

Laboratoire d'Economie de Dauphine



WP n°4/2011

Document de travail

Les médecins sont-ils assez payés ?
Une comparaison avec les cadres supérieurs

Brigitte Dormont
(LEDa-LEGOS, Université Paris Dauphine)

Anne-Laure Samson
(LEDa-LEGOS, Université Paris Dauphine)

Les médecins sont-ils assez payés? Une comparaison avec les cadres supérieurs

Brigitte Dormont ^a et Anne-Laure Samson ^b

Résumé français :

Nous comparons la valeur actualisée des revenus cumulés des médecins généralistes et des cadres supérieurs sur les données individuelles, pour la période 1980-2004, du panel d'omnipraticiens libéraux (Cnamts) et du panel des Déclarations Annuelles des Données Sociales (Insee). Nous trouvons que les médecins généralistes libéraux ont des revenus cumulés de même niveau que ceux des cadres supérieurs du privé. Ce résultat est obtenu en sélectionnant le haut de la hiérarchie des cadres supérieurs, en tenant compte de la durée spécifique des études médicales et en comparant pour les deux professions la valeur actualisée des flux de revenus nets cumulés entre 24 et 50 ans. Il est maintenu si l'on simule les carrières jusqu'à l'âge de 60 ans.

Résumé anglais :

Titre anglais : Are GPs paid enough in France ?

Using a representative panel of French GPs and a representative panel of French top executives observed both between 1980 and 2004, we compare the discounted value of cumulated earnings of GPs and top executives over their career. We take into account that GPs begin their career later than top executives, given the length of their studies. We find no monetary advantage to be a GP: there is no significant difference between the discounted cumulated earnings of GPs and top executives between 24 and 50 years old. This result is maintained when we simulate the careers until the age of 60.

Classification JEL : I1, J24, J31, C23

^a LEDA-Legos, Université Paris Dauphine, Place du Maréchal de Lattre de Tassigny, 75 775 PARIS Cedex 16. Mail : brigitte.dormont@dauphine.fr

^b LEDA-Legos, Université Paris Dauphine, Place du Maréchal de Lattre de Tassigny, 75 775 PARIS Cedex 16. Mail : anne-laure.samson@dauphine.fr

Les soins de ville sont délivrés en France par des médecins libéraux payés à l'acte, qui perçoivent des honoraires pour les consultations et les actes qu'ils réalisent. Les honoraires sont composés de paiements au tarif conventionnel et, lorsque le médecin y est autorisé, de dépassements dont l'ampleur varie selon le patient. Ces derniers ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale, et ne sont pas toujours couverts par les assurances complémentaires : 40 % des assurés sociaux n'ont pas de couverture pour les dépassements.

Les médecins généralistes pratiquent surtout des consultations et sont à plus de 80 % dans le secteur 1, où les dépassements ne sont généralement pas autorisés. En revanche les spécialistes appartiennent pour moitié au secteur 2, où ils pratiquent des dépassements dans des proportions toujours croissantes.

Il existe une tension récurrente dans notre pays sur la valeur du tarif conventionnel et la question des dépassements. Les généralistes réclament continuellement une réévaluation des tarifs conventionnels et tous les médecins libéraux demandent un assouplissement des possibilités de pratiquer des dépassements, voire la généralisation du secteur 2. Les syndicats de médecins invoquent la durée des études, les responsabilités et la charge de travail pour revendiquer une place très élevée dans l'échelle des rémunérations.

Ces débats touchent à trois enjeux : la maîtrise des dépenses de la sécurité sociale, la couverture des soins pour les assurés et les revenus des médecins. Accéder sans réserve à leurs revendications pourrait faire exploser les coûts de la médecine de ville, ou menacerait gravement la couverture des soins si les dépassements se généralisaient. En même temps, les rémunérations doivent être suffisantes pour que l'exercice de la médecine soit attractif.

C'est cette dernière question que nous abordons ici pour les médecins généralistes français. Sont-ils véritablement lésés, comme certains le prétendent ? Pour répondre à cette question, nous comparons la valeur actualisée des revenus cumulés des médecins et celle d'un sous ensemble de cadres supérieurs sélectionnés pour être d'un niveau de capital humain comparable à celui des médecins. Pour la première fois cependant, une comparaison est faite en intégrant l'impact de la durée des études médicales et sans se borner aux distributions instantanées de revenus, lesquelles sont influencées par des effets de générations et d'expérience qu'il importe de traiter proprement.

L'attention des économistes du travail s'est récemment concentrée sur les modèles de décision d'éducation (Willis et Rosen [1979]), avec l'estimation de trajectoires de formation (Belzil [2007]). Notre approche ne consiste pas à construire un modèle structurel de choix de profession et de déroulé de carrière. Nous procédons à la comparaison ex post des carrières des médecins généralistes et des cadres supérieurs, en prenant comme données la distribution des chocs subis par les individus de nos échantillons au cours de leur carrière et la distribution des choix individuels en matière de date d'entrée sur le marché du travail, de date d'installation, de profil d'activité, etc.

La première partie présente les données utilisées et les critères de sélection des échantillons pertinents. Dans la partie 2, nous procédons à une analyse descriptive qui débouche sur la définition de la valeur des carrières. Enfin, nous comparons les carrières des cadres supérieurs et des médecins dans la troisième partie, avant de conclure.

LES DONNEES

La sélection des échantillons pertinents est une phase à la fois délicate et cruciale de notre travail de comparaison. La population des cadres est en effet très hétérogène. Elle comprend de nombreux individus devenus cadres par promotion au cours de leur carrière, sans détenir un stock de capital humain initial pertinent pour une comparaison avec les médecins. Or la portée de nos conclusions dépend de la sélection d'un échantillon représentatif de cadres *supérieurs* qui leur soient comparables.

Deux bases de données sont utilisées. La première est un panel de médecins généralistes fourni par la Caisse d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (Cnamts). Obtenu par un tirage des généralistes nés en mai dans les données administratives de la Cnamts, il est représentatif de la population des médecins en exercice sur la période 1980-2004. Il offre des informations détaillées sur les caractéristiques socio-démographiques des médecins, leur niveau d'activité et le montant de leurs honoraires.

Comparer la rémunération des médecins à celle des cadres nécessite une définition homogène du revenu : nous avons considéré le revenu net salarié, c'est-à-dire hors charges sociales employeur et salarié. Pour construire les revenus des médecins (c'est-à-dire leurs honoraires nets de l'ensemble des charges), nous avons utilisé des données fiscales de la Direction Générale des Finances Publiques².

Pour les cadres, nous avons utilisé le panel issu des Déclarations Annuelles des Données Sociales (DADS) sur la même période 1980-2004. Ces données d'origine administrative sont représentatives des salariés du privé : il s'agit d'un tirage au 1/25^{ème} dans les DADS³ des salariés nés en octobre d'une année paire. Les informations individuelles portent sur les caractéristiques socio-démographiques du salarié, celles de l'emploi occupé (rémunération annuelle brute et nette, nombre de jours travaillés, catégorie socioprofessionnelle...) et celles de l'entreprise où il travaille.

Nous avons choisi de considérer une catégorie homogène de cadres ayant un niveau initial d'études égal à Bac+5. Malheureusement, le nombre d'années d'études des individus n'est pas renseigné dans les DADS. Le choix du champ des cadres a nécessité un lourd travail décrit en détail dans Dormont et Samson [2010]. Pour résumer, nous avons retenu pour notre étude et appelé « cadres supérieurs » les individus répondant aux critères suivants :

- Les individus sont cadres dès leur première année de carrière. La date de début de carrière n'étant pas observée dans nos données, il a fallu la reconstruire. Le critère retenu est la première apparition dans les DADS, sous réserve que le salaire soit suffisant pour ne pas correspondre à un travail d'appoint.
- Ils débutent leur carrière à un âge compris entre 22 et 27 ans.
- Ils sont cadres sur les 2 ou 5 premières années de leur carrière. Imposer que l'individu soit cadre sur l'ensemble de sa carrière réduit considérablement l'échantillon

² Ce travail original de reconstitution des revenus net au niveau individuel est décrit en détail dans Dormont et Samson [2009].

³ Ces données résultent d'une obligation de déclaration pour toute entreprise employant des salariés.

disponible (souvent à cause d'erreurs dans les déclarations des employeurs, les salariés ont rarement la même catégorie socio-professionnelle sur l'ensemble de leur carrière)⁴. La sensibilité des résultats aux choix effectués selon les deux derniers critères a été soigneusement examinée.

Pour vérifier que ces critères conduisent bien à sélectionner des cadres supérieurs ayant fait des études de niveau Bac+5, nous avons utilisé l'Enquête Emploi de l'Insee de 1980 à 2004, dans laquelle on observe à la fois le diplôme et la catégorie socioprofessionnelle des individus⁵. On observe dans cette base que plus de 80 % des cadres débutants ont un diplôme de troisième cycle (DEA, DESS ou doctorat) ou sont diplômés d'une grande école de commerce ou d'ingénieur. Sélectionner, comme nous le faisons dans les DADS, les individus qui débutent leur carrière comme cadre supérieur permet donc bien de repérer la « crème de la crème » des cadres supérieurs, catégorie à laquelle nous souhaitons comparer les médecins.

Au total, l'échantillon de cadres supérieurs comporte 74 451 observations relatives à 4 825 cadres observés sur la période 1980-2004. L'échantillon de médecins comporte 19 652 observations relatives à 1 389 médecins sur la même période. Pour des raisons données plus loin, nous définissons des cohortes par l'année à laquelle l'individu a eu 24 ans. Comme les salariés du panel des DADS sont nés une année paire, les individus de nos échantillons appartiennent à sept cohortes : 1978, 1980, ..., 1990⁶. L'âge observé des individus varie donc entre 24 et 50 ans.

COMMENT COMPARER LES REVENUS DES MEDECINS ET DES CADRES ?

A première vue, les revenus nets des médecins sont très supérieurs aux salaires nets des cadres supérieurs. Les distributions des revenus nets sur la période 1980-2004 montrent que la proportion de médecins aux revenus élevés (supérieurs à 50 000€ annuels) est largement supérieure à celle des cadres (graphique 1). Sur cette période, un médecin gagne en moyenne 4 257€ nets mensuels contre 3 355€ pour un cadre.

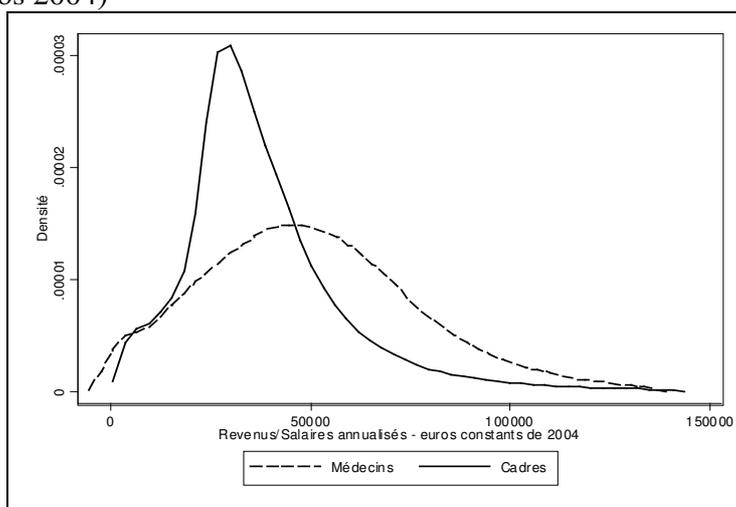
Mais comparer de la sorte les distributions de revenus des deux professions n'est pas légitime. En effet, ces populations ont des caractéristiques très différentes. Les cadres sont plus jeunes que les médecins : sur la période 1980-2004, leur âge médian est 33 ans contre 38 ans pour les médecins. Ces écarts reflètent des différences dans l'évolution démographique des deux professions. En revanche, les médecins ont moins d'expérience que les cadres (8 ans d'expérience médiane contre 10 ans pour les cadres), car la longueur de leurs études conduit à un début de carrière beaucoup plus tardif que les cadres. Dans quelle mesure les écarts dans les distributions des rémunérations annuelles (graphique 1) ne reflètent-ils pas les différences dans la structure par âge et expérience des populations des deux professions ? Comparer la rémunération des cadres et des médecins nécessite de raisonner à âge ou à niveau d'expérience identique.

⁴ Dans le premier cas (2 premières années), 91% des cadres passent tout de même l'ensemble de leur carrière en tant que cadres. Ils sont 96% dans le deuxième cas (5 premières années).

⁵ Cette base de données n'a pas été utilisée directement pour étudier les carrières de cadres, car elle ne permet pas de suivre les carrières des individus sur une période assez longue.

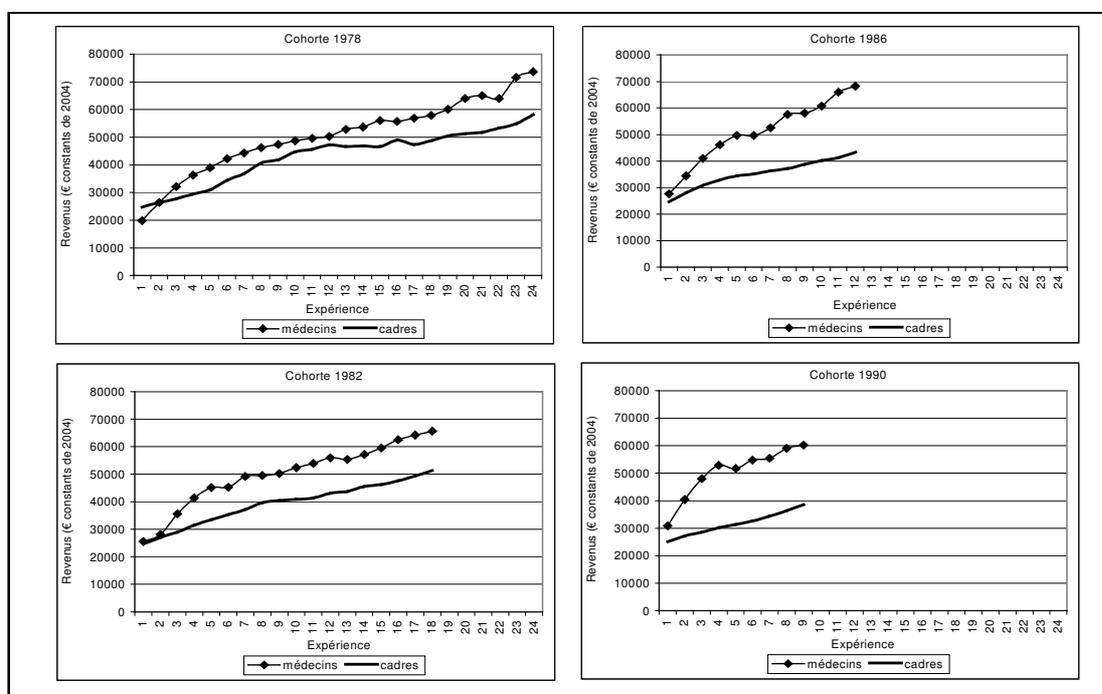
⁶ Pour les cohortes plus récentes (postérieures à 1990), la longueur de la carrière observée est trop courte pour pouvoir mener une analyse robuste.

Graphique 1 : Distributions des revenus annuels nets des médecins et des cadres – années 1980-2004 (Euros 2004)



Le graphique 2 représente donc les revenus des médecins et des cadres en fonction de leur niveau d'expérience, pour quatre cohortes. A niveau d'expérience identique, les revenus des médecins sont toujours supérieurs à ceux des cadres supérieurs. Le différentiel de rémunération augmente même au fil du temps, pour les cohortes 1986 et 1990. L'amélioration de la situation relative des médecins est due à la progression des revenus des cohortes récentes de médecins. En comparaison, les revenus des cadres sont restés stables entre les différentes cohortes.

Graphique 2 : Revenus annuels nets médians des médecins et des cadres (Euros 2004) par cohorte et niveau d'expérience



Mais cette analyse omet encore un élément essentiel à la comparaison des deux professions : la longueur de leurs études fait que les médecins débutent leur carrière en

moyenne cinq années plus tard que les cadres. Le supplément de revenus que nous observons pour les médecins compense-t-il leur manque à gagner en début de carrière ? Pour répondre à cette question, il faut calculer la valeur actualisée des revenus perçus au cours de la carrière, celle-ci étant définie à partir de la date à laquelle commence le supplément de formation que doit connaître un médecin par rapport à un cadre.

Considérons des jeunes gens ou jeunes filles projetant de faire des études pour exercer une profession les situant en haut de la hiérarchie sociale. Ceci implique un niveau d'étude au moins égal à Bac +5. On suppose que deux possibilités s'offrent à eux : devenir cadre supérieur ou médecin. Les débuts de trajectoires typiques d'un aspirant cadre ou médecin sont décrits dans le tableau 1.

Tableau 1 : Exemple de trajectoire d'un aspirant cadre ou médecin

Année	0 (Bac)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	...
Age	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	...
Revenu cadre	0	0	0	0	0	0	W_1^c	W_2^c	W_3^c	W_4^c	W_5^c	W_6^c	...
Revenu médecin	0	0	0	0	0	0	0	I_1	I_2	R_1	R_2	W_1^m	...

L'année 0 est celle du Bac. L'aspirant cadre doit ensuite effectuer 5 années d'études, avant de commencer sa carrière de cadre lors de la sixième année (à 24 ans), avec un revenu W_1^c . Dans la réalité, le début de carrière d'un cadre peut être plus chaotique : il peut se réorienter, ne pas trouver immédiatement un emploi et passer une année en stage, etc. Dans nos données, le premier salaire de cadre est perçu en moyenne à 25 ans, ce qui peut correspondre à sept ans passés en études ou stages après un Bac obtenu à 18 ans.

La trajectoire typique d'un aspirant médecin est la suivante : après 5 années d'études au cours desquelles son revenu est nul comme pour l'aspirant cadre, notre étudiant(e) a encore une année d'étude avec un revenu nul, puis deux années d'internat rémunérées assez faiblement (I_1 et I_2), puis une ou deux années de remplacements chez des collègues (R_1 et R_2) avant l'installation dans son propre cabinet. Enfin, notre médecin s'installe et perçoit ses revenus W_1^m . Dans cet exemple, il connaît sa première année d'expérience onze ans après le Bac, à 29 ans.

En adoptant une formalisation discrète du temps, la valeur de la carrière des cadres s'écrit :

$$V^c = \sum_{t=1}^T \frac{1}{(1+r)^t} rev_t^c,$$

où la série des revenus $rev_t^c, t=1, \dots, T$, est définie par la chronique des W_t^c tels qu'ils apparaissent dans le tableau 1. Ici, les carrières des cadres et des médecins sont comparées à partir de la sixième année postérieure au Bac, première année d'expérience (théorique) du cadre. L'actualisation est effectuée en $t=1$ qui correspond à l'année des 24 ans du cadre, qu'il ait ou non démarré sa carrière à cette date là.

La valeur de la carrière d'un médecin s'écrit :

$$V^m = \sum_{t=1}^T \frac{1}{(1+r)^t} (rev_t^m - \gamma_t)$$

où la série des revenus $rev_t^m, t=1, \dots, T$ est définie par la chronique $0, I_1, I_2, R_1, R_2$ et W_t^m . Comme pour les cadres, l'actualisation est effectuée à l'année $t = 1$ des 24 ans du médecin.

Il importe, non de comparer la valeur monétaire des carrières des médecins et des cadres, mais les utilités associées à l'une et l'autre carrière. Les termes γ_t formalisent le différentiel d'utilité, entre la profession de cadre supérieur et celle de médecin libéral. Ils représentent la résultante des inconvénients et des avantages à être médecin. Concernant les inconvénients, il y a la longueur des études, le concours en première année de médecine, la durée hebdomadaire de travail et les responsabilités à assumer. En ce qui concerne les avantages, on peut penser au prestige social, à l'absence de hiérarchie, au choix de répartition du temps de travail au niveau hebdomadaire comme au cours de la carrière et à l'absence de risque de chômage. Selon les syndicats de médecins, la profession médicale entraîne des contraintes qui pèsent négativement sur l'utilité et justifieraient une compensation sous la forme d'un revenu supérieur.

En l'absence de concours en première année de médecine, on devrait avoir un équilibre conduisant le différentiel de la valeur actualisée de la chronique des revenus des cadres et des médecins à refléter la valeur actualisée du différentiel d'utilité associé à l'exercice de la médecine. On aurait :

$$\sum_{t=1}^T \frac{1}{(1+r)^t} \gamma_t = \sum_{t=1}^T \frac{1}{(1+r)^t} rev_t^m - \sum_{t=1}^T \frac{1}{(1+r)^t} rev_t^c$$

Il est vraisemblable que le différentiel d'utilité associé à l'exercice de la médecine évolue peu : le différentiel observé ne devrait donc pas beaucoup bouger entre les cohortes de médecins et de cadres. En revanche, le concours en première année de médecine entraîne la constitution d'une rente qui peut évoluer positivement avec la sévérité du concours.

En pratique, nous n'observons pas la chronique des différentiels d'utilité γ_t . Nous devons donc nous borner à définir les mesures empiriques des valeurs des carrières à partir des seules chroniques de revenus. Nous calculons la valeur actualisée des rémunérations des médecins et des cadres, sur la partie de leur cycle professionnel observé entre 1980 et 2004. La reconstitution de la chronique des revenus perçus avant l'installation en libéral pour les médecins (revenus de l'internat et revenus liés aux remplacements) est soumise à de nombreuses hypothèses discutées en détail dans Dormont et Samson [2010].

Raisonnement par cohorte permet de comparer les deux professions à âge identique et sur les mêmes durées de carrière. Les individus de la cohorte 1978 sont ainsi observés lorsqu'ils ont entre 26 et 50 ans, ceux de la cohorte 1980 lorsqu'ils ont entre 24 et 48 ans, etc.

Pour chaque individu i de la profession j ($j=m$ ou c), nous calculons la somme des rémunérations actualisées S_i pour un âge donné a :

$$S_{i,a,g}^j = \sum_{t=1}^a \frac{W_{it}^j}{(1+r)^t}$$

où $a = 1, \dots, A_g$ (avec A_g l'âge maximum observé pour chaque cohorte) et $g=1978, \dots, 1990$ représente la cohorte de l'individu i . La chronique des $W_{it}^j, t=1, \dots, T$ est définie par la chronique des W_t^c pour un cadre et par la chronique $0, I_1, I_2, R_1, R_2$ et W_t^m pour un médecin. On utilise un taux d'actualisation de 3% dans nos calculs.

EXISTE T-IL UN AVANTAGE FINANCIER A ETRE MEDECIN GENERALISTE PLUTOT QUE CADRE SUPERIEUR ?

Nous calculons la valeur actualisée des revenus cumulés à chaque âge, pour les deux professions et calculons ensuite le ratio suivant :

$$\rho_{a,g} = \frac{\bar{S}_{a,g}^c}{\bar{S}_{a,g}^m}$$

où $\bar{S}_{a,g}^j$ ($j=c$ ou m) est la moyenne, sur tous les individus i , de la somme des revenus actualisés des médecins ou des cadres, calculée à chaque âge a et pour chaque cohorte g . Toutes cohortes confondues, la valeur actualisée des revenus cumulés des cadres est supérieure à celle des médecins jusqu'à l'âge de 43 ans. A partir de cet âge, les médecins ont remboursé leur manque à gagner de début de carrière lié à des études plus longues. Au-delà, et jusqu'à 50 ans (l'âge maximum observé dans nos données), il n'existe plus de différence significative dans la valeur des carrières des médecins et des cadres. Autrement dit, en moyenne, il n'existe pas d'avantage financier à être médecin généraliste plutôt que cadre supérieur.

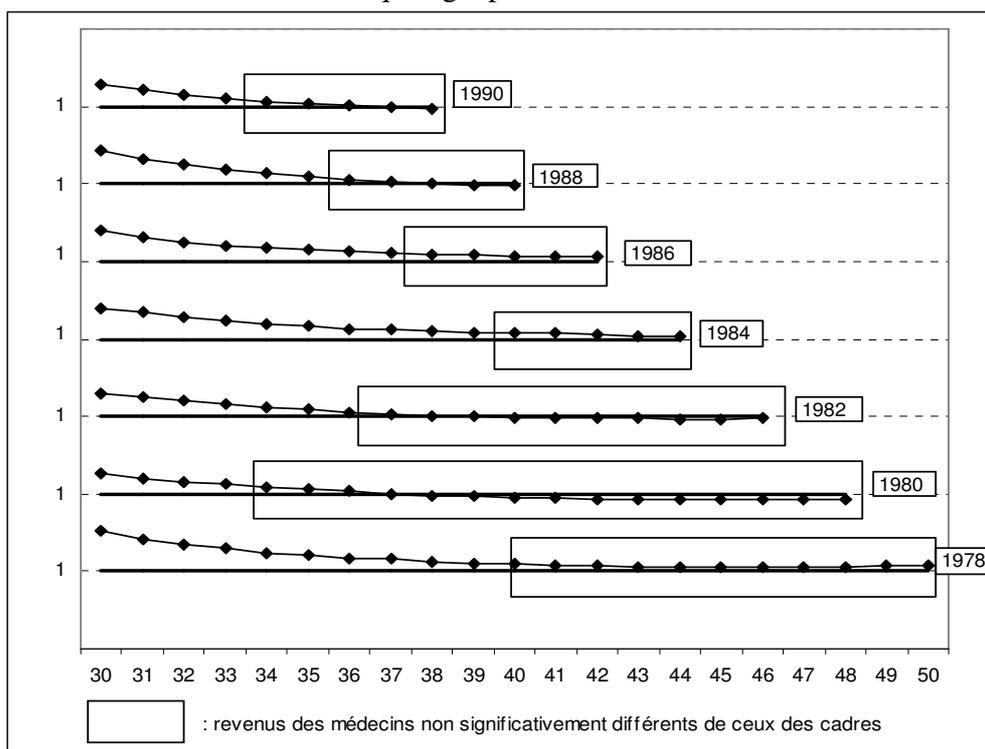
En différenciant les résultats par cohorte (graphique 3), on observe que l'âge auquel les médecins ont amorti leur sur-investissement initial en capital humain diminue avec le temps. La valeur actualisée des revenus cumulés des médecins devient non significativement différente de celle des cadres à partir de 40 ans pour la cohorte 1984, 38 ans pour la cohorte 1986, 36 ans pour la cohorte 1988 et 34 ans pour la cohorte 1990. On observe ici une conséquence des mouvements du *Numerus clausus*. Les revenus des médecins dépendent fortement de la situation de la démographie médicale au moment de leur installation (Dormont et Samson, [2009]). La diminution progressive du *Numerus clausus* a facilité les conditions d'installation des médecins des cohortes 1986, 1988 ou 1990 et favorisé la progression rapide de leurs revenus en début de carrière. Ils amortissent beaucoup plus rapidement que les cohortes anciennes leur manque à gagner lié à la longueur des études médicales.

Ces résultats reposent sur la comparaison des moyennes des revenus cumulés. Il est également possible d'étudier les rapports du premier et du troisième quartile de la valeur actualisée des revenus cumulés pour les deux professions⁷.

Le premier quartile des revenus cumulés des médecins devient non significativement différent de celui des cadres à un âge plus élevé que celui observé en moyenne, et ce, pour toutes les cohortes. En haut de la distribution, le troisième quartile des revenus cumulés des médecins est identique à celui des cadres à un âge faible (32 ans), proche de l'âge d'installation. Et rapidement, entre 38 et 42 ans, les revenus cumulés des médecins deviennent même significativement supérieurs à ceux des cadres. Les 25% de médecins qui travaillent et gagnent le plus ont des revenus cumulés supérieurs à ceux des 25% de cadres les mieux rémunérés.

⁷ On pourrait aussi considérer les distributions des revenus cumulés pour examiner la possible dominance stochastique de la distribution des médecins par rapport aux cadres, ou l'inverse. Mais nous ne disposons pas d'un nombre suffisant d'observations par cohorte pour procéder à une telle analyse.

Graphique 3 : Rapport de la moyenne de la valeur actualisée des revenus cumulés des cadres et des médecins, à chaque âge, par cohorte



Nous avons adopté de nombreuses hypothèses pour mesurer la valeur des carrières. Il a fallu estimer le montant des revenus de remplacement des médecins et leurs revenus perçus pendant l'internat, définir le champ des cadres supérieurs et estimer les indemnités de chômage des cadres. Nos résultats se sont révélés très robustes à l'ensemble de ces hypothèses, comme indiqué dans Dormont et Samson [2010]. Ils sont aussi maintenus quand on considère un taux d'actualisation de 1 ou de 5% (au lieu de 3%) ou lorsqu'on distingue les hommes des femmes.

Enfin, compte tenu de notre fenêtre d'observation, ces résultats portent sur la partie de la carrière allant de 24 à 50 ans. Nous avons simulé les fins de carrière des médecins et des cadres afin de comparer les revenus cumulés des deux professions jusqu'à l'âge de 60 ans. Globalement, même en prolongeant les carrières, nous ne trouvons pas, en moyenne, de différence dans la valeur des carrières des cadres supérieurs et des médecins généralistes.

CONCLUSION

Les médecins généralistes libéraux ont des revenus cumulés de même niveau que ceux des cadres supérieurs du privé. Le manque à gagner en début de carrière dû à la longueur des études médicales est amorti. En moyenne, les médecins généralistes ne sont pas lésés. Ils ne sont pas non plus particulièrement privilégiés. Pour revendiquer des rémunérations plus élevées, ils devraient toutefois faire la preuve d'une désutilité spécifique liée à l'exercice de la profession médicale. Ce résultat concerne les médecins généralistes, qui sont dans le bas de la distribution de l'ensemble des spécialités. Notre sélection ayant consisté à retenir

le haut de la hiérarchie des cadres supérieurs, la signification de notre résultat est donc la suivante : les médecins libéraux les plus mal lotis sont aussi bien rémunérés que les cadres supérieurs du privé les mieux payés⁸.

En l'absence d'une information individuelle disponible, nous n'avons pas pu prendre en compte des différences possibles dans la durée du travail des médecins et des cadres. Les données déclaratives de l'Enquête Emploi 2004 (Breuil-Genier et Sicart [2005]), révèlent un temps de travail hebdomadaire moyen de 41h43 pour les cadres supérieurs et 52h46 pour les médecins généralistes libéraux. Mais il n'est pas évident que les cadres salariés interrogés dans l'enquête emploi aient la même conception que les médecins libéraux des activités qui doivent être déclarées dans le périmètre de leur temps de travail.

Par ailleurs, il existe une différence importante entre le statut libéral et celui de salarié : la possibilité d'allouer son temps de travail en fonction de ses préférences, au cours de la semaine mais aussi au cours de la carrière. Les médecins ne s'en privent pas : on a pu mettre en évidence un fort ralentissement de l'activité à partir de leur milieu de carrière (Dormont et Samson [2009]). Ceci constitue une source additionnelle d'endogénéité du revenu des médecins et explique la disparité des résultats aux premier et troisième quartiles : les médecins à bas revenus gagnent moins et les médecins à haut revenu gagnent beaucoup plus que les cadres. Mais comme le montre Samson [2010], notamment pour les médecins à bas revenus, ceci résulte vraisemblablement d'une préférence de ces médecins pour une faible activité et doit être interprété comme l'expression d'une plus grande latitude des médecins dans l'allocation de leur temps entre loisir et travail.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BELZIL C. [2007], « The return to schooling in structural dynamic models: a survey », *European Economic Review*, 51, p. 1059-1105.
- BREUIL-GENIER P., SICART D. [2005], « La situation professionnelle des conjoints de médecins », *Etudes et Résultats*, 430, p. 1-8.
- DORMONT B., SAMSON AL. [2009], « Régulation de la démographie médicale et carrières des médecins généralistes: les inégalités entre générations », *Economie et Statistiques*, 414, p.3-30.
- DORMONT B., SAMSON AL. [2010], « Carrières comparées des médecins et des cadres supérieurs », *Document de Travail DREES*, à paraître.
- FRECHOU H., GUILLAUMAT-TAILLIET F. [2008], « Les revenus libéraux des médecins en 2005 et 2006 », *Etudes et Résultats*, 643, p. 1-8.
- SAMSON AL. [2010], « Low-income self-employed GPs: a preference for leisure ? », *HEDG Working Papers*, n°10/12.
- WILLIS R.J., ROSEN S. [1979], « Education and self-selection », *Journal of Political Economy*, 87, p. S7-S36.

⁸ Un avantage relatif des médecins serait sans nul doute établi si l'on considérait d'autres spécialités que la médecine générale : en 2006, les médecins spécialistes gagnaient en moyenne 65 % de plus que les omnipraticiens (calcul réalisé sur l'instantané des revenus annuels, Fréchou et Guillaumat-Taillet, 2008).