

Le secteur optionnel : effet d'aubaine ou outil de régulation des dépassements ?

Vanessa Bellamy et Anne-Laure Samson



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/economiepublique/8898>
DOI : [10.4000/economiepublique.8898](https://doi.org/10.4000/economiepublique.8898)
ISSN : 1778-7440

Éditeur

IDEP - Institut d'économie publique

Édition imprimée

Date de publication : 25 novembre 2012
Pagination : 197-238
ISSN : 1373-8496

Référence électronique

Vanessa Bellamy et Anne-Laure Samson, « Le secteur optionnel : effet d'aubaine ou outil de régulation des dépassements ? », *Économie publique/Public economics* [En ligne], 28-29 | 2012/1-2, mis en ligne le 20 décembre 2012, consulté le 18 novembre 2022. URL : <http://journals.openedition.org/economiepublique/8898> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/economiepublique.8898>

économie publique public economics

Revue de l'**Institut d'Économie Publique**

Deux numéros par an

n° 28-29 – 2012/1-2

idep

Le secteur optionnel : effet d'aubaine ou outil de régulation des dépassements ?

Vanessa Bellamy *

Anne-Laure Samson **

Résumé

Cet article étudie *ex ante* l'efficacité du secteur optionnel (aussi appelé « option de coordination renforcée »), secteur de conventionnement proposé en mars 2012 aux médecins du secteur 2 exerçant des spécialités de chirurgie, d'anesthésie ou d'obstétrique et instauré dans le but de réduire la pratique des dépassements d'honoraires. Nous utilisons des données individuelles issues d'un appariement entre deux sources de données administratives, les fichiers de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et les fichiers des déclarations de revenus de la Direction générale des finances publiques (DGFIP), afin de simuler l'impact de la mise en place de ce secteur sur les montants de dépassements pratiqués ainsi que son coût pour l'Assurance Maladie.

Nous montrons que près de 40 % des médecins des trois spécialités concernées auraient intérêt à adhérer au secteur optionnel, mais cette adhésion aurait un impact limité sur

*. Drees, ministère des Affaires sociales et de la Santé (au moment de la rédaction).

** . PSL, Université Paris Dauphine, Leda-Legos.

Correspondance : vanessa.bellamy@insee.fr et Anne-Laure.Samson@dauphine.fr. Cette étude a été réalisée dans le cadre d'une convention de recherche entre l'université Paris Dauphine et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère des affaires sociales et de la santé. Les auteurs remercient, pour leurs remarques et suggestions, deux rapporteurs anonymes de la revue, ainsi que Yann Videau, Muriel Barlet, Nathalie Fourcade, François Guillaumat-Tailliet, Fanny Mikol, Denis Raynaud et les participants des 33^e journées des économistes de la santé (Clermont-Ferrand, 2011). Cette publication n'engage que ses auteurs.

les dépassements : ces derniers diminueraient de seulement 7 %, et augmenteraient même sous certaines hypothèses. En contrepartie, le supplément de cotisations versées par l'assurance maladie s'élèverait à 40 millions d'euros environ. Au-delà du seul secteur optionnel, nous étudions d'autres pistes afin d'alimenter le débat sur la régulation de la pratique des dépassements d'honoraires dans un contexte de forte diminution de l'offre à tarifs opposables : le secteur optionnel rendu obligatoire pour tous les médecins du secteur 2 ou pour les médecins s'installant dans des zones déjà densément pourvues en médecins.

Summary

In France, physicians, who are paid under a fee-for-service scheme, belong to two “sectors”: in sector 1, overbilling is forbidden whereas it is allowed in sector 2. Given the huge increase in overbilling over the past few years, the French government decided in March 2012 to create a new sector (named “secteur optionnel”) that restricts the amount of overbilling allowed, and that physicians can voluntarily join. Using two exhaustive datasets on all physicians practicing in France in 2008 (one drawn from fiscal records, the other by the public health insurance), the aim of the paper is to examine the attractiveness of this new sector, its potential impact on the global amount of overbilling and its cost for the public health insurance.

We find that 40% of physicians would benefit financially from joining this new sector but the impact on overbilling appears to be rather limited: depending on the assumptions, it would lead to a 7% drop or to a small increase. Beyond the legal definition of the “secteur optionnel”, we study the impact of several other possible mechanisms aimed at controlling overbilling: making the “secteur optionnel” compulsory for all physicians, or only for those who settle in an area where medical density is already very high. Our simulations cast a new light on the debate on excess medical fees and their regulation, in a context in which the offer under reference fees is running rare.

Mots-clés : Secteur optionnel, médecin spécialistes, dépassements d'honoraires, revenus.

Keywords: Physicians Income, Specialist Physicians, Overbilling.

J.E.L. : H51 ; I18 ; D31

1. Introduction

Les dépassements d'honoraires des médecins du secteur 2, les seuls autorisés à en pratiquer, atteignent aujourd'hui des niveaux très élevés : leur montant a plus que doublé en vingt ans, passant de 900 millions d'euros en 1990 à 2,5 milliards d'euros en 2010 (en euros courants - CNAMTS, 2011a). Ils représentaient en moyenne 35 % des honoraires totaux des seuls médecins spécialistes en 2010. Bien qu'ils soient en théorie contraints par la notion de « tact et mesure », les médecins de secteur 2 ont en réalité aujourd'hui une liberté totale dans la fixation de leurs tarifs et selon le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM, 2007), les dépassements d'honoraires n'ont d'ailleurs jamais pu être véritablement encadrés.

Or, la pratique des dépassements d'honoraires touche directement à l'organisation de notre système de santé. Bien qu'ils ne pèsent pas sur les dépenses remboursées par les régimes d'assurance maladie obligatoires, ils sont entièrement à la charge des patients ou de leurs complémentaires et, à ce titre, ils ont des conséquences importantes sur l'équité et l'accès aux soins.

Devant l'enjeu de la progression des montants de dépassements, il était envisagé depuis plusieurs années un encadrement des dépassements et notamment la création d'un « secteur optionnel », sans toutefois que les pouvoirs publics et les représentants des médecins parviennent à s'accorder sur les conditions d'entrée et les modalités de fonctionnement de ce secteur.

Un premier pas semble avoir été franchi en mars 2012. Le « secteur optionnel » instauré comme option de coordination renforcée, prévoit que les médecins de secteur 2 qui y souscrivent – volontairement – s'engagent à réaliser 30 % de leur activité technique aux tarifs opposables. Sur la part restante de leur activité technique, les dépassements ne doivent pas excéder 50 % du tarif conventionnel. Les dépassements sur les actes cliniques sont interdits. En contrepartie de cette maîtrise des dépassements, l'Assurance Maladie prend en charge, en revanche, une partie de leurs cotisations sociales. Trois spécialités réalisant une part importante de leur activité en actes techniques sont concernées : les chirurgiens, les anesthésistes et les gynécologues obstétriciens.

Un « secteur optionnel » défini de cette manière pourrait-il permettre de réduire réellement la pratique des dépassements ?

Dans cet article, nous évaluons l'efficacité de cette tentative de régulation des dépassements¹. Nous simulons la mise en place de l'option de coordination renforcée afin d'analyser l'attractivité de cette mesure pour les médecins, son impact sur les montants de dépassements pratiqués ainsi que son coût pour l'Assurance Maladie. Pour cela, nous simulons le nouveau montant de revenu libéral que les médecins percevraient s'ils entraient dans l'option de coordination renforcée. En supposant qu'un médecin y adhère si l'option lui permet de maintenir ou d'augmenter son revenu, nous quantifions le nombre de médecins de chaque spécialité pour qui le secteur optionnel ainsi défini serait potentiellement attractif².

Pour cette simulation, nous nous plaçons uniquement dans une perspective statique : en entrant dans l'option de coordination renforcée, les médecins conservent un niveau d'activité identique à celui qu'ils ont aujourd'hui. Autrement dit, notre simulation ne permet pas de prendre en compte une éventuelle dynamique des comportements inhérente à l'adhésion à ce secteur.

Cette simulation est réalisée à partir de données individuelles sur l'ensemble des médecins spécialistes libéraux exerçant en France en 2008. Elles sont issues d'un appariement entre deux sources de données administratives : les fichiers de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et les fichiers des déclarations de revenus de la Direction générale des finances publiques (DGFIP). Cet appariement est une source de données unique, qui nous permet de simuler l'impact de la réforme, non seulement sur les montants de dépassements pratiqués et les honoraires des médecins (fichiers CNAMTS), mais surtout sur leurs revenus (fichiers DGFIP).

Dans la partie suivante, nous dressons un état des lieux de la régulation du système de paiement des médecins libéraux. La troisième partie décrit les données utilisées et fournit quelques éléments de cadrage sur les revenus des trois spécialités concernées par l'option de coordination renforcée. La quatrième partie expose les modalités de cette option et la méthodologie de simulation de sa mise en place. Enfin, la cinquième partie présente les résultats des simulations, c'est-à-dire principalement l'impact de la mise en place de l'option de coordination renforcée sur les montants de dépassements pratiqués et le coût afférent pour l'Assurance Maladie en remboursement des cotisations sociales. Pour compléter ces résultats, elle propose également quelques pistes de réflexion alternatives (des « variantes »)

1. La longévité de ce secteur optionnel instauré comme option de coordination renforcée était encore incertaine au moment de la rédaction de cet article.

2. Plus précisément, le médecin adhère à l'option de coordination renforcée si celle-ci lui permet d'augmenter le niveau de son utilité par rapport à l'exercice en secteur 2. À niveau d'activité identique, nous supposons que le différentiel d'utilité ne résulte que du différentiel de revenu qu'il retire à adhérer à cette option. Ainsi, l'adhésion n'est déterminée qu'à partir de considérations d'ordre financier, même si ce choix est évidemment réducteur car bien d'autres facteurs d'ordre personnel influencent le choix du secteur d'activité.

à envisager afin d'alimenter le débat sur la pratique des dépassements d'honoraires. Enfin, la dernière partie conclut.

2. La régulation du système de paiement des médecins libéraux

2.1. Une diminution continue de l'offre à tarifs opposables

En France, les médecins libéraux sont traditionnellement payés à l'acte et deux secteurs de conventionnement sont définis pour la tarification de ces actes.

Dans le secteur 1, les tarifs sont fixés par des conventions nationales. Ils sont identiques pour tous les médecins et servent de référence pour les remboursements effectués par la sécurité sociale. Dans le secteur 2, en revanche, les dépassements sont autorisés³. Instauré en 1980, dans un contexte de forte progression démographique du corps médical mais aussi de faible croissance du Produit intérieur brut (PIB) et de forte augmentation du chômage, le secteur 2 résultait d'un double objectif du gouvernement : freiner la progression des dépenses de santé à la charge de l'Assurance Maladie (en évitant d'augmenter les tarifs conventionnels) tout en permettant la revalorisation des revenus des médecins. Les médecins libéraux ont donc bénéficié, à partir de cette date, de la possibilité de fixer librement le tarif de leurs actes, au-delà du tarif opposable et de pratiquer ainsi des dépassements d'honoraires de manière permanente, avec la seule contrainte du « tact et mesure » et l'interdiction, depuis 1999, des dépassements sur les patients bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). En échange, une partie de leurs cotisations sociales ne sont plus prises en charge par les caisses (pour plus de détails voir Bellamy et Samson, 2011).

Cette liberté tarifaire, qui introduit pour la première fois un mécanisme de marché dans la fixation des tarifs médicaux, n'est pas sans conséquence pour la régulation du système de santé : trente ans après la création du secteur 2, les dépassements d'honoraires ont progressé de façon très importante (Bellamy et Samson, 2011). Le montant des dépassements a plus que doublé en vingt ans, passant de 900 millions d'euros en 1990 à 2,5 milliards d'euros en 2010 (en euros courants) (CNAMTS, 2011a), toutes spécialités confondues.

Première cause de cette hausse des dépassements, la part des spécialistes s'installant en secteur 2 ne cesse d'augmenter depuis 1990 et cette tendance se retrouve pour l'ensemble des spécialités (Figure 1).

3. Dans la suite de cet article, le terme « secteur 2 » regroupe à la fois les médecins en secteur 2 et les médecins en secteur 1 avec droit au Dépassement permanent (DP).

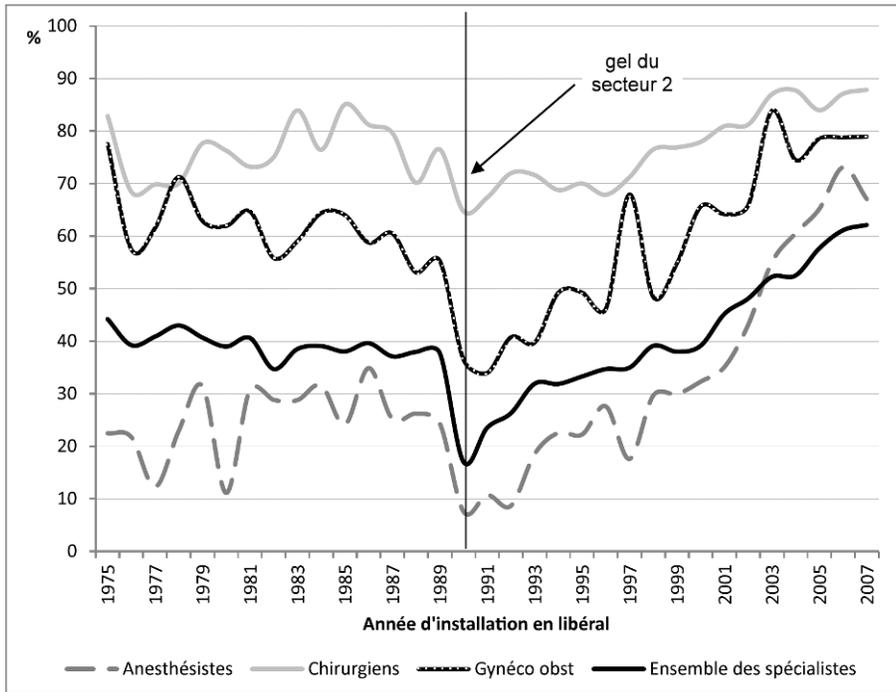


Figure 1 : Pourcentage de médecins installés en secteur 2 et secteur 1 avec DP, chaque année depuis 1975, parmi les présents en 2008.

Lecture : Parmi les anesthésistes installés en libéral en 2007, 67 % l'ont fait en secteur 2.
 Champ : France métropolitaine. Voir parties 3.1 et 3.2 pour plus de détails sur la délimitation du champ.
 Source : Insee-DGFIP-CNAMTS - Exploitation Drees.

Bien que l'accès au secteur 2 ait été limité en 1990 aux anciens chefs de clinique et aux assistants des hôpitaux, cette restriction n'en est en réalité pas une pour les médecins spécialistes qui s'installent aujourd'hui majoritairement en secteur 2. 62 % des spécialistes installés en 2007 l'ont fait en secteur 2. Cette moyenne cache de fortes disparités entre spécialités : cette même année, 67 % des anesthésistes se sont installés en secteur 2, c'est le cas de 79 % des gynécologues obstétriciens et de 88 % des chirurgiens.

Globalement, la proportion de spécialistes libéraux en secteur 2 a légèrement diminué de 1990 à 2000, passant de 42 % à 38 % (Figure 2). Elle repart à la hausse depuis 2000 en raison de la très forte croissance de la part de nouveaux installés en secteur 2 à partir de cette date et cette tendance devrait se poursuivre dans les prochaines années. La part des anesthésistes en secteur 2, un peu en deçà de l'ensemble des médecins, tend à rattraper la moyenne des spécialistes. La part de chirurgiens en secteur 2, quant à elle, n'a pratiquement jamais cessé de progresser.

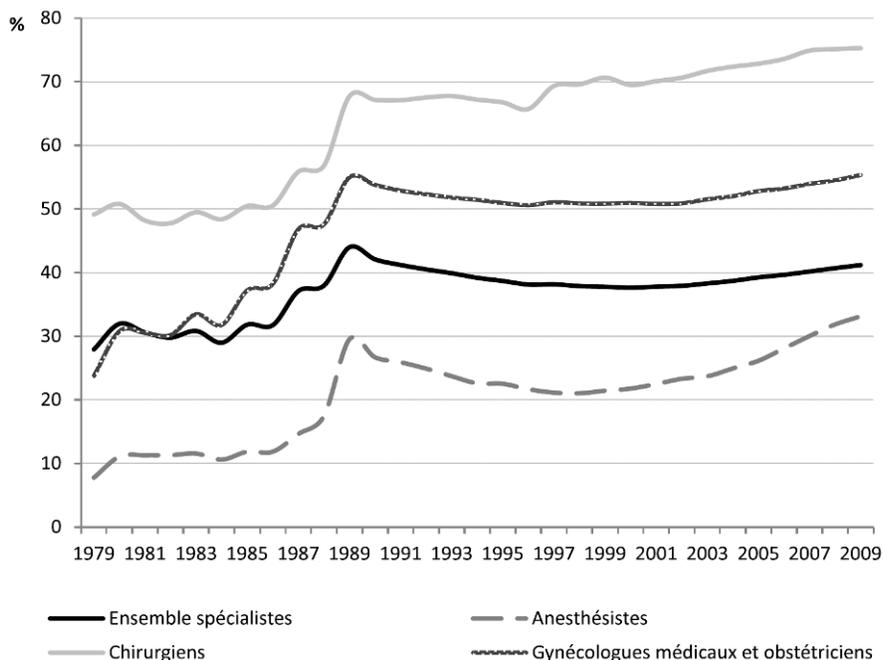


Figure 2 : Évolution de la part des médecins en secteur 2 et secteur 1 avec DP depuis 1979, en fonction de leur spécialité

Note : Pour des raisons de disponibilité des données, la série « gynécologues » englobe à la fois les gynécologues médicaux et obstétriciens.

Lecture : Parmi l'ensemble des anesthésistes exerçant en libéral en 2008, 32 % appartiennent au secteur 2 ou secteur 1 avec DP.

Champ : France entière.

Source : Eco-Santé (2012)

La croissance des effectifs de médecins en secteur 2 n'explique cependant pas à elle seule la progression des dépassements. Les montants de dépassements réalisés par les médecins autorisés augmentent parallèlement de façon continue : la part des dépassements dans les honoraires totaux des médecins du secteur 2 est passée de 28 % en 2000 à 35 % en 2010 (Bellamy et Samson, 2011)⁴.

La diminution de l'offre à tarifs opposables et la généralisation de la pratique des dépassements d'honoraires a des conséquences majeures pour l'organisation de notre système de santé. Du côté de la demande de soins, les dépassements,

4. À titre de comparaison, l'indice des prix calculé par la CNAMTS, qui mesure l'évolution annuelle des tarifs conventionnés moyens a connu de nettes fluctuations sur cette période : pour les seuls spécialistes, il se situait en deçà de 1 % par an jusqu'en 2004 (il était même négatif en 2001). En 2005, avec la mise en place de la CCAM, l'indice des prix a atteint 2,5 % puis 2,4 % en 2006, pour retrouver ensuite des valeurs comprises entre 0 et 1 % (0,7 % en 2007 puis 0 % depuis 2009).

s'ils se généralisent, nuisent à la couverture des soins et sont susceptibles de creuser les inégalités dans l'accès aux soins. En effet, ils ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire : seules les personnes couvertes par une assurance complémentaire peuvent être remboursées de tout ou partie du montant des dépassements. Même si une large part de la population possède une couverture complémentaire (94 % selon l'Enquête sur la santé et la protection sociale de 2008, Perronnin *et al.*, 2011), les dépassements ne sont pas toujours pris en charge. L'enquête annuelle de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) sur les garanties des contrats modaux en 2008 (Garnero et Rattier, 2011) montre que seulement 40 % des assurés sont remboursés, en tout ou partie, en cas de dépassements d'honoraires.

Du côté de l'offre de soins, puisque les médecins n'ont pas tous la possibilité d'exercer en secteur 2, les dépassements introduisent de fortes disparités de rémunération entre médecins, peu justifiées par des différences de diplôme, de type de pratique ou de qualité des soins fournis, mais largement expliquées par la date à laquelle le médecin s'est installé (Igas, 2007). En outre, si la mauvaise répartition des médecins sur le territoire conduit à une très forte hétérogénéité de la pratique des dépassements (les médecins des zones très fortement dotées pratiquent des dépassements en moyenne plus élevés, probablement pour contrebalancer la faiblesse de la demande potentielle (Bellamy et Samson, 2011)), il est très probable que la causalité inverse soit vérifiée : les dépassements pourraient être à l'origine d'une plus mauvaise répartition encore des médecins sur le territoire (Igas, 2007). En effet, pratiquer des dépassements d'honoraires permet aux médecins de continuer à s'installer dans des régions déjà très fortement dotées en médecins, puisque leurs tarifs plus élevés peuvent potentiellement compenser leur moindre activité résultant d'une forte densité médicale.

Devant cet enjeu majeur que représente la progression des dépassements d'honoraires, les pouvoirs publics ainsi que certains syndicats de médecins envisageaient depuis plusieurs années la création d'un « secteur optionnel ».

2.2. Le secteur optionnel : une tentative de réponse aux dépassements d'honoraires

La création du secteur optionnel a été évoquée pour la première fois lors de l'accord d'août 2004 entre les syndicats médicaux, la caisse d'Assurance Maladie et le ministre de la Santé (UCDF, 2004). À cette date, le projet d'un secteur optionnel ne devait concerner que les chirurgiens. L'objectif premier de ce secteur, pour les médecins, était cependant tout autre que le contrôle des dépassements : il s'agissait de « lisser » les rémunérations entre le secteur 1 et le secteur 2 en ouvrant ce secteur à l'ensemble des médecins. Il faut cependant attendre octobre 2009 pour

que les négociations sur le secteur optionnel reprennent, avec un objectif affiché des pouvoirs publics différent : « maîtriser les dépassements d'honoraires pour assurer un meilleur accès aux soins ». Entre temps, avec la convention de 2005, une première tentative de régulation des dépassements a vu le jour avec « l'option de coordination », destinée à l'ensemble des médecins du secteur 2 et qui limite la possibilité de pratiquer des dépassements aux seuls actes techniques (dans la limite de 15 % des tarifs opposables). Très contraignante pour les médecins, cette option n'aurait réussi à attirer que quelques centaines de médecins (Igas, 2007).

En 2009, un protocole d'accord prévoit que le secteur optionnel soit proposé à trois spécialités réalisant une part importante de leur activité en actes techniques et exerçant en secteur 2⁵ : les chirurgiens, les anesthésistes et les gynécologues obstétriciens. Les dépassements d'honoraires seraient fortement contraints pour les médecins choisissant ce secteur de conventionnement. En effet, ils s'engageraient à réaliser 30 % de leur activité au tarif opposable et limiteraient à 50 % des tarifs conventionnels les dépassements pratiqués sur le reste de leur activité. En échange, l'Assurance Maladie prendrait en charge une partie de leurs cotisations sociales et le remboursement des dépassements serait assuré, sous certaines conditions, par les complémentaires. Le choix du secteur optionnel serait réversible. Enfin, ce protocole d'accord prévoit également une éventuelle extension de ce secteur à d'autres spécialités, après trois ans.

En pratique, un accord sur les modalités de mise en œuvre du secteur optionnel est difficile à trouver puisqu'il se heurte à de fortes divergences d'intérêts entre les acteurs concernés par sa mise en place :

- l'objectif des syndicats de médecins est de maintenir le niveau de la rémunération des médecins, ce qui passe par deux leviers : la pratique de dépassements d'honoraires et la revalorisation des tarifs des actes médicaux. Ils cherchent également à lisser les rémunérations entre médecins du secteur 1 et du secteur 2 afin de réduire les écarts de revenus non justifiés par des différences de diplômes ou de compétences ;
- l'objectif des pouvoirs publics est de garantir l'équité dans l'accès aux soins, ce qui passe par la limitation de la pratique des dépassements d'honoraires. Ils cherchent également à limiter les dépenses de la sécurité sociale en évitant de trop revaloriser les tarifs des actes médicaux.

Néanmoins, la convention nationale de juillet 2011 (CNAMTS, 2011b) semble entériner ce projet de secteur optionnel. En outre, sans satisfaire pleinement l'ensemble des acteurs (le gouvernement en limite l'accès aux seuls médecins en secteur

5. Il est également prévu qu'il soit proposé aux médecins exerçant en secteur 1 avec droit permanent au dépassement et aux médecins de secteur 1 ayant occupé des postes d'assistant des hôpitaux ou de chefs de clinique mais qui n'ont pourtant pas fait le choix de s'installer en secteur 2.

2 et secteur 1 avec DP et, ne parvenant pas à trouver d'accord avec les complémentaires santé, impose que ces dernières prennent en charge les dépassements dans le cadre des contrats responsables), l'arrêté du 21 mars 2012 et un décret concernant les complémentaires santé⁶ créent « l'option de coordination renforcée ». Cette option reprend les termes de l'option de coordination définis dans la convention de juillet 2011 (article 36, dans la continuité de celle de 2005), en restreignant les dépassements autorisés aux seuls actes techniques pour les patients pris en charge dans le cadre du parcours de soins.

En partant de la définition de l'option de coordination retenue par la convention nationale de 2011 et par l'arrêté de 2012 qui la renforce, l'objectif de cette étude est d'analyser son attractivité potentielle ainsi que son impact sur les montants de dépassements pratiqués⁷.

3. Une base de données unique pour étudier les revenus des médecins spécialistes

3.1. Deux sources de données exhaustives appariées

Cette étude est réalisée à partir d'un appariement, effectué par l'Insee pour le compte de la Drees, de deux sources de données administratives : celles issues des fichiers de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et celles des fichiers des déclarations de revenus de la Direction générale des finances publiques (DGFIP).

Les données issues des fichiers exhaustifs de la CNAMTS fournissent des informations détaillées sur l'ensemble des médecins ayant une activité libérale (ayant perçu au moins un euro d'honoraires sur l'année) : caractéristiques sociodémographiques, localisation géographique, caractéristiques de la clientèle (répartition par âge et sexe). Une information très fine est disponible sur le niveau d'activité (décomposition entre nombre d'actes cliniques et nombre d'actes techniques) et sur le montant des honoraires (décliné par type d'actes, cliniques ou techniques). En outre, les honoraires totaux sont décomposés entre les honoraires hors dépassement et forfaits, le montant des forfaits reçus (tels que la rémunération des gardes et astreintes ou les contrats de bonnes pratiques) et le montant des dépassements.

6. Arrêté du 21 mars 2012 pris en application de l'article 56 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 et Décret n° 2012-386 du 21 mars 2012 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

7. Dans la suite de l'article, nous appelons « secteur optionnel » cette option de coordination renforcée.

Ces données sont appariées avec les déclarations de revenus de la DGFIP (formulaire Cerfa n° 2042), qui fournissent des informations sur l'ensemble des revenus déclarés par les médecins libéraux : le revenu individuel libéral et les éventuels revenus salariés, et sur tous les revenus du foyer fiscal en général. Nous connaissons donc le montant global du revenu d'activité des médecins, défini comme la somme du revenu libéral et du revenu salarié tiré de leur activité médicale. Les données sur lesquelles s'appuie notre étude sont donc uniques et constituent la seule base de données qui permette de connaître de manière aussi détaillée et fiable le montant de l'ensemble des revenus des médecins.

Un important travail de redressement de ces revenus a été réalisé afin de les rendre exploitables. En particulier, les revenus libéraux négatifs (cependant associés à une activité non nulle) ou les revenus libéraux extrêmes ont été redressés⁸ ; certains revenus déclarés comme revenus salariés ou dividendes mais provenant de l'activité libérale ont été déplacés en revenus libéraux (pour plus de détails, se référer à Bellamy, 2012). Toutefois, il reste encore un certain nombre de médecins qui ont déclaré un revenu libéral nul. Ces derniers sont exclus du champ de l'étude (voir ci-dessous).

3.2. Champ de l'étude

Bien que l'appariement soit disponible en 2005 et 2008, cette étude exploite essentiellement les données relatives à l'année 2008. D'une part, la dimension temporelle est insuffisante pour l'exploiter en mettant en œuvre des techniques faisant appel à l'économétrie des données de panel. D'autre part, notre sujet vise à simuler l'impact d'une mesure entrée en vigueur en 2012, ce qui nécessite de se fonder sur l'observation la plus récente possible des comportements des médecins.

Pour les besoins de l'étude, nous avons effectué quelques restrictions. Nous excluons les médecins non conventionnés (0,2 % des spécialistes selon la CNAMTS, 2006). Ces médecins qui bénéficient d'une totale liberté dans la fixation de leurs tarifs et dont les actes ne sont remboursés que sur la base d'un tarif « d'autorité » (3 ou 4 €), « échappent » pour la plupart au système d'information de la CNAMTS⁹.

En outre, nous excluons les médecins ayant débuté leur activité au cours de l'année 2008 : ces médecins débutants ont mécaniquement un niveau d'activité,

8. Ces valeurs ne sont cependant pas aberrantes : elles peuvent résulter d'artifices comptables ou d'une optimisation fiscale. Toutefois, ces montants atypiques sont corrigés pour qu'ils n'influencent pas artificiellement les résultats de nos simulations, réalisées sur une seule année.

9. En effet, beaucoup de patients, notamment lorsque le médecin n'a pas fait de prescription (les actes ne sont quasiment pas pris en charge mais les prescriptions le sont), ne renvoient pas leurs feuilles de soins, à partir desquelles le fichier de la CNAMTS est constitué. Il est donc difficile de connaître précisément le nombre de médecins non conventionnés, mais également leur niveau d'activité et d'honoraires.

d'honoraires et de revenus plus faible que les autres médecins car ils sont observés sur une année incomplète. Pour les mêmes raisons, nous avons supprimé les médecins de plus de 70 ans. Enfin, nous excluons les médecins déclarant des revenus d'activité, des revenus libéraux, des honoraires ou un nombre de patients nul.

Rappelons que nous nous intéressons principalement aux trois spécialités concernées par le secteur optionnel : les anesthésistes, les chirurgiens et les gynécologues-obstétriciens. L'échantillon final comporte donc 10 180 médecins (secteur 1 et 2 confondus) appartenant à ces trois spécialités, sur les 44 178 spécialistes libéraux en activité en 2008 présents initialement dans les données : 2 723 anesthésistes, 3 107 gynécologues obstétriciens et 4 350 chirurgiens¹⁰.

3.3. Éléments de cadrage : les revenus des trois spécialités concernées par le secteur optionnel

En 2008, les trois spécialités concernées par le secteur optionnel représentaient 5 972 médecins en secteur 2 et secteur 1 avec DP, soit 36 % de l'ensemble des médecins spécialistes de secteur 2 et secteur 1 avec DP¹¹. Elles effectuaient par ailleurs 44 % du montant global des dépassements d'honoraires, tous spécialistes confondus (soit 603 millions d'euros de dépassements) : ce sont ainsi celles qui pratiquent les taux de dépassements les plus élevés (voir Bellamy et Samson, 2011). En outre, leur offre de soins à tarifs opposables se réduit progressivement puisque les nouveaux installés choisissent majoritairement le secteur 2 (Figure 1).

Pour l'année 2008, le revenu d'activité de l'ensemble des spécialistes libéraux (avec le champ défini ci-dessus) s'élevait en moyenne à 123 700 € (Tableau 1). Si les gynécologues obstétriciens déclaraient des revenus très proches de cette moyenne (-1 %), les revenus des chirurgiens et des anesthésistes étaient en revanche très supérieurs (de respectivement +32 % et +40 %).

Les médecins de secteur 2 déclarent, en moyenne, des revenus d'activité de 15 700 € plus élevés que leurs collègues de secteur 1 (soit +13 %). Cet écart est encore plus important pour les trois spécialités étudiées : +19 % pour les chirurgiens,

10. Les éléments chiffrés de cette étude (effectifs mais également revenus), peuvent légèrement différer de Bellamy (2012). Ici, nous supprimons les « autres médecins » et les « autres chirurgiens » des données lorsque les statistiques sont calculées sur l'ensemble des spécialistes, ces deux catégories regroupant des spécialités très hétérogènes aux effectifs par ailleurs faibles. En outre, dans Bellamy (2012), la catégorie des gynécologues regroupait à la fois les gynécologues et les gynécologues obstétriciens, ce qui n'est pas le cas ici. Enfin, le champ de l'étude n'est pas entièrement comparable (suppression des médecins installés en 2008, des médecins de plus de 70 ans, etc.)

11. Rappelons que, tout au long de l'article, l'ensemble de ces médecins en secteur 2, mais également en secteur 1, avec droit permanent à dépassement sont regroupés sous le terme de médecins en « secteur 2 », par souci de simplification pour le lecteur.

Tableau 1 : Revenus des médecins par spécialité

	Effectifs	% en secteur 2	Revenu d'activité			dont revenu libéral			dont revenu salarié		
			Ensemble	Secteur 1	Secteur 2	Ensemble	Secteur 1	Secteur 2	Ensemble	Secteur 1	Secteur 2
Anesthésistes	2 723	29,9	172 996	160 803	201 590	166 193	153 354	196 302	6 803	7 450	5 287
Chirurgiens	4 350	76,3	163 644	144 888	169 470	137 064	96 188	149 761	26 580	48 700	19 709
Gynécologues obstétriciens	3 107	59,2	122 461	109 724	131 242	99 266	81 860	111 267	23 195	27 864	19 975
Ensemble des spécialistes libéraux	42 544	38,8	123 713	117 639	133 294	109 008	102 777	118 838	14 704	14 862	14 456

Note : Contrairement à Bellamy (2012), la ligne « ensemble » ne contient pas les « autres médecins » ni les « autres chirurgiens ».

Source : Insee-DGFiP-CNAMTS - Exploitation Drees

Champ : France métropolitaine, données 2008.

+20 % pour les gynécologues obstétriciens et +25 % pour les anesthésistes de secteur 2 (Tableau 1). Il s'explique principalement par des différences de niveaux de revenus *libéraux*. Les niveaux de revenus *salariés* sont en revanche plus proches entre les deux secteurs et, notamment, pour les anesthésistes et les gynécologues obstétriciens. Les chirurgiens de secteur 1 font figure d'exception et se caractérisent par des revenus salariés beaucoup plus élevés, qui représentent un tiers de leurs revenus d'activité.

Pour les seuls revenus issus de l'activité libérale, c'est pour les chirurgiens que les écarts de revenus entre les deux secteurs sont les plus élevés (Figure 3). Les chirurgiens de secteur 2 ont des revenus libéraux 56 % plus élevés que ceux de secteur 1 et ces écarts sont respectivement de 36 % et 28 % pour les gynécologues obstétriciens et les anesthésistes. Notons que les trois spécialités concernées par le secteur optionnel sont celles qui présentent les plus importants écarts de revenus entre les deux secteurs de conventionnement. Ce constat fait écho aux revendications des médecins, qui souhaitent la mise en place du secteur optionnel afin de lisser les rémunérations des médecins des deux secteurs.

Ces écarts de rémunération pourraient s'expliquer par des différences de caractéristiques des médecins. En effet, le secteur 2 compte proportionnellement plus d'hommes, les médecins sont en moyenne un peu plus jeunes et exercent plus fréquemment dans les grandes villes. Toutefois, ces écarts de revenus persistent (et s'accroissent même) lorsqu'on réalise une analyse toutes choses égales par ailleurs, et notamment à sexe, expérience et niveau de densité identiques¹². Ils s'expliquent principalement par trois facteurs :

12. Pour ne pas alourdir la présentation, nous ne reportons pas ici les « fonctions de gains » (déterminants des revenus et de l'activité des médecins), estimées séparément sur les médecins du secteur 1 et du secteur 2. Les résultats des estimations sont cependant consultables dans Bellamy (2012).

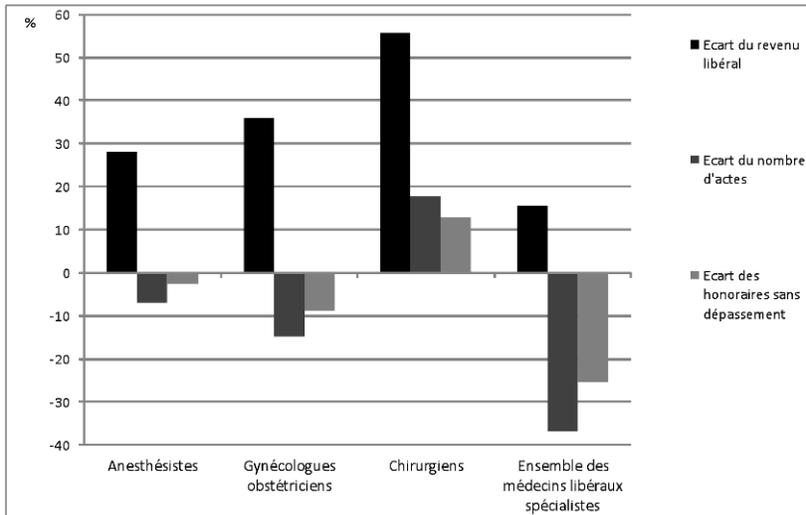


Figure 3 : Écart de revenu libéral, de nombre d'actes et d'honoraires sans dépassement entre secteurs et par spécialité

Lecture : Les chirurgiens de secteur 2 ont un nombre d'actes annuel 18 % plus élevé que leurs collègues du secteur 1, associé à un revenu libéral supérieur de 56 %.

Source : Insee-DGFiP-CNAMTS - Exploitation Drees

Champ : France métropolitaine, données 2008.

1. des différences dans les prix des actes ;
2. des différences de niveaux d'activité ;
3. des différences dans la composition des actes (cliniques / techniques).

Les différences dans les prix des actes (1) sont évidentes en raison de la pratique des dépassements par les médecins du secteur 2, alors que ces dépassements ne sont qu'occasionnels et marginaux pour les médecins du secteur 1.

Concernant les niveaux d'activité (2), mesurés ici par le nombre d'actes réalisés dans l'année et le montant des honoraires sans dépassement (proxy monétaire de l'activité), le supplément de revenus des médecins du secteur 2 est associé à un niveau d'activité plus faible pour les anesthésistes et les gynécologues obstétriciens (Figure 3)¹³. Seuls les chirurgiens ont une activité plus intense en secteur 2 (+18 % d'actes et +13 % d'honoraires sans dépassement), mais qui est loin d'expliquer entièrement le différentiel de revenus (+56 %). Notons que cette approche de l'activité ne tient pas compte du temps effectivement passé avec le patient, qui peut être très variable pour un même type d'acte. Des études récentes ont ainsi

13. Savoir si cette moindre activité est choisie ou subie (discrimination de la part de certains patients qui préfèrent consulter des médecins pratiquant des tarifs plus faibles) n'est pas l'objet de cette étude.

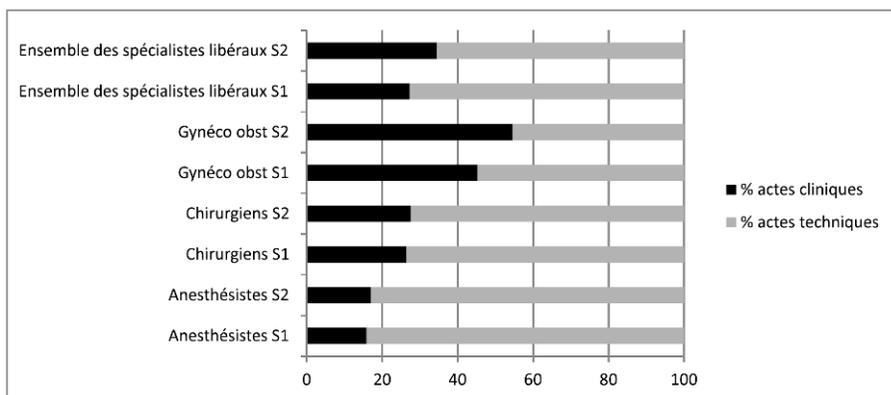


Figure 4 : Répartition des actes par spécialité et secteur de conventionnement

Lecture : Il s'agit de la part des actes cliniques/techniques dans les honoraires sans dépassement ni forfait, proxy monétaire de l'activité, et non pas dans le total du nombre d'actes réalisés.

Source : Insee-DGFIP-CNAMTS - Exploitation Drees

Champ : France métropolitaine, données 2008.

montré que les médecins généralistes de secteur 2 ont des durées de consultation en moyenne plus longues que celles de leurs homologues de secteur 1 (Clerc *et al.*, 2011). Ce phénomène est également observé pour les spécialistes libéraux : exercer en secteur 2 irait de pair avec une durée de séance plus longue (Gouyon, 2009). La possibilité de fixer des tarifs plus élevés en secteur 2 permettrait une certaine latitude sur le temps passé en consultation : c'est notamment l'un des arguments fréquemment avancés pour légitimer l'existence de ce secteur.

La composition des actes (3) est assez proche entre médecins du secteur 1 et du secteur 2, à l'exception des gynécologues obstétriciens de secteur 2 pour qui la part des actes cliniques dans l'activité représente 10 points de plus que pour leurs confrères de secteur 1 (Figure 4). Bien que ces trois spécialités soient désignées comme étant à « plateaux techniques lourds », elles ne semblent pas identiquement contraintes sur la structure de leur activité. Pour les seuls médecins de secteur 2 par exemple, les actes cliniques représentent 17 % de l'activité des anesthésistes, 27,6 % de celle des chirurgiens, mais 55 % de celle des gynécologues obstétriciens. Ces derniers se caractérisent donc par une activité plus centrée sur les consultations que sur les actes techniques.

4. Le secteur optionnel en pratique : modalités et simulation de sa mise en place

4.1. Les modalités du secteur optionnel

Les taux de dépassement maximum fixés par le secteur optionnel comme option de coordination renforcée varient selon que les actes sont réalisés dans ou en dehors du parcours de soins et selon leur nature, clinique ou technique.

Nous utilisons les critères fixés par la Convention nationale du 26 juillet 2011 : « Le praticien adhérent au secteur optionnel s'engage, pour les actes qu'il effectue pour les patients qui entrent dans le parcours de soins coordonnés, à pratiquer les tarifs suivants :

- pour les actes cliniques : les tarifs opposables sans dépassement ;
- pour les actes techniques : les tarifs opposables avec un dépassement pratiqué avec tact et mesure plafonné pour chaque acte à 20 % de sa valeur. »

L'arrêté de mars 2012 porte ce dernier taux de 20 % à 50 %.

En outre, sur l'ensemble de son activité (effectuée hors ou dans le parcours de soins), le praticien s'engage à respecter « un ratio honoraires sans dépassement sur honoraires totaux égal ou supérieur à 30 % » aussi bien pour les actes techniques que cliniques. Cette deuxième contrainte signifie schématiquement qu'au moins 30 % des actes doivent être pratiqués au tarif conventionnel.

Le secteur optionnel imposant l'absence de dépassements sur les seuls actes cliniques effectués dans le cadre du parcours de soins, les dépassements sont autorisés sur ceux effectués hors du parcours de soins. Une des limites de notre simulation est que nous ne connaissons pas la part des actes techniques et cliniques, réalisée dans le cadre du parcours de soins. Seule la part des *honoraires* des médecins perçue dans le cadre du parcours de soins est connue, mais il nous est impossible d'associer ces honoraires à des actes. De ce fait, nous considérons que tous les actes sont réalisés dans le cadre du parcours de soins¹⁴. Nos données montrant que seuls 6 % des honoraires sont perçus hors du parcours de soins, notre approximation ne devrait pas influencer trop fortement les résultats. Toutefois cette contrainte sur les actes cliniques, associée au secteur optionnel, pourrait se

14. Notons que l'accès direct aux gynécologues est autorisé sans passer au préalable par son médecin traitant pour les examens cliniques gynécologiques périodiques, la prescription et le suivi d'une contraception, le suivi d'une grossesse. Si le patient a déclaré un médecin traitant, ces actes sont considérés comme faisant partie du parcours de soins.

traduire par une augmentation de la part de ces actes effectuée hors parcours de soins, comportement que nous ne pouvons prendre en compte dans la simulation.

En échange des restrictions imposées sur les taux de dépassement, l'Assurance Maladie prend en charge une partie des cotisations sociales des médecins qui adhèrent au secteur optionnel et les complémentaires s'engagent à prendre en charge ces dépassements autorisés dans le cadre des contrats dits responsables.

Afin d'étudier le positionnement des médecins par rapport aux critères du secteur optionnel, nous calculons le taux de dépassement maximal que les médecins pratiqueraient s'ils adhéraient à ce secteur.

De façon générale, les honoraires d'un médecin admettent la décomposition suivante :

$$\begin{aligned} \text{Honoraires Totaux (HT)} &= (\bar{p}_C \times \text{actes cliniques}) + (\bar{p}_T \times \text{actes techniques}) \\ &= \text{Honoraires sans dépassements ni forfaits} \\ &\quad (\text{Hsdf} = \text{Hsd} + \text{Hdf}) \\ &\quad + \text{dépassements} + \text{forfaits} \end{aligned}$$

où \bar{p}_C représente le tarif conventionnel des actes cliniques et \bar{p}_T le tarif conventionnel des actes techniques.

Les forfaits représentent les sommes payées aux médecins par l'Assurance Maladie pour rémunérer certaines contraintes liées à leur exercice ou certaines modalités de leur exercice (Bellamy, 2010). Ces forfaits n'étant pas attachés à un acte de soins en particulier, ils apparaissent comme un élément distinct de la somme qui décrit le montant des honoraires totaux des médecins. Les trois spécialités étudiées reçoivent une part relativement importante de leur rémunération sous forme forfaitaire en 2008 : 7 600 € pour les chirurgiens (soit 3,2 % de leurs honoraires totaux), 5 200 € pour les gynécologues (médicaux et obstétriciens) et 6 700 € pour les anesthésistes (soit 1,9 % de leurs honoraires totaux pour ces deux dernières spécialités). Pour les anesthésistes, les forfaits représentent quasi exclusivement la rémunération des gardes et astreintes ; pour les chirurgiens et les gynécologues s'y ajoute la responsabilité civile.

Avec la mise en place du secteur optionnel, et puisque nous avons supposé que tous les actes des médecins étaient réalisés dans le cadre du parcours de soins, la borne supérieure¹⁵ du montant des honoraires totaux est la suivante :

$$\begin{aligned} \text{Honoraires Totaux (HT)} &= (\bar{p}_C \times \text{actes cliniques}) + (0,3 \times \bar{p}_T \times \text{actes techniques}) + \\ &\quad (0,7 \times 1,5 \times \bar{p}_T \times \text{actes techniques}) + \text{forfaits} \end{aligned}$$

15. Il s'agit ici d'une borne supérieure car les médecins sont contraints de réaliser au moins 30 % de leur activité au tarif conventionnel. Néanmoins, ils sont libres d'en réaliser une plus grande partie à ces tarifs.

c'est-à-dire :

$$\text{HT - forfaits} = (\bar{p}_C \times \text{actes cliniques}) + (1,35 \times \bar{p}_T \times \text{actes techniques})$$

ou encore :

$$\text{HT - forfaits} = \text{Hsdf}_C + 1,35 \times \text{Hsdf}_T$$

Plus généralement, le secteur optionnel impose la contrainte suivante sur le niveau des honoraires totaux des médecins¹⁶ : un taux de dépassement nul sur les actes cliniques ($\text{ratio}_C=1$) et un taux de dépassement maximal de 35 % sur les actes techniques ($\text{ratio}_T \leq 1,35$).

Autrement dit :

$$\text{HT - forfaits} = \text{Hsdf}_C + \text{ratio}_T \times \text{Hsdf}_T$$

$$\text{avec } \text{ratio}_T \leq 1,35$$

où « ratio_T » correspond au rapport entre le montant total des honoraires hors forfaits issus d'actes techniques et celui des honoraires sans dépassements ni forfaits issus d'actes techniques (Hsdf_T). Si $\text{ratio}_T = 1,35$, cela signifie que le tarif des actes techniques dépasse de 35 % le tarif conventionnel ou encore que le taux de dépassement sur les actes technique est de 35 %. De la même façon, « ratio_C » correspond au rapport entre le montant total des honoraires hors forfaits issus d'actes cliniques et celui des honoraires sans dépassements ni forfaits issus d'actes cliniques (Hsdf_C).

Dans la suite de cet article, nous désignerons par Hhf les honoraires totaux hors forfaits (issus d'actes techniques et cliniques) perçus par les médecins.

4.2. Positionnement actuel des médecins par rapport aux objectifs du secteur optionnel

Sur l'ensemble des spécialistes du secteur 2, le taux de dépassement moyen est de 87 % sur les actes cliniques et 34 % sur les actes techniques (Figure 5 et Tableau 2). Les trois spécialités retenues pour le secteur optionnel ont toutefois des taux de dépassement moyens plus élevés. Pour les actes techniques, les anesthésistes pratiquent des tarifs supérieurs de 57 % aux tarifs conventionnels, les gynécologues

16. Notons qu'il s'agit d'une condition nécessaire mais non suffisante dans la mesure où les médecins doivent en plus vérifier la condition d'un taux de dépassement maximal de 50 % pour chacun de leurs actes techniques.

Tableau 2 : Positionnement des médecins de secteur 2 par rapport aux objectifs de taux de dépassement définis par le secteur optionnel

% de médecins qui respectent les objectifs du SO pour :	les seuls actes techniques	les seuls actes cliniques	aucun des actes	les actes techniques et cliniques	(Ratio _c -1)*100 [D1-D9]	(Ratio _r -1)*100 [D1-D9]
Anesthésistes	43 %	0,1 %	56,3 %	0,6 %	63 % [26 %; 103 %]	57 % [6 %; 117 %]
Chirurgiens	38,1 %	0,2 %	61 %	0,6 %	131 % [19 %; 139 %]	81 % [9 %; 191 %]
Gynécologues obstétriciens	44 %	1 %	54,9 %	0,2 %	106 % [51 %; 177 %]	64 % [11 %; 130 %]
Ensemble des spécialistes	53,5 %	0,9 %	43,7 %	1,9 %	87 % [22 %; 143 %]	34 % [0 %; 113 %]

* Il s'agit des honoraires sans dépassements ni forfaits

Lecture : 43 % des anesthésistes respectent les objectifs définis par le secteur optionnel en termes de taux de dépassement sur les actes techniques uniquement. Autrement dit, ils pratiquent des taux de dépassements non nuls sur les actes cliniques mais des taux de dépassement sur les actes techniques qui sont plus faibles que ceux imposés par le secteur optionnel (colonne 1). Par ailleurs (colonne 5), parmi l'ensemble des anesthésistes du secteur 2, le taux de dépassement moyen sur les actes techniques est de 57 %. Les 10 % d'anesthésistes pratiquant les taux les plus faibles ont des taux de dépassement de 6 %. Source : Insee-DGFIP-CNAMTS - Exploitation Drees

Champ : France métropolitaine, données 2008, médecins de secteur 2 uniquement.

obstétriciens de 64 % supérieurs et les chirurgiens de 81 % supérieurs. Ces trois spécialités sont donc parmi celles qui pratiquent les tarifs les plus élevés sur les actes techniques, ce qui justifie que le législateur se soit en premier lieu concentré sur elles. Mais ce ne sont pas les seules : les stomatologues et les ORL pratiquent eux aussi, en moyenne, des taux de dépassement sur les actes techniques très supérieurs à ceux de l'ensemble des spécialistes et à ceux définis par le secteur optionnel.

En moyenne, tous les médecins de secteur 2 pratiquent des dépassements sur les actes cliniques et, en cela, ils sont tous très au-dessus des objectifs fixés par le secteur optionnel. Les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens, pour qui les taux de dépassements sont les plus élevés, pratiquent en moyenne des tarifs sur les actes cliniques qui correspondent à, respectivement, +131 % et +106 % des tarifs conventionnels. Le premier décile des taux de dépassement sur les actes cliniques étant de 19 % pour les chirurgiens, de 26 % pour les anesthésistes et même de 51 % pour les gynécologues obstétriciens (Tableau 2), presque aucun médecin ne respectant les objectifs imposés par le secteur optionnel pour les actes cliniques.

Le tableau 2, qui se concentre sur les trois spécialités concernées par le secteur optionnel, détaille la répartition des médecins face aux deux objectifs de taux de dépassement actuellement fixés par ce secteur, en distinguant 4 catégories de médecins. Si 53,5 % de l'ensemble des spécialistes de secteur 2 pratiquent des taux de dépassement sur les actes cliniques mais ont des taux de dépassement sur les actes techniques qui ne dépassent pas les seuils imposés par le secteur optionnel (colonne 1), cette moyenne est largement inférieure pour les trois spécialités concer-

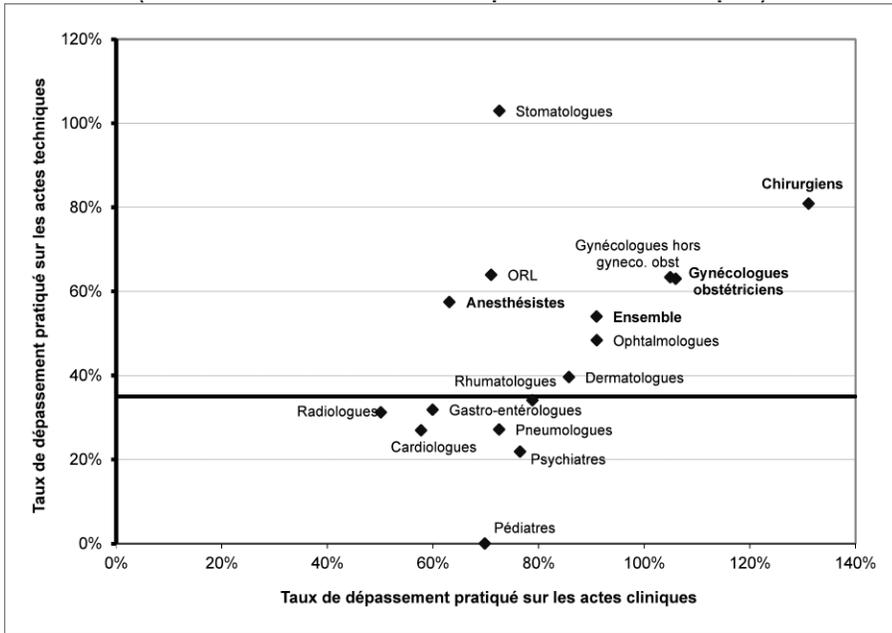


Figure 5 : Taux de dépassement moyen par spécialité des médecins du secteur 2 (distinction entre les actes techniques et les actes cliniques)

Lecture : La droite horizontale (resp. verticale) qui coupe l'axe des ordonnées (resp. des abscisses) à 35 % (resp. à 0 %) représente l'objectif de taux de dépassement sur les actes techniques (resp. sur les actes cliniques) fixé par le secteur optionnel.

Source : Insee-DGFIP-CNAMTS - Exploitation Drees

Champ : France métropolitaine, données 2008, médecins de secteur 2 uniquement.

nées par le secteur optionnel. 44 % environ des anesthésistes et des gynécologues obstétriciens sont dans ce cas mais seulement 38 % des chirurgiens.

Par ailleurs, 43,7 % de l'ensemble des spécialistes ne respectent actuellement aucun des objectifs fixés par le secteur optionnel en termes de taux de dépassements sur les actes cliniques et sur les actes techniques (colonne 3). Ces chiffres sont largement plus élevés pour les 3 spécialités de bloc concernées : de 54,9 % pour les gynécologues obstétriciens à 61 % pour les chirurgiens. Enfin, moins de 1 % (1,9 % pour l'ensemble des spécialistes) des médecins de chacune de ces trois spécialités respectent les objectifs en termes de dépassements définis par le secteur optionnel (colonne 4).

Le secteur optionnel semble donc *a priori* très contraignant pour les médecins et en particulier pour les trois spécialités concernées.

Notre objectif n'est pas ici d'étudier en détail les caractéristiques des médecins qui pratiquent des taux de dépassements supérieurs à ceux fixés par le secteur

optionnel. Une précédente étude (Bellamy et Samson, 2011), qui analysait les déterminants des dépassements d'honoraires des médecins, a en effet déjà montré que, toutes choses égales par ailleurs, les médecins qui pratiquent des dépassements élevés ont les caractéristiques suivantes¹⁷ :

- ils exercent principalement dans des zones très denses en médecins : plus la concurrence entre médecins est élevée, plus ces derniers compensent la faiblesse de leur clientèle potentielle en augmentant leurs tarifs. Sans que nous ayons formellement testé cette hypothèse, ce type de comportement fait référence à un mécanisme d'induction de la demande par les médecins, généralement mis en évidence en analysant le lien entre densité médicale et activité ou entre densité médicale et tarifs (parmi les très nombreuses études disponibles sur ce sujet, on peut citer celle de Delattre et Dormont (2003), pour la France) ;
- ils sont plus fréquemment en milieu et fin de carrière : les médecins débutants, en phase de constitution et de fidélisation de leur clientèle, pratiquent des dépassements plus faibles ;
- ils réalisent une part importante de leur activité en actes cliniques. Les médecins, pour qui les actes cliniques représentent une part élevée de leur activité, pratiqueraient donc des dépassements plus importants afin de contrebalancer les tarifs plus faibles des actes cliniques relativement aux actes techniques.

Ces trois caractéristiques sont des leviers sur lesquels les pouvoirs publics peuvent potentiellement agir pour maîtriser les dépassements¹⁸. Ainsi, la régulation de la pratique des dépassements paraît indissociable de celle de la localisation géographique et d'une transformation des modes de rémunération des médecins. Ces pistes de réflexion seront étudiées comme variantes au secteur optionnel, dont nous étudions l'attractivité dans un premier temps.

17. Elle n'est cependant pas directement comparable puisque l'équation estimée expliquait le logarithme du montant des dépassements individuels alors que sont étudiés ici les taux de dépassement. Néanmoins, puisque nous obtenons des résultats très proches lorsqu'on régresse le taux de dépassement tel que calculé dans cette étude sur les mêmes variables explicatives, nous nous référons aux résultats de l'étude précédente afin de ne pas alourdir la présentation.

18. D'autres facteurs interviennent également, sur lesquels les pouvoirs publics n'ont pas de marge de manœuvre, en particulier le niveau de vie de la population environnante.

4.3. Simulation de la mise en place du secteur optionnel

Nous analysons l'impact, sur les revenus libéraux des médecins¹⁹, de leur entrée dans le secteur optionnel. Pour chaque médecin, nous simulons un nouveau revenu libéral individuel, afin de le comparer à celui de leur déclaration d'impôts de l'année 2008. Si ce revenu simulé du médecin est supérieur à son revenu libéral déclaré, nous faisons l'hypothèse qu'il rentre dans le secteur optionnel. Cela nous permet ensuite de quantifier le nombre de médecins qui adhèreraient au secteur optionnel et les conséquences notamment en termes de coût pour l'Assurance Maladie (paiement des cotisations) et de montants de dépassements.

Pour modéliser le comportement des médecins, cette simulation s'appuie sur une approche en termes de concurrence monopolistique (McGuire, 2000) : les services des médecins ne sont pas parfaitement substituables aux yeux des patients, à cause de différences dans leur localisation par exemple (distance pour accéder au médecin) et dans la qualité des soins. Dans la mesure où les prix sont totalement libres pour les médecins de secteur 2 avant la mise en place du secteur optionnel, on considère que chacun d'entre eux est *price-maker*. Très schématiquement, car d'autres considérations entrent évidemment en jeu, notamment celles liées à la déontologie de la profession, il maximise son utilité, qui est fonction de son loisir $L_0 - t_i \times q_i$ et de sa consommation, égale à son revenu $Y_i = q_i \times p_i + R_i$, sous la double contrainte de la demande qui lui est adressée et de sa fonction de production de soins. L_0 désigne ici le temps total disponible, t_i le temps consacré à chaque acte, q_i le niveau de son activité, p_i le prix par acte et R_i regroupe un ensemble de variables qui influencent le montant du revenu libéral du médecin (forfaits, charges et remboursement de matériel...). Par souci de simplification, cette notation ne fait pas de distinction entre actes techniques et actes cliniques.

Dans nos simulations, nous faisons l'hypothèse que le niveau global d'activité et la structure de l'activité des médecins (répartition entre actes techniques / cliniques) restent inchangés avec la mise en place du secteur optionnel. De la même façon, les médecins ne modifient pas leur temps de travail. Dès lors, l'entrée dans le secteur optionnel n'influence que le prix p_i des actes effectués par les médecins. On pourrait au contraire imaginer que les médecins qui tirent un avantage financier de l'adhésion au secteur optionnel réduiraient leur activité (« effet revenu ») ou modifieraient la répartition de leurs actes entre cliniques et techniques. Inversement, certains médecins pourraient compenser la diminution du montant de leurs dépassements associée à l'entrée dans le secteur optionnel

19. Nous ne modélisons pas ici le revenu complet d'activité (libérale et salariée) mais uniquement le revenu issu de l'activité libérale. En effet, il nous est impossible de simuler la substitution qui pourrait s'opérer entre activité libérale et activité salariée lorsque des contraintes sont imposées sur le montant des dépassements associés à l'activité libérale. Nous raisonnons alors à montant de revenu salarié identique.

en augmentant leur activité. Ces scénarii, plus dynamiques, sont beaucoup plus complexes à modéliser et semblent par ailleurs peu réalistes si l'on se place dans une perspective de court terme, comme c'est le cas dans notre étude, dans laquelle les médecins sont relativement contraints par la demande.

Dès lors, étant donné notre cadre d'évaluation, la mise en place du secteur optionnel modifie de la façon suivante les fonctions objectif des médecins :

- avant l'entrée dans le secteur optionnel : $Max U(L_0 - t_i \times q_i ; p_i \times q_i + R_i)$
- après l'entrée dans le secteur optionnel : $Max U'(L_0 - t_i \times q_i ; p'_i \times q_i + C_i + R_i)$
où C_i représente le remboursement des cotisations par l'Assurance Maladie et p'_i le nouveau prix des actes, imposé par le secteur optionnel.

On suppose que le médecin i entre dans le secteur optionnel s'il lui permet de maximiser son utilité, c'est-à-dire si l'utilité qu'il retire à entrer dans le secteur optionnel (U') est plus élevée que celle qu'il retire en étant dans le secteur 2 (U). À niveau d'activité identique, ce différentiel d'utilité résulte du différentiel de revenu qu'il retire à adhérer au secteur optionnel.

Le calcul du revenu individuel qu'il gagnerait en exerçant dans le cadre du secteur optionnel repose sur plusieurs étapes :

Étape 1 – Les revenus libéraux dépendent directement des honoraires. Nous simulons donc le nouveau montant d'honoraires de chaque médecin consécutif à son entrée dans le secteur optionnel ;

Étape 2 – En utilisant les résultats d'une régression qui relie le montant des revenus individuels aux honoraires, nous calculons le revenu simulé des médecins associé à ce nouveau montant d'honoraires ;

Étape 3 – Enfin, s'ils adhèrent au secteur optionnel, une partie de leurs cotisations sociales leur est remboursée par l'Assurance Maladie. Nous estimons donc le montant de ces cotisations et les réintégrons au revenu simulé dans l'étape 2 pour obtenir le revenu libéral simulé final.

Étape 1 : Simuler l'impact de la mise en place du secteur optionnel sur les honoraires individuels des médecins

Dans le cadre du secteur optionnel, les dépassements sur les actes cliniques effectués dans le cadre du parcours de soins sont interdits²⁰. Que les médecins pratiquent initialement des dépassements sur ces actes ou non, nous imposons que le taux de dépassement sur les actes cliniques soit nul : $ratio_C=1$.

20. Comme indiqué précédemment, on ne tient pas compte du fait que cette contrainte pourrait se traduire par une augmentation de la part des actes cliniques effectués hors parcours de soins.

Pour un médecin du secteur 2 dont le taux de dépassement sur les actes techniques est déjà supérieur à celui fixé par le secteur optionnel, nous supposons, s'il décide d'entrer dans ce secteur, que ses honoraires correspondront à la borne maximum définie par le secteur optionnel. Ainsi, en reprenant les notations de la partie 4.1 :

$$Hhf = Hsdf_C + 1,35 \times Hsdf_T$$

Pour un médecin du secteur 2 dont le taux de dépassement sur les actes techniques est en revanche inférieur à celui fixé par le secteur optionnel, ses honoraires, s'il entre dans le secteur optionnel, sont définis ainsi :

$$Hhf = Hsdf_C + ratio_T \times Hsdf_T$$

Nous faisons alors deux hypothèses sur la valeur prise par la variable « $ratio_T$ » :

- l'hypothèse d'un « taux plafond sur les actes techniques » : le médecin tire profit de son entrée dans le secteur optionnel pour augmenter le montant de ses dépassements et pratiquer les tarifs maximum autorisés par le secteur optionnel sur les actes techniques. De cette manière, cela lui permet également de compenser en partie le manque à gagner qu'il subit par l'interdiction de la pratique des dépassements sur les actes cliniques. Ainsi, $ratio_T = 1,35$ (simulation 1) ;
- L'hypothèse d'un « taux inchangé sur les actes techniques » : le médecin conserve le même comportement et pratique le même niveau de dépassements sur les actes techniques qu'auparavant. Dans ce cas, $ratio_T = ratio$ observé (simulation 2).

Étape 2 : Calculer le revenu simulé

Pour juger de l'attractivité financière de l'adhésion au secteur optionnel, les médecins ne se fondent pas tant sur le montant de leurs honoraires que sur leur revenu issu, ici, de l'activité libérale.

Afin de quantifier le lien entre honoraires et revenus, nous estimons trois régressions linéaires (une pour chacune des trois spécialités médicales), sur les seuls médecins de secteur 2 :

$$Revenu_i = a + b \times HT_i + u_i^{21}$$

21. Cette spécification a été privilégiée car elle permet le meilleur ajustement des données. D'autres spécifications (par exemple, une fonction quadratique ou un polynôme de degré 3 des honoraires) n'augmentent pas la valeur du R^2 ajusté. En outre, bien qu'une spécification en logarithme semble plus naturelle, elle pose des problèmes de retransformation des revenus, qui nuisent à nos simulations. Enfin, nous choisissons d'estimer séparément 3 régressions pour chacune des 3 spécialités afin d'éviter un biais

où « Revenu » désigne le revenu *libéral* du médecin tiré des déclarations fiscales, « HT » est le montant de ses honoraires totaux, y compris forfaits et dépassements. \hat{u}_i mesure l'hétérogénéité non observée et prend en compte l'ensemble des facteurs explicatifs propres à chaque médecin, qui indiquent que, à caractéristiques observables identiques (ici, le niveau des honoraires), certains médecins aient des revenus supérieurs/inférieurs à d'autres. On ajoutera donc, pour chaque médecin, ce terme d'hétérogénéité à la valeur de revenus prédite par le modèle, pour obtenir ses revenus simulés.

Les trois équations obtenues sont les suivantes :

- Pour les gynécologues obstétriciens (N=1 839) :

$$\text{Revenu}_i = 23,72 + 0,44 \times HT_i + \hat{u}_i; R^2 = 0,63$$

(2 166) (0,007)

- Pour les anesthésistes (N=814) :

$$\text{Revenu}_i = 30\,223 + 0,43 \times HT_i + \hat{u}_i; R^2 = 0,47$$

(6 152) (0,016)

- Pour les chirurgiens (N=3 319) :

$$\text{Revenu}_i = 12\,359 + 0,46 \times HT_i + \hat{u}_i; R^2 = 0,60$$

(2 150) (0,006)

Les écarts types figurent entre parenthèses. Le coefficient de 0,46 pour les chirurgiens, par exemple, indique qu'une augmentation de 100 € des honoraires est associée, en moyenne, à une augmentation du revenu libéral individuel de 46 €.

Nous appliquons ensuite ces équations aux honoraires simulés, consécutifs à l'adhésion au secteur optionnel, pour en déduire les revenus simulés des médecins.

$$\text{Revenu simulé}_i = \hat{a} + \hat{b} \times (Hsd f_C + \text{ratio}_T \times Hsd f_T + \text{forfaits}_i) + \hat{u}_i$$

Où ratio_T peut prendre les différentes valeurs définies dans l'étape 1

d'hétérogénéité : la prise en compte d'une valeur de la constante (ordonnée à l'origine) significativement différente entre les 3 spécialités permet d'aboutir à une estimation sans biais de la pente (c'est-à-dire de la relation entre honoraires totaux et revenus) pour chacune des spécialités. Notons que nous aurions par ailleurs pu distinguer l'impact, sur les revenus, des honoraires issus d'actes techniques et des honoraires issus d'actes cliniques. Dans la mesure où ces deux coefficients ne sont pas significativement différents, nous avons préféré raisonner de façon agrégée.

Étape 3 : Intégrer le remboursement d'une partie des cotisations sociales

En adhérant au secteur optionnel, les médecins voient une partie de leurs cotisations sociales prise en charge par l'Assurance Maladie (la même part que les médecins de secteur 1) Plus précisément, trois types de cotisations sont concernés :

- les cotisations maladie ;
- les cotisations famille ;
- les allocations supplémentaires de vieillesse (ASV).

Nous simulons le montant des cotisations pris en charge par l'Assurance Maladie, calculé à partir de l'assiette de participation des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), qui correspond au revenu conventionné, net de dépassements d'honoraires (mais y compris les forfaits). Le calcul des assiettes, assez complexe, n'est pas détaillé ici²².

Le montant des *cotisations maladie* à la charge des médecins en secteur 2 est de 9,8 % des revenus conventionnés, contre seulement 0,11 % des revenus conventionnés nets de dépassements d'honoraires (et 9,8% des revenus conventionnés en dépassements) pour les médecins en secteur 1. L'Assurance Maladie rembourse donc aux médecins qui adhèrent au secteur optionnel :

$$\text{assiette} \times 9,7 \% \quad (a)$$

Le montant des *cotisations ASV* des médecins du secteur 2 est forfaitaire, fixé à 4 140 €, contre 2 760 € pour les médecins du secteur 1. Le montant des cotisations remboursées aux médecins du secteur optionnel s'élève donc à :

$$4\,140 - 2\,760 = 1\,380 \text{ €} \quad (b)$$

Enfin, le montant des *cotisations famille* à la charge des médecins du secteur 2 s'élève à 5,4 % du montant des revenus conventionnés, contre seulement 0,4 % (respectivement 2,5 %) des revenus conventionnés (nets de dépassements) sur la partie inférieure (respectivement supérieure) à 35 352 € pour les médecins de secteur 1. Les cotisations remboursées aux médecins du secteur optionnel sont donc :

$$\begin{aligned} & [5 \% \times \text{assiette}] \text{ si } \text{assiette} \leq 35\,352 \text{ €} \\ & [5 \% \times 35\,352] + [2,9 \% \times (\text{assiette} - 35\,352)] \text{ si } \text{assiette} > 35\,352 \text{ €} \quad (c) \end{aligned}$$

En ajoutant ces cotisations au revenu simulé dans l'étape 2, on en déduit le revenu simulé final des médecins, défini de la façon suivante :

22. Ce calcul peut être fourni sur demande auprès des auteurs.

$$\text{Revenu simulé final}_i = \hat{a} + \hat{b} \times (\text{Hsdf}_C + \text{ratio}_T \times \text{Hsdf}_T + \text{forfaits}_i) \\ + (a) + (b) + (c) + \hat{u}_i$$

Le remboursement des cotisations est la somme des quantités (a), (b) et (c). Un médecin choisit d'adhérer au secteur optionnel si son revenu simulé final, cotisations remboursées incluses, est supérieur ou égal à son revenu libéral déclaré en 2008.

5. Le secteur optionnel pourrait-il permettre de réguler les dépassements d'honoraires ?

5.1. Le scénario central

En 2008, le montant global des dépassements pratiqués par les trois spécialités est de 603 millions d'euros (Tableau 3). À structure d'activité constante, les simulations montrent que le secteur optionnel, tel qu'il a été défini en mars 2012, conduirait à une faible diminution des dépassements (de 43 millions d'euros, soit une baisse de 7 %) ou pourrait même les augmenter faiblement (+ 0,2 %) selon l'hypothèse retenue. En contrepartie, le supplément de cotisations versées par l'assurance maladie s'élèverait à 40 millions d'euros environ.

L'adhésion des médecins au dispositif est relativement importante, comprise entre 36 et 40 % des médecins des trois spécialités. En outre, cette adhésion varie peu selon l'hypothèse de comportement à l'égard des taux de dépassement retenue. Dans l'hypothèse d'un taux de dépassement sur les actes techniques, inchangé (simulation 2, voir § 4.3²³), cette adhésion conduirait à une diminution des dépassements de 7 %. Ces derniers augmenteraient cependant de 0,2 % si les médecins choisissaient d'augmenter leurs taux jusqu'à atteindre les taux maximums autorisés (simulation 1). Autrement dit, le montant global des dépassements s'étalonnerait entre 560 et 604 millions d'euros. Par ailleurs, le montant annuel des cotisations remboursées par l'Assurance Maladie aux médecins adhérant au secteur optionnel serait compris, en moyenne, entre 16 736 € et 18 301 € par médecin, selon l'hypothèse retenue, pour un coût total d'environ 40 millions pour l'Assurance Maladie. Cette somme par médecin est élevée, supérieure au revenu mensuel des médecins (Tableau 1).

23. Les médecins pratiquant, avant la mise en place du secteur optionnel, des taux de dépassement inférieurs aux taux maximums acceptés par ce secteur conserveraient le même comportement.

Tableau 3 : *Impact de la mise en place du secteur optionnel – scénario central*

	Somme des dépassements	Montant suppl. payé par l'AM	% de médecins adhérent au dispositif	Caractéristiques initiales des médecins adhérent (n'adhérant pas) au dispositif ^A
Situation actuelle				
Ensemble	603 M€	-	-	-
Jeunes médecins (installés en 2006 et 2007)	31 M€	-	-	-
Simulation du secteur optionnel pour les 3 spécialités concernées :				
Hyp. Taux technique plafond (simulation 1)	604 M€ (+0,2 %)	39,6 M€ (montant moyen/médecin: 16 736 €)	anesthésistes: 56 % chirurgiens: 47 % gynécol obst: 19 % ensemble: 40 %	exp moyenne : 15 ans (18 ans) hommes : 91 % (81 %) densité moyenne : 21,2 (27,8)** Ratio _C moyen : 47 % (159 %) Ratio _T moyen : 25 % (94 %)
Hyp. Taux technique inchangé (simulation 2)	560 M€ (-7,1 %)	40,1 M€ (montant moyen/médecin: 18 301 €)	anesthésistes: 55 % chirurgiens: 44 % gynécol obst: 12 % ensemble: 36 %	
Simulation d'un secteur optionnel pour les jeunes médecins des 3 spécialités uniquement :				
Hyp. Taux technique plafond (simulation 1)	33 M€ (+6,4 %)	4,5 M€ (montant moyen/médecin: 14 775 €)	anesthésistes: 79 % chirurgiens: 63 % gynécol obst: 42 % ensemble: 62 %	exp moyenne : 2,5 ans (2,5 ans) hommes : 86 % (77 %) densité moyenne : 21,2 (27,1)** Ratio _C moyen : 44 % (81 %) Ratio _T moyen : 19 % (93 %)
Hyp. Taux technique inchangé (simulation 2)	26 M€ (-16 %)	4,7 M€ (montant moyen/médecin: 16 634 €)	anesthésistes: 78 % chirurgiens: 59 % gynécol obst: 37 % ensemble: 58 %	

* les moyennes sont calculées dans le cas de l'hypothèse d'un taux plafond.

** moyenne de la densité pour 100 000 habitants des 3 spécialités considérées.

Source : Insee-DGFIP-CNAMTS - Exploitation Drees

Champ : France métropolitaine, données 2008, médecins de secteur 2 uniquement.

Notons que le montant des cotisations versées par l'assurance maladie est plus élevé dans le cas de la simulation 2. En effet, les cotisations sont calculées à partir de l'assiette de participation, qui tient compte de la part que représente le revenu conventionné dans le revenu total du médecin. Dans le cas de la deuxième simulation, à taux de dépassement sur les actes techniques inchangé, cette part est plus élevée, conduisant à des montants de cotisations supérieurs.

Dans la seconde simulation, la diminution des dépassements (43 millions d'euros) et la hausse des cotisations remboursées par l'Assurance Maladie (40 millions d'euros) sont de montants relativement proches. Cependant, cette réforme n'est pas neutre car si la diminution des dépassements profitait aux seuls patients, l'augmentation des cotisations remboursées aux médecins serait, elle, financée par une éventuelle hausse des prélèvements obligatoires, assise sur l'ensemble des contribuables. Par ailleurs, les complémentaires santé devant rembourser les dépassements réalisés dans le cadre du secteur optionnel, on peut penser qu'elles

augmenteraient le montant des primes en conséquence. Ainsi, le gain réalisé par les patients sur les montants de dépassements serait tout à fait relatif²⁴.

On ne peut qu'être surpris de l'inadéquation entre la participation assez forte au dispositif et sa relativement faible efficacité en termes de diminution des montants de dépassements. En effet, le dispositif ne parviendrait pas à attirer les médecins qui pratiquent actuellement les taux de dépassements les plus élevés, ceux qu'une réforme souhaite toucher en premier lieu. Seuls les médecins pratiquant initialement les taux de dépassement les plus faibles seraient incités à y adhérer (colonne 4, tableau 3). Les médecins adhérents pratiquaient ainsi, avant la mise en place du secteur optionnel, des taux de dépassement sur les actes cliniques de 47 % (contre 159 % pour ceux n'y adhérant pas) et des taux de dépassement sur les actes techniques de 25 % (contre 94 % pour ceux n'y adhérant pas).

Pour ces médecins pratiquant moins de dépassements, l'incitation financière à intégrer ce secteur est forte. La simulation 2, qui raisonne à taux de dépassements sur les actes techniques inchangés pour ceux qui étaient en deçà des objectifs du secteur optionnel, montre que leurs revenus augmenteraient, en raison de la prise en charge de leurs cotisations sociales, de 1,6 % (pour le 1^{er} décile, D1) à 12 % (pour le dernier décile, D9 - Figure 6). La moitié d'entre eux verraient leurs revenus augmenter d'au moins 6,5 %. Dans l'hypothèse où ces médecins modifieraient leurs comportements en augmentant le montant de leurs dépassements sur les actes techniques jusqu'au taux maximum autorisé (simulation 1, « taux plafond »), leurs revenus augmenteraient plus fortement : entre 2,2 % (D1) et 28 % (D9). La moitié d'entre eux verraient leurs revenus augmenter d'au moins 11 % (Figure 6). Dans ce deuxième cas, le secteur optionnel représente un double effet d'aubaine : la prise en charge de leurs cotisations sociales, jointe à la pratique de taux de dépassement plus élevés, a des effets très positifs sur leurs revenus²⁵. L'effet d'aubaine est d'autant plus visible que les différences en termes de nombre d'adhérents sont relativement faibles entre les deux simulations. Cela signifie que les médecins pour lesquels le secteur optionnel est financièrement avantageux dans l'hypothèse « taux plafond », y adhéreraient également presque tous dans l'hypothèse « taux

24. En outre, du côté des médecins, il n'est pas possible de mettre directement en regard le montant de dépassements avec le montant de cotisations remboursées afin de juger de l'attractivité de la réforme. En effet, si les cotisations correspondent à un supplément de revenus pour le médecin, le montant des dépassements ne constitue en rien un montant de revenus individuels, puisqu'il faudrait en déduire (comme c'est le cas pour tous les honoraires) ce que le médecin paye comme charges, ce qu'il laisse dans une société, etc.

25. Nous faisons l'hypothèse que, si un médecin a financièrement intérêt à adhérer au secteur optionnel, il profitera de cette opportunité pour augmenter ses revenus. Une autre possibilité, si les médecins agissent en fonction d'un « revenu cible » à maintenir, serait que ces médecins, en adhérant à ce nouveau secteur, profitent du remboursement de leurs cotisations pour diminuer encore plus leurs taux de dépassement ou le nombre d'actes qu'ils effectuent tout en conservant le même niveau de revenu. Toutefois, nous ne pouvons pas modéliser ce type de comportements individuels.

inchangé » où ils sont contraints de maintenir leurs taux de dépassement actuels sur les actes techniques. Cela traduit le fait que, globalement, le remboursement des cotisations est suffisamment avantageux pour compenser la perte de dépassements sur les actes cliniques, sans qu'il y ait véritablement besoin d'augmenter le tarif de leurs actes techniques. La possibilité de « saturer » la contrainte de dépassements sur les actes techniques s'apparente alors à un pur effet d'aubaine.

L'intérêt du secteur optionnel apparaît en revanche beaucoup plus limité pour les médecins qui pratiquaient initialement des taux de dépassements supérieurs à ceux définis par le législateur. Ainsi, 60 % à 64 % de médecins (selon l'hypothèse retenue sur les taux de dépassement) verraient leurs revenus diminuer suite à l'entrée dans le secteur optionnel ; ils n'ont donc aucun intérêt à y adhérer. Le supplément de revenus lié à la prise en charge d'une partie de leurs cotisations ne permet pas de compenser le manque à gagner en termes de dépassements. Pour certains, la diminution des revenus serait massive : 10 % d'entre eux (D1) verraient leurs revenus diminuer d'un peu plus de 50 % (Figure 6). Compenser la perte de revenu nécessiterait d'augmenter fortement le niveau de leur activité.

Le secteur optionnel n'est pas identiquement attractif pour les trois spécialités concernées : les gynécologues obstétriciens ne seraient qu'entre 12 et 19 % à y adhérer, contre 55 % environ pour les anesthésistes et 44 à 47 % pour les chirurgiens (Tableau 3). La raison principale de cette hétérogénéité tient aux différences de composition de leur activité (ces spécialités ne présentant pas de différences particulières en termes de localisation, d'âge ou de sexe) : en moyenne, les actes cliniques représentent 54 % de l'activité des gynécologues obstétriciens, contre seulement 17 % de celle des anesthésistes et 27 % de celle des chirurgiens (Figure 4). Associé au fait que les gynécologues obstétriciens pratiquent des taux de dépassement très élevés sur les actes cliniques, on comprend qu'ils adhèrent moins que les autres spécialistes au secteur optionnel, dans lequel les dépassements sur les actes cliniques sont interdits. Une entrée dans le secteur optionnel de l'ensemble des gynécologues obstétriciens conduirait à une diminution de revenus pour près de 80 % d'entre eux (Figure 7). Plus généralement, un tel résultat conduit à s'interroger sur l'opportunité de différencier les paramètres du secteur optionnel selon les spécialités médicales, dans la perspective de son élargissement à d'autres spécialités. En effet, celles-ci sont généralement caractérisées par une activité clinique beaucoup plus importante que les spécialités retenues pour expérimenter le secteur optionnel. Il est donc très probable que le secteur optionnel tel qu'il a été défini en mars 2012 ne leur paraisse pas suffisamment attractif.

À court terme, le secteur optionnel aurait un impact limité sur la pratique des dépassements d'honoraires. Il serait rejoint en priorité par les médecins qui pratiquent actuellement les taux de dépassement les plus faibles et qui voient en lui une « aubaine », celle d'augmenter le niveau de leurs revenus grâce à la prise en charge des cotisations, tout en conservant le même niveau d'activité.

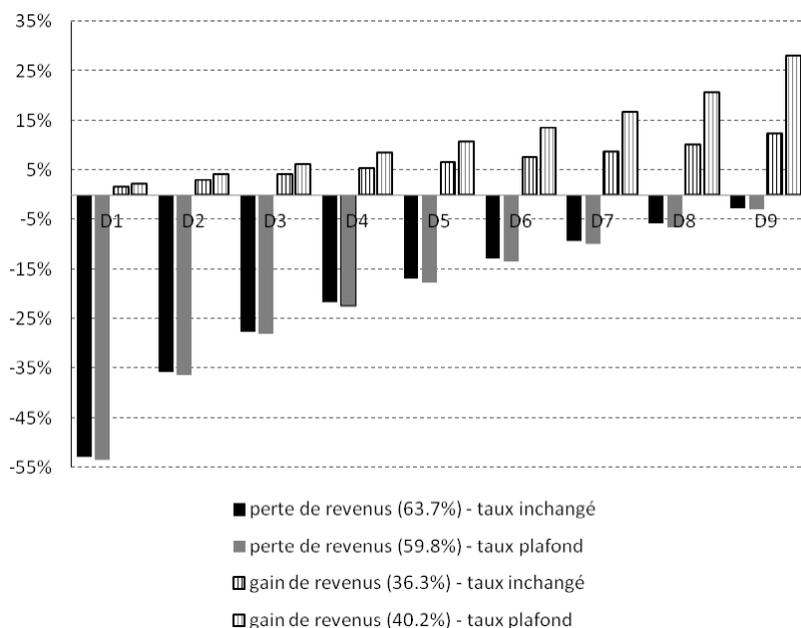


Figure 6 : Distribution des écarts de revenu (en %) entre revenus simulé et observé pour les 3 spécialités concernées par le secteur optionnel

Lecture : Les différents déciles correspondent à ceux de chaque série. 40,2 % des médecins verraient leurs revenus augmenter en entrant dans le secteur optionnel et y adhèreraient potentiellement, alors que 59,8 % verraient leurs revenus diminuer (simulation 1, sur la base d'un taux de dépassement plafond sur les actes techniques). Parmi les médecins qui connaîtraient une diminution de leurs revenus (simulation 1), 10 % verraient leurs revenus diminuer de 54 % (D1) et 10 % verraient leurs revenus diminuer de 3 % (D9). Parmi les médecins qui connaîtraient une augmentation de leurs revenus, 10 % verraient leurs revenus augmenter de 1,6 % et 10 %, de 28 % environ.

Source : Insee-DGFIP-CNAMTS - Exploitation Drees

Champ : France métropolitaine, données 2008, médecins de secteur 2 uniquement.

Toutefois, une analyse plus approfondie montre que les médecins ayant intérêt à adhérer au secteur optionnel – au moins à court terme – ont des caractéristiques particulières, conformes aux résultats que nous avons obtenus dans l'étude des déterminants des dépassements d'honoraires (Bellamy et Samson, 2011). Ces médecins sont en moyenne plus jeunes (15 ans d'expérience contre 18 ans pour ceux n'adhérant pas) et ils exercent dans des départements où la densité médicale est plus faible (21 médecins pour 100 000 habitants contre 28 pour les autres – Tableau 3). Ces constats sont confirmés par une régression logistique, toutes choses égales par ailleurs²⁶, qui montre notamment que les médecins ayant entre 1 et

26. Nous ne présentons pas les résultats détaillés de ces régressions, mais elles peuvent être obtenues sur demande.

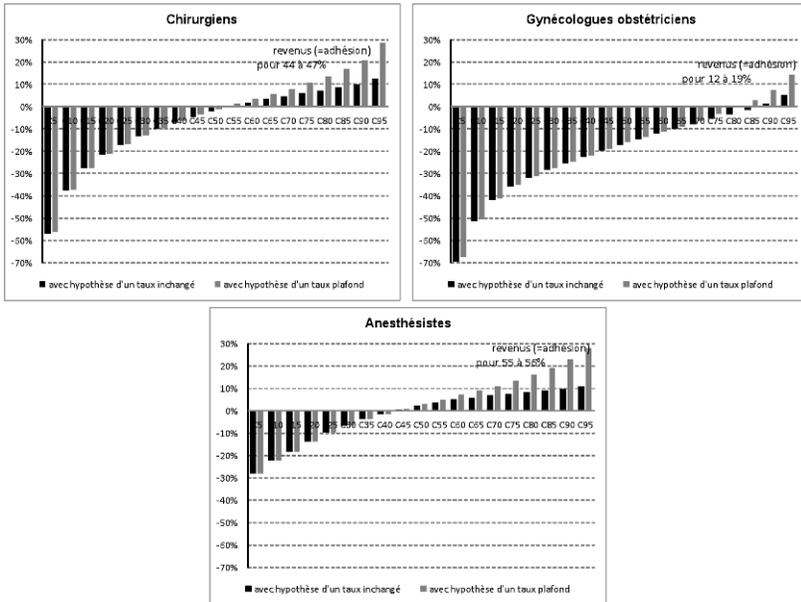


Figure 7 : Distribution de la variation de revenus consécutive à l'adhésion (simulée) au secteur optionnel, par spécialité

Lecture : Sur chacune des trois figures, les centiles correspondent à ceux de chacune des 2 séries. 44 à 47 % des chirurgiens verraient leurs revenus augmenter en entrant dans le secteur optionnel et y adhéreraient potentiellement. En adhérant au secteur optionnel, 10 % des chirurgiens verraient leurs revenus diminuer d'au moins 36 % (ils n'adhéreraient donc pas à ce secteur), 10 % verraient leurs revenus augmenter d'au moins 10 % (simulation 1).

Source : Insee-DGFIP-CNAMTS - Exploitation Drees

Champ : France métropolitaine, données 2008, médecins de secteur 2 uniquement.

5 ans d'expérience ont 1,6 fois plus de chances d'adhérer au secteur optionnel que ceux ayant entre 6 et 14 ans d'expérience. Les médecins ayant plus de 15 ans d'expérience ont autant de chances d'adhérer au secteur optionnel que ceux ayant de 6 à 14 ans d'expérience. Ce fort impact de l'expérience sur l'adhésion peut s'expliquer par la phase de constitution et de fidélisation de la clientèle des jeunes médecins. Ces derniers ont une activité plus faible que les médecins déjà installés et des possibilités de dépassements moins importantes. De ce fait, le secteur optionnel peut être plus avantageux financièrement pour eux. Ce constat sur l'impact de l'expérience n'est pas à négliger : en se plaçant dans une perspective de plus long terme et en réussissant à attirer les médecins au moment de leur installation en libéral, le secteur optionnel pourrait créer une dynamique de limitation des dépassements²⁷.

27. Ceci pose la question de la réversibilité de l'adhésion au secteur optionnel.

C'est pourquoi, dans un second temps, nous avons restreint nos simulations aux seuls jeunes médecins installés en 2006 et 2007 (qui ont entre 2 et 3 ans d'expérience en 2008), afin de simuler l'attractivité du secteur optionnel pour les médecins qui s'installeront en libéral dans les prochaines années. Les dépassements pratiqués par ces médecins sont faibles : 31 M€, soit moins de 5 % du total des dépassements, alors qu'ils représentent 8 % de l'ensemble des médecins.

Pour réaliser ces nouvelles simulations, la méthode utilisée est identique à celle décrite dans la partie 4.3. Seules les équations reliant les honoraires aux revenus diffèrent : elles sont estimées sur le sous échantillon de jeunes médecins²⁸.

Les simulations montrent qu'entre 58 et 62 % des médecins installés en 2006 et 2007 pourraient choisir d'adhérer au secteur optionnel car celui-ci ne les pénalise pas en termes de revenus (Tableau 3). Dans la mesure où les dépassements pratiqués par ces médecins sont initialement faibles, l'effet sur le montant global des dépassements est limité. Avec l'hypothèse 2 (celle d'un taux de dépassement sur les actes techniques inchangé), les dépassements pratiqués par ces médecins diminueraient de 16 % (26 M€ au lieu de 31 M€). Mais ils augmenteraient de 6 % dans le cas de la simulation 1, où les médecins augmentent leurs taux de dépassements jusqu'aux taux maximum autorisés par le secteur optionnel. Le montant des cotisations prises en charge par l'Assurance Maladie est plus faible pour ces jeunes médecins : ils s'élèvent en moyenne à 15 000 € par médecin (soit un total de 4,5 millions d'euros), la part variable de ces cotisations, fondée sur le revenu issu de l'activité conventionnée, étant beaucoup plus faible pour les médecins en début de carrière.

Est-il possible de faire le pari que ces médecins, une fois installés, choisiront de rester dans le secteur optionnel en conservant une pratique limitée des dépassements ? Ce pari est soumis à deux conditions.

D'une part, il est nécessaire d'empêcher toute réorientation de ces médecins vers le secteur 2 au cours de leur carrière. Pour l'instant, et tel que le législateur l'a défini, l'efficacité du secteur optionnel tient uniquement au caractère incitatif qu'il revêt pour certains médecins, étant donnés le stade de leur carrière, leur type

28. Les équations estimées sont les suivantes (les coefficients sont très proches de ceux obtenus sur l'ensemble des médecins).

Pour les gynécologues obstétriciens :

$$\text{Revenu}_i = 8220 + 0,45 \times HT_i + \hat{u}_i; R^2 = 0,71; N = 119$$

(5599) (0,027)

Pour les anesthésistes :

$$\text{Revenu}_i = 45298 + 0,38 \times HT_i + \hat{u}_i; R^2 = 0,26; N = 127$$

(19933) (0,056)

Pour les chirurgiens :

$$\text{Revenu}_i = 17353 + 0,43 \times HT_i + \hat{u}_i; R^2 = 0,57; N = 283.$$

(5434) (0,022)

d'activité, voire leur localisation. L'adhésion à ce secteur est par ailleurs réversible : les médecins peuvent débiter leur carrière dans le secteur optionnel, puis choisir d'augmenter leurs dépassements et se réorienter vers le secteur 2. Dans ce cas, il semble difficile de garantir l'efficacité de ce secteur à plus long terme. En revanche, rendre le système coercitif en interdisant le retour vers le secteur 2 peut contribuer à ce que le secteur optionnel constitue une première réponse à l'encadrement de la pratique des dépassements des médecins²⁹. Si cette forme de coercition s'éloigne de l'esprit initial du secteur optionnel, rappelons que ce type de mesure fut déjà pris avec le secteur 2 : les médecins ont eu, un temps, le choix de changer de secteur entre 1980 et 1990, mais, à partir de 1990, le choix du secteur réalisé au moment de l'installation était définitif.

La deuxième condition concerne la prise en charge des dépassements par les assurances complémentaires. En effet, les dépassements pratiqués par les médecins du secteur optionnel doivent être pris en charge par ces organismes depuis le décret de mars 2012. Si un médecin, qui est dans le secteur optionnel, en sort (en effectuant trop de dépassements), le patient, d'une certaine manière, en sort aussi et devient moins solvable. L'alternative pour le médecin est alors de choisir entre des dépassements dont l'ampleur est déterminée par les pouvoirs publics, mais avec une forte solvabilité de la demande, et des montants de dépassements plus importants, mais associés à une moindre solvabilité de la demande.

En conséquence, le secteur optionnel tel qu'il est envisagé semble être une piste pour réguler la pratique des dépassements, mais ne suffirait pas à lui seul, et dans son périmètre actuel, à contenir l'ampleur des dépassements d'honoraires.

5.2. Simulation de deux variantes au secteur optionnel

Nous partons donc de la définition actuelle du secteur optionnel pour envisager deux variantes :

- supprimer le caractère « optionnel » de ce nouveau secteur en le rendant obligatoire. De cette façon, on impose une contrainte sur les taux de dépassements à l'ensemble des médecins de secteur 2 des trois spécialités concernées ;
- lier les questionnements relatifs à la régulation de la pratique des dépassements à ceux relatifs à la localisation géographique et imposer une contrainte

29. Dans ce cas, certains jeunes médecins, qui auraient à court terme intérêt à adhérer au secteur optionnel, mais qui anticipent une progression de leurs dépassements, pourraient choisir de ne pas adhérer, maximisant ainsi leur revenu permanent. Toutefois, la méthodologie de simulation que nous utilisons se plaçant essentiellement dans une perspective de court terme, il est difficile d'aller plus loin dans ce type de raisonnement.

sur les dépassements aux seuls médecins s'installant dans les zones fortement dotées en médecins, sous réserve que ce soit possible sur le plan juridique.

Les résultats de ces deux nouvelles simulations, réalisées sur l'ensemble des 3 spécialités mais aussi sur les seuls jeunes médecins de ces trois spécialités, sont présentés dans le tableau 4.

5.2.1. Remplacer le secteur 2 par le secteur optionnel : contraindre les dépassements de l'ensemble des médecins du secteur 2

Depuis 1999, le code de la sécurité sociale permet aux conventions nationales de définir, pour les médecins en secteur 2, soit un plafond de dépassement par acte, soit un plafond annuel de dépassements perçus par les médecins pour l'ensemble de leur activité, pouvant, par exemple, être déterminé en fonction du montant total des dépassements constatés l'année précédente. Cette disposition n'a jamais été mise en œuvre. La question du « juste » plafond est en effet problématique et le risque est de voir les médecins pratiquant des dépassements inférieurs à ce plafond augmenter le niveau de leurs dépassements jusqu'à la limite tolérée. Une autre façon d'adapter cette disposition est de rendre les taux de dépassements imposés par le secteur optionnel obligatoires. Ainsi, le secteur 2 serait finalement entièrement remplacé par le secteur optionnel et l'ensemble des médecins de secteur 2 seraient contraints sur leurs taux de dépassement.

Pour simuler cette variante, nous utilisons la même méthodologie que pour le scénario central. Les équations estimées reliant les honoraires aux revenus sont également identiques. D'après nos simulations, le montant des dépassements serait réduit à 205 M€, soit une diminution de 66 % (dans l'hypothèse de taux inchangés) avec un coût pour l'Assurance Maladie de 100 M€ (remboursement des cotisations sociales). Dans l'hypothèse où les médecins augmenteraient leurs taux de dépassement sur les actes techniques jusqu'au taux maximum imposé, les dépassements diminueraient un peu moins (-56 %), avec un montant des cotisations reversées s'élevant à 97 M€ (Tableau 4). Cette variante permet de montrer dans quelle mesure les dépassements seraient réduits s'ils étaient fortement contrôlés, *via* une remise en cause de la liberté de fixation des tarifs des médecins libéraux.

Lorsque cette variante est simulée sur les seuls jeunes médecins, l'écart entre les simulations 1 et 2 est plus marqué. La simulation 2 conduit à une forte diminution des dépassements (-60 %). Toutefois, puisque leurs taux actuels de dépassement sur les actes techniques sont souvent inférieurs à ceux définis par le secteur optionnel, ils peuvent être tentés d'augmenter leurs taux de dépassement jusqu'à la limite imposée. Dès lors (simulation 1), la diminution des dépassements est moindre (-35 %).

Tableau 4 : Impact de la mise en place de deux variantes au secteur optionnel

	Somme des dépassements	Montant suppl. payé par l'AM	% de médecins adhérant au dispositif	Caractéristiques initiales des médecins adhérant (n'adhérant pas) au dispositif *
Situation actuelle				
Ensemble	603 M€	-	-	-
Jeunes médecins (installés en 2006 et 2007)	31 M€	-	-	-
a1) Simulation d'un secteur optionnel rendu « obligatoire » pour l'ensemble des médecins des 3 spécialités:				
Hyp. Taux technique plafond (simulation 1)	262 M€ (-56 %)	97,3 M€ (montant moyen/médecin: 16 286 €)	100 %	
Hyp. Taux technique inchangé (simulation 2)	205 M€ (-66 %)	100 M€ (montant moyen/médecin: 16 789 €)	100 %	
a2) Simulation d'un secteur optionnel rendu « obligatoire » pour les jeunes médecins des 3 spécialités uniquement:				
Hyp. Taux technique plafond (simulation 1)	20,2 M€ (-35 %)	69,5 M€ (montant moyen/médecin: 14 298 €)	100 %	
Hyp. Taux technique inchangé (simulation 2)	12,5 M€ (-60 %)	73,9 M€ (montant moyen/médecin: 15 211 €)	100 %	
b1) Simulation d'un secteur optionnel obligatoire pour les médecins des 3 spécialités exerçant dans les zones densément peuplées en médecins :				
Hyp. Taux technique plafond (simulation 1)	471 M€ (-21,8 %)	21,6 M€	anesthésistes: 32 % chirurgiens: 21 % gynécol obst: 21 % ensemble: 22,5 %	exp moyenne : 18,3 ans (16,6 ans) hommes : 82 % (86 %) densité moyenne : 15,4 (6,5)** Ratio _C moyen : 101 % (59 %) Ratio _T moyen : 86 % (37 %)
Hyp. Taux technique inchangé (simulation 2)	465 M€ (-22,9 %)	21,9 M€		
b2) Simulation d'un secteur optionnel obligatoire pour les jeunes médecins (uniquement) des 3 spécialités exerçant dans les zones densément peuplées en médecins :				
Hyp. Taux technique plafond (simulation 1)	26,6 M€ (-14,2 %)	1,36 M€	anesthésistes: 28,4 % chirurgiens: 17,8 % gynécol obst: 14,3 % ensemble: 19,5 %	exp moyenne : 2,4 ans (2,5 ans) hommes : 87 % (82 %) densité moyenne : 12,8 (6,1)** Ratio _C moyen : 65 % (50 %) Ratio _T moyen : 52 % (24 %)
Hyp. Taux technique inchangé (simulation 2)	25,8 M€ (-16,7 %)	1,40 M€		

* les moyennes sont calculées dans le cas de l'hypothèse d'un taux plafond.

** moyenne de la densité pour 100 000 habitants des 3 spécialités considérées.

Source : Insee-DGFIP-CNAMTS - Exploitation Drees

Champ : France métropolitaine, données 2008.

5.2.2. Une régulation de la pratique des dépassements associée à celle de la localisation géographique des médecins

Les résultats d'études précédentes (Bellamy et Samson, 2011) ont mis en évidence un lien marqué entre localisation géographique des médecins et pratique des dépassements d'honoraires. Les médecins exerçant dans les zones déjà très densément peuplées sont plus fréquemment en secteur 2 et pratiquent des taux de dépassement plus élevés : les dépassements élevés seraient un moyen de contrebalancer la faiblesse de la demande potentielle. Mais la causalité inverse est probablement également vraie : la possibilité de pratiquer des dépassements peut contribuer à accentuer l'inégale répartition des médecins sur le territoire. En effet, ces derniers peuvent continuer à s'installer dans les zones fortement dotées en médecins puisque pratiquer des dépassements leur permet de compenser la moindre activité résultant de la forte densité médicale. Il est donc nécessaire d'associer la réflexion sur la maîtrise des dépassements à celle portant sur la régulation de la localisation des médecins. Une piste consisterait à considérer la contrainte sur les dépassements comme une contrepartie au maintien de la liberté d'installation, en limitant la pratique des dépassements des médecins déjà installés ou qui choisissent de s'installer dans des zones où la densité médicale est élevée.

Nous effectuons nos simulations sous deux hypothèses :

1 - Pour les médecins qui sont installés ou s'installent dans les 20 % de départements où la densité médicale (de chaque spécialité considérée) est la plus élevée, on introduit une contrainte sur les taux de dépassement. Cette contrainte est celle d'un secteur optionnel « obligatoire » : les dépassements sont interdits sur les actes cliniques et, pour les actes techniques, 30 % d'entre eux doivent être réalisés au tarif conventionnel et les dépassements sur les 70 % d'actes restants ne doivent pas dépasser 1,5 fois le tarif conventionnel.

Les médecins exerçant dans ces zones, s'ils ne sont généralement pas plus fréquemment en secteur 2 que les médecins exerçant dans les zones moins densément peuplées en médecins (68 % contre 63 % pour les médecins exerçant dans les 60 % de départements de densité moyenne) pratiquent en revanche des taux de dépassements considérablement plus élevés que leurs confrères (Tableau 5). En effet, la médiane des taux de dépassement sur les actes techniques est de 86 % contre 41 % pour les médecins des zones moyennement denses et 29 % pour ceux exerçant dans les 20 % de département les moins peuplés. Les taux de dépassement médians sur les actes cliniques sont également bien supérieurs dans ces zones densément peuplées.

Au-delà de la médiane, la dispersion des taux de dépassements, sur les actes techniques et les actes cliniques, est bien plus élevée dans ces départements les plus densément peuplés. Ainsi, 10 % des médecins de ces zones pratiquent des taux

Tableau 5 : Pratique des dépassements en fonction de la localisation géographique des médecins

	20 % de dpts les moins peuplés	60 % de dpts moyennement peuplés	20 % de dpts les plus peuplés
Pour les 3 spécialités concernées par le secteur optionnel :			
% de médecins en S2	44 %	63 %	68 %
Ratio _C médian [D1-D9]	49 % [19 % - 96 %]	62 % [23 % - 129 %]	101 % [36 % - 237 %]
Ratio _T médian [D1-D9]	29% [4 % - 74 %]	41 % [7 % -123 %]	86 % [10 % - 293 %]
Part des honoraires issus d'actes cliniques *	34,3 %	34,6 %	34,4 %

Source : Insee-DGFIP-CNAMTS - Exploitation Drees
 Champ : France métropolitaine, données 2008.

de dépassements respectivement sur les actes techniques et cliniques de 293 % et 237 % des tarifs conventionnels. De tels taux ne sont pas observés dans les départements de niveaux de densité plus faibles. En revanche, la composition de l'activité est quasiment identique entre les médecins, quel que soit le type de département dans lequel ils exercent : 34 % de leurs honoraires sont issus d'actes cliniques.

2 - Pour les autres médecins, nous supposons que les dépassements ne sont pas plafonnés et ils peuvent conserver leurs taux de dépassements actuels.

Pour simuler cette variante, nous utilisons la même méthodologie que celle du scénario central. Seules les équations reliant les honoraires aux revenus sont légèrement modifiées car elles sont uniquement estimées sur le sous échantillon de médecins installés dans les zones fortement dotées en médecins³⁰.

Cette piste de réforme réduit le montant global des dépassements (Tableau 4-simulation b1). Simulée sur l'ensemble des médecins en activité, elle permettrait de réduire les dépassements d'environ 22 % avec un coût de 22 M€ pour l'Assurance Maladie. Ce coût est moindre que dans le scénario central puisque cette mesure est restreinte aux seuls médecins des zones sur-dotées. Notons que les résultats obtenus sous les deux hypothèses sont très proches, les médecins des zones sur-

30. Les équations estimées sont les suivantes.

Pour les gynécologues obstétriciens :

$$\text{Revenu}_i = -7596 + 0,47 \times HT_i + \hat{u}_i; R^2 = 0,72; N = 400$$

(4523) (0,015)

Pour les anesthésistes :

$$\text{Revenu}_i = 22937 + 0,47 * HT_i + \hat{u}_i; R^2 = 0,62; N = 271$$

(8893) (0,022)

Pour les chirurgiens :

$$\text{Revenu}_i = 23105 + 0,45 \times HT_i + \hat{u}_i; R^2 = 0,57; N = 728.$$

(4636) (0,014)

dotées pratiquant presque tous des taux de dépassement à la fois sur les actes cliniques et techniques très supérieurs à ceux imposés par le secteur. Au total, 32 % de l'ensemble des anesthésistes de secteur 2 (et de secteur 1 avec DP), 21 % des chirurgiens et des gynécologues obstétriciens, exerçant dans ces zones très densément peuplées, seraient touchés par une telle réforme, ce qui représente des proportions moindres que celles observées dans le tableau 3. Mais puisqu'il s'agit des médecins pratiquant les taux de dépassements les plus élevés, l'impact sur le montant global des dépassements est important.

Le seuil de 20 % permettant de définir les zones très densément peuplées est utilisé car il permet de distinguer les médecins exerçant dans les départements de Paris, des Alpes Maritimes, de la Gironde et du Rhône. Mais il est arbitraire et nous aurions pu choisir un autre seuil (15 %, 25 %...). Avec un seuil de 25 % par exemple, l'impact de la réforme est encore accentué : les dépassements sont alors compris entre 422 et 428 M€, soit une diminution de l'ordre de 30 % du montant global, associée à une augmentation du montant des cotisations pour l'Assurance Maladie de l'ordre de 28 M€.

Une telle mesure peut sembler difficile à mettre en application pour les médecins déjà installés. Nous la simulons donc également sur les seuls nouveaux médecins décidant de s'installer dans les zones très fortement dotées. Comme précédemment, nous utilisons les mêmes méthodes de simulation. Pour disposer d'un échantillon de taille suffisamment importante, l'équation reliant les honoraires aux revenus est cependant estimée sur l'ensemble des médecins installés dans les zones denses et non pas restreinte aux seuls jeunes médecins. Sur les seuls jeunes médecins, l'impact est notable : les dépassements sont réduits de 14 à 17 % avec un coût de 1,3 à 1,4 M€ pour l'Assurance Maladie (Tableau 4-simulation b2).

Une telle réforme aurait probablement des effets bénéfiques, à court et moyen terme, sur la répartition des médecins sur le territoire, car elle pourrait conduire à limiter l'installation dans les régions fortement dotées au bénéfice de régions actuellement moins densément peuplées.

Elle comporte toutefois des limites. Pour pallier le risque, à long terme, d'une désaffection des médecins pour les régions actuellement densément peuplées, les zones pourraient être redéfinies régulièrement, en fonction de l'évolution de la densité médicale. Un autre risque est d'assister, dans les zones moins densément peuplées où les médecins sont en situation de quasi monopole et où les dépassements ne seraient pas contrôlés, à des dérives dans les montants de dépassement pratiqués. Ceci est cependant peu probable dans la mesure où ce phénomène n'est aujourd'hui pas observé.

6. Conclusion

Cet article étudie *ex ante* l'efficacité du secteur de conventionnement proposé depuis mars 2012 aux médecins de secteur 2 et instauré dans le but de réduire la pratique des dépassements d'honoraires, le secteur optionnel. Nous simulons la mise en place de ce secteur pour les trois spécialités concernées : les anesthésistes, les gynécologues obstétriciens et les chirurgiens. En supposant qu'un médecin adhère au secteur optionnel si ce dernier lui permet de maintenir ou d'augmenter son revenu libéral, nous quantifions le nombre de médecins de chaque spécialité pour qui le secteur optionnel serait potentiellement attractif. Nous quantifions alors les effets, au niveau macroéconomique, sur les montants totaux de dépassements pratiqués par les médecins et sur le coût de cette réforme pour l'Assurance Maladie. Nous étudions aussi son impact sur les revenus des médecins.

Les simulations concluent à l'attractivité de ce secteur pour les seuls médecins qui pratiquent actuellement les taux de dépassement les plus faibles. Ces derniers verraient en lui une aubaine : celle d'augmenter le niveau de leurs revenus (en raison de la prise en charge de leurs cotisations par l'Assurance Maladie), sans trop modifier leurs comportements de pratique des dépassements. Ce nouveau secteur ne parviendrait donc pas à attirer les médecins visés en priorité par le législateur. En effet, pour les médecins qui pratiquent actuellement des taux de dépassement très élevés, la prise en charge des cotisations sociales ne compenserait pas leur manque à gagner en termes de dépassements. Le secteur optionnel semble en revanche plus à même d'attirer une partie des jeunes médecins, sans que l'on puisse affirmer s'il parviendra à les retenir durant toute leur carrière.

Si l'on distingue les résultats par spécialité, c'est pour les gynécologues obstétriciens que ce secteur est le moins attractif. Ces médecins, pour qui les actes cliniques représentent la majeure partie de leur activité, sont les plus contraints par ce secteur optionnel qui autorise uniquement des dépassements – mais d'une ampleur limitée – sur les actes techniques. Ce résultat conduit naturellement à s'interroger sur l'opportunité de différencier, selon les spécialités, les paramètres d'un dispositif d'encadrement des dépassements, qui serait élargi aux autres spécialités médicales. En effet, ces dernières sont généralement caractérisées par une activité clinique beaucoup plus importante que celles retenues pour l'instant pour expérimenter le secteur optionnel. Il est donc très probable que ce secteur optionnel, tel qu'il a été défini en mars 2012, ne leur paraîtrait pas suffisamment attractif.

Notre méthodologie de simulation est fondée sur deux hypothèses fortes. D'une part, les médecins maintiendraient, en entrant dans le secteur optionnel, un niveau d'activité identique à celui qu'ils ont aujourd'hui. Autrement dit, notre simulation ne permet pas de prendre en compte une éventuelle dynamique des comportements,

un ajustement du temps de travail ou du niveau d'activité des médecins qui compenserait ainsi la perte de revenus liée à la diminution des dépassements d'honoraires. D'autre part, nous avons supposé que tous les actes étaient réalisés dans le cadre du parcours de soins. Or, nous pourrions simuler des variantes dans lesquelles les médecins réalisent par exemple 10 % de leurs actes hors parcours de soins, en pouvant pratiquer des dépassements sur ces actes. Les résultats obtenus dans cette étude constituent donc une borne supérieure des montants des dépassements qui pourraient être évités si les médecins adhéraient au secteur optionnel.

Le secteur optionnel constitue une tentative de régulation face à l'enjeu considérable que représente la question des dépassements d'honoraires. Aujourd'hui, l'offre à tarifs opposables se réduit : les nouveaux chirurgiens, anesthésistes et gynécologues s'installent massivement en secteur 2 et le phénomène s'accroît d'année en année. Nous avons envisagé des pistes de réflexion supplémentaires : une mesure de court terme, visant à remplacer le secteur 2 par le secteur optionnel, c'est-à-dire à imposer une contrainte sur les taux de dépassements à l'ensemble des médecins en secteur 2. Une autre, de plus long terme, consiste à imposer cette contrainte sur les dépassements aux seuls médecins s'installant dans les zones fortement dotées en médecins, à condition que ce soit juridiquement possible. Dans la mesure où la pratique des dépassements est très liée à la localisation géographique des médecins, ce type de mesure est intéressant car il permet de réguler les dépassements tout en influençant les choix de localisation des médecins. Plus généralement, la réduction de la pratique des dépassements passe nécessairement par des mesures plus contraignantes.

La pratique des dépassements est cependant fondamentalement liée au mode de rémunération des médecins : le paiement à l'acte. Les questionnements sur la pratique des dépassements d'honoraires sont donc indissociables des réflexions actuelles sur l'organisation de la médecine ambulatoire et le paiement à l'acte comme principal mode de rémunération. Ils conduisent à s'interroger sur le développement de nouvelles formes de rémunération (paiement à la performance, forfaits, etc.). Bien que ces dernières concernent aujourd'hui en priorité des spécialités cliniques, alors que les discussions sur l'option de coordination renforcée se réfèrent aux spécialités techniques, les tentatives de réforme des modes de rémunération des médecins sont complémentaires. La régulation de la pratique des dépassements nécessite de reconsidérer plus largement le système de rémunération des médecins.

Références

- Bellamy, V. 2010. « Les revenus libéraux des médecins en 2007 et 2008 », DREES, *Études et Résultats* n° 735, juillet.
- Bellamy, V. et AL. Samson. 2011. « Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins », Les Comptes Nationaux de la Santé 2010, DREES, novembre.
- Bellamy, V. 2012. « Les revenus des médecins libéraux », Document de travail DREES, série études, à paraître.
- Clerc, I, O. L'Haridon, A. Paraponaris, C. Proto-popescu et B. Ventelou. 2011. « Fee-for-Service Payments and Consultation Length in General Practice : A Work-Leisure Trade-Off Model for French GPs » *Applied Economics*, vol 44 n° 25, 3323-3337
- CNAMTS, 2006. « Le secteur libéral des professions de santé », *Carnets Statistiques de la Cnamts* n° 112.
- CNAMTS, 2011a. « Médecins exerçant en secteur 2 : une progression continue des dépassements d'honoraires, la nécessité d'une réforme structurelle du système », Point d'information du 17 mai 2011.
- CNAMTS, 2011b. Texte de la convention nationale signée le 26 juillet 2011 entre l'UN-CAM et la CSMF, MG France et la SML (disponible en ligne sur le site de l'assurance maladie à l'adresse : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/joe_20110925_0016.pdf).
- Delattre E. et Dormont B. 2003 ; « Fixed Fees and Physician-Induced Demand : a Panel Data Study on French Physicians », *Health Economics*, vol. 12, n° 9, 741-754
- Garnero, M. et MO. Rattier. 2011. « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2008 », DREES, *Études et Résultats* n° 752, février.
- Gouyon M. 2009 ; « Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premiers résultats d'une enquête nationale », DREES, *Études et Résultats* n° 704, octobre.
- HCAAM, 2007. « Note sur les conditions d'exercice et de revenus des médecins libéraux », mai.
- Igas, 2007. « Les dépassements d'honoraires médicaux », Rapport n° RM 2007-054P.
- Le Fur, P., E. Yilmaz. 2008. Modes d'accès aux spécialistes en 2006 et évolution depuis la réforme de l'assurance maladie. *Questions d'Économie de la Santé* n° 134, Irdes.
- McGuire, TG. 2000. Physician Agency. In *Handbook of health economics*. Culyer AJ, Newhouse JP. (eds). Elsevier Science Amsterdam ; 1A :461-536
- Perronnin, M., A. Pierre et T. Rochereau, 2011. « La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès », *Questions d'Économie de la Santé* n° 161, Irdes.
- Union des Chirurgiens de France (UCDF), 2004. Accord du 23 août 2004 sur la chirurgie libérale (http://www.ucdf.net/recup/DOSSIER_DOCCHIR/DOC_04_08_24_RELEVE.htm).