

Annexe 11 : notes de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Éléments statistiques sur les professions des conjoints de médecins et sur les charges et revenus des professionnels de santé par type de zone géographique

Les motivations qui sont à l'origine du choix de leur lieu d'installation par les professionnels de santé sont bien sûr essentielles pour les réflexions visant à favoriser leur installation dans les zones déficitaires. Plusieurs études ont comme nous vous l'avions signalé tenter d'explorer les motifs privés (emploi du conjoint, attrait pour la région...) ou professionnels (proximité d'un hôpital...) de ces choix. Les deux notes jointes fournissent quelques éléments statistiques inédits sur deux facteurs susceptibles d'orienter les décisions d'installation des professionnels de santé, à savoir, la situation professionnelle du conjoint (analyse menée sur les seuls médecins), et les différences de charges et revenus tirés de l'activité libérale selon le type de zone géographique.

Sur le premier point, il apparaît que la proportion de conjoints cadres supérieurs est particulièrement élevée chez les médecins (55 %), soit 17 points de plus que cette même proportion dans l'ensemble des cadres supérieurs (38 %). La proportion de conjoints de médecins inactifs est également particulièrement importante (21 % si l'on ne tient pas compte des étudiants et retraités), en particulier chez les généralistes libéraux (28 % de conjoints inactifs).

S'agissant des profils de revenus en fonction du type de zone géographique d'implantation, les résultats dépendent des professionnels considérés. Les omnipraticiens et les masseurs-kinésithérapeutes perçoivent des revenus supérieurs d'environ 10 % à la moyenne dans l'espace à dominante rurale ou les petites unités urbaines, alors que les revenus des infirmiers dans ces zones sont plus proches de la moyenne. A l'opposé, les dentistes, comme les quelques spécialités médicales étudiées ont des revenus beaucoup plus faibles dans ces zones que dans les unités urbaines de taille moyenne.

En espérant que ces éléments vous seront utiles dans le cadre de la réflexion que vous menez et en restant à votre disposition pour toute information complémentaire.

Note 2 : Situation professionnelle des conjoints de médecins

Les possibilités d'emploi offertes à un éventuel conjoint peuvent faire partie des éléments pris en compte par les médecins dans leur choix de lieu d'exercice. L'exercice dans des zones rurales ou des petites unités urbaines pourrait donc être d'autant moins souhaité que le conjoint désire effectivement exercer un emploi, ou qu'il appartient à une catégorie socio-professionnelle élevée (et donc aurait plus de difficultés à trouver un emploi correspondant à ses qualifications dans une telle zone). Ce sont les répartitions des conjoints de médecins selon ces deux critères (catégorie socio-professionnelle et situation vis-à-vis de l'emploi) que nous analysons ici, en exploitant les données des enquêtes Emploi de l'Insee 1990 à 2002¹. L'analyse est menée pour les quatre

¹ L'analyse montre que ces répartitions structurelles sont stables sur l'ensemble des années étudiées. Elles sont donc données ici en moyenne sur l'ensemble de ces douze années, ce qui permet de lisser les aléas statistiques liés à un échantillon réduit pour une seule année et / ou de pousser plus loin les analyses. Au total, l'échantillon d'analyse pour l'ensemble des 12 années est proche de 8 000 pour les médecins actifs occupés. Tous les médecins actifs occupés sont retenus, même ceux de moins de trente ans (reclassés en 'internes' et donc exclus de nos autres travaux démographiques).

catégories de médecins actifs occupés pouvant être isolées à partir des enquêtes Emploi, à savoir les généralistes libéraux, les spécialistes libéraux, les médecins salariés hospitaliers et les médecins salariés non hospitaliers. Les résultats les concernant sont comparés à ceux des cadres supérieurs ayant un emploi ou de l'ensemble des actifs occupés.

Environ la moitié des médecins actifs ont un conjoint cadre supérieur...

Globalement, sur l'ensemble de la période, 82 % des médecins déclarent vivre en couple, soit une proportion légèrement plus élevée que celle observée sur l'ensemble des cadres supérieurs (78 %), et bien supérieure à celle observée sur l'ensemble des actifs (74 %) (tableau 1). Au sein des médecins, la proportion d'actifs occupés vivant en couple est plus élevée chez les libéraux (87 % chez les généralistes libéraux et 84 % chez les spécialistes).

Tableau 1 – Pourcentage d'actifs occupés ayant un conjoint et répartition des conjoints par catégorie socio-professionnelle, pour plusieurs catégories d'actifs occupés.

		Répartition selon la catégorie socio-professionnelle actuelle ou ancienne du conjoint							
		% ayant un conjoint	agriculteur	commerçant	cadre supérieur	profession intermédiaire	employé	ouvrier	n'a jamais travaillé
Ensemble des médecins occupés		81,7	0,4	2,8	54,9	27,0	9,2	0,9	4,9
libéraux généralistes		86,8	0,7	3,3	47,3	30,4	10,9	0,7	6,7
libéraux spécialistes		84,3	0,2	3,8	55,5	26,3	9,0	0,7	4,5
salariés hospitaliers		74,6	0,3	1,3	58,7	27,0	7,5	1,1	4,1
salariés non hospitaliers		81,4	0,2	2,8	67,8	17,5	8,4	1,1	2,2
Ensemble des actifs occupés		73,6	3,3	7,1	11,2	20,1	31,1	22,7	4,4
dont : cadres supérieurs		78,1	0,3	3,8	37,7	28,7	22,0	3,4	4,1

Source : enquêtes Emploi 1990-2002.

Lecture : En moyenne sur la période 1990-2002, 86,8 % des médecins généralistes actifs occupés déclarent vivre en couple (en étant ou non mariés). 54,9 % de ceux qui vivent en couple ont un conjoint ayant une profession de cadre supérieur (que celui l'exerce encore ou ait cessé de l'exercer pour être inactif ou au chômage).

Parmi les médecins vivant en couple, 55 % ont un conjoint cadre supérieur (que celui-ci occupe encore effectivement ou non un emploi²), 27% ont un conjoint appartenant à une profession intermédiaire et 9 % un conjoint employé. La proportion de conjoints cadres supérieurs est donc particulièrement élevée chez les médecins (55 %), soit 17 points de plus que cette même proportion dans l'ensemble des cadres supérieurs (38 %). La proportion de conjoints cadres supérieurs est toutefois légèrement inférieure chez les généralistes libéraux (47 %).

² C'est la catégorie sociale actuelle ou à défaut la dernière connue qui est commentée ici.

...mais seuls les deux tiers des conjoints de médecins libéraux exercent un emploi.

Les analyses précédentes s'intéressaient à la catégorie sociale des conjoints de médecins, que ces conjoints aient ou non un emploi. Mais il est également intéressant de voir quelle proportion de conjoints de médecins exercent effectivement un emploi. 73 % des médecins vivant en couple ont un conjoint actif occupé (tableau 2). Cette proportion est identique à celle observée pour l'ensemble des conjoints de cadres et professions intellectuelles supérieures (73 %), et légèrement inférieure à celle observée pour l'ensemble des conjoints d'actifs occupés (76 %). En effet, la proportion de conjoints de médecins inactifs est particulièrement importante (21 % si l'on ne tient pas compte des étudiants et retraités), en particulier chez les généralistes libéraux (28 % de conjoints inactifs) et les spécialistes libéraux (24 %). Pour toutes ces deux dernières catégories, la part de conjoints inactifs est donc bien supérieur à celle observée sur l'ensemble des cadres supérieurs, et on peut vérifier que cet écart n'est pas uniquement dû à des différences de structures (par âge ou sexe) entre médecins et cadres supérieurs³.

Tableau 2 – Répartition des conjoints par statut vis-à-vis de l'activité, pour plusieurs catégories d'actifs occupés

	répartition selon le statut d'actif du conjoint				
	actif occupé	chômeur	étudiant	retraité	autre inactif
Ensemble des médecins actifs occupés	73,3	2,5	1,4	1,9	21,0
libéraux généralistes	67,1	2,2	0,8	1,9	28,0
libéraux spécialistes	69,5	2,7	1,1	2,8	24,0
salariés hospitaliers	79,4	2,8	2,4	0,8	14,6
salariés non hospitaliers	84,3	2,5	0,8	3,1	9,2
Ensemble des actifs occupés	75,6	6,6	0,7	2,9	14,2
dont : cadres supérieurs	73,4	5,0	1,2	2,5	18,1

Source : enquêtes *Emploi* 1990-2002.

Pour finir, il serait intéressant de vérifier si, comme nous le supposions, la catégorie sociale du conjoint ou son statut vis-à-vis de l'emploi est effectivement liée au choix du lieu géographique d'exercice du médecin. Les données de l'enquête *Emploi* dont nous disposons ne permettent malheureusement pas de connaître le lieu d'exercice du médecin, mais uniquement son lieu de résidence. C'est donc à partir de cette dernière information que sont produits les résultats qui suivent.

Globalement, la part de conjoints de médecins cadres supérieurs semble effectivement plutôt croître avec la taille de l'unité urbaine de résidence⁴.

³ En effet, en premier lieu, médecins (pris globalement) et cadres supérieurs ne diffèrent que peu du point de vue de leur structure par âge ou sexe. Ainsi, dans l'échantillon étudié (qui porte sur les années 1990 à 2002), l'âge moyen des premiers est de 43 ans, contre 42 ans pour les seconds, et les âges médians sont identiques aux âges moyens. Les distributions des âges sont également assez proches. Ainsi, 25 % des médecins ont moins de 36 ans (contre 34 ans pour les cadres supérieurs), et 25 % ont plus de 49 ans (contre 50 ans pour les cadres supérieurs). La part de femmes est, elle, légèrement plus élevée chez les médecins (37 %), que dans l'ensemble des cadres supérieurs (33 %). En second lieu, à âge et sexe donnés, la probabilité d'avoir un conjoint inactif pour un actif vivant en couple, reste significativement plus forte pour les médecins libéraux que pour les autres actifs.

⁴ Les unités urbaines sont définies par l'Insee à partir des briques élémentaires que sont les communes : une unité urbaine rassemble des communes regroupant au moins 2 000 habitants qui vivent dans des habitations séparées de moins de 200 m de l'habitation la plus proche de l'unité. La notion d'unité urbaine se réfère donc à la continuité du bâti (par opposition à d'autres nomenclatures, comme celle des aires urbaines, qui tiennent compte des migrations domicile-travail).

Elle est par exemple de 40 % pour les médecins résidant dans une commune rurale, contre 64 % pour les médecins résidant dans l'agglomération parisienne (tableau 3)⁵. En cela, les conjoints de médecins seraient assez comparables aux conjoints de l'ensemble des cadres supérieurs : chez ces derniers, la part de conjoints eux-mêmes cadres supérieurs augmente très continûment de 27 % en commune rurale à 38 % dans les unités urbaines de plus de 200 000 habitants et 47 % dans l'agglomération parisienne.

La part de conjoints inactifs semble elle comme attendu plutôt décroître avec la taille d'unité urbaine.

Même si la taille de l'échantillon disponible limite les analyses plus détaillées, il semblerait que l'augmentation de la part de conjoint de médecins qui sont cadres supérieurs ou la diminution de la part de conjoints inactifs avec la taille de l'unité urbaine de résidence s'observent également pour les seuls médecins libéraux.

Toutefois, un autre enseignement notable de ces analyses est que la part des médecins résidant dans une commune rurale est loin d'être négligeable (14 %) et semble notamment plus élevée que la part des médecins exerçant en commune rurale. Certains médecins feraient donc le choix de vivre à la campagne tout en exerçant en ville, ce qui d'une part, amène à relativiser l'effet désincitatif d'une installation à la campagne, et d'autre part, souligne les limites d'analyses menées à l'aide de la typologie de zones géographiques utilisée ici (qui ne tient pas compte de distances...).

Tableau 3 – Proportions des conjoints de médecins (resp. de cadres supérieurs) qui sont cadres supérieurs ou inactifs selon le type géographique de zone de résidence

Taille d'unité urbaine de la zone de résidence	Médecins			Cadres supérieurs	
	Part des conjoints cadres supérieurs	Part des conjoints inactifs (hors étudiants et retraités)	Répartition des médecins (vivant en couple ou non)	Part des conjoints cadres supérieurs	Part des conjoints inactifs (hors étudiants et retraités)
commune rurale	40	29	14	27	20
u. u. de moins de 5000 habitants	46	34	4	30	23
u. u. de 5000 à moins de 10 000 h.	58	27	3	30	22
u. u. de 10 000 à moins de 20 000 h.	57	18	3	31	20
u. u. de 20 000 à moins de 50 000 h.	49	21	7	32	19
u. u. de 50 000 à moins de 100 000 h.	56	25	6	32	21
u. u. de 100 000 à moins de 200 000 h.	51	24	9	35	19
u. u. de 200 000 à moins de 2 000 000 h.	59	18	30	38	19
agglomération parisienne	64	14	24	47	15
ensemble	55	21	100	38	18

Champ : conjoints des médecins actifs occupés vivant en couple

Source : enquêtes Emploi 1990-2002.

Nota : compte tenu de la taille de l'échantillon disponible, les résultats relatifs à certaines tranches d'unités urbaines doivent être considérées avec prudence.

⁵ Et ces effets persistent à âge et sexe contrôlés.

Note 3 : Revenus et charges des professionnels de santé libéraux en fonction du type de zone géographique d'installation.

Les profils de taux de charge et de revenus en fonction des types de zones géographiques apparaissent très différents d'une profession de santé à l'autre. Le principal point commun entre ces professions est d'avoir des revenus et des honoraires systématiquement inférieurs dans les communes rurales aux honoraires et revenus dans les petites unités urbaines de moins de 5 000 ou 10 000 habitants. La hiérarchie relative des revenus entre petites unités urbaines et grandes unités urbaines (ou entre communes rurales et grandes unités urbaines) dépend, elle, de la profession.

Les omnipraticiens sont les seuls professionnels à percevoir des honoraires et des revenus nettement plus élevés dans les zones rurales et les petites unités urbaines que dans les autres types de zones. Leurs taux de charges sont également plus faibles dans ces zones.

Les masseurs-kinésithérapeutes exerçant dans les zones rurales ou les petites unités urbaines jouissent également d'honoraires et de revenus supérieurs à ceux de la moyenne de la profession, mais inférieurs à ceux qui exercent dans des unités urbaines moyennes. Les infirmiers ont eux des honoraires et des revenus qui semblent dépendre de manière moins régulière du type de zone d'exercice. Pour ces derniers, seul l'exercice dans l'espace à dominante rurale, c'est-à-dire dans de petites communes économiquement isolées (au sens où leurs actifs ne vont pas massivement travailler dans des aires urbaines) se traduirait par des revenus légèrement supérieurs à la moyenne, tandis que les revenus resteraient inférieurs à la moyenne dans les communes rurales ou petites unités urbaines subissant l'attraction des aires urbaines.

En résumé, omnipraticiens, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers ont en commun d'avoir des revenus supérieurs à la moyenne dans l'« espace à dominante rurale ».

Les dentistes, comme les spécialistes médicaux étudiés ici (radiologues, cardiologues, ophtalmologues, pédiatres, gynécologues) ont au contraire des revenus et des honoraires nettement plus faibles qu'en moyenne dans les communes rurales, les petites unités urbaines ou dans l'espace à dominante rurale.

Les comparaisons de revenus effectuées ici ne peuvent malheureusement pas tenir compte des autres caractéristiques des professionnels (et notamment de leur région d'activité), exercice qui nécessiterait que la DREES puisse avoir accès à la fois aux typologies de zone et aux régions dans les micro-données issues des déclarations de bénéficiaires non commerciaux qu'elle exploite pour étudier les revenus (cf. encadré 1 pour la méthode utilisée ici).

Deux professions dont les revenus décroissent quand le degré d'urbanisation augmente : les omnipraticiens...

Parmi les professionnels de santé étudiés ici, les omnipraticiens sont les seuls à avoir des revenus moyens qui, si l'on excepte les communes rurales, décroissent de manière régulière lorsque la taille d'unité urbaine croît. Supérieurs de 15 % à la moyenne⁶ dans les unités urbaines de moins de 5000 habitants, ils sont inférieurs de 9 % à la moyenne dans l'unité urbaine de Paris (du fait d'honoraires plus faibles et d'un taux de charge particulièrement élevé).

De manière cohérente, les omnipraticiens exerçant dans un espace à dominante rural (i.e. dans une commune rurale ou une petite unité urbaine qui n'envoient pas 40 % de leurs actifs travailler dans des aires urbaines, cf. encadré 2), ont également un revenu supérieur à la moyenne, de 11 %. Ce surcroît de revenu est de 12 % dans les communes multipolarisées (communes rurales ou non, qui se situent entre plusieurs aires urbaines où vont travailler au moins 40 % de leurs actifs, cf.

⁶ En 2000, après déduction des charges estimées à 46,7 % des honoraires nets, l'activité libérale d'un omnipraticien lui a rapporté en moyenne 52 600 €, d'après les chiffres estimés par la DREES à partir des honoraires du SNIR et déclarations fiscales des bénéficiaires non commerciaux (Etudes et Résultats n°200). Les revenus moyens estimés dans cette note sont eux légèrement différents, car ils s'appuient sur les honoraires et les effectifs figurant dans les BNC, et non dans le SNIR.

encadré 2). Dans toutes ces zones, les taux de charges, proches de 44 ou 45 % sont légèrement inférieurs à la moyenne (46,7 %). Ces taux de charges moins élevés résultent de montants de charges peu différents de la moyenne, mais rapportés à des honoraires supérieurs à la moyenne. Ces résultats semblent donc indiquer des perspectives de revenus supérieures en zones peu urbanisées. Ils ne tiennent toutefois pas compte des autres caractéristiques des médecins pouvant influencer leur revenu (région, âge, sexe...), ni bien sûr du temps de travail de ces derniers.

... et les masseurs-kinésithérapeutes

Si l'on se restreint aux unités urbaines de plus de 5000 habitants, les masseurs-kinésithérapeutes ont, comme les omnipraticiens, des honoraires et des revenus plutôt décroissants avec la taille d'unité urbaine, et des taux de charges croissant avec cette dernière. Leurs revenus sont donc en moyenne les plus élevés dans les unités urbaines de 5000 à 9999 habitants, où ils sont supérieurs de 10 % à la moyenne, et sont en moyenne les plus faibles dans les unités urbaines de 200 000 à 1 999 999 habitants (-3 %) et surtout dans l'unité urbaine de Paris (-8 %), où, comme pour les omnipraticiens, le taux de charge est particulièrement élevé (49,9 % contre 48,4 % en moyenne et 47,1 % dans les unités urbaines de 5000 à 9000 habitants).

Globalement, les masseurs-kinésithérapeutes ont des revenus relativement plus faibles dans les aires urbaines, c'est-à-dire dans les pôles urbains (où ils ont des revenus inférieurs à la moyenne de 2 % et sont 1,5 fois plus nombreux qu'ailleurs par rapport au nombre d'habitants), les couronnes périurbaines qui les entourent (-3 %) et relativement plus élevés dans l'espace à dominante rurale (+ 9%) ou dans les communes multipolarisées (situées entre plusieurs aires urbaines, +5 %).

Les infirmiers

Les infirmiers partagent avec les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes le fait d'avoir des profils de revenus en fonction de la taille d'unité urbaine en « U » inversé. Ils se distinguent des médecins par des revenus particulièrement faibles en commune rurale (-7 % par rapport à la moyenne de la profession). Toutefois, leurs revenus dans l'« espace à dominante rurale » (qui regroupe à la fois des communes rurales et des petites unités urbaines dont les actifs ne vont pas massivement travailler dans des aires urbaines) sont eux proches de la moyenne (+1 %). C'est également dans ce type de zone que leur densité est la plus élevée. Contrairement aux médecins et aux masseurs-kinésithérapeutes, les infirmiers se distinguent par des revenus moins élevés en communes multipolarisées (-3 %) qu'en pôle urbain. Ainsi, pour cette profession, seul l'exercice dans des communes économiquement isolées (au sens où leurs actifs ne vont pas massivement travailler dans des aires urbaines) se traduirait par des revenus très légèrement supérieurs à la moyenne, tandis que les petites communes subissant l'attraction des aires urbaines offriraient des perspectives financières moins intéressantes.

Les dentistes ont des revenus plus élevés dans les pôles urbains

Les dentistes ont des revenus bien inférieurs à la moyenne dans les communes rurales (-15 %), et légèrement inférieurs à la moyenne dans l'espace à dominante rurale (-2 %). C'est dans les pôles urbains que leurs revenus sont les plus élevés, ou dans les unités urbaines de taille moyenne (10 000 à 200 000 habitants).

Tableau 1 – Honoraires, charges et revenus en fonction de la taille d'unité urbaine des omnipraticiens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et dentistes.

	moyenne / total	Commune rurale	Unité urbaine de moins de 5.000 habitants	Unité urbaine de 5.000 à 9.999 habitants	moyenne commune rurale et unités urbaines < 9999 habitants	Unité urbaine de 10.000 à 19.999 habitants	Unité urbaine de 20.000 à 49.999 habitants	Unité urbaine de 50.000 à 99.999 habitants	Unité urbaine de 100.000 à 199.999 habitants	Unité urbaine de 200.000 à 1.999.999 habitants	Unité urbaine de Paris
Omnipraticiens											
effectifs	75742	8813	4221	3580	16614	3422	4630	4923	4318	16192	9029
DGI											
densité DGI	98	61	114	107	78	105	112	113	112	120	94
honoraires nets DGI	100	102	109	107	105	104	101	102	97	96	96
charges	100	98	102	102	100	102	101	101	98	98	103
revenus	100	106	115	111	110	105	102	103	96	94	91
DGI											
taux de charge	46,7%	44,6%	43,7%	44,8%	44,4%	45,9%	46,4%	46,2%	47,2%	47,8%	50,0%
Infirmiers											
effectifs	62093	10446	3991	3080	17517	2515	3010	3475	2888	11583	3588
DGI											
densité DGI	74	73	108	92	82	78	73	80	75	86	37
honoraires nets DGI	100	97	103	103	99	103	105	99	100	98	103
charges	100	102	103	102	102	102	99	97	98	98	102
revenus	100	93	104	104	98	103	109	101	102	99	103
DGI											
taux de charge	40,2%	42,2%	39,9%	39,7%	41,2%	39,9%	37,9%	39,3%	39,0%	39,9%	40,0%
Kinésithérapeutes											
effectifs	44433	3861	2697	2368	8926	2079	2674	2773	2303	10313	6439
DGI											
densité DGI	59	27	73	71	42	64	65	63	60	76	67
honoraires nets DGI	100	98	107	107	103	107	104	106	99	97	94
charges	100	98	105	104	102	105	103	105	100	97	97
revenus	100	97	108	110	104	109	105	107	98	97	92
DGI											
taux de charge	48,4%	48,5%	47,7%	47,1%	47,9%	47,5%	47,9%	48,0%	48,8%	48,4%	49,9%
Dentistes											
effectifs	41858	3028	2462	2324	7814	2075	2734	2877	2526	9448	6570
DGI											
densité DGI	57	21	67	70	36	64	66	66	65	70	68
honoraires nets DGI	100	85	99	101	94	108	110	109	107	95	101
charges	100	85	97	101	93	107	109	108	106	96	102
revenus	100	85	101	102	95	110	112	110	107	94	100

DGI											
taux de charge	60,7%	60,8%	59,9%	60,2%	60,3%	59,9%	60,1%	60,2%	60,4%	61,1%	61,4%

Source : déclarations de bénéfices non commerciaux, calculs DREES

N.B. Les effectifs et densités sont calculés à partir des déclarations BNC et des populations au recensement de 1999. Ils peuvent différer en niveau de ceux estimés à partir d'ADELI (mais suivent des évolutions proches en fonction de la taille d'aire urbaine)

Lecture : dans les déclarations de bénéfices non commerciaux, 8813 omnipraticiens déclarent exercer dans une commune considérée comme rurale par l'Insee. Les honoraires nets (i.e. auxquels on a retiré les débours et rétrocessions) qu'ils déclarent dans les BNC sont supérieurs de 2 % aux honoraires nets déclarés dans les BNC par l'ensemble des omnipraticiens. Le montant moyen de leurs charges est lui inférieur de 2 %. Ils ont au total des revenus supérieurs de 6 % à la moyenne de leur profession.

Tableau 2 – Honoraires, charges et revenus en fonction de la situation vis-à-vis des aires urbaines des omnipraticiens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et dentistes.

	moyenne /total	Communes des DOM	Communes appartenant à un pôle urbain	Communes monopolarisées (appartenant à une couronne périurbaine)	Communes multipolarisées	Espace à dominante rurale
Omnipraticiens						
effectifs DGI	75742	975	40117	6154	2095	9787
densité (DGI)			112	66	72	93
Honoraires nets DGI	100	114	98	100	107	107
Charges	100	107	100	95	100	103
Revenus DGI	100	120	95	104	112	111
taux de charge	46,7%	43,9%	47,8%	44,3%	43,9%	44,9%
Infirmiers						
effectifs DGI	62093	872	25104	6700	2064	9836
densité (DGI)			70	72	71	93
honoraires nets DGI	100	151	99	94	98	103
charges	100	139	98	97	99	105
revenus DGI	100	159	100	92	97	101
taux de charge	40,2%	37,0%	39,7%	41,4%	40,8%	41,1%
Kinésithérapeutes						
effectifs DGI	44433	454	25202	3513	1124	5214
densité (DGI)			71	38	39	49
honoraires nets DGI	100	98	99	98	104	107
charges	100	104	99	99	104	105
revenus DGI	100	93	98	97	105	109
taux de charge	48,4%	51,1%	48,5%	48,8%	48,2%	47,4%
Dentistes						
effectifs DGI	41858	494	24836	3057	963	4694

<i>densité (DGI)</i>			70	33	33	44
honoraires nets DGI	100	95	102	91	98	96
charges	100	94	102	92	99	95
revenus DGI	100	97	101	91	97	98
<i>taux de charge</i>	60,7%	60,0%	60,9%	60,9%	61,2%	59,9%

Source : déclarations de bénéficiaires non commerciaux, calculs DREES

N.B. Les densités sont calculées à partir des effectifs des professionnels recueillis dans les déclarations BNC et des populations au recensement de 1999 selon la typologie des aires urbaines (P. Bessy-Piétri, Y. Sicamois, « 4 millions d'habitants en plus dans les aires urbaines », Insee Première n°765, 2001).

Les spécialités médicales.

Les quelques spécialités médicales étudiées ici se caractérisent avant tout par une très faible présence dans les communes rurales ou les unités urbaines de petite taille, ainsi que dans les communes n'appartenant pas à un pôle urbain⁷.

Elles ont des revenus systématiquement plus faibles dans les communes rurales et les petites unités urbaines que dans les unités urbaines de taille plus importante, à l'exception de l'unité urbaine de Paris pour les radiologues, les cardiologues et les ophtalmologues, du fait d'honoraires inférieurs à la moyenne. La variation des revenus en fonction des tailles d'unités urbaines et les tailles d'unités urbaines ou sont observés les revenus maximums varient selon les spécialités.

⁷ C'est en raison de leur faible présence en dehors des pôles urbains que les résultats concernant les spécialités médicales selon la typologie des espaces urbains ou ruraux ne sont pas présentés.

Tableau 3 – Honoraires, charges et revenus en fonction de la taille d'unité urbaine pour quelques spécialités médicales.

	moyenne /total	Commune rurale	Unité urbaine de moins de 5.000 habitants	Unité urbaine de 5.000 à 9.999 habitants	moyenne communale rurale et unités urbaines <9999 h	Unité urbaine de 10.000 à 19.999 habitants	Unité urbaine de 20.000 à 49.999 habitants	Unité urbaine de 50.000 à 99.999 habitants	Unité urbaine de 100.000 à 199.999 habitants	Unité urbaine de 200.000 à 999.999 habitants	Unité urbaine de Paris
Radiologues											
effectifs DGI	3270				235	248	350	333	281	813	775
densité DGI	5				1	8	8	8	7	6	8
honoraires nets DGI	100		N.S.		85	114	110	107	106	107	83
charges	100				85	105	104	105	102	110	87
revenus	100				84	127	117	109	112	103	78
DGI											
taux de charge	58,1%				61,9%	53,5%	55,4%	57,3%	56,0%	59,8%	60,8%
Cardiologues											
effectifs DGI	3343				175	229	352	356	284	1001	771
densité DGI	5				1	7	8	8	7	7	8
honoraires nets DGI	100		N.S.		90	96	100	111	125	104	84
charges	100				91	97	98	108	117	105	88
revenus	100				89	96	102	115	133	103	80
DGI											
taux de charge	48,2%				48,8%	48,6%	47,4%	46,5%	45,0%	48,6%	50,7%
Ophthalmologues											
effectifs DGI	4233				273	308	436	454	354	1219	916
densité DGI	7				1	9	11	10	9	9	9
honoraires nets DGI	100		N.S.		89	108	111	115	110	101	83
charges	100				85	103	110	112	111	104	84
revenus	100				92	113	112	117	108	99	82
DGI											
taux de charge	48,5%				46,4%	46,3%	47,9%	47,3%	49,1%	49,7%	48,9%
Pédiatres											
effectifs DGI	2647				85	160	278	291	251	813	684
densité DGI	4				0	5	7	7	6	6	7
honoraires nets DGI	100		N.S.		72	89	96	100	97	103	105
charges	100				77	89	99	99	98	103	104
revenus	100				68	89	93	101	97	104	105

DGI taux de charge	49,4%		52,7%	49,4%	50,9%	49,1%	49,5%	49,1%	49,0%
Gynécologues									
effectifs	4936		199	288	518	547	468	1525	1192
DGI densité DGI	8		1	9	13	13	12	11	12
honoraires nets DGI	100	N.S.	75	81	93	102	103	102	107
charges revenus	100		76	86	93	98	101	103	106
DGI taux de charge	51,0%		51,6%	54,1%	51,4%	49,0%	50,1%	51,6%	50,7%

Source : déclarations de bénéfices non commerciaux, calculs DREES

N.B. Les effectifs et densités sont calculés à partir des déclarations BNC et des populations au recensement de 1999. Ils peuvent différer de ceux estimés à partir d'ADELI.

Encadré 1 - Méthodologie

La DREES estime chaque année les revenus que les principaux professionnels de santé tirent de leur activité libérale. Cette estimation est réalisée en appliquant à des honoraires moyens tirés du Système National Inter-régimes de l'Assurance-Maladie des taux de charges moyens estimés par la DREES à partir de micro-données fournies par la DGI via l'Insee (correspondant aux déclarations fiscales de bénéficiaires non commerciaux anonymisés).

Les micro-données fiscales dont nous disposons ne permettent pas de reconstituer d'information sur le type de zone géographique d'exercice (du fait de l'absence du code commune, dont la présence pourrait rendre dans certains cas les données indirectement nominatives). Néanmoins, à notre demande, l'Insee a réalisé une exploitation statistique de ses propres fichiers de bénéficiaires non commerciaux (contenant le code commune) pour nous fournir les éléments nous permettant d'estimer par type de zone géographique des « honoraires nets déclarés à la DGI » et des taux de charge, et donc d'estimer des revenus. Si la démarche suivie assure que les taux de charges par zone géographique obtenus sont identiques à ceux publiés par la DREES pour la France entière dans son constat annuel sur les revenus d'activité libérale⁸, il n'en est pas de même pour les honoraires (et donc les revenus), qui sont ici estimés à partir des données fiscales de BNC (honoraires et effectifs) et non du SNIR. Les différences entre les deux procédures d'estimations ne sont toutefois pas susceptibles de remettre en cause les analyses.

Encadré 2 : unités et aires urbaines

Deux nomenclatures géographiques, produites par Insee, sont utilisées ici : celles des unités urbaines et celles des aires urbaines. Ces nomenclatures reflètent deux approches distinctes (mais liées) : la première, celle des unités urbaines, se réfère à la continuité du bâti ; la seconde, celle des aires urbaines prend en compte les migrations domicile travail entre la ville et sa périphérie⁹. Ces deux nomenclatures permettent donc des analyses complémentaires, sans que l'une ou l'autre s'impose d'emblée pour des analyses de répartition géographique des professionnels de santé. En effet, si d'un côté tenir compte des migrations quotidiennes des personnes peut sembler pertinent pour mesurer l'accessibilité à des services, les personnes dont les besoins de soins sont les plus importants ne sont en général pas (ou plutôt plus) concernées par les déplacements domicile-travail.

Les unités urbaines sont définies comme des ensembles de communes regroupant au moins 2000 habitants dont les habitations ne sont pas séparées de la plus proche de plus de 200 m. Les aires urbaines sont, elles, définies comme des ensembles de communes d'un seul tenant et sans enclave, constituées par un pôle urbain (unité urbaine offrant au moins 5000 emplois n'étant pas elle-même attirée à plus de 40 % par une autre unité urbaine) et une couronne périurbaine (composées des communes envoyant travailler dans l'aire urbaine 40 % ou plus de leurs résidents actifs).

Les deux nomenclatures proposent une approche légèrement différente du 'rural'. Dans l'approche par 'unité urbaine', sont rurales toutes les communes n'appartenant pas à une unité urbaine (il s'agit donc d'ensembles d'habitations isolés de moins de 2000 habitants). Dans l'approche par 'aire urbaine', sont considérés comme faisant partie de l'espace à dominante rurale les communes rurales n'envoyant pas au moins 40% de leurs actifs dans des aires urbaines, mais également certaines petites unités urbaines : les unités urbaines comptant moins de 5000 emplois (et ne pouvant donc être 'pôles

⁸ Les revenus libéraux de l'année 2000 des médecins ont été publiés dans l'Etudes et Résultats n°200 (« L'évolution du revenu libéral des médecins entre 1993 et 2000 », S. Audric) et ceux des autres professionnels vont être publiés par l'Insee dans le Synthèses consacré aux revenus des non salariés.

⁹ Cf. Julien, P. (2000) : « Mesurer un univers urbain en expansion », *Economie et Statistique*, n°336.

urbains') et envoyant moins de 40 % de leurs actifs dans des aires urbaines. Grosso modo, parmi les professionnels étudiés ici exerçant soit en commune rurale soit en espace à dominante rurale, seuls 30 à 40 % sont classés à la fois en commune rurale et en espace à dominante rurale. Plus précisément, un peu plus de la moitié des professionnels exerçant en commune rurale exercent en espace à dominante rurale, un tiers exerce en couronne périurbaine, et un peu plus d'un dixième en commune multipolarisée. A l'inverse, parmi les professionnels exerçant en espace à dominante rurale, 40 à 60 % sont implantés dans une commune rurale, 20 à 30 % dans une unité urbaine de moins de 5000 habitants, 15 à 25 % dans une unité urbaine de 5000 à 10 000 habitants.

En revanche, les deux nomenclatures utilisées ici ne permettent pas à elles seules de faire la distinction entre les communes que l'Insee définit comme des « villes centres » et les communes dites de « banlieue ». Ces dernières sont en effet regroupées, selon les nomenclatures, au sein de la même unité urbaine ou du même pôle urbain. La nomenclature en aires urbaines permet en revanche de faire la distinction entre les pôles urbains (constitués de villes centres et de banlieues) et leurs couronnes périurbaines (composées des communes envoyant travailler dans l'aire urbaine 40 % ou plus de leurs résidents actifs). On peut donc considérer que les couronnes périurbaines forment un troisième cercle concentrique autour des villes centres et de leurs banlieues. Au-delà de ce troisième cercle, on trouve les communes « multipolarisées », qui sont des communes dont 40 % ou plus des actifs résidents vont travailler dans plusieurs aires urbaines, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elle.