ici menée, grâce à la dimension « panel » des données aux trois dates 2005, 2008 et 2011 (encadré 4).

➤ Encadré 4 • Méthodologie d'analyse longitudinale des trajectoires de revenus sur 2005-2008-2011

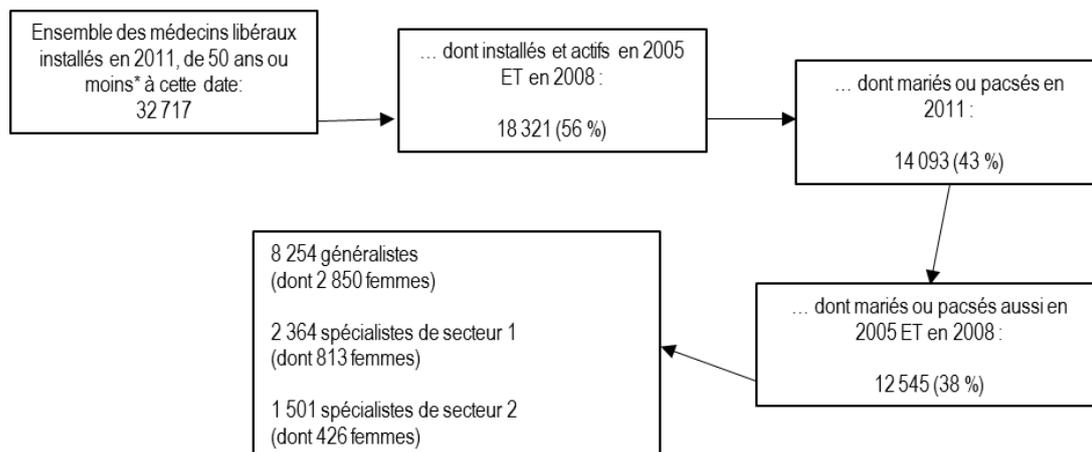
Restriction de l'échantillon

L'échantillon est ici restreint aux médecins libéraux de 50 ans ou moins en 2011, installés en libéral en 2005, 2008 et 2011 et ayant perçu des honoraires et des revenus libéraux non nuls à ces trois dates. Parmi eux, **seuls sont conservés les médecins déclarant être mariés ou pacés aux trois dates**, afin d'être en mesure d'identifier le conjoint et les éventuels enfants du médecin dans le foyer fiscal. En 2005 et en 2008, aucune information n'est en effet disponible sur les éventuels autres foyers fiscaux résidant dans le même logement que le médecin : les situations de concubinage, ou d'enfants hors mariage ne peuvent donc pas être détectées (encadré 2), alors qu'elles influencent les revenus d'activité comme l'a montré la partie précédente, focalisée sur 2011.

L'échantillon final est ainsi constitué d'un peu plus de 12 650 médecins (*schéma ci-dessous*) dont on observe la trajectoire en 2005-2008-2011, soit 39 % de l'échantillon étudié précédemment en 2011. L'attrition la plus importante

est causée par la contrainte d'installation et d'activité en 2005 et 2008¹⁸, qui exclut les plus jeunes médecins observés en 2011, c'est-à-dire ceux installés en libéral depuis moins de 6 ans à cette date. Ces restrictions pèsent sur la taille de l'échantillon final de spécialistes, en particulier sur celui des femmes en secteur 2 (cf. schéma). Ceci invite à la prudence sur l'interprétation des résultats obtenus sur ce groupe dans la suite.

➤ **Schéma • Attrition de l'échantillon pour constituer le champ du panel 2005-2008-2011**



*hors praticiens hospitaliers temps plein avec secteur privé, et hors certaines spécialités (voir encadré 2).

La méthode d'estimation de l'impact de l'arrivée d'un enfant sur l'évolution du revenu d'activité : mise en œuvre d'un modèle à effets fixes sur la période 2005-2008-2011

On souhaite ici mesurer l'impact de l'arrivée d'un enfant sur l'évolution des revenus d'activité individuels à court et moyen terme, selon le genre du médecin, sa spécialité (généraliste vs. spécialiste) et son secteur de conventionnement. Concernant les médecins autorisés à fixer librement leurs tarifs (secteur 2), l'impact est également mesuré sur une autre variable d'intérêt, le taux de dépassement d'honoraires. Ce dernier influençant directement le revenu d'activité, l'idée est donc de détecter s'il constitue un levier mobilisé pour compenser financièrement une éventuelle baisse du temps d'activité en cas d'événement familial¹⁹.

Le lien entre l'arrivée d'enfants et ces variables d'intérêt est obtenu par la mise en œuvre d'un modèle à effets fixes (ou régression « within »)²⁰ reliant les revenus d'activité (ou le taux de dépassement, en secteur 2) aux caractéristiques du médecin. Une telle modélisation permet de tenir compte d'effets individuels inobservables et fixes dans le temps (goût pour la carrière par exemple), qui pourraient être corrélés à la probabilité d'avoir un enfant, entraînant potentiellement un biais sur les estimations en coupe. Formellement, un tel modèle s'écrit :

$$Y_{it} = \alpha + \beta X_i + \gamma Z_{it} + C_i + U_{it}$$

¹⁸ De fait, c'est surtout la contrainte d'installation en 2005 qui pèse. Les médecins de 2011 déjà installés et actifs en 2005, l'étaient aussi presque tous en 2008 (à 97 %). Il y a donc très peu de cessations temporaires d'activité. On a par ailleurs essayé de vérifier que la probabilité d'être absent en 2008 (resp. en 2011) parmi les présents en 2005 n'était pas liée à l'arrivée de nouveaux d'enfants. Dans le cas contraire, cela aurait pu minorer l'impact estimé de l'arrivée d'enfants sur l'évolution des revenus, puisque les médecins les moins susceptibles de cesser leur activité (ou de devenir salariés intégraux) seraient surreprésentés dans le panel. Pour ce faire, une régression logistique a été conduite sur les médecins de 44 ans ou moins en 2005, mesurant leur probabilité d'être encore recensés par la Cnamts en 2008 (resp. 2011). Le coefficient relatif à la présence d'enfants très jeunes en 2005 (né dans l'année ou moins de 2 ans) n'est pas significatif dans les deux cas : le modèle ne met donc pas en évidence un surcroît d'arrêt de travail après une naissance. Les arrêts *précédant* une naissance (par anticipation) ne peuvent cependant pas être identifiés (car on ne récupère d'information sur la structure familiale que lorsque le médecin est aussi en activité selon la Cnamts), il ne s'agit donc que d'une vérification parcellaire.

¹⁹ Le *taux de dépassement* est par ailleurs une variable issue du Sniiram que l'on suppose moins biaisée que les autres par l'éventualité de situations de remplacements (voir encadré 2).

²⁰ Cette spécification est privilégiée par rapport à celle d'un modèle à effets aléatoires, d'après les résultats du test d'Hausman comparant les deux types d'estimations.

où :

- > X_i correspond aux variables observées, invariables dans le temps (le secteur, la spécialité détaillée, etc.) – elles sont indiquées ici à titre indicatif, sachant qu'elles s'annulent lorsque l'on différencie cette équation pour estimer le modèle (cf. équation suivante) ;
- > Z_{it} correspond aux autres variables observables, déjà mobilisées dans l'analyse effectuée sur la seule année 2011, comprenant la variable liée au nombre et à l'âge des enfants, mais aussi l'expérience (en niveau et au carré), la catégorie juridique (SEL ou non), la contribution des actes techniques aux honoraires, les revenus du conjoint (en log) et une indicatrice relative à l'année d'observation (2005, 2008 ou 2011). La spécification adoptée pour décrire le nombre et l'âge des enfants du ménage est ici affinée par rapport à celle de la partie précédente, où étaient simplement comparés les médecins « en coupe ». On distingue toujours le cas des ménages à un ou deux enfants de ceux de trois enfants ou plus, cette dernière configuration étant relativement fréquente, et qui semble être la plus « discriminante » au travail des mères médecins. Mais l'âge est découpé de façon plus précise : **la catégorie des « 2 ans ou moins » est ainsi divisée entre les enfants nés dans l'année d'observation (2005, 2008 ou 2011) et les enfants âgés de 1 ou 2 ans**. L'année de naissance est en effet certainement très particulière pour les revenus d'activité²¹, du moins pour les mères, étant nécessairement associée à une certaine période de repos de durée variable (à l'image du congé maternité chez les salariés). Les observations pour lesquelles coïncide exactement une naissance la même année risquent donc de peser beaucoup sur l'estimation, alors qu'il se peut que l'impact soit simplement très ponctuel²² : c'est pourquoi cette modalité est isolée ici. Cela permet aussi de mieux apprécier le profil de l'évolution de revenus d'activité en fonction de l'âge des très jeunes enfants ;
- > c_i correspond à l'effet fixe individuel inobservé ;
- > enfin, u_{it} représente le terme d'erreur.

La mise en œuvre d'un tel modèle a pour objectif de déterminer le coefficient γ relatif aux variables évoluant dans le temps, ce qui revient en fait à conduire une régression linéaire des évolutions de revenus (entre 2005 et 2008, et entre 2008 et 2011) sur les évolutions de ces caractéristiques observables, parmi lesquelles, les variations du nombre ou de l'âge des enfants :

$$\Delta Y_{it} = \gamma \Delta Z_{it} + \Delta u_{it}$$

Les variables constantes dans le temps X_i ne contribuent plus à l'estimation du modèle, contrairement à la partie précédente²³. Les variables correspondant à des montants monétaires sont par ailleurs systématiquement exprimées ici en euros constants 2011, de façon à neutraliser les effets de l'inflation sur les évolutions de revenu.

Une forte croissance tendancielle des revenus en début de carrière, toutes choses égales par ailleurs

Tout d'abord, les résultats des modèles à effets fixes (figure 7 pour les coefficients estimés et 8 pour une représentation graphique) confirment **la rapide augmentation des revenus de ces jeunes médecins au fur et à mesure du temps écoulé depuis leur installation et de l'expérience acquise** (entre +4 et +8 % par an en euros constants). Cette montée en charge

²¹ Plus exactement, on veut parler ici de la période entourant la naissance. Mais les déclarations fiscales permettant uniquement de connaître l'année de naissance des enfants (et non le mois), on se contente d'approcher cette période par l'année en question.

²² Notons cependant que si une naissance entraîne très probablement un arrêt temporaire d'activité durant au moins les quelques semaines entourant la naissance, en revanche **l'effet sur les revenus d'activité peut être atténué par la perception d'une indemnité maternité**, versée aujourd'hui par l'assurance-maladie sur une durée limitée (cumul d'une allocation forfaitaire d'environ 3000 € bruts et d'indemnités journalières d'environ 50 € – sous condition de cessation totale d'activité – jusqu'à 16 semaines (moins de deux enfants) ou 26 semaines [trois enfants ou plus]).

²³ Seuls des « clusters » peuvent être spécifiés – ici par spécialité détaillée – pour le calcul de la variance des estimateurs.

est tirée par l'accroissement des revenus libéraux²⁴, et reflète ainsi en partie la période de constitution de la patientèle, dont le « pic » est atteint relativement tard en général, notamment chez les médecins généralistes (Bellamy, 2013). Comme le suggèrent les résultats de la figure 7, **la croissance tendancielle des revenus des femmes est au moins aussi dynamique que celle de leurs confrères chez les spécialistes de secteur 1 et les généralistes**. En secteur 2, l'évolution est particulièrement forte chez les hommes (+8 %), portée à la fois par la croissance des revenus hors dépassements²⁵ et celle des taux de dépassement (figure 7). Ces médecins semblent ainsi utiliser la possibilité **de valoriser leur expérience via les tarifs qu'ils peuvent fixer librement**. C'est aussi le cas des femmes en secteur 2, dont le taux de dépassement moyen augmente très significativement avec les années de pratique (figure 7). Ces dernières semblent en revanche davantage « délaissé » les activités salariées complémentaires que leurs confrères²⁶, pour se concentrer, avec le temps, sur leur activité libérale : au final, leurs revenus d'activité totaux évoluent de façon certes très dynamique, mais moins que les hommes.

L'arrivée d'un enfant ralentit notablement l'évolution des revenus des femmes. Si la baisse est concentrée sur la période succédant à la naissance, elle ne se résorbe jamais complètement, et se cumule en théorie avec le nombre d'enfants.

L'évolution tendancielle des revenus sur la période 2005-2008-2011 est toutefois **particulièrement heurtée, chez les femmes médecins mariées en couple, par l'arrivée d'enfants dans le ménage** (figures 7 et 8). Avoir un enfant en cours de carrière entraîne en effet une chute importante des revenus d'activité des femmes, **très concentrée autour de l'année de naissance**. L'impact cette année-là est similaire entre généralistes et spécialistes ainsi qu'entre secteurs : la baisse est d'environ 25 % pour un 1^{er} ou un 2^{ème} enfant par rapport à une situation où aucune naissance ne serait intervenue sur la période. Elle est de 30 % au-delà du 3^e enfant. Les années suivantes, les revenus d'activité reprennent un rythme d'évolution proche de celui observé la période antérieure à la naissance ; la « pénalité » financière liée à l'arrivée d'un nouvel enfant persiste cependant significativement, à moyen terme, notamment à partir du 3^{ème} enfant. En outre, lorsque plusieurs enfants naissent durant la carrière libérale d'une femme médecin, ces pénalités de moyen terme se cumulent pratiquement. Cinq ans après la naissance d'un 3^{ème} enfant par exemple – en supposant qu'aucun autre facteur n'ait varié –, le revenu d'activité perçu par les femmes est inférieur d'environ 10 à 15 % à ce qu'il aurait été si la naissance n'avait pas eu lieu ; en ajoutant les pénalités passées liées aux 1^{er} et 2^{ème} enfants, on peut considérer que les revenus d'une femme médecin ayant eu trois enfants en cours de carrière seraient tendanciellement inférieurs de près de 30 % à ceux d'une femme de mêmes caractéristiques, et de parcours équivalent, mais n'ayant eu aucun enfant.

²⁴ La mise en œuvre du modèle à effets fixes sur les seuls *revenus libéraux* fait ressortir un impact au moins aussi important de l'expérience sur leurs évolutions (résultats non reproduits ici), suggérant que c'est bien cette composante du revenu qui tire le plus la croissance des revenus globaux.

²⁵ Ce résultat est établi sur la base d'un modèle à effets fixes sur les *honoraires sans dépassements* (non reproduit ici).

²⁶ Le coefficient lié à l'évolution tendancielle annuelle du revenu, lorsque la variable endogène est uniquement le *revenu libéral* (modèle non reproduit ici) est, pour les femmes spécialistes de secteur 2, près de deux fois plus fort (+10 % par an) que celui observé dans le modèle présenté ici où la variable endogène est le *revenu d'activité global*. L'écart correspondant est beaucoup plus faible chez les hommes.

La baisse du revenu des femmes après une naissance se résorberait plus rapidement en secteur 2 qu'en secteur 1.

Là encore, l'ampleur de ces différents écarts de moyen terme diffèrent peu selon la spécialité et le secteur. **La perte de revenus semble toutefois se résorber un peu plus vite pour les femmes en secteur 2**, en comparaison de leurs consœurs spécialistes en secteur 1. Une explication de ce dernier résultat pourrait résider dans le fait qu'en secteur 2, si les revenus globaux des femmes médecins sont en moyenne comparables avec ceux des femmes en secteur 1, leur *volume d'activité* est en revanche plus faible (voir figure 4, qui compare les *honoraires sans dépassements* des médecins selon le secteur) : l'activité correspondante en secteur 2 est donc sans doute davantage compatible avec la charge de très jeunes enfants, facilitant un retour rapide à une activité d'intensité proche de celle précédant la naissance. Par ailleurs, les femmes médecins en secteur 2 peuvent également modifier leur taux de dépassement pour compenser la baisse d'activité liée à l'arrivée d'un enfant. Il semble qu'elles recourent à cette possibilité lors de la naissance de leur premier ou second enfant, où l'on observe une augmentation de leur taux de dépassement de 7 %. Enfin, une autre hypothèse, difficile à étayer cependant, est liée à la durée des consultations, en moyenne plus longues en secteur 2 (Gouyon, 2009) : les femmes y exerçant pourraient ainsi disposer d'une petite marge de manœuvre pour les réduire temporairement (en alignant leur durée avec celle du secteur 1), de façon à diminuer quelque peu leur temps de travail tout en maintenant leur niveau de revenus.

Aucun impact négatif de l'arrivée d'un enfant sur l'évolution des revenus d'activité n'est observé chez les hommes médecins.

A contrario, aucun impact à la baisse n'est décelé chez les médecins hommes, que ce soit à court ou à moyen terme après la naissance. Les hommes médecins généralistes ont même tendance à intensifier leur activité suite à un tel événement : ils semblent ainsi répondre au resserrement de la contrainte budgétaire du ménage, qui doit accueillir un nouvel enfant. Le fait que l'on n'observe pas une telle intensification de l'activité chez les spécialistes peut sans doute s'expliquer par les *montants* plus élevés des revenus perçus par ces derniers en moyenne : ils auraient ainsi davantage de marge de manœuvre pour pallier des besoins financiers croissants, leur permettant de ne pas avoir à augmenter leur activité pour rester à l'aise.

La modulation des dépassements d'honoraires : un levier plutôt utilisé par les hommes

L'hypothèse selon laquelle en secteur 2, les médecins pourraient **mobiliser le levier des dépassements d'honoraires** suite à une naissance de façon à augmenter leur revenu tout en réduisant le temps de travail, **semble uniquement plausible à très court terme pour les femmes**. Pour ces dernières, l'évolution des *taux de dépassement* n'est sensible à la présence d'enfant qu'au moment de la naissance et même là, l'impact ne semble significatif qu'au premier ou deuxième enfant (hausse ponctuelle d'environ 6 points du

taux de dépassement). Ce résultat invite à la prudence²⁷, il est difficile de conclure quant à un éventuel comportement d'ajustement des tarifs des femmes en secteur 2 pour maintenir – ou ne pas avoir à trop baisser – leurs revenus (théorie d'un « revenu-cible »). **Ce levier semble en revanche significativement sollicité par les hommes pour augmenter leurs revenus les années suivant une naissance, en particulier à partir du 3^{ème} enfant.** Le modèle suggère dans ce cas que le taux de dépassement des médecins masculins serait durablement supérieur de 10 à 15 points à ce qu'il aurait été en l'absence d'un tel événement. Cette différence de comportements entre hommes et femmes **va plutôt dans le sens des observations émises par Goldin (2011)** : les femmes en secteur 2 sont contraintes, comme leurs consœurs, à réduire leur activité (au moins à court terme) suite à une naissance. Elles peuvent alors difficilement augmenter leurs taux de dépassement pour compenser ce manque-à-gagner, dans la mesure où leur moindre disponibilité joue négativement sur la propension à payer des patients pour chaque consultation. Les hommes de leur côté, qui restent toujours aussi disponibles, seraient à l'inverse plus « légitimes » que leurs consœurs pour continuer à augmenter leurs tarifs suite à ce type d'événement familial.

L'impact d'une naissance joue principalement sur la composante libérale du revenu d'activité

Enfin, sur quelle composante du revenu d'activité l'arrivée d'un enfant joue-t-elle le plus ? La mise en œuvre du modèle à effets fixes sur les seuls revenus libéraux²⁸ semble indiquer sans surprise que **ce sont principalement les revenus libéraux qui sont affectés** : les coefficients relatifs aux variables décrivant l'âge et le nombre d'enfants sont généralement plus élevés en valeur absolue, en particulier chez les généralistes et les spécialistes de secteur 1. D'une part, le choix du volume d'activité est nécessairement plus souple en libéral : c'est cette composante qui va d'abord servir de variable d'ajustement en cas d'événement familial nécessitant de limiter son temps de travail. D'autre part, au moment du congé maternité, les femmes ayant une activité salariée continuent en principe à percevoir leur rémunération : l'arrêt de l'activité correspondante ne se traduit donc pas forcément par une perte salariale.

²⁷ Les variables de volume d'activité ou de taux de dépassements sont particulièrement sujettes à précaution au moment de ce type d'événement familial qu'est une naissance, une période où le médecin peut être beaucoup plus souvent qu'à l'habitude amené à faire appel à un remplaçant.

²⁸ Résultats non reproduits ici.

➤ Figure 7 • Impact de la structure familiale sur l'évolution du revenu d'activité et du taux de dépassement selon le sexe : résultats du modèle à effets fixes (panel 2005-2008-2011)

	LOG (REVENU D'ACTIVITE)						TAUX DE DEPASS.	
	Généralistes		Spécialistes secteur 1		Spécialistes secteur 2		Spécialistes secteur 2	
	H	F	H	F	H	F	H	F
Expérience	0.0389***	0.0688***	0.0448***	0.0493***	0.0825***	0.0525***	0.0253***	0.0378***
Expérience ²	-0.00032***	-0.00138***	-0.000963***	-0.00143***	-0.00224***	-0.00124**	0.000478***	-0.00008
né dans l'année, <=2 enfants	-0.000206	-0.267***	0.0182	-0.247***	0.00815	-0.285*	0.00665	0.0691*
né dans l'année, >=3 enfants	0.0473***	-0.332***	0.0154	-0.291*	0.00840	-0.328**	0.124*	0.0344
1 ou 2 ans, <=2 enfants	0.0118	0.0234	0.0106	-0.0691+	0.0126	0.0170	0.0553	-0.0336
1 ou 2 ans, >=3 enfants	0.0601***	-0.0538*	0.0216	-0.141**	0.0397	-0.00089	0.0997*	0.0181
3 à 5 ans, <=2 enfants	0.0419***	0.00587	0.0230	-0.0666**	0.0359	-0.0320	0.0646+	0.00306
3 à 5 ans, >= 3 enfants	0.0655***	-0.0595**	0.0355	-0.0794+	0.0373	-0.0789	0.104**	0.00545
6 ans ou plus, <=2 enfants	0.0351***	-0.00155	0.0295	-0.0558*	-0.00131	0.00316	0.0713**	0.00254
6 ans ou plus, >=3 enfants	0.0565***	-0.0627**	0.0206	-0.0543	0.0360	-0.0391	0.0838**	-0.0115
Log. revenus du conjoint	-0.00255***	-0.00772***	0.00199+	-0.0164**	-0.00234+	-0.0107	-0.00168*	-0.00299
R2 within	0.125	0.150	0.112	0.186	0.231	0.282	0.184	0.293
Nombre d'individus	5404	2850	1551	813	1501	426	1501	426

*** indique la significativité au seuil de 1 %, ** au seuil de 5 %, * au seuil de 10 %, et + au seuil de 15 % respectivement.

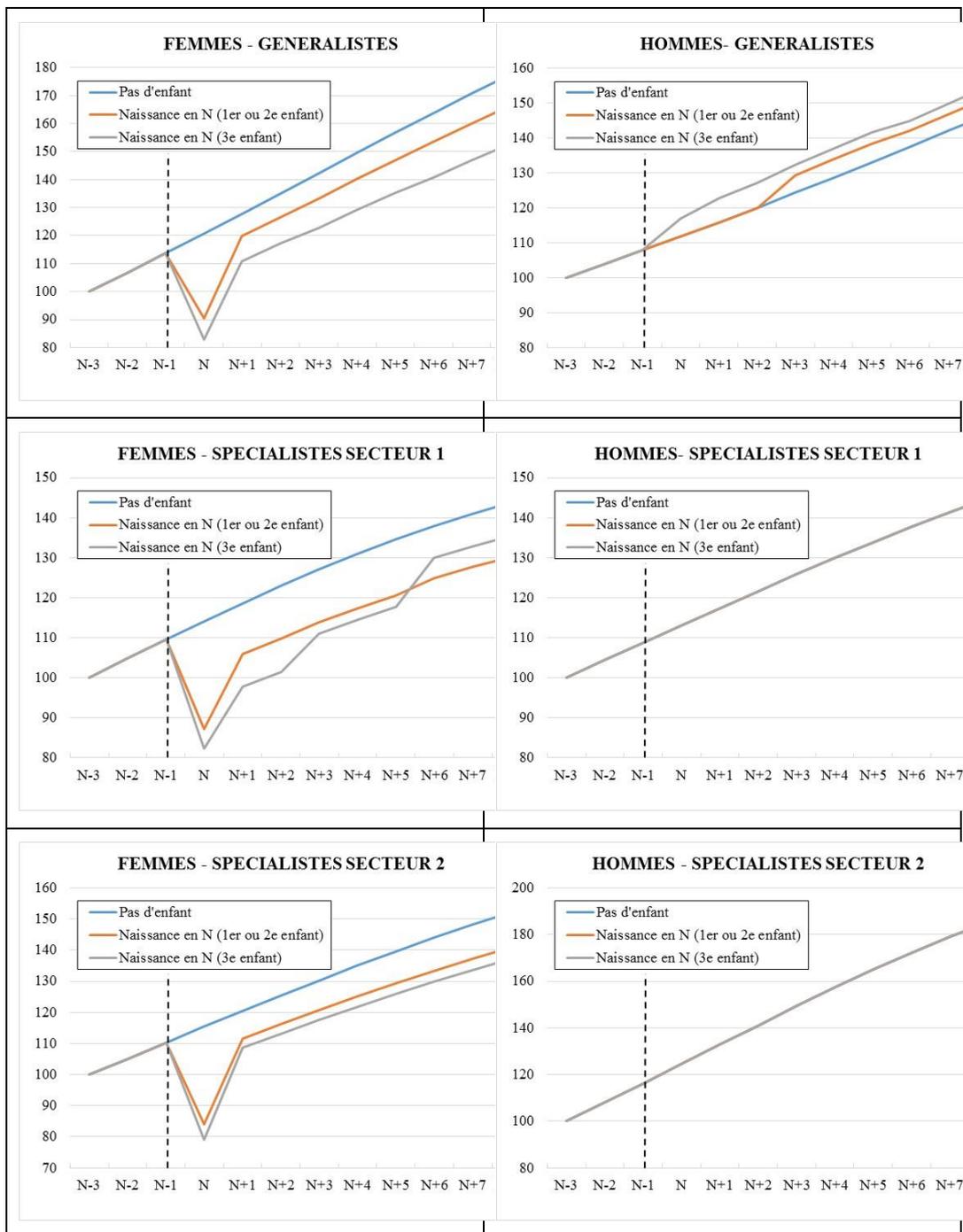
Note : L'évolution tendancielle annuelle cumule dans la régression les effets de l'expérience (voir encadré 4) avec l'évolution tendancielle annuelle des tarifs sur la période 2005-2011 (il n'est en effet pas possible de distinguer ces deux composantes dans l'estimation en différences qui découle de la spécification en effets fixes).

Les autres caractéristiques démographiques et professionnelles incluses dans la régression, mais non indiquées ici (se reporter au tableau en Annexe II) sont : le « case-mix », la contribution des actes techniques aux honoraires, la catégorie juridique (SEL ou non), la pratique d'une activité mixte (oui/non), ainsi qu'une indicatrice contrôlant de la période d'observation (2005-2008 ou 2008-2011).

Champ : Pour chacune des trois années étudiées (2005, 2008 et 2011) : Médecins libéraux mariés ou pacsés âgés de 50 ans ou moins, hors praticiens hospitaliers temps plein avec secteur privé, hors certaines spécialités (voir encadré 2), ayant perçu au moins 1 euro d'honoraire et 1 euro de revenu libéral.

Sources : Insee-Cnamts-DGFIP 2005, 2008 et 2011.

➤ Figure 8 • Impact de la structure familiale sur l'évolution du revenu d'activité : illustration de cas-types à partir des résultats du modèle à effets fixes (panel 2005-2008-2011)



Note : L'évolution du revenu d'activité du médecin est ici simulée en faisant l'hypothèse que hormis son expérience (initialisée à 0 l'année (N-3)) et sa structure familiale, aucune de ses caractéristiques introduites dans le modèle à effets fixes ne varie dans le temps. Seuls les coefficients qui sont au moins significatifs au seuil de 15 % sont exploités pour construire ces graphiques ; les autres sont alors supposés nuls.

Sources : Insee-Cnamts-DGFIP 2011, calculs des auteurs.

Discussion

L'étude réalisée confirme le rôle important de la maternité sur l'écart de revenus entre les femmes et les hommes en médecine libérale, comme ce qui peut être souvent observé dans les autres secteurs de l'économie. Si la présence d'enfants dans le foyer n'explique pas l'intégralité de ce « *gender gap* », même en contrôlant des autres caractéristiques observables telles que la spécialité, le secteur ou l'expérience, il y contribue de façon très significative, signe de l'implication encore très forte des femmes médecins dans les charges de famille, relativement à leurs confrères.

Les revenus d'activité plus faibles des femmes médecins ayant de jeunes enfants ne résultent pas, en outre, d'un effet de sélection. L'analyse de l'évolution des revenus suite à l'arrivée d'un enfant en cours de carrière met bien en évidence la forte baisse de ces revenus qui coïncide avec la période entourant la naissance, et qui ne semble jamais se résorber totalement, du moins sur la longueur de temps étudiée (six ans, entre 2005 et 2011). Un tel impact est principalement ressenti sur la composante libérale du revenu d'activité. Les revenus subissent ainsi un « déficit » ponctuel de l'ordre de 25 à 30 % au moment de la naissance, malgré la perception d'une indemnité maternité sur la même période mais qui reste aujourd'hui encore très modeste. Il est d'autant plus accentué qu'il y a déjà des enfants présents dans le ménage, une situation très fréquente pour cette population où la plupart des médecins en couple avaient déjà un enfant à charge lorsqu'ils se sont mis à leur compte.

Ces résultats confirment les conclusions mises en avant par Sasser (2005) sur l'étude d'une cohorte de jeunes médecins américains. Selon l'auteur, les revenus moindres des femmes avec jeunes enfants sont la traduction directe d'un nombre d'heures travaillées plus faible. Si l'absence d'information relative au temps de travail dans notre source ne nous permet pas d'avancer une telle conclusion, elle reste cependant très plausible ici, dans un contexte de paiement à l'acte impliquant un lien fort entre rémunération et volume d'activité, hormis en secteur 2 où les prix peuvent être fixés librement. Mais même au sein de ce dernier secteur, les résultats ne permettent pas réellement de conclure à un comportement stratégique des femmes suite à l'arrivée d'un enfant, qui pourraient être tentées de relever leurs tarifs de façon à maintenir leurs revenus tout en travaillant moins. Chez les hommes au contraire, le levier des dépassements paraît plus clairement sollicité pour faire face aux aléas financiers les années suivant une naissance.

Les revenus d'activité des femmes spécialistes de secteur 2 semblent en effet autant affectés par ce type d'événement familial que ceux de leurs consœurs en secteur 1, du moins à très court terme. À moyen terme, leurs revenus retrouvent un peu plus vite que leurs consœurs leur rythme tendanciel d'évolution. Si ce dernier résultat doit être pris avec précaution compte-tenu de la taille modeste de l'échantillon de femmes en secteur 2 ayant connu une maternité récente – les femmes étant nettement moins nombreuses que les hommes dans ce secteur –, il confirme cependant l'avantage financier lié au choix de ce secteur. À montants de revenus équivalents, le volume d'activité y est généralement plus faible qu'en secteur 1, offrant probablement davantage de souplesse pour adapter son

temps de travail à certaines contraintes extérieures, tout en maintenant un niveau de revenu élevé.

Les prochaines années vont continuer à voir venir des besoins croissants en médecins libéraux, notamment dans certains territoires (DREES, 2016). Dans un contexte de forte féminisation de la médecine, appelée à se poursuivre encore un certain temps (DREES, 2016), les femmes vont nécessairement jouer un rôle de plus en plus important dans cette prise en charge. Encore faut-il pour cela qu'elles trouvent pleinement leur intérêt à ce mode d'exercice qui leur est aujourd'hui moins favorable que leurs confrères, notamment avec l'arrivée de nouvelles charges familiales comme l'indique notre étude. L'avenant n°2 à la Convention médicale très récemment signé (le 1^{er} mars 2017) constitue, à cet égard, un premier pas dans ce sens : il instaure une « rémunération supplémentaire pour cause de maternité ou d'adoption ». Cette aide forfaitaire, qui atteindra au maximum 3 100 euros par mois pendant trois mois pour les femmes en secteur 1 et 2 066 euros par mois pendant trois mois pour celles en secteur 2, viendra ainsi compléter l'allocation forfaitaire que perçoivent déjà les femmes médecins.

Bibliographie

Attal-Toubert K., Legendre N. (2007), « Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadres », DREES, *Études et Résultats*, n° 578, juin.

Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V. (2012), « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », DREES, *Études et Résultats*, n° 795, mars.

Becker, G. S. (1985). « Human capital, effort, and the sexual division of labor », *Journal of Labor Economics*, S33-S58.

Bellamy V., Samson A.-L. (2011), « Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins », DREES, *Comptes de la santé 2010*.

Borgès Da Silva R., Martel V., Blais R. (2013), « Qualité et productivité dans les groupes de médecine de famille : qui sont les meilleurs ? Les hommes ou les femmes ? », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, Volume 61, Supplément 4, October 2013, Pages S210-S211.

Breuil-Genier P., Goffette C. (2006), « La durée des séances des médecins généralistes », DREES, *Études et Résultats*, n° 481, avril.

Brousse C. (2015), « Travail professionnel, tâches domestiques, temps « libre » : quelques déterminants sociaux de la vie quotidienne », Insee, *Économie et Statistiques*, n° 478-479-480.

- Carr-Hill R., Jenkins-Clarke S., Dixon P. and Pringle M. (1998), « Do minutes count? Consultation lengths in general practice », *Journal of Health Services Research and Policy*, 3, 207–13.
- Chiappori P. A., Fortin B., Lacroix G. (2002), « Marriage Market, Divorce Legislation and Household Labor Supply », *Journal of Political Economy*, 110, February, pp. 37-72.
- Clerc I., L'Haridon O., Paraponaris A., Protopopescu C., Ventelou B. (2012), « Fee for service payments and consultation length in general practice: a work-leisure trade-off model for French GPs », *Applied Economics*, 44(25), 3323–3337.
- Coudin E., Pla A., Samson A.-L. (2015), « GP Responses to Price Regulation: Evidence from a French Nationwide Reform », *Health Economics*, 09/2015, Volume 24, Numéro 9.
- Delattre E., Dormont B. (2000), « Induction de la demande de soins par les médecins libéraux français. Étude microéconométrique sur données de panel », *Économie et Prévision*, 142(1), 137–161.
- Delattre E., Dormont B. (2003), « Fixed-fees and physician-induced demand: a panel data study on French physicians », *Health Economics*, 12(1), 741–754.
- Dormont B., Samson A.-L. (2011), « Est-il profitable d'être médecin généraliste ? », DREES, *Document de travail série études et recherches*, n° 105, février.
- Dormont B., Samson A.-L. (2008). « Démographie médicale et carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations ». *Économie et Statistiques*, n° 414, pp. 3-30 DREES (2014), Comptes de la santé 2013.
- Dumontet M., « Féminisation, activité libérale et lieu d'installation : quels enjeux en médecine générale ? » (2015), *Thèse de doctorat en sciences économiques – sous la direction de Carine Franc*, soutenue le 29 juin 2015, Université Paris-Dauphine.
- DREES (2016), « Portrait des professionnels de santé », Collection Panoramas de la DREES - Santé, avril.
- Goldin C. (2014), « A Grand Gender Convergence: Its Last Chapter », *American Economic Review*, 104(4): 1091–1119.
- Gouyon M. (2009), « Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premiers résultats d'une enquête nationale », DREES, *Études et Résultats*, n° 704, octobre.
- Hotte R., Martin H. (2015), « Mesurer le coût de l'enfant : deux approches à partir des enquêtes Budget de famille », DREES, *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 62, juin.
- IGAS (2007), « Les dépassements d'honoraires médicaux », avril.
- INSEE (2015), « Emploi et revenus des indépendants », *coll. Insee Références*, février.
- INSEE (2012), « Femmes et hommes – Regards sur la parité », *coll. Insee Références*, mars.

Jakoubovitch S., Bournot M.-C., Cercier E., Tuffreau F. (2012), « Les emplois du temps des médecins généralistes », DREES, *Études et Résultats*, n° 797, mars.

Jess N. (2015), « Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins », DREES, *Études et Résultats*, n° 944, décembre.

Martin C. M., Attewell R. G., Nisa M., McCullum J. and Raymond C. J. (1997), « Characteristics of longer consultations in Australian general practice », *Medical Journal of Australia*, 176, 76–9.

Mincer J., Polachek S. (1974), « Family Investments in Human Capital: Earnings of Women », *The Journal of Political Economy*, 82(2), S76-S108

OCDE (2015), « Panorama de la santé 2015 : Les indicateurs de l'OCDE », *OECD Publishing*, Paris.

OCDE (2008), « Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE : Comment répondre à la crise imminente ? », OCDE, Paris, www.oecd.org/health/workforce.

OCDE (2006), « The Supply of Physician Services in OECD countries », *Document de travail OCDE sur la santé*, n°21, OCDE, Paris.

Meurs D., Pailhé A., Ponthieux S. (2014), « Quels effets des enfants sur les rémunérations et carrières des mères ? », *Regards croisés sur l'économie*, Volume 15, Numéro 2.

Mikol F., Pla A. (2015), « Les revenus d'activité des médecins libéraux récemment installés : évolutions récentes et contrastes avec leurs aînés », in *Insee Références, Emploi et revenus des indépendants – édition 2015*, février.

Morin T., Remila N. (2013), « Le revenu salarial des femmes reste inférieur à celui des hommes », Insee, *Insee Premières*, n° 1436, mars.

Ponthieux, S. (2014), « L'inégalité des revenus d'activité et les niveaux de vie des femmes et des hommes – Une comparaison entre cinq pays de l'Union européenne », Insee, *Économie et Statistiques*, n° 469-470.

Régnier-Loilier A. (2009), « L'arrivée d'un enfant modifie-t-elle la répartition des tâches domestiques au sein du couple ? », Ined, *Population et Sociétés*, n° 461, novembre.

Rizzo J., Blumenthal D. (1994), « Physician labor supply: do income effects matter? », *Journal of Health Economics*, n°13, p433-453.

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

Sasser A. (2005), « Gender Differences in Physician Pay: Tradeoffs Between Career and Family », *The Journal of Human Resources*, 04/2005, Volume 40, Numéro 2.

Annexes

Annexe 1 : Impact de la structure familiale sur les revenus d'activité relatifs des femmes et des hommes, en 2011 : estimation MCO complète

Spécification avec le nombre d'enfants

PARAMETRES		LOG (REVENUS D'ACTIVITE)									
		Généralistes			Spécialistes secteur 1			Spécialistes secteur 2			
		Est.	P-value	Sign.	Est.	P-value	Sign.	Est.	P-value	Sign.	
Intercept		10,66	0,00	***	10,83	0,00	***	11,07	0,00	***	
Age	46 à 50 ans	-0,15	0,00	***	-0,10	0,00	***	-0,07	0,00	***	
	41 à 45 ans	-0,07	0,00	***	-0,08	0,00	***	-0,07	0,00	***	
	40 ou moins (REF)	0,00			0,00			0,00			
Femme		-0,16	0,00	***	-0,08	0,13	+	-0,20	0,00	***	
Spécialité	Anesthésiste				0,62	0,00	***	0,77	0,00	***	
	Cardiologue				0,13	0,00	***	0,30	0,00	***	
	Chirurgiens				0,30	0,00	***	0,52	0,00	***	
	Dermatologue				0,06	0,11	+	0,09	0,02	**	
	Gastro-entérologue				0,22	0,00	***	0,33	0,00	***	
	Gynécologue-obstétricien				0,21	0,00	***	0,47	0,00	***	
	ORL				0,22	0,00	***	0,22	0,00	***	
	Ophthalmologue				0,47	0,00	***	0,67	0,00	***	
	Pneumologue				0,01	0,89	ns	0,02	0,75	ns	
	Pédiatre				0,10	0,01	**	0,14	0,00	***	
	Radiologue				0,72	0,00	***	0,87	0,00	***	
	Rhumatologue				-0,24	0,00	***	-0,07	0,15	ns	
		Psychiatre (REF)				0,00		0,00			
	expérience		0,04	0,00	***	0,03	0,00	***	0,06	0,00	***
expérience ^z		0,00	0,00	***	0,00	0,00	***	0,00	0,00	***	
MEP		-0,12	0,00	***							
Secteur 2		0,05	0,11	+							
SEL		0,00	0,82	ns	-0,12	0,00	***	-0,12	0,00	***	
Patientèle	Part des >=65 ans	0,00	0,28	ns	0,00	0,00	***	0,00	0,00	***	
	Part des ALD	0,01	0,00	***	0,01	0,00	***	0,00	0,97	ns	
	Part des CMU	0,01	0,00	***	0,01	0,00	***	0,00	0,08	*	
Contribution des actes techniques aux honoraires		0,07	0,00	***	0,13	0,00	***	0,16	0,00	***	
Nombre d'enfants	1 enfant	0,02	0,18	ns	0,02	0,55	ns	0,02	0,50	ns	
	2 enfants	0,01	0,35	ns	0,06	0,07	*	0,05	0,07	*	
	3 enfants ou plus	0,05	0,00	***	0,08	0,01	**	0,10	0,00	***	
	aucun enfant mineur (REF)	0,00			0,00			0,00			
Situation familiale	Célibataire concubin	0,15	0,00	***	0,19	0,00	***	0,10	0,05	*	
	Divorcé ou veuf	0,16	0,00	***	0,22	0,00	***	0,13	0,00	***	
	Marié ou pacsé	0,31	0,00	***	0,24	0,00	***	0,24	0,00	***	
	Célibataire isolé (REF)	0,00			0,00			0,00			
Log du revenu du conjoint		-0,01	0,00	***	-0,01	0,00	***	-0,01	0,00	***	
Mixte (si revenus salariaux >1000€)		0,05	0,00	***	-0,03	0,20	ns	-0,08	0,00	***	
Mixte * FEMME		-0,02	0,37	ns	-0,02	0,58	ns	0,00	0,97	ns	
*Nombre d'enfants	1 enfant	-0,06	0,01	***	-0,01	0,79	ns	-0,05	0,34	ns	
	2 enfants	-0,06	0,00	***	-0,09	0,04	**	-0,08	0,09	*	
	3 enfants ou plus	-0,15	0,00	***	-0,11	0,02	**	-0,11	0,03	**	
	aucun enfant mineur (REF)	0,00			0,00			0,00			
Situation familiale * FEMME	Célibataire concubin	0,05	0,21	ns	-0,10	0,31	ns	0,05	0,62	ns	
	Divorcé ou veuf	-0,04	0,19	ns	-0,20	0,00	***	0,03	0,70	ns	
	Marié ou pacsé	-0,09	0,01	**	-0,12	0,09	*	0,00	1,00	ns	
	Célibataire isolé (REF)	0,00			0,00			0,00			
Log du revenu du conjoint * FEMME		-0,01	0,00	***	-0,01	0,02	**	-0,01	0,05	**	
APL standardisé		-0,05	0,00	***	-0,03	0,01	***	-0,02	0,06	*	
APL standardisé * FEMME		-0,04	0,00	***	0,00	0,90	ns	0,00	0,96	ns	
Région d'installation	Alsace	0,13	0,00	***	0,11	0,02	**	0,08	0,03	**	
	Aquitaine	0,01	0,40	ns	-0,03	0,36	ns	-0,08	0,00	***	
	Auvergne	0,08	0,00	***	0,02	0,70	ns	0,00	0,95	ns	
	Basse-Normandie	0,15	0,00	***	0,04	0,37	ns	-0,02	0,76	ns	
	Bourgogne	0,14	0,00	***	0,06	0,23	ns	0,08	0,10	+	
	Bretagne	0,07	0,00	***	-0,01	0,71	ns	-0,17	0,00	***	
	Centre	0,13	0,00	***	0,07	0,08	*	-0,04	0,36	ns	
	Champagne-Ardenne	0,14	0,00	***	0,19	0,00	***	0,10	0,07	*	
	Corse	0,07	0,16	ns	-0,07	0,41	ns	-0,07	0,48	ns	
	Franche-Comté	0,09	0,00	***	0,02	0,71	ns	-0,04	0,61	ns	
	Haute-Normandie	0,14	0,00	***	0,20	0,00	***	0,02	0,68	ns	
	Languedoc-Roussillon	0,03	0,17	ns	-0,02	0,53	ns	-0,13	0,00	***	
	Limousin	0,02	0,51	ns	0,15	0,04	**	-0,04	0,61	ns	
	Lorraine	0,17	0,00	***	0,18	0,00	***	0,06	0,20	ns	
	Midi-Pyrénées	0,00	0,85	ns	0,02	0,50	ns	-0,08	0,03	**	
	Nord-Pas-de-Calais	0,20	0,00	***	0,18	0,00	***	0,13	0,00	***	
	Pays-de-la-Loire	0,07	0,00	***	0,04	0,19	ns	-0,07	0,04	**	
	Picardie	0,25	0,00	***	0,21	0,00	***	0,17	0,00	***	
	Poitou-Charentes	0,06	0,00	***	0,01	0,77	ns	-0,06	0,20	ns	
	Provence-Alpes-Côte-d'Azur	-0,05	0,00	***	-0,08	0,01	***	-0,17	0,00	***	
	Rhône-Alpes	0,02	0,27	ns	0,05	0,09	*	-0,04	0,10	+	
		Ile-de-France (REF)	0,00			0,00		0,00			
	R2		0,266			0,451			0,395		
	NOBS			19 875			5 806			7 036	

Spécification avec le nombre et l'âge des enfants

PARAMETRES	LOG (REVENUS D'ACTIVITE)									
	MG			SPE 1			SPE2			
Intercept	Est.	P-value	Sign.	Est.	P-value	Sign.	Est.	P-value	Sign.	
Age	46 à 50 ans	-0,17	0,00	***	-0,11	0,00	***	-0,09	0,00	***
	41 à 45 ans	-0,09	0,00	***	-0,10	0,00	***	-0,09	0,00	***
	40 ou moins (REF)	0,00			0,00		0,00			
Femme		-0,16	0,00	***	-0,08	0,16	ns	-0,19	0,00	***
Spécialité	Anesthésiste				0,61	0,00	***	0,78	0,00	***
	Cardiologue				0,13	0,00	***	0,31	0,00	***
	Chirurgiens				0,31	0,00	***	0,52	0,00	***
	Dermatologue				0,06	0,12	^	0,10	0,02	**
	Gastro-entérologue				0,22	0,00	***	0,34	0,00	***
	Gynécologue-obstétricien				0,21	0,00	***	0,47	0,00	***
	ORL				0,22	0,00	***	0,22	0,00	***
	Ophthalmologue				0,47	0,00	***	0,68	0,00	***
	Pneumologue				0,00	0,93	ns	0,03	0,71	ns
	Pédiatre				0,10	0,01	**	0,14	0,00	***
	Radiologue				0,71	0,00	***	0,87	0,00	***
	Rhumatologue				-0,24	0,00	***	-0,06	0,19	ns
	Psychiatre (REF)				0,00			0,00		
expérience		0,04	0,00	***	0,03	0,00	***	0,06	0,00	***
expérience ²		0,00	0,00	***	0,00	0,00	***	0,00	0,00	***
MEP		-0,12	0,00	***						
Secteur 2		0,05	0,11	^						
SEL		0,00	0,82	ns	-0,12	0,00	***	-0,11	0,00	***
Patientèle	Part des >=65 ans	0,00	0,32	ns	0,01	0,00	***	0,00	0,00	***
	Part des ALD	0,01	0,00	***	0,01	0,00	***	0,00	0,94	ns
	Part des CMU	0,01	0,00	***	0,01	0,00	***	0,00	0,10	*
Contribution des actes techniques aux honoraires		0,07	0,00	***	0,13	0,00	***	0,16	0,00	***
Âge du dernier enfant	2 ans ou moins, <=2 enfants	-0,02	0,34	ns	0,00	0,95	ns	0,02	0,46	ns
*Nombre d'enfants	2 ans ou moins, >= 3 enfants	0,05	0,05	**	0,06	0,20	ns	0,05	0,16	ns
	3 à 5 ans, <=2 enfants	0,02	0,48	ns	0,07	0,08	*	0,01	0,76	ns
	3 à 5 ans, >= 3 enfants	0,03	0,13	^	0,08	0,05	**	0,11	0,00	***
	6 ans ou plus, <=2 enfants	0,03	0,06	*	0,05	0,13	^	0,06	0,04	**
	6 ans ou plus, >=3 enfants	0,07	0,00	***	0,09	0,01	**	0,12	0,00	***
	aucun enfant mineur (REF)	0,00			0,00			0,00		
Situation familiale	Célibataire concubin	0,15	0,00	***	0,20	0,00	***	0,11	0,04	**
	Divorcé ou veuf	0,17	0,00	***	0,22	0,00	***	0,14	0,00	***
	Marié ou pacsé	0,31	0,00	***	0,25	0,00	***	0,25	0,00	***
	Célibataire isolé (REF)	0,00			0,00			0,00		
Log du revenu du conjoint		-0,01	0,00	***	-0,01	0,00	***	-0,01	0,00	***
Mixte (si revenus salariaux >1000€)		0,05	0,00	***	-0,03	0,18	ns	-0,08	0,00	***
Mixte * FEMME		-0,01	0,51	ns	-0,01	0,62	ns	0,00	0,93	ns
Âge du dernier enfant	2 ans ou moins, <=2 enfants	-0,16	0,00	***	-0,13	0,04	**	-0,12	0,05	**
*Nombre d'enfants	2 ans ou moins, >= 3 enfants	-0,24	0,00	***	-0,13	0,09	*	-0,13	0,06	*
*FEMME	3 à 5 ans, <=2 enfants	-0,05	0,07	*	-0,09	0,15	^	-0,05	0,39	ns
	3 à 5 ans, >= 3 enfants	-0,12	0,00	***	-0,09	0,20	ns	-0,15	0,03	**
	6 ans ou plus, <=2 enfants	-0,04	0,04	**	-0,05	0,28	ns	-0,07	0,18	ns
	6 ans ou plus, >=3 enfants	-0,14	0,00	***	-0,11	0,03	**	-0,09	0,11	^
	aucun enfant mineur (REF)	0,00			0,00			0,00		
Situation familiale	Célibataire concubin	0,06	0,14	^	-0,10	0,29	ns	0,04	0,66	ns
*FEMME	Divorcé ou veuf	-0,06	0,07	*	-0,21	0,00	***	0,01	0,92	ns
	Marié ou pacsé	-0,09	0,01	**	-0,14	0,06	*	-0,01	0,93	ns
	Célibataire isolé (REF)	0,00			0,00			0,00		
Log du revenu du conjoint * FEMME		-0,01	0,00	***	-0,01	0,02	**	-0,01	0,05	*
APL standardisé		-0,05	0,00	***	-0,03	0,01	***	-0,02	0,06	*
APL standardisé * FEMME		-0,04	0,00	***	0,00	0,91	ns	0,00	0,99	ns
Région d'installation	Alsace	0,13	0,00	***	0,11	0,02	**	0,08	0,04	**
	Aquitaine	0,01	0,52	ns	-0,03	0,39	ns	-0,08	0,00	***
	Auvergne	0,08	0,00	***	0,03	0,59	ns	0,01	0,89	ns
	Basse-Normandie	0,15	0,00	***	0,04	0,37	ns	-0,02	0,76	ns
	Bourgogne	0,14	0,00	***	0,06	0,23	ns	0,07	0,12	^
	Bretagne	0,07	0,00	***	-0,01	0,74	ns	-0,17	0,00	***
	Centre	0,13	0,00	***	0,08	0,07	*	-0,04	0,32	ns
	Champagne-Ardenne	0,14	0,00	***	0,19	0,00	***	0,10	0,07	*
	Corse	0,07	0,15	ns	-0,08	0,37	ns	-0,06	0,49	ns
	Franche-Comté	0,08	0,00	***	0,02	0,71	ns	-0,05	0,54	ns
	Haute-Normandie	0,14	0,00	***	0,20	0,00	***	0,02	0,71	ns
	Languedoc-Roussillon	0,02	0,22	ns	-0,02	0,53	ns	-0,13	0,00	***
	Limousin	0,02	0,56	ns	0,14	0,05	**	-0,03	0,64	ns
	Lorraine	0,16	0,00	***	0,18	0,00	***	0,05	0,24	ns
	Midi-Pyrénées	0,00	0,88	ns	0,02	0,46	ns	-0,08	0,03	**
	Nord-Pas-de-Calais	0,19	0,00	***	0,18	0,00	***	0,13	0,00	***
	Pays-de-la-Loire	0,07	0,00	***	0,04	0,22	ns	-0,07	0,04	**
	Picardie	0,24	0,00	***	0,21	0,00	***	0,16	0,00	***
	Poitou-Charentes	0,06	0,01	***	0,02	0,73	ns	-0,06	0,22	ns
	Provence-Alpes-Côte-d'Azur	-0,05	0,00	***	-0,08	0,01	***	-0,17	0,00	***
	Rhône-Alpes	0,01	0,30	ns	0,05	0,08	*	-0,04	0,10	*
	Ile-de-France (REF)	0,00			0,00			0,00		
R2		0,270			0,451			0,396		
NOBS			19 875			5 806			7 036	

*** indique la significativité au seuil de 1 %, ** au seuil de 5 %, * au seuil de 10 %, et + au seuil de 15 % respectivement.
Champ : Médecins libéraux âgés de 50 ans ou moins, hors praticiens hospitaliers temps plein avec secteur privé, hors certaines spécialités (voir encadré 2), ayant perçu au moins 1 euro d'honoraire et 1 euro de revenu libéral en 2011.
Sources : Insee-Cnamts-DGFIP 2011.

ANNEXE 2 - Impact de la structure familiale sur l'évolution du revenu d'activité complet et du taux de dépassement selon le sexe : résultats du modèle à effets fixes

		LOG (REVENU D'ACTIVITE)						TAUX DE DEPASS.	
		Généralistes		Spécialistes secteur 1		Spécialistes secteur 2		Spécialistes secteur 2	
		H	F	H	F	H	F	H	F
expérience		0.0389*** (0.000)	0.0688*** (0.000)	0.0448*** (0.000)	0.0493*** (0.000)	0.0825*** (0.000)	0.0525*** (0.008)	0.0253*** (0.000)	0.0378*** (0.001)
expérience ²		-0.000320*** (0.000)	-0.00138*** (0.000)	-0.000963*** (0.001)	-0.00143*** (0.000)	-0.00224*** (0.000)	-0.00124** (0.028)	0.000478*** (0.002)	-0.0000833 (0.776)
SEL		-0.306*** (0.000)	-0.437*** (0.000)	-0.269*** (0.002)	-0.456+ (0.131)	-0.231*** (0.002)	-0.914** (0.045)	-0.00384 (0.911)	-0.0383 (0.727)
APL standardisé		0.0000288 (0.988)	-0.00969 (0.408)	-0.0136*** (0.003)	0.00303 (0.310)	-0.00781 (0.365)	-0.0308 (0.203)	0.00393 (0.783)	-0.0283 (0.512)
Patientèle	Part CMU	0.0102*** (0.000)	0.0129*** (0.000)	0.00865 (0.251)	0.00503 (0.707)	0.00400 (0.342)	0.00444 (0.611)	0.000487 (0.931)	0.00909*** (0.010)
	Part ALD	0.00512*** (0.000)	0.00779*** (0.000)	0.00152 (0.350)	0.00658* (0.088)	0.00114 (0.250)	0.000984 (0.740)	-0.00463*** (0.002)	-0.00689** (0.011)
	Part >=65 ans	-0.00566*** (0.000)	0.00257 (0.179)	0.00424*** (0.001)	0.00942* (0.074)	0.00242 (0.326)	0.0150*** (0.004)	-0.00117 (0.557)	0.00995** (0.011)
Contribution des actes techniques aux honoraires		0.0315*** (0.004)	0.0502*** (0.014)	0.0780*** (0.000)	0.204* (0.088)	0.108*** (0.009)	0.0349 (0.184)	0.00270 (0.947)	-0.0639** (0.048)
Âge du dernier enfant *Nombre d'enfants (réf=Aucun enfant)	né dans l'année, <=2 enfants	-0.000206 (0.990)	-0.267*** (0.000)	0.0182 (0.676)	-0.247*** (0.008)	0.00815 (0.853)	-0.285* (0.082)	0.00665 (0.883)	0.0691* (0.087)
	né dans l'année, >=3 enfants	0.0473*** (0.006)	-0.332*** (0.000)	0.0154 (0.805)	-0.291* (0.062)	0.00840 (0.867)	-0.328** (0.019)	0.124* (0.091)	0.0344 (0.381)
	1 ou 2 ans, <=2 enfants	0.0118 (0.387)	0.0234 (0.410)	0.0106 (0.699)	-0.0691+ (0.101)	0.0126 (0.708)	0.0170 (0.797)	0.0553 (0.253)	-0.0336 (0.455)
	1 ou 2 ans, >=3 enfants	0.0601*** (0.000)	-0.0538* (0.088)	0.0216 (0.743)	-0.141** (0.034)	0.0397 (0.285)	-0.000890 (0.992)	0.0997* (0.079)	0.0181 (0.628)
	3 à 5 ans, <=2 enfants	0.0419*** (0.001)	0.00587 (0.813)	0.0230 (0.609)	-0.0666** (0.024)	0.0359 (0.266)	-0.0320 (0.669)	0.0646+ (0.124)	0.00306 (0.930)
	3 à 5 ans, >=3 enfants	0.0655*** (0.000)	-0.0595** (0.040)	0.0355 (0.525)	-0.0794+ (0.148)	0.0373 (0.293)	-0.0789 (0.359)	0.104** (0.018)	0.00545 (0.895)
	6 ans ou plus, <=2 enfants	0.0351*** (0.001)	-0.00155 (0.941)	0.0295 (0.511)	-0.0558* (0.082)	-0.00131 (0.966)	0.00316 (0.965)	0.0713** (0.023)	0.00254 (0.945)
	6 ans ou plus, >=3 enfants	0.0565*** (0.000)	-0.0627** (0.020)	0.0206 (0.598)	-0.0543 (0.249)	0.0360 (0.320)	-0.0391 (0.567)	0.0838** (0.017)	-0.0115 (0.790)
Période d'observation (réf = 2005-2008)	2008-2011	-0.0436*** (0.000)	-0.0741*** (0.000)	-0.0340 (0.151)	-0.0323 (0.285)	-0.0219 (0.325)	-0.0256 (0.326)	0.0137 (0.668)	-0.0286* (0.092)
	Log du revenu du conjoint	-0.00255*** (0.001)	-0.00772*** (0.002)	0.00199+ (0.101)	-0.0164** (0.012)	-0.00234+ (0.101)	-0.0107 (0.185)	-0.00168* (0.083)	-0.00299 (0.658)
Mixte (si revenus salariaux >1000€)		0.0527*** (0.000)	0.0527*** (0.002)	0.00955 (0.713)	0.0403 (0.361)	0.0106 (0.309)	-0.00439 (0.927)		
Cste		10.87*** (0.000)	10.24*** (0.000)	11.31*** (0.000)	10.81*** (0.000)	11.37*** (0.000)	10.93*** (0.000)	0.307*** (0.000)	0.148 (0.194)
R2 within (FE)		0.125	0.150	0.112	0.186	0.231	0.282	0.184	0.293
Nombre d'individus		5404	2850	1551	813	1501	426	1501	426

*** indique la significativité au seuil de 1 %, ** au seuil de 5 %, * au seuil de 10 %, et + au seuil de 15 % respectivement.

Note : l'évolution tendancielle annuelle cumule dans la régression les effets de l'expérience (voir encadré 4) avec l'évolution tendancielle annuelle des tarifs sur la période 2005-2011 (il n'est en effet pas possible de distinguer ces deux composantes dans l'estimation en différences qui découle de la spécification en effets fixes).

Champ : pour chacune des trois années étudiées (2005, 2008 et 2011) : Médecins libéraux mariés ou pacsés âgés de 50 ans ou moins, hors praticiens hospitaliers temps plein avec secteur privé, hors certaines spécialités (voir encadré 2), ayant perçu au moins 1 euro d'honoraire et 1 euro de revenu libéral.

Sources : Insee-Cnamts-DGFIP 2011.

Les dossiers de la DREES

Mars 2017 /// N°14

L'influence des charges de famille sur les revenus d'activité, selon le genre : le cas des médecins libéraux français

Directeur de la publication

Franck von Lennep

Responsable d'édition

Souphaphone Douangdara

Création graphique

Philippe Brulin

ISSN

2495-120X



Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP
Retrouvez toutes nos publications sur drees.social-sante.gouv.fr