

Année 2023/2024

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Camille LE MEUR

Née le 17/02/1993 à Châtenay-Malabry (92)

Comparaison intergénérationnelle de l'offre de soins des médecins généralistes depuis 2009.

Présentée et soutenue publiquement le **31 octobre 2024** devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Leslie GRAMMATICO-GUILLON, Epidémiologie, et Santé Publique - Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Docteur Marc TASSI, Épidémiologie, Économie de la santé et Prévention et Santé Publique - Assistant Spécialiste, CHU – Tours

Docteur Paul BREGEAUT, Épidémiologie, Économie de la santé et Prévention, PH, CHU-Tours

Docteur Isabelle ETTORI, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Helena CALVAGNAC, Médecine Générale – Cormery

Résumé

Comparaison intergénérationnelle de l'offre de soins des médecins généralistes depuis 2009.

Introduction. Dans un contexte de déclin démographique des professionnels de santé, de transition générationnelle et de transformation de la profession, l'activité des généralistes est scrutée. La génération Y (1980-1996) est souvent perçue comme moins laborieuse que les générations X (1965-1979) et Baby-boomers (1945-1964). Cette étude examine l'offre de soins des différentes générations de généralistes entre 2009 et 2022.

Méthode. À partir des données du système national des données de santé, le nombre médian de consultations annuelles par généraliste a été analysé selon la génération, l'âge et le genre. Des analyses complémentaires ont été effectuées selon le type de consultation et le lieu d'exercice.

Résultats. Les généralistes de la génération X et Baby-Boomers ont une offre de soins similaire, se croisant à 4 900 consultations annuelles en 2015. En 2022, les médecins généralistes de la génération X ont réalisé en médiane 4 762 consultations, contre 4 237 pour leurs homologues de la génération des Baby-Boomers. Parallèlement, les consultations annuelles des généralistes de la génération Y ont presque triplé, passant de 1 404 en 2009 à 4 064 en 2022. Indépendamment de l'année, les plus jeunes généralistes réalisent moins de consultations que leurs aînés, et les femmes moins que les hommes.

Conclusion. La différence d'offre de soins entre générations semble liée à l'âge et la féminisation des professionnels plutôt qu'à une disparité générationnelle. Il serait pertinent de poursuivre l'analyse en intégrant ces facteurs de confusion et en incluant les données des futures générations.

Mots clés : Offre de soins, médecins généralistes, générations, démographie médicale, consultations, âge, féminisation.

Abstract

Intergenerational comparison of healthcare provision by general practitioners since 2009.

Introduction. In the context of a demographic decline among healthcare professionals, generational transition, and transformation within the profession, the activity of general practitioners (GPs) is under scrutiny. Generation Y (1980-1996) is often perceived as less industrious compared to Generation X (1965-1979) and Baby Boomers (1945-1964). This study examines the healthcare provision of different generations of GPs between 2009 and 2022.

Method. Using data from the national health data system, the median number of annual consultations per GP was analyzed according to generation, age, and gender. Additional analyses were conducted based on the type of consultation and practice location.

Results. GPs from Generation X and Baby Boomers have a similar healthcare provision, intersecting at 4,900 annual consultations in 2015. In 2022, Generation X GPs performed a median of 4,762 consultations, compared to 4,237 for their Baby Boomer counterparts. Simultaneously, the annual consultations of Generation Y GPs nearly tripled, from 1,404 in 2009 to 4,064 in 2022. Regardless of the year, younger GPs perform fewer consultations than their older counterparts, and women fewer than men.

Conclusion. The difference in healthcare provision between generations seems to be related to age and the feminization of professionals rather than generational disparity. It would be relevant to continue the analysis by incorporating these confounding factors and including data from future generations.

Keywords: Healthcare Provision, General Practitioners, Generations, Medical Demographics, Consultations, Age, Feminization.

UNIVERSITE DE TOURS

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESSEURS

Pr Philippe GATAULT, Pédagogie

Pr Caroline DIGUISTO, Relations internationales

Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale

Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, Formation Médicale Continue

Pr Hélène BLASCO, Recherche

Pr Pauline SAINT-MARTIN, Vie étudiante

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Patrice DIOT

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Frédéric PATAT

Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAULT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GRAMMATICO-GUILLON Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale

HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor Anatomie
MALLET Donatien Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS

HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas Pédiopsychiatrie
GUILLEUX Valérie Immunologie
HOARAU Cyrille Immunologie
KERVAREC Thibault Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie Dermatologie
LEJEUNE Julien Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas Médecine d'urgence
PIVER Éric Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl Bactériologie
TERNANT David Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure..... Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia Neurosciences
BLANC Romuald Orthophonie
EL AKIKI Carole Orthophonie
NICOGLU Antonine Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain Médecine Générale
BARBEAU Ludivine Médecine Générale
CHAMANT Christelle Médecine Générale
ETTORI Isabelle Médecine Générale
MOLINA Valérie Médecine Générale
PAUTRAT Maxime Médecine Générale
PHILIPPE Laurence Médecine Générale
RUIZ Christophe Médecine Générale
SAMKO Boris Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100

CHALON Sylvie	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid Orthophoniste
IMBERT Mélanie Orthophoniste
SIZARET Eva Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes

de cette Faculté,

de mes chers condisciples

et selon la tradition d'Hippocrate,

je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur

et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,

et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux

ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira

les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas

à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres,

je rendrai à leurs enfants

l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime

si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre

et méprisée de mes confrères et consœurs

si j'y manque.

Remerciements

À mon jury de thèse :

Professeur Leslie GRAMMATICO-GUILLON

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude pour avoir accepté de présider ma soutenance de thèse et pour l'enthousiasme et le soutien que vous avez manifesté à l'égard de mon travail. Je vous remercie sincèrement pour le temps que vous avez consacré à la lecture et à l'évaluation de mon manuscrit.

Marc et Paul

Je vous exprime ma plus profonde reconnaissance pour avoir accepté d'encadrer ce projet et d'y avoir reconnu l'intérêt que j'y voyais. Je vous remercie sincèrement pour votre engagement et votre contribution précieuse à cette thèse. Votre expertise, votre rigueur scientifique et votre bienveillance ont été des éléments déterminants tout au long de ce processus. Votre disponibilité et vos conseils avisés ont considérablement enrichi ce travail et ont contribué à en améliorer la qualité. Votre rôle en tant que directeurs de thèse a été essentiel pour la bonne conduite de cette soutenance. Je suis honorée d'avoir bénéficié de votre soutien et de vos encouragements tout au long de ce parcours. Je souhaite également adresser une mention spéciale à Marc, qui a initié ma présentation au Comet, me permettant ainsi de vous recruter tous les deux en tant que directeurs de thèse.

Isabelle

Je te remercie profondément pour l'aide précieuse et les encouragements que tu m'as prodigués tout au long de ce projet de thèse, ainsi que pour ton encadrement et ta bienveillance durant mon dernier stage d'interne. J'ai hâte de rejoindre ton équipe.

Helena

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de faire partie de mon jury. À mes yeux, tu incarnes l'omnipraticienne qui contraste totalement avec les stéréotypes véhiculés par les médias et même avec les résultats de cette étude. Lors de mon premier stage d'interne, tu m'as rassurée sur mon choix de carrière. Tu as fait partie des personnes qui ont motivé ce projet de thèse, c'est pourquoi j'ai pensé à toi pour intégrer ce jury.

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION	15
A.	Le métier et les études de médecin généraliste	15
1.	Le rôle du médecin généraliste et la création du parcours coordonné et du statut de médecin traitant.....	15
2.	Les études médicales	15
3.	La Démographie des Médecins Généralistes	16
B.	Offre de soins des médecins Généralistes et son évaluation	20
1.	Le temps de travail des Omnipraticiens.....	20
a)	La connaissance commune	20
b)	Les études déjà menées sur le temps de travail	20
2.	Offre de soins mesurée par l'accessibilité à une consultation.....	21
C.	Les Générations	22
1.	Cas général.....	22
2.	Les générations de médecins généralistes	23
D.	L'objectif de l'étude	24
II.	METHODES	25
A.	Design de l'étude.....	25
B.	Population d'étude	25
C.	Source des données : Le système de recueil des données de santé publique et son évolution	26
1.	En 1998 le SNIIR-AM est créé et sera effectif en 2005.....	26
2.	En 2016 le Sniiram devient SNDS.....	26
D.	Période d'étude	27
E.	Caractérisation des consultations	27
F.	Genre	28
G.	Tranches d'âges	28

H.	Lieu d'exercice.....	28
I.	Les Indicateurs	29
1.	Typologie des omnipraticiens	29
2.	Volume de consultations	29
III.	RESULTATS	30
A.	Caractéristiques générales de la population d'étude :.....	30
1.	Description de la population globale d'étude	30
2.	Evolution de la population d'étude par génération et genre.	30
B.	Comparaison de l'offre de soins en nombre de consultations annuelles	31
1.	Par Génération au cours de la période 2009 - 2022	31
2.	Par tranche d'âge entre 2009 et 2022 :	32
3.	Par Genre	33
C.	Comparaison des différents types de consultation	35
1.	Les visites à domicile	35
2.	Les téléconsultations.....	36
3.	Les consultations de gynécologie.....	37
4.	Les consultations de pédiatrie	37
D.	Comparaison des actes des trois générations en fonction du lieu d'exercice	39
IV.	DISCUSSION	42
A.	Interprétation des résultats	42
1.	Comparaison intergénérationnelle de l'offre de soins	42
2.	Comparaison par tranche d'âge	42
3.	Féminisation des généralistes français.....	43
4.	Les fluctuations sur la période.....	44
5.	Le regard des anciennes générations sur les nouvelles	45
a)	Les différences intergénérationnelles	45
b)	Le rapport entre les Français et leur médecin généraliste.....	46

6. Les changements dans la manière d'exercer des praticiens.	47
a) Les visites à domicile.....	47
b) Les téléconsultations	48
c) Les consultations de gynécologie	48
d) Les consultations de pédiatrie	48
7. Les lieux d'exercice des 3 générations de généralistes	49
B. Discussion de la méthode : points forts, biais et limites de l'étude	50
V. CONCLUSION	52
VI. BIBLIOGRAPHIE	54
VII. LES ANNEXES	62
A. Annexe1	62
B. Annexe 2	63
C. Annexe 3	64

« La génération Y veut travailler moins, pas tous les jours de la semaine, et veut trouver un équilibre entre sa vie privée et sa carrière »

Julien Lenglet, ancien président du SIHP (Syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris), 2013

« Des médecins, comme moi qui travaillais 55-58 heures par semaine, cela ne va plus exister. Les médecins d'aujourd'hui veulent avoir une vie de famille, veulent voir grandir leurs enfants, ils ne travaillent pas le mercredi après-midi, ni le samedi après-midi, certains soirs ils veulent aller chercher leurs enfants à l'école. »

Jean Paul Hamon, président d'honneur de la FMF (Fédération des Médecins de France), 2023

I. INTRODUCTION

A. Le métier et les études de médecin généraliste

1. Le rôle du médecin généraliste et la création du parcours coordonné et du statut de médecin traitant

Le terme « médecin généraliste » apparaît en 1949 avec l'expansion des connaissances médicales, rendant la spécialisation nécessaire. A partir de cette date, les médecins généralistes commencent à être perçus comme des praticiens non spécialisés orientant les patients vers des spécialistes. La réforme Debré de 1958 (1) a renforcé cette perception en valorisant les spécialités . En 1991, l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes a défini le rôle du généraliste comme celui d'un professionnel offrant des soins globaux et coordonnant les soins spécialisés (2) (3). En 1998, la convention (4) introduit le concept de médecin référent (5), remplacé en 2004 (6) par le médecin traitant pour améliorer la coordination des soins et la gestion des maladies chroniques. Aujourd'hui, les missions des médecins généralistes, telles que définies dans le Code de la santé publique (7), incluent la prévention, le diagnostic, la coordination des soins, et la formation des futurs médecins.

2. Les études médicales

La médecine générale n'a été reconnue comme spécialité qu'après la réforme de 1982, qui a instauré un internat de médecine générale. Entre 1995 et 2001, des réformes ont modifié la durée et les modalités de cet internat, avec un décret de 2001 prolongeant le résidanat à trois ans (8) . La loi de 2002 a officialisé la médecine générale comme spécialité nécessitant le concours de l'internat et la validation du deuxième cycle (9). Depuis 2004, l'Épreuve Classante Nationale (ECN) remplace le concours de l'internat. Enfin la récente réforme de 2020 (10) a supprimé le numérus clausus pour les études de médecine, dont les modalités d'accès sont en cours de révision. Actuellement, les médecins généralistes terminent leurs études après 9 ans, et la récente réforme prolonge ce délai à 10 ans, contre 6 ans auparavant, ce qui contribue au déficit actuel de médecins généralistes en France (Figure 1) (11).

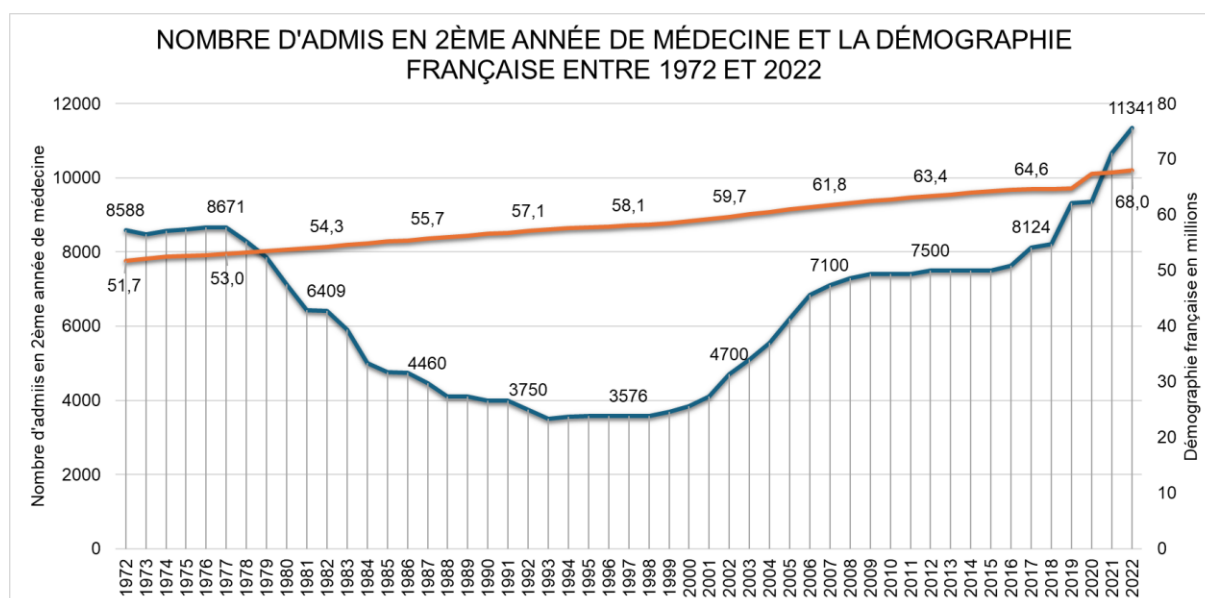


Figure 1 Nombre de postes pourvus en 2ème année de médecine (bleu) et évolution de la démographie française (orange) entre 1972 et 2022. Source : Arrêtés annuels fixant le nombre d'étudiants de première année du premier cycle des études médicales autorisés à poursuivre leurs études en médecine à la suite des épreuves terminales de chaque l'année universitaire, et Insee

3. La Démographie des Médecins Généralistes

La démographie médicale plus précisément sa densité décroît depuis plusieurs années tandis que la population française continue de croître et les prédictions projettent cette croissance jusqu'en 2035 (12–14). Selon l'Insee la population française est passée de 60 à 68 millions de personnes entre 1999 et 2023 (15) (Figure 1).

Parallèlement à la croissance de la population française le nombre d'omnipraticiens en exercice est resté très stable depuis les années 1990. La densité de la démographie d'omnipraticien a été forcée à la baisse par les différentes politiques de santé au XXème siècle avec notamment l'incitation à la retraite (16) (17) (Figure 2) (Figure 3). Ces réformes ont conduit à la baisse du taux de médecins généralistes pour 100 000 habitants à partir des années 90 (18). Ce déclin se poursuit avec une baisse de la densité des praticiens de -12% entre 2012 et 2022 (Figure 3) responsable en partie de l'apparition des zones sous dotées actuelles (Figure 4)(19).

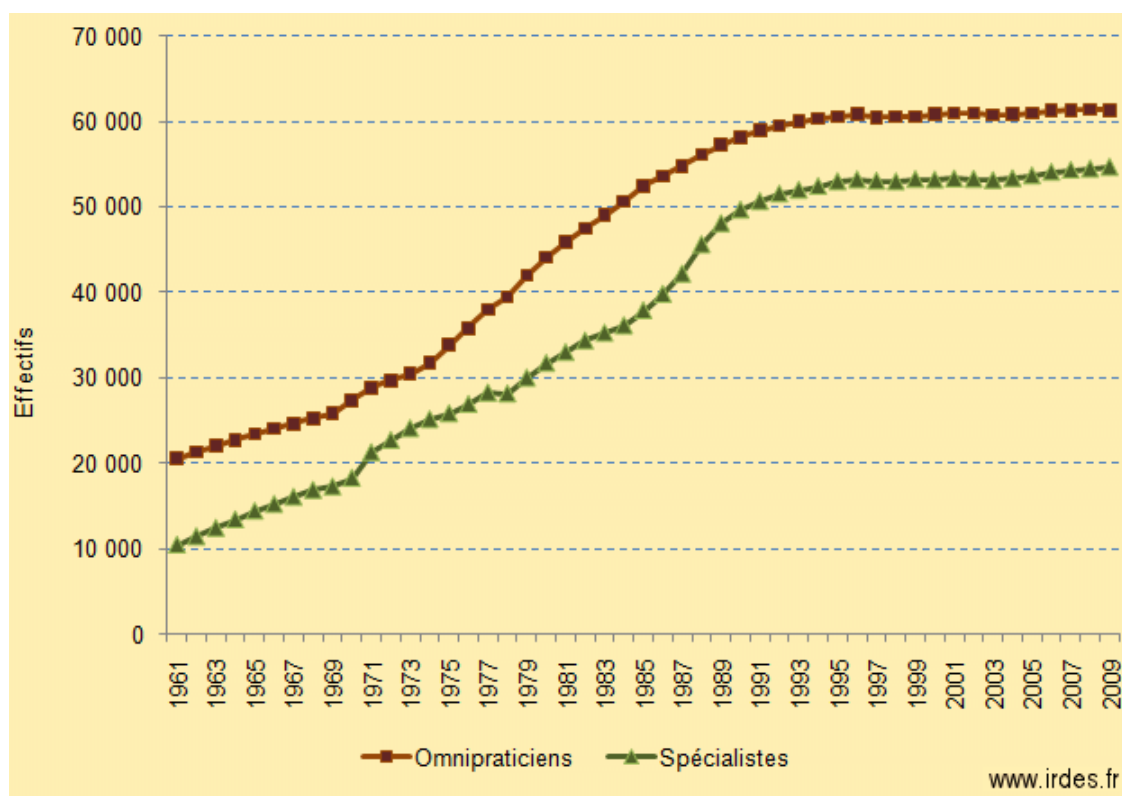


Figure 2 Evolution de la démographie des médecins (omnipraticiens/spécialistes) libéraux en effectifs.
Source : Eco-Santé France, d'après données Sniir de la Cnam

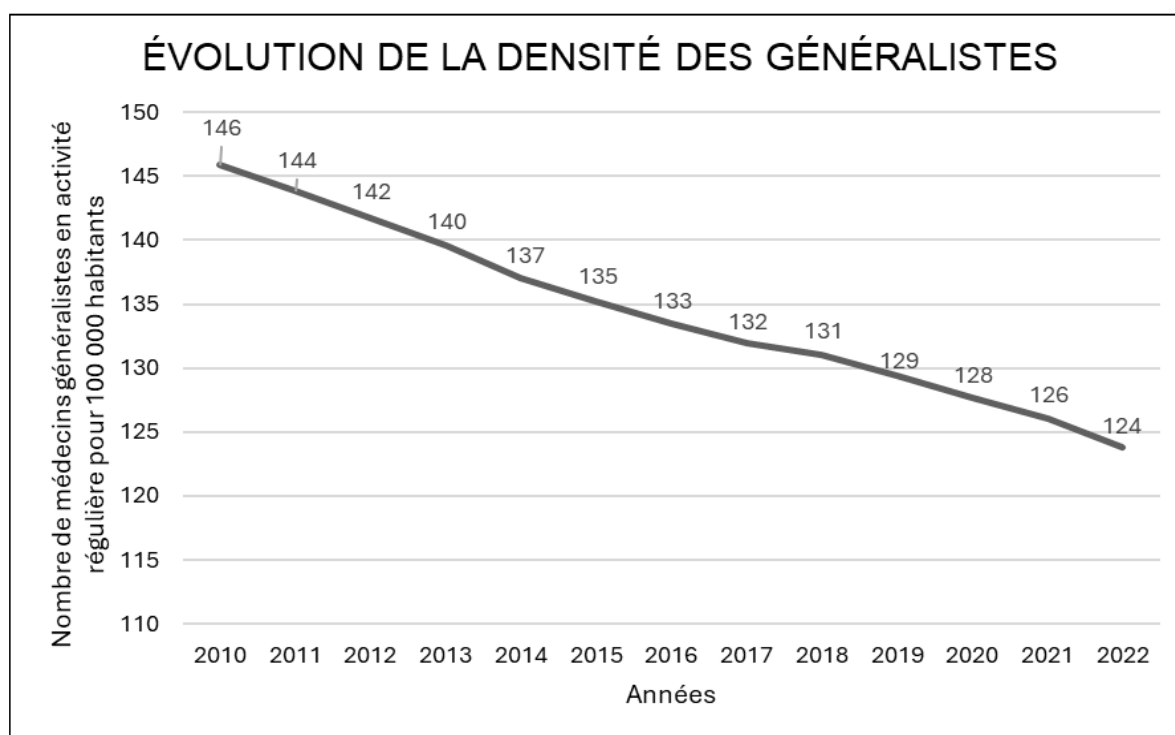


Figure 3 Evolution de la densité des médecins généralistes entre 2010 et 2022 ; Source : CNOM - Atlas de la démographie 1

En 2021, suite au besoin d'identifier ces zones sous-dotées, un nouveau zonage territorial a été proposé (20), classifiant les zones sous-denses en ZIP (zones d'intervention prioritaire) et ZAC (zones d'action complémentaire) à l'aide de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) (Figure 4).

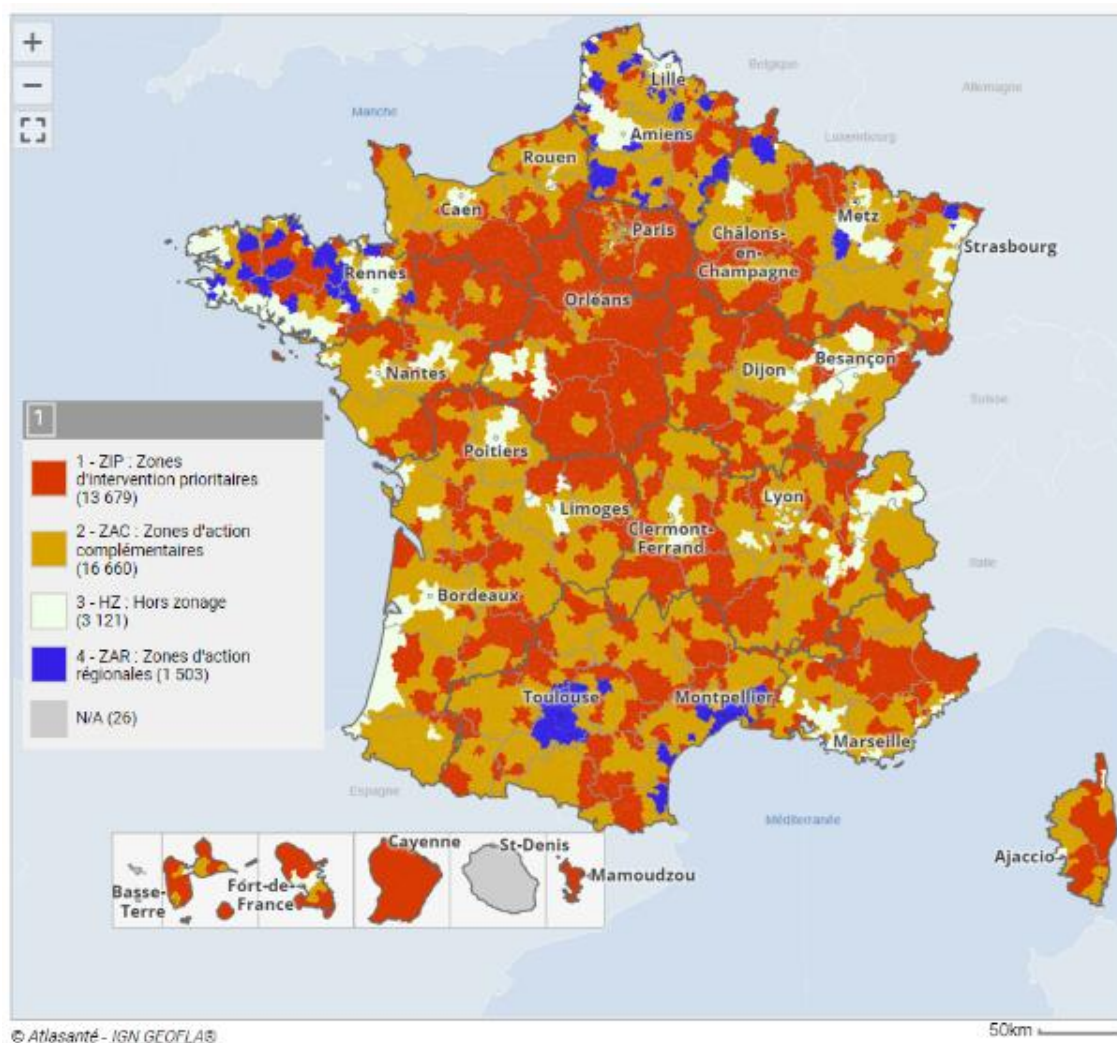


Figure 4 Zonage conventionnel des médecins généralistes. Source : ARS 2023

Cet indicateur, disponible pour chaque commune, évalue l'offre et la demande de soins en tenant compte de celles des communes environnantes. L'APL (21) est un indicateur s'appuyant sur le nombre d'actes codés et a été développé en 2012 par la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) et l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) pour évaluer l'adéquation entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un niveau géographique précis. Contrairement aux méthodes traditionnelles comme la densité

médicale ou la distance par rapport au médecin le plus proche, l'APL propose ainsi une évaluation plus complète de l'accessibilité aux soins. Les ARS (Agences Régionales de Santé) et communes utilisent ces informations pour proposer des mesures incitatives, comme les aides financières, le contrat d'engagement de service public (CESP), le contrat de début d'exercice (CDE) ainsi que les aides accordées par les collectivités territoriales, afin de maintenir ou attirer des médecins. Il est utilisé par les études de démographies et de répartitions des professionnels de santé en France et est définie pour les généralistes comme le nombre de consultations accessibles par habitant à moins de 20 minutes du domicile. Depuis 2017, plusieurs ajustements ont été apportés à l'APL pour les médecins généralistes, incluant des ajustements des prestations avec la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie), une mesure par professionnel plutôt que par cabinet, et une nouvelle approche pour l'activité des centres de santé (22).

Entre 2015 et 2022, l'APL a révélé une diminution de l'accès aux soins, passant de 3,3 consultations annuelles par habitant en moyenne à 3,0 (Figure 5).

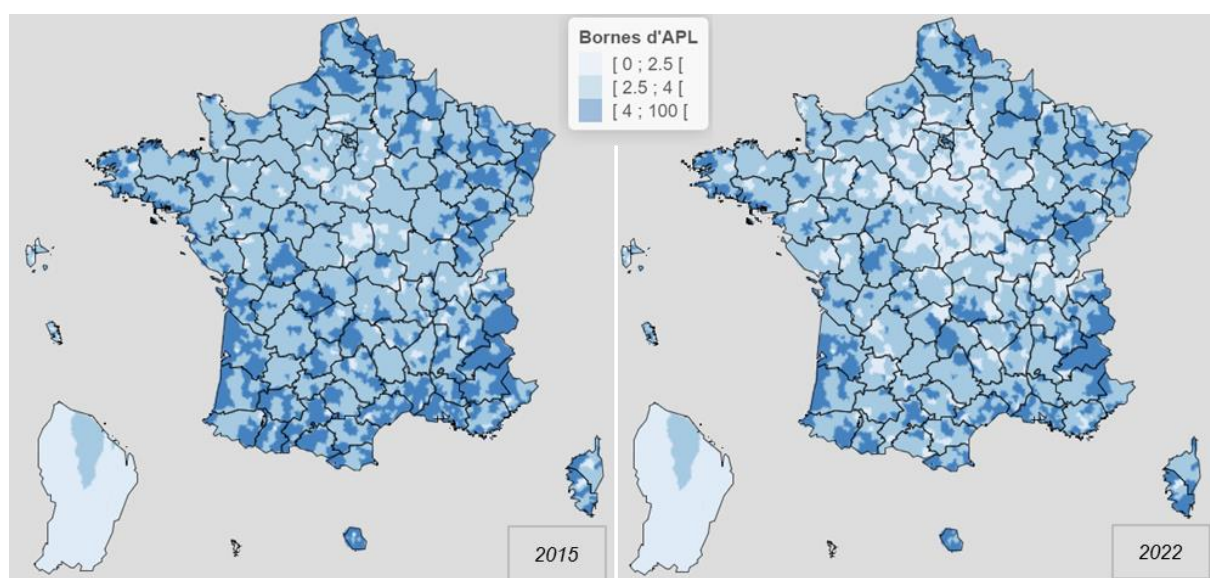


Figure 5 Accessibilité potentielle localisée des médecins généralistes en 2015 (gauche) et 2022 (droite).
Source : DREES

Ce contexte de désertification médicale suscite une crainte grandissante quant à l'organisation de l'activité des médecins généralistes, soulignant ainsi la nécessité d'une analyse approfondie de l'offre de soins dispensée par ces professionnels et de son évaluation.

B. Offre de soins des médecins Généralistes et son évaluation

1. Le temps de travail des Omnipraticiens

a) *La connaissance commune*

Plusieurs articles (23) (24) laissent entendre que les médecins généralistes d'aujourd'hui travaillent moins que leurs prédécesseurs. Ces articles, issus principalement de la presse grand public relatent que les anciennes générations d'omnipraticiens auraient été plus travailleuses avec des horaires de travail plus larges, tandis que la nouvelle génération de médecins généralistes chercherait un meilleur équilibre entre vie familiale et professionnelle. En conséquence, cette dernière profiterait d'un temps de travail assoupli et de congés annuels plus nombreux.

b) *Les études déjà menées sur le temps de travail*

Les études successives de la DREES montrent une augmentation continue des heures de travail des médecins généralistes. En 1992, ils travaillaient en moyenne 48 heures par semaine, un chiffre ayant augmenté à 51 heures en 2000 (25). En 2009, les généralistes travaillaient entre 52 et 60 heures par semaine (26), et en 2019, la DREES rapportait une moyenne de 54 heures par semaine (27).

L'étude de 1992 ne démontrait pas de différence significative du nombre d'heures de travail en fonction de l'âge du médecin, tandis que l'étude de 2019 révélait que les médecins âgés de 50 à 59 ans passaient plus de temps au travail, suggérant que l'âge influençait le temps de travail des généralistes. Toutefois, toutes ces études reposaient sur des données déclaratives, ce qui peut affecter l'objectivité des résultats.

La problématique actuelle est la difficulté d'accès aux consultations de médecine générale pour la population. En 2022, une étude suisse, utilisant des données de 11 pays, a développé un indicateur pour mesurer la disponibilité en temps des médecins généralistes par habitant et par an (28). Cette étude révélait que les médecins travaillaient en moyenne 43 heures par semaine, dont 30,5 heures en contact direct avec les patients, avec des variations significatives entre les pays (22 heures en Suède à 38 heures en France). Bien que cet indicateur soit utile, il souffre lui aussi de biais de déclaration. Le nombre d'heures travaillées semble être un outil peu objectif pour comparer l'offre de soins des généralistes à travers les générations.

2. Offre de soins mesurée par l'accessibilité à une consultation

Afin de pallier ces biais de déclaration, il est plus pertinent de quantifier l'offre de soins des médecins généralistes à travers des indicateurs directement observables et mesurables. L'offre de soins d'un médecin généraliste à la population se traduit par la possibilité d'accéder à une consultation. Cette activité est objectivable par le nombre de consultations effectuées et mesurable par le nombre d'actes de consultations tarifés.

Une étude comparant les actes réalisés par des médecins généralistes installés entre 1979 et 2001 n'a pas révélé de différences significatives entre les générations en termes de volume d'actes (29). Cependant, l'étude a révélé que les jeunes généralistes augmentaient leur volume d'actes plus rapidement au cours de leur carrière, atteignant le seuil de 4 000 actes en environ trois ans pour ceux installés entre 1980 et 1984, tandis que ceux installés après 1990 atteignaient ce seuil dès la deuxième année. De même, les 5 000 actes étaient atteints plus rapidement par les médecins des années 1990. Cette tendance est attribuée à une diminution de la concurrence due aux restrictions du *numerus clausus*, réduisant le nombre de nouveaux médecins à partir des années 90, ce qui a permis une progression plus rapide de l'activité des jeunes médecins.

En 2023, des données publiées par Les Echos indiquaient que les jeunes généralistes réalisaient en moyenne 600 actes de moins que les généralistes installés 30 ans plus tôt (30), un phénomène attribué selon le Dr. Patricia Lefébure, directrice de la FMF la même année, à une approche différente du travail, avec des heures de travail réduites et des consultations plus longues.

Chaque génération semble adapter ses pratiques en fonction de son contexte historique et des évolutions technologiques, soulignant ainsi l'importance d'analyser les données par génération pour mieux comprendre ces ajustements et leurs impacts sur l'offre de soins. Aucune comparaison à âge égal du nombre de consultations des omnipraticiens des différentes générations n'a cependant été réalisée. Pour combler cette lacune, il est crucial de procéder à une analyse comparative, ce qui nécessite d'abord une clarification des critères de définition des générations.

C. Les Générations

1. Cas général

Le terme "génération" désigne généralement l'ensemble des individus qui, à la même époque, sont dans la même tranche d'âge. Il n'existe pas de définition précise et unanime, ces définitions étant souvent basées sur des courants socioculturels (31) (32). Les personnes d'une même génération partagent des événements historiques et culturels qui influencent leurs attitudes et valeurs (33). Bien qu'il n'y ait pas de consensus sur ces événements, des historiens comme William Strauss et Neil Howe ont défini plusieurs générations aux États-Unis : les Baby-Boomers (1945-1965), la génération X (1965-1980), la génération Y ou Milléniaux (1980-1995) (17)(18), puis les générations Z (à partir de la moitié des années 90) et Alpha (à partir de 2010) (36), (37).

Plusieurs études ont exploré les différences générationnelles dans la perception de la valeur du travail et dans la conception générale du monde professionnel (31) (33) (34). Dans la littérature sociologique, les principales différences intergénérationnelles sont décrites comme suit :

Les Baby-Boomers, nés dans les deux décennies suivant la Seconde Guerre mondiale (environ 1945-1965), ont bénéficié d'une période de croissance économique et de plein emploi. Cette génération est souvent associée à l'émergence de la société de consommation et à une forte croyance en la réussite sociale. Elle est également caractérisée par une conviction marquée dans la valeur du travail. Actuellement, cette génération est en phase de départ progressif à la retraite (31) (32) (34) (38) (39).

La Génération X, née au cours des quinze années suivantes (environ 1965-1980), a été influencée par la crise économique de 2008 et les bouleversements technologiques des années 2000. Cette génération est généralement caractérisée par un scepticisme vis-à-vis de l'avenir et des institutions, et privilégie les emplois offrant un équilibre entre travail et vie familiale, tout en attachant une grande importance à la valeur de la famille (31) (32) (34) (38) (39).

La Génération Y, ou Milléniaux, née entre environ 1980 et 1996, a grandi en période de mondialisation et de progrès technologique rapide. Cette génération est la première à avoir intégré les innovations technologiques dans son quotidien de manière continue. Contrairement à la génération précédente, elle est caractérisée par une confiance et un optimisme accru, ainsi qu'une aspiration à des résultats rapides, voire immédiats.

Elle tend à considérer le travail non comme une fin en soi, mais comme un moyen d'accéder à la consommation et aux loisirs, cherchant ainsi à travailler moins tout en étant plus efficace (31) (34) (38) (39).

Les générations les plus récentes sont encore peu explorées dans la littérature sociologique en raison de leur émergence récente. La Génération Z, née entre 1997 et 2010, se distingue par une familiarité précoce avec les technologies numériques avancées (36) (37) (40). La Génération Alpha, suivant la Génération Z, englobe les individus nés entre 2013 et 2022, et représente la première cohorte entièrement née au XXI^e siècle, la plupart de ses membres étant les enfants des Milléniaux (36). En 2023, les Baby-Boomers continuent de constituer la majorité démographique en France (41) .

2. Les générations de médecins généralistes

L'âge moyen des cotisants à la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France est de 52,2 ans (42). Le Conseil National de l'Ordre des Médecins décrit une pyramide des âges équilibrée chez les omnipraticiens, en partie grâce aux politiques récentes augmentant le nombre d'étudiants en médecine (13). En 2012, l'âge moyen des médecins généralistes était de 50,9 ans contre 49,9 ans en 2023 (43). Le rajeunissement de la population de médecins généralistes est amorcé, notamment avec le départ à la retraite des Baby-Boomers. Les généralistes Baby-Boomers sont plus nombreux que les autres générations, mais la démographie des généralistes augmente à nouveau à partir de la Génération Y (Figure 6). On observe également une féminisation progressive de la profession.

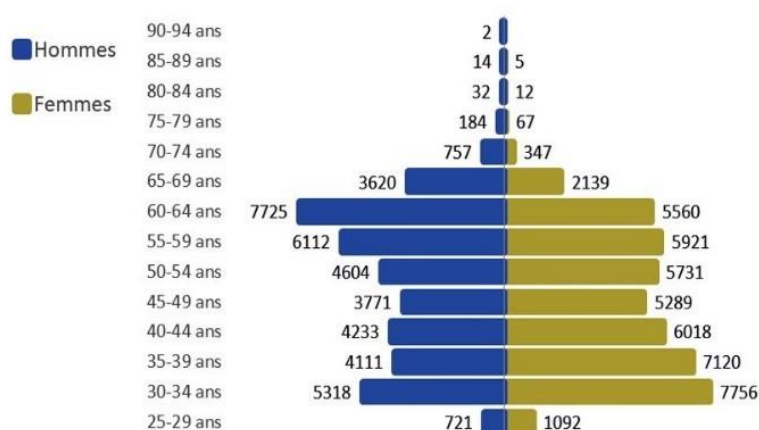


Figure 6 Pyramide des âges des généralistes en activité régulière en 2021. Source : CNOM

D. L'objectif de l'étude

À notre connaissance, aucune étude n'a encore comparé le nombre de consultations codées par les médecins généralistes en fonction de leur âge et de leur genre à travers les trois générations actuellement en activité.

L'objectif principal de cette étude est de comparer l'activité de consultation des différentes générations entre 2009 et 2022. Nous allons analyser le nombre médian d'actes de consultation par an pour chaque généraliste, par génération, à tranche d'âge égale, et par genre depuis 2009, afin de déterminer si la nouvelle génération travaille autant que les deux précédentes.

Dans un second temps, nous comparerons le nombre de consultations des trois générations en fonction de leur taux de visites à domicile et de leur localisation en zones rurales et urbaines. Les visites à domicile étant chronophages (44), elles limitent le nombre de consultations quotidiennes. Étant donné la diminution de la densité démographique des généralistes, il est crucial d'analyser leur lieu d'installation en fonction de la densité démographique de la population dans les zones urbaines et rurales. Nous examinerons également la part des consultations spécialisées en gynécologie et en pédiatrie ainsi que les téléconsultations. Cette seconde analyse visera à identifier les éléments pouvant expliquer d'éventuelles différences entre les générations.

II. METHODES

A. Design de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle réalisée à partir des données contenues dans le Système National des Données de Santé (SNDS).

B. Population d'étude

L'activité du généraliste est divisée en trois grands groupes : libéral exclusif, salariat exclusif et activité mixte. En 2022, une étude de l'Ordre National des Médecins révélait que sur les 60 474 médecins généralistes en activité, seul 5,5% exerçaient en salariat exclusivement contre 85% de libéraux purs et 9,5% d'activité mixte (13). L'étude ne portera donc que sur les médecins généralistes ayant une activité exclusivement libérale, les actes étant rattachés à la structure et non au professionnel quand ces derniers sont salariés.

Plus de 99% des généralistes sont dits « conventionnés », c'est-à-dire qu'ils respectent une convention avec l'assurance maladie permettant le remboursement de leurs consultations et actes (45) (46). Les médecins non conventionnés, fixant librement leurs honoraires et n'étant pas affiliés à la sécurité sociale, n'offrent aucun remboursement à leurs patients et ne déclarent aucun acte à la sécurité sociale. Par conséquent, ils sont exclus de cette étude.

Dans cette étude, nous étudierons tous les professionnels de santé pratiquant la médecine générale en exercice libéral exclusivement, en secteur conventionné sur l'ensemble du territoire français entre 2009 et 2022. Parmi cette population seuls les médecins généralistes nés entre le 1^{er} janvier 1945 et le 31 décembre 1996 seront inclus car ils font partie des trois générations étudiées.

La Génération Z, née à partir de 1999, n'a pas encore terminé sa formation médicale. La génération précédant les Baby-Boomers est composée de personnes de plus de 78 ans, majoritairement retraitées. Les actifs professionnels se répartissent principalement en trois générations : Baby-Boomers, Génération X et Génération Y (Milléniaux). Pour éviter les chevauchements, nous définirons les omnipraticiens en activité selon ces trois générations :

- Baby-boomers (BB) : personnes nées entre 1945 et 1964. En 2022, ils ont entre 58 et 77 ans et ont débuté leur activité entre 1972 et 1991 environ.

- Génération X : personnes nées entre 1965 et 1979. En 2022, ils ont entre 43 et 57 ans. Ils ont débuté leur activité entre 1992 et 2006 environ.
- Génération Y (milléniaux) : personnes nées entre 1980 et 1996. En 2022, ils ont entre 26 et 42 ans. Les membres les plus âgés de cette génération ont entamé leur activité aux alentours de 2007, tandis que les plus jeunes ont débuté seulement vers 2023.

C. Source des données : Le système de recueil des données de santé publique et son évolution

1. En 1998 le SNIIR-AM est créé et sera effectif en 2005

Créé par la Loi du 23 décembre 1998 (47), le Sniiram (Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie) vise à analyser les dépenses de l'Assurance Maladie, à élaborer et évaluer les politiques de santé, et à améliorer la qualité des soins. Géré par la CNAM, il stocke des données pseudo-anonymisées sur les remboursements de soins, y compris les informations sur les bénéficiaires, les soins, les médicaments, les actes techniques, et les séjours hospitaliers privés, ainsi que des données du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) pour la tarification des établissements publics. Son protocole de gestion a été validé par la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés), le COTSAM (le Conseil pour la transparence des statistiques de l'Assurance maladie) et le ministère de la Santé avant sa publication officielle en 2002.

2. En 2016 le Sniiram devient SNDS

Le SNDS est instauré par l'article 193 de la loi de modernisation du système de santé français de janvier 2016 (48). Le SNDS provient de la fusion de plusieurs bases de données pour créer un système unifié et plus intégré. Les principales composantes du SNDS sont :

- Le SNIIRAM qui conserve son rôle central mais intégré dans une structure plus large
- Les données statistiques relatives aux causes de décès (BCMD), provenant de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM).
- Les données « médico-sociales » des maisons départementales des personnes handicapées (non encore intégrées à ce jour) ;
- Un échantillon représentatif des données de remboursement par bénéficiaires transmis par les mutuelles (non encore intégrées à ce jour).

Les données du SNDS sont conservées dix-neuf ans puis archivées dix ans (49) (50) (51). Le SNDS vise à améliorer la qualité des soins, à renforcer la sécurité sanitaire, à promouvoir la recherche et l'innovation en santé, et à permettre une meilleure gestion des politiques de santé publique. Il facilite l'accès aux données de santé pour les chercheurs, les professionnels de santé, et les décideurs, tout en garantissant un haut niveau de protection des données personnelles.

Depuis 2009, le SNDS recueille de manière exhaustive les cotations réalisées par les médecins généralistes du régime général, du régime social des indépendants, des sections locales mutualistes, et de la mutualité sociale agricole (52).

D. Période d'étude

Le SNDS, qui dispose de données complètes depuis 2009, présente un délai de mise à jour des données allant de 6 à 18 mois après leur codage. Par conséquent, la période d'étude s'étendra du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2022.

E. Caractérisation des consultations

Les tarifs conventionnels sont applicables via des cotations de la nomenclature générale des actes et prestations (NGAP), de la classification commune des actes médicaux (CCAM), et des annexes tarifaires de la convention nationale des médecins (53). L'omnipraticien code tous les actes de consultation qu'il réalise en s'appuyant sur ces classifications. Les cotations sont facturées par le médecin généraliste et envoyées à l'assurance maladie qui rembourse le patient ou rémunère le professionnel (54).

Dans cette étude, nous définissons une consultation comme tout remboursement effectué à un assuré social ou rémunération d'un omnipraticien, pour une prestation réalisée par un médecin généraliste à une date donnée, avec un code de prestation principal spécifique (Tableau 5 en annexe 1). Les consultations et autres actes gratuits non déclarés ne seront pas pris en compte dans l'analyse.

Les consultations classées comme ayant une durée supérieure ou inférieure à la moyenne sont analysées pour évaluer leur impact proportionnel sur l'offre de soins de chaque génération. Nous avons identifié les visites à domicile, et les téléconsultations comme présentant des durées spécifiques. Les consultations pédiatriques, et gynécologiques sont des consultations analysées pour tenter de comprendre d'éventuelles différences dans l'offre de soins des différentes générations.

Afin de sélectionner dans un second temps les consultations de gynécologie, de pédiatrie, les visites et les téléconsultations, les codages et majorations spécifiques ont été répertoriés par catégorie de prestation et d'acte (Tableau 6, Tableau 7 et Tableau 8 en annexe 1 et 2). De plus certains codes de prestation principal ont un libellé classant déjà dans une consultation spécialisée.

Les consultations pédiatriques sont définies comme des consultations d'enfant de moins de 6 ans, avant cet âge les consultations pédiatriques sont assorties de tarifications distinctes. Les consultations d'enfants de plus de 6 ans entrent dans les mêmes cotations que les adultes et ne peuvent donc pas être distinguées.

F. Genre

Compte tenu de l'augmentation progressive de la féminisation au sein de la profession, il est pertinent d'examiner ses effets sur le volume des consultations.

G. Tranches d'âges

L'analyse de l'offre de soins en fonction des tranches d'âge similaires est pertinente car elle permet d'identifier si des variations dans les soins offerts pourraient être liées à l'âge plutôt qu'à des différences générationnelles. Cette méthode permet de distinguer l'impact spécifique de l'âge sur l'offre de soins, mettant en lumière des tendances ou des besoins propres à chaque groupe d'âge, indépendamment des effets générationnels. Nous analysons des classes d'âges d'une étendue de 10 ans, de 25 à 74 ans, couvrant ainsi la majorité des âges des médecins généralistes en activité.

H. Lieu d'exercice.

L'une des sous-analyses portera aussi sur le lieu d'exercice afin de savoir si l'installation des médecins généralistes évolue en fonction de l'âge ou de la génération. Elle s'appuiera sur la grille à 7 niveaux de l'Insee (55). Analyser les lieux d'installation des trois dernières générations de généralistes fait partie des éléments permettant d'évaluer l'accès aux soins.

Pour l'Insee, les niveaux 1 à 4 définissent les communes dites urbaines et 5 à 7 les communes rurales en fonction de la densité d'habitants sur le territoire :

- 1- Les « grands centres urbains »
- 2- Les « centres urbains intermédiaires »
- 3- Les « ceintures urbaines »

- 4- Les « petites villes »
- 5- Les « bourgs ruraux »
- 6- Le « rural à habitat dispersé »
- 7- Le « rural à habitat très dispersé »

I. Les Indicateurs

1. Typologie des omnipraticiens

Pour chaque année civile couverte par l'étude, les effectifs d'omnipraticiens en activité, et proportions correspondantes, ont été rapportés selon les différentes caractéristiques étudiées (génération, âge, sexe, lieu d'exercice).

2. Volume de consultations

Nous avons choisi de présenter les médianes du nombre annuelle de consultations par omnipraticien en fonction des caractéristiques de ces derniers (génération, âge, sexe) et du type de consultation (global, gynécologie, téléconsultation, visites à domicile). Le nombre médian de consultation a été choisi en raison de sa robustesse face aux valeurs extrêmes, et de sa capacité à fournir une représentation plus fidèle du centre de la distribution dans les cas de distributions asymétriques.

Pour les consultations de pédiatrie, nous comparerons les proportions médianes qu'elles représentent dans le volume d'activité de chaque médecin, permettant une meilleure lisibilité de l'offre de soins en consultation pédiatrique.

III. RESULTATS

A. Caractéristiques générales de la population d'étude :

1. Description de la population globale d'étude

L'étude comprend l'ensemble des omnipraticiens de France nés entre le 01/01/1945 et le 31/12/1996 installés en secteur 1 libéral exclusif. Sur l'ensemble de la période les généralistes sont majoritairement des hommes malgré une nette progression du taux de femmes dans la population passant de 29,1% à 45,2% (Tableau 1). La démographie de la population d'étude décroît entre 2009 et 2022 passant d'un peu plus de 56 000 omnipraticiens à moins de 53 500 (Tableau 1).

Tableau 1 Démographie globale de la population d'étude et pourcentage de femmes entre 2009 et 2022

Années	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Démographie totale	56 013	56 164	56 292	56 209	56 308	56 323	56 067	55 884	55 833	55 646	55 123	54 773	54 312	53 479
Pourcentage de femmes	29,1	29,7	30,4	31,3	32,5	33,8	35,2	36,5	37,9	39,3	40,8	42,1	43,7	45,2

2. Evolution de la population d'étude par génération et genre.

La population est composée en majorité d'homme de la génération BB. En 2009, l'âge médian des généralistes de la génération BB est de 55 ans, celui de la génération X de 39 ans, et celui de la génération Y de 29 ans. En 2022, ces âges médians sont respectivement de 63, 51 et 36 ans (Tableau 9 en Annexe 3). Les femmes sont de plus en plus présentes de génération en génération et d'année en année sur les trois générations.

La cessation d'activité de la génération des BB entraîne une féminisation marquée des omnipraticiens, avec des générations successives comptant de plus en plus de femmes. Sur la période d'étude, le nombre de généralistes appartenant à la génération BB, passe de 44 255 en 2009 à 22 087 en 2022. Parallèlement, les médecins généralistes de la génération X ont une démographie en légère croissance sur la période, passant de 11 668 à 15 267, tandis que ceux de la génération Y voient leur démographie croître de manière continue à partir de 2013 jusqu'à dépasser celle de la génération X en 2022 avec plus de 16 800 omnipraticiens.

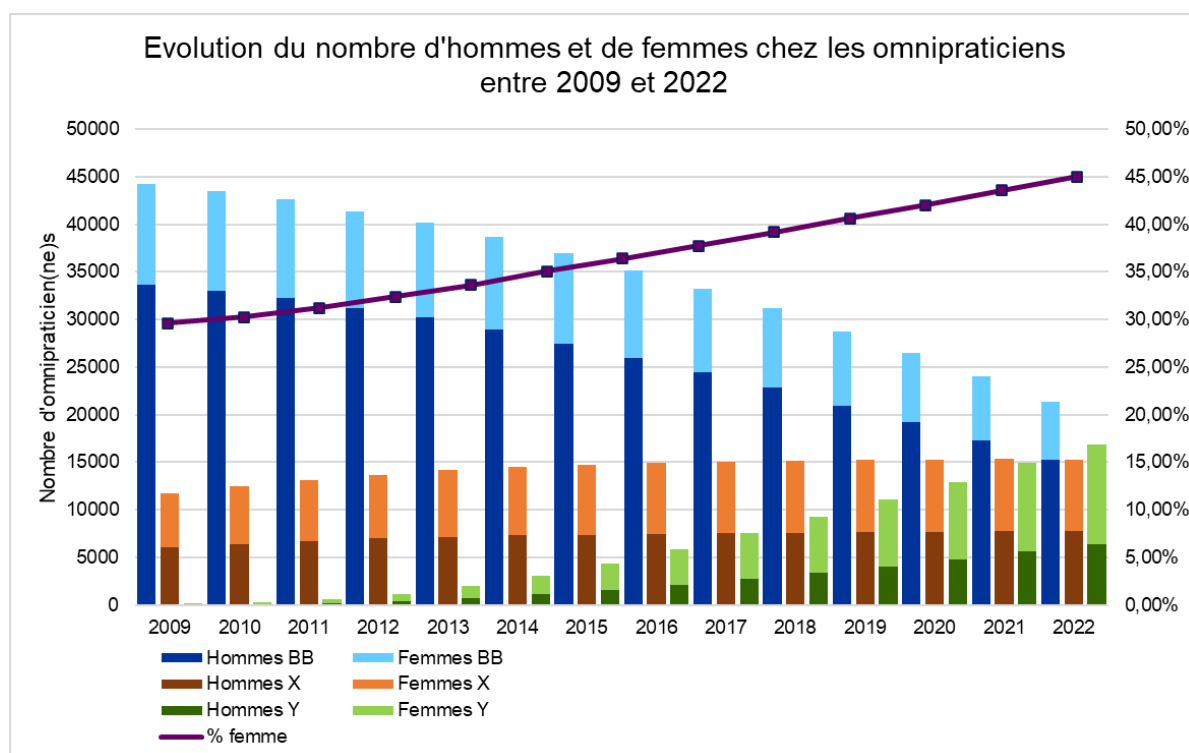


Figure 7 Evolution du nombre d'omnipraticiens annuel par genre et par génération, et évolution du pourcentage de femmes, entre 2009 et 2022.

B. Comparaison de l'offre de soins en nombre de consultations annuelles

1. Par Génération au cours de la période 2009 - 2022

Au cours de la période d'étude, les trois générations présentent une évolution distincte de leur nombre médian de consultations annuelles par généraliste (Figure 8).

La génération BB et la génération X réalisent un nombre d'actes médian annuel semblable avec un maximum en 2016 à 4976 et 5055 respectivement. Jusqu'en 2015 les individus de la génération BB réalisent plus de consultations annuelles que ceux de la génération X, puis la tendance s'inverse à partir de 2016 (Figure 8). Globalement, les Baby-Boomers diminuent leur activité sur la période d'étude tandis que les généralistes de la génération X l'augmentent. En détail, la génération des Baby-Boomers réalise une médiane de 4 597 consultations en 2009 et de 4 237 en 2022. La génération X passe de 4 182 consultations en 2009 à 4 762 en 2022.

Parallèlement, sur l'ensemble de la période étudiée, les généralistes de la génération Y effectuent moins de consultations que ceux des générations précédentes. Néanmoins, les généralistes de la génération Y ont presque triplé leurs consultations

annuelles, passant d'une médiane de 1 404 en 2009 à 4 064 en 2022. (Figure 8 et Tableau 10 en annexe 3).

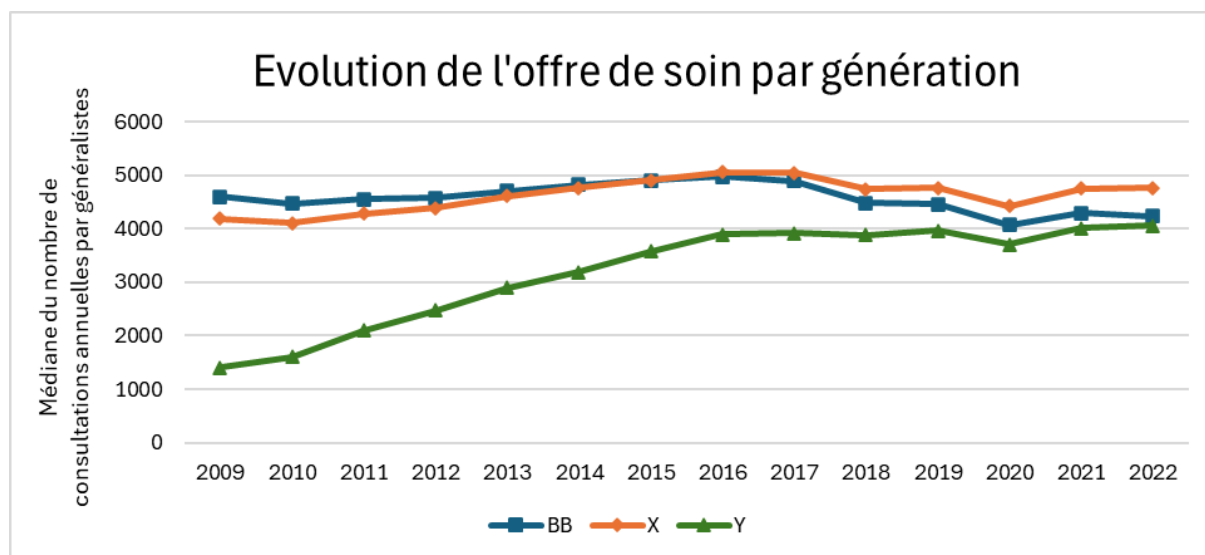


Figure 8 Nombre médian de consultation annuel individuel des généralistes appartenant à chaque génération entre 2009 et 2022

2. Par tranche d'âge entre 2009 et 2022 :

Entre 2009 et 2022, le nombre médian de consultations annuelles a montré un profil d'évolution similaire pour toutes les tranches d'âge. De 2010 à 2016, les consultations médianes ont augmenté pour toutes les tranches d'âge, avec pour les 35-44 ans, 45-54 ans, 55-64 ans et 64-74ans respectivement +12,7 %, +14,7 %, + 18,9 %, et +12,7%. La hausse est plus marquée pour les plus jeunes, avec +23,8 %. Entre 2016 et 2018, une diminution de l'offre de soins a été observée pour les généralistes de 35 ans et plus, suivie d'une stabilisation entre 2018 et 2019, alors que les plus jeunes ont maintenus leur niveau d'activité. En 2020, une baisse généralisée a affecté toutes les tranches d'âge, les plus jeunes ayant diminué de 6,5 % leur de médiane de consultations annuelles et les plus âgés de 10,1 %. En 2021, les consultations ont retrouvé les niveaux de 2019, avec une légère augmentation continue pour les 25-34 ans et les 65-74 ans en 2022 (Tableau 11 en annexe 3).

Entre 2009 et 2022, les praticiens les plus jeunes et les plus âgés réalisent globalement moins de consultations que les tranches d'âge intermédiaires (35-64 ans), avec une réduction progressive de cet écart au fil du temps pour les médecins de 25-34 ans. En 2009, l'écart du nombre médian consultations entre les plus jeunes et les praticiens de 55 à 64 ans était de 1 330, et a diminué à 991 en 2022. Pour les praticiens

les plus âgés, l'écart médian était de 1 119 en 2010, et est passé à 1 281 en 2022. Avant 2016, les praticiens les plus âgés réalisaient plus de consultations que les plus jeunes, mais cette tendance s'est inversée par la suite. Les tranches d'âge centrales (35-44 ans, 45-54 ans, 55-64 ans) ont maintenu un nombre médian de consultations similaire, les 45-54 ans réalisant le plus de consultations. Après 2017, les 45-54 ans ont rejoint les 55-64 ans en termes de nombre médian de consultations annuelles. (Figure 9).

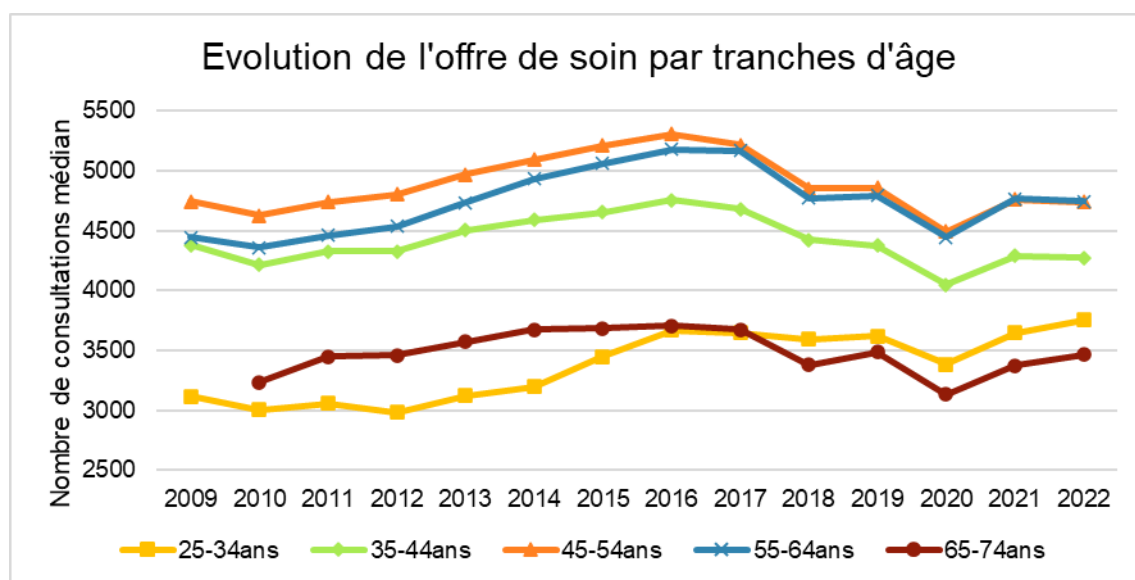


Figure 9 Evolution de l'offre de soins des généralistes par tranches d'âge

3. Par Genre

Entre 2009 et 2022, les hommes omnipraticiens effectuent globalement plus de consultations annuelles que les femmes quelle que soit leur génération.

L'écart du nombre médian de consultations effectuées entre hommes et femmes omnipraticiens est globalement moins important dans la jeune génération Y (Figure 10). Cet écart reste dans l'ensemble stable sur la période, la différence de médiane oscillant autour de + 760 avec un pic en 2011 à + 1 007. Concernant la génération X, les hommes effectuent systématiquement davantage de consultations avec une différence globalement stable autour de + 1 100 par rapport aux femmes sur la période. Les généralistes femmes de la génération BB réduisent l'écart avec une différence qui passe d'une médiane de + 1 360 à + 900 (Tableau 12 en annexe 3).

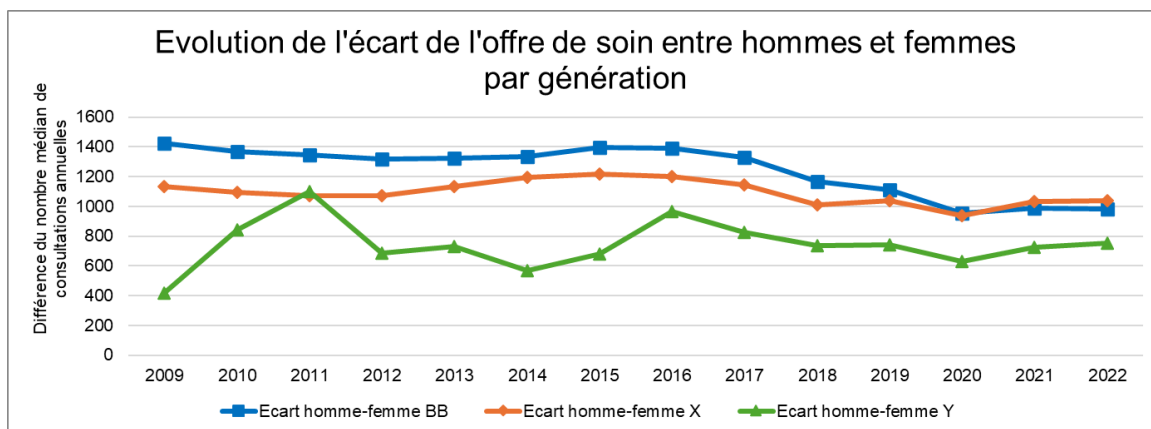


Figure 10 Evolution de la différence d'offre de soins entre hommes et femmes généralistes par génération

Chez les généralistes hommes âgés de 25 à 64 ans, on constate qu'avec l'âge, l'écart en termes de nombre de consultations médian annuel avec les femmes de la même tranche d'âge se creuse. Toutefois, une tendance générale à la réduction de cette différence est également observée (Figure 11). Les généralistes hommes de la tranche d'âge la plus élevée maintiennent l'écart du nombre de consultations médians annuel jusqu'à 2015 puis les femmes de cette génération le réduisent jusqu'en 2022.

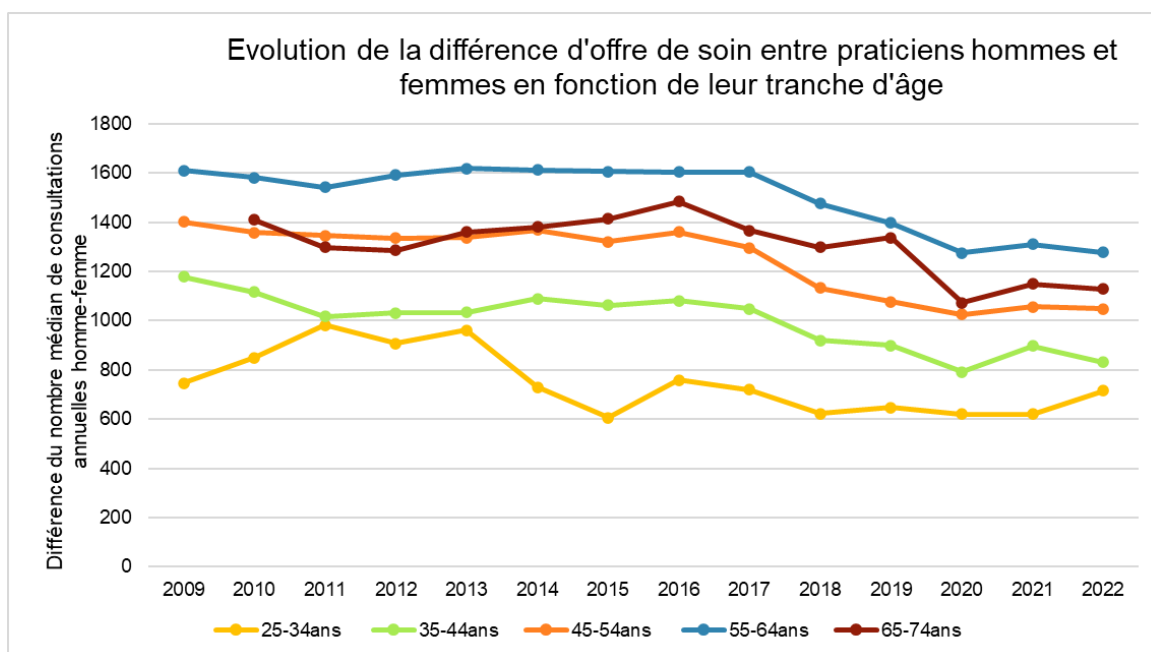


Figure 11 Evolution de la différence du nombre de consultations annuel médian par généraliste entre homme et femme entre 2009 et 2022

C. Comparaison des différents types de consultation

1. Les visites à domicile

Le nombre de consultations par omnipraticien de type visites à domicile sur la période 2009 à 2022 a globalement chuté (Tableau 2). Les médecins de la génération BB ont vu une chute marquée de -210 visites médianes annuelles, passant d'une médiane de 351 visites en 2009 à 141 en 2022. Les généralistes de la génération X sont passés de 231 à 135 visites en médiane annuelle sur la même période. En revanche, les généralistes de la génération Y ont d'abord augmenté de 66 visites leur médiane annuelle, atteignant 150 visites en 2016, avant de redescendre à une médiane de 103 visites en 2022.

Les praticiens de la génération des Baby-Boomers demeurent ceux qui effectuent le plus grand nombre de visites à domicile, conservant la plus forte proportion bien qu'elle ait diminué de 7,8 % à 3,3 % au cours de la période étudiée. En comparaison, les générations X et Y consacrent une proportion similaire de leur offre de soins aux visites à domicile, avec une légère avance de la génération Y. La proportion de visites à domicile est passée respectivement de 5,7 % à 2,8 % pour la génération X et de 5,8 % à 2,8 % pour la génération Y.

Tableau 2 Evolution du nombre médian de visites à domicile annuelles réalisées par les médecins généralistes en fonction de leur génération.

Année	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
BB	351	329	306	298	306	282	270	249	231	210	195	176	166	141
X	231	217	209	206	222	210	207	197	189	180	165	154	152	135
Y	84	87	100	112	132	133	149	150	140	141	128	122	121	103

De la même manière, indépendamment de la tranche d'âge, on observe une diminution progressive des visites à domicile au cours de la période étudiée. Entre 25 et 64 ans, le nombre de visites effectuées augmente avec l'âge. Cependant, cette tendance est accompagnée d'une cinétique de diminution plus prononcée du nombre de visites à mesure que les omnipraticiens vieillissent. Sur l'ensemble de la période, les médecins âgés de 55 à 64 ans sont ceux qui réalisent le plus grand nombre de visites à domicile (Figure 12).

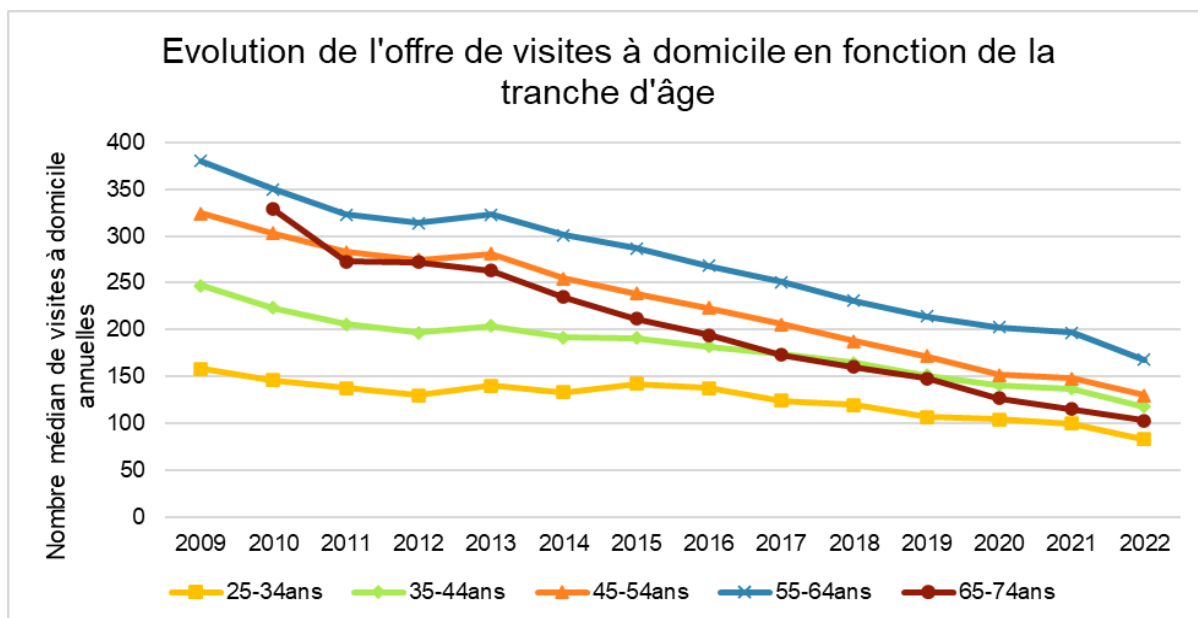


Figure 12 Evolution du nombre des visites dans l'offre de soins des médecins généralistes en fonction de leur tranche d'âge

2. Les téléconsultations

Aucune téléconsultation n'était codée avant 2020. À partir de 2020, la plus jeune génération est celle qui enregistre le plus de téléconsultations. Le nombre de téléconsultations est en diminution depuis 2020 pour les trois générations et représente une part marginale des consultations (Tableau 3).

Tableau 3 Evolution de l'offre médiane de téléconsultations annuelles par génération de 2020 à 2022 (médiane (Q1-Q3))

Année	BB	X	Y
2020	19 (0-184)	128 (7-397)	153 (32-390)
2021	1(0-79)	37 (0-206)	54 (4-2 12)
2022	0 (0-24)	4 (0-142)	15 (0-159)

Entre 2020 et 2022, ce sont les 35-44 ans qui effectuent le plus de téléconsultation suivis par les 25-34 ans. Au-delà de 44 ans, plus le praticien est âgé moins il réalise de téléconsultation. Le nombre de téléconsultations chute drastiquement en 2021 puis en 2022 pour les trois générations et quel que soit l'âge du praticien (Tableau 3 et 4).

Tableau 4 Evolution de l'offre de téléconsultations annuelle par tranches d'âge entre 2020 et 2022 2022 (médiane (Q1-Q3))

Année	25-34ans	35-44ans	45-54ans	55-64ans	65-74ans
2020	123 (23-344)	184 (40-443)	116 (4-382)	49 (0-245)	0 (0-77)
2021	41 (2-174)	66 (6-248)	35 (0-205)	9 (0-118)	0 (0-29)
2022	9 (0-122)	20 (0-182)	4 (0-148)	0 (0-60)	0 (0-4)

3. Les consultations de gynécologie

Sur la période de 2009 à 2022, peu de consultations de gynécologie ont été codées par l'ensemble des généralistes. Les premières cotations apparaissent en 2012 et sont marginales. La génération BB et X n'en ont codées aucune en médiane. La génération Y passe de 1 consultation médiane par an en 2012 à 5 consultations médianes annuelles en 2022. Les jeunes généralistes sont ceux qui en réalisent le plus, avec une diminution progressive à mesure que l'on passe aux tranches d'âge supérieures, et presque aucune consultation codée à partir de 45 ans. Globalement le nombre de consultations gynécologiques augmente mais reste marginal (Tableau 13 et Tableau 14 en Annexe 3).

4. Les consultations de pédiatrie

Sur l'ensemble de la période, l'offre de soins en pédiatrie est restée globalement stable. L'analyse par génération révèle que les généralistes de la génération BB consacrent proportionnellement moins de consultations aux enfants de moins de 6 ans. Bien que la jeune génération (Y) ait effectué moins de consultations pédiatriques en 2009, elle a rapidement augmenté son volume pour dépasser la génération X après 2017. Sur toute la période, les généralistes milléniaux sont ceux qui accordent proportionnellement le plus de consultations aux enfants de moins de 6 ans. Toutefois, toutes les générations de médecins généralistes ont vu une diminution de la part des consultations dédiées aux jeunes enfants. Le taux de consultations pédiatriques a chuté entre 2009 et 2022, passant de 5,3% à 3,7% pour la génération BB, de 10,4% à 6,5% pour la génération X, et de 12,9% à 9,8% pour la génération Y (Figure 13).

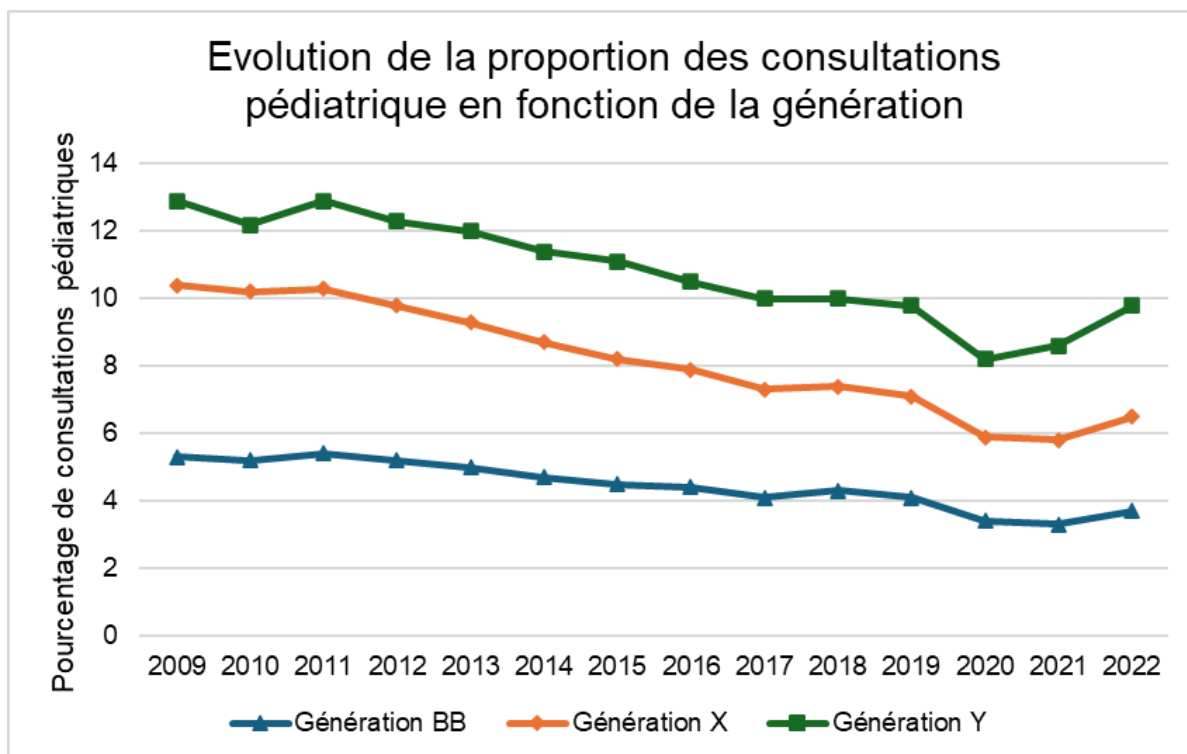


Figure 13 Evolution de la proportion des consultations pédiatriques entre 2009 et 2022 par génération

Les généralistes âgés de 35 à 44 ans réalisent le plus grand nombre de consultations pédiatriques sur la période étudiée, tandis que celles-ci diminuent progressivement chez les médecins plus âgés. Les généralistes de moins de 35 ans et ceux de 45 à 54 ans maintiennent un volume similaire de consultations pédiatriques entre 2009 et 2022. Chez les médecins de 45 à 64 ans, le nombre de consultations suit une tendance à la hausse jusqu'en 2016, avant de diminuer jusqu'en 2020, puis de se redresser jusqu'en 2022. Globalement, la proportion de consultations pédiatriques décroît avec l'âge, les plus jeunes y consacrant en moyenne 10,8 %, contre 2,4 % chez les médecins plus âgés (Figure 14).

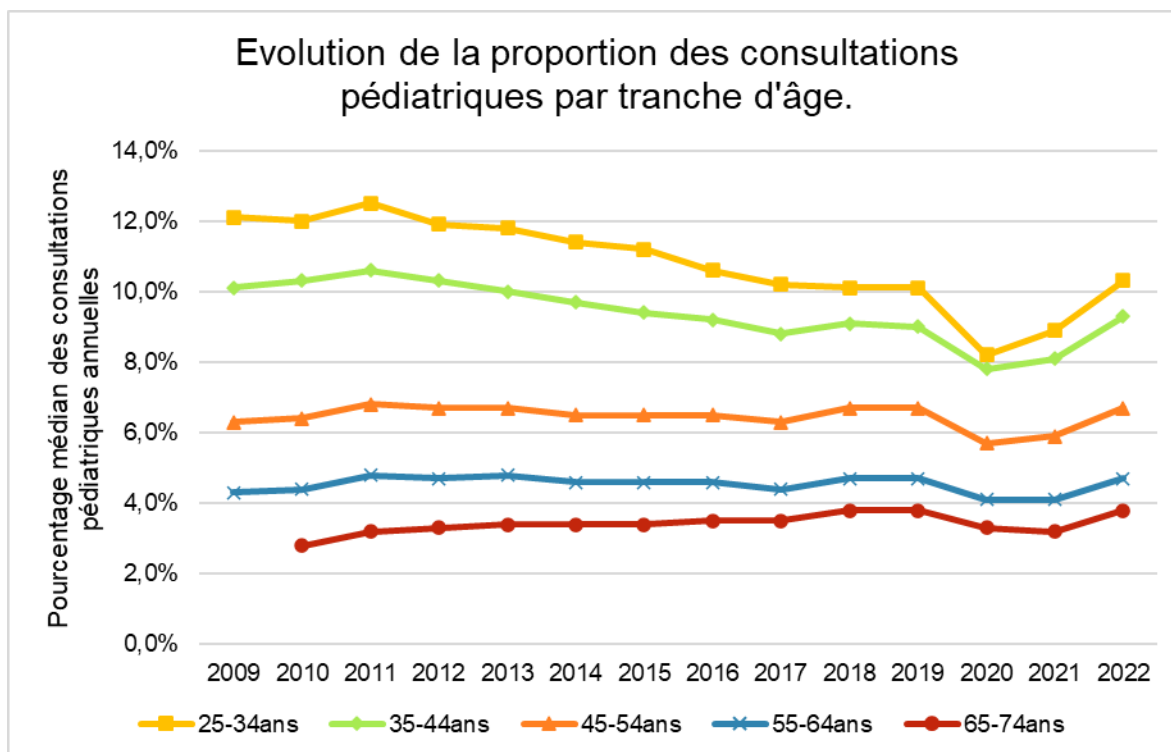


Figure 14 Evolution de la proportion médiane des consultations pédiatriques entre 2009 et 2022 par tranches d'âge

D. Comparaison des actes des trois générations en fonction du lieu d'exercice

Dans l'ensemble, les omnipraticiens des trois générations sont majoritairement établis dans les grands centres urbains. Les généralistes de la génération Y présentent une proportion plus élevée d'installations en zones rurales (comprenant bourgs ruraux, les zones rurales à habitat dispersé et très dispersé). Cependant l'analyse met en évidence une disposition croissante de cette jeune génération à se fixer dans des environnements urbains.

La répartition des généralistes des générations X et des BB est relativement similaire sur l'ensemble de la période étudiée, bien que les Baby-Boomers affichent une concentration plus élevée dans les zones rurales à habitat très dispersé (Figure 15).

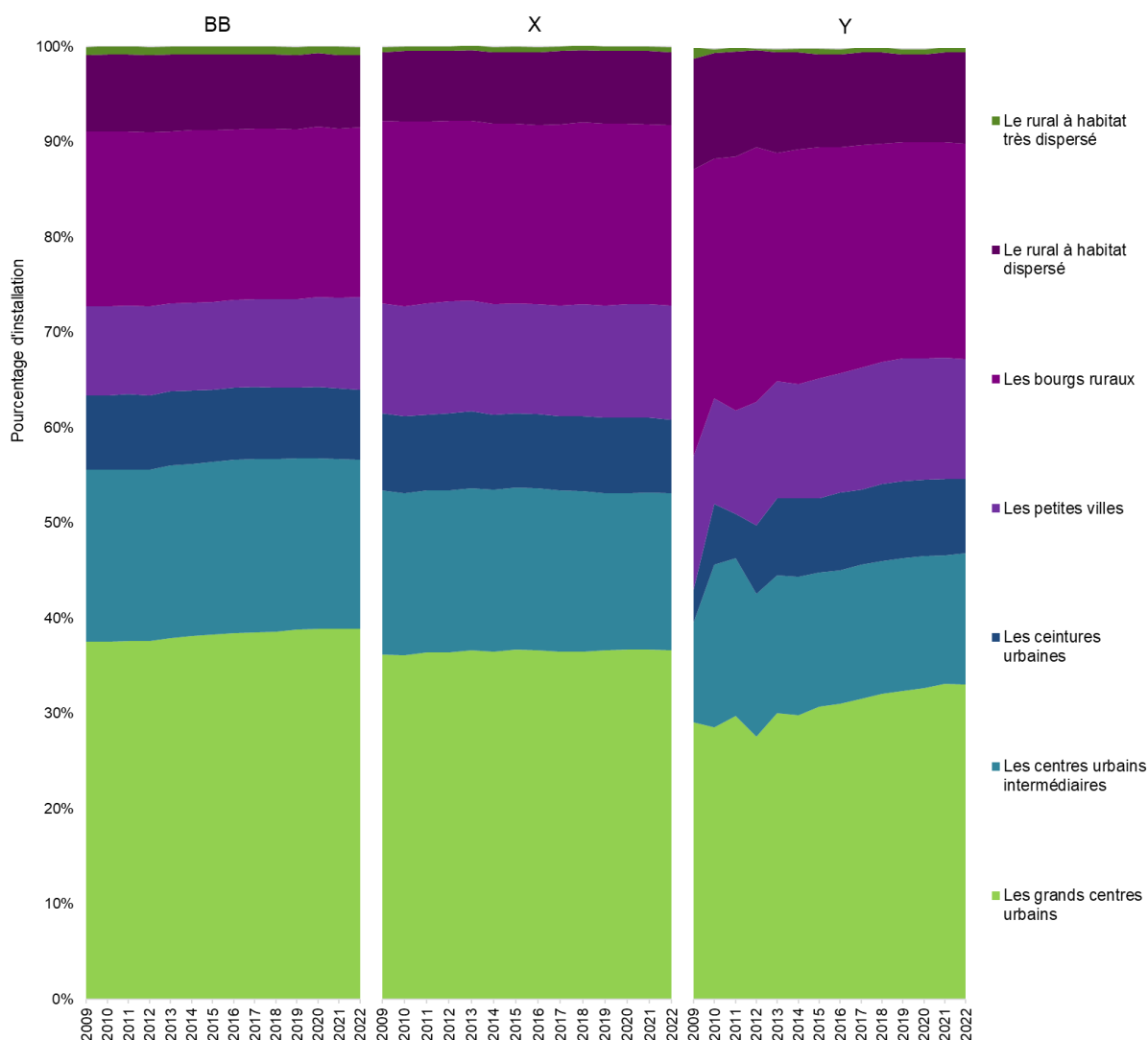


Figure 15 Evolution du taux d'installation en fonction de la densité du lieu selon l'Insee et de la génération (BB : Génération Baby-Boomers, X : Génération X, Y : Génération Y) des généralistes entre 2009 et 2022

De la même manière, les médecins de toutes les tranches d'âge sont principalement établis dans les grands centres urbains, suivis des zones rurales. Entre 2009 et 2022, la tranche d'âge des 25-34 ans affiche le taux le plus élevé d'exercice en zone rurale (Bourgs ruraux, rural à habitat dispersé et très dispersé. Entre 2009 et 2022, les praticiens âgés de 25 à 34 ans présentent le taux le plus élevé d'exercice en zone rurale (Figure 16). Ce taux a significativement augmenté entre 2009 et 2014, avant de ralentir par la suite. En revanche, les médecins âgés de 65 à 74 ans exercent proportionnellement davantage en milieu urbain. Les médecins des tranches d'âge intermédiaires présentent des proportions similaires d'exercice dans les différents types de communes.

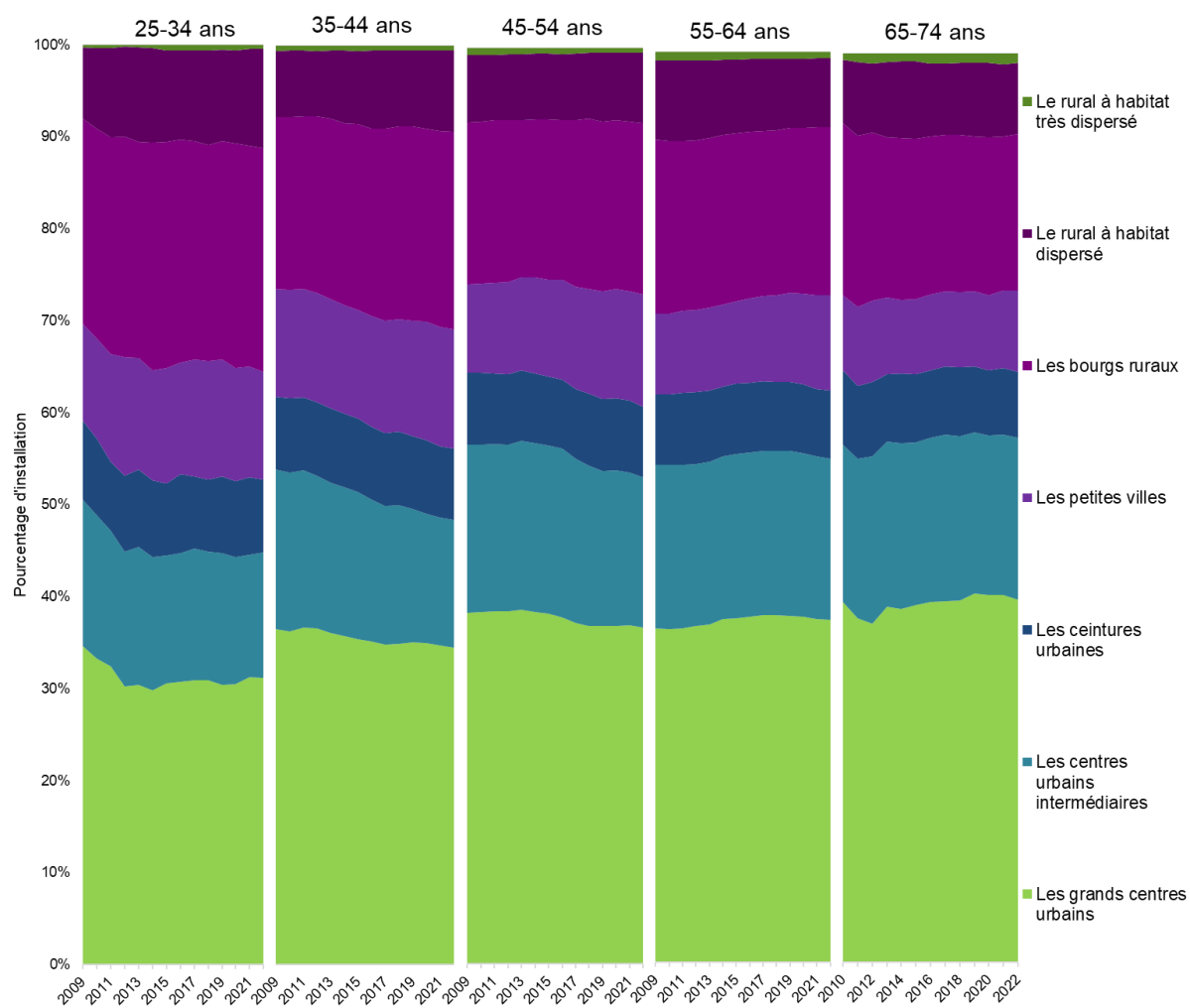


Figure 16 Evolution du taux d'installation en fonction de la densité du lieu et de la tranche d'âge des généralistes entre 2009 et 2022

IV. DISCUSSION

A. Interprétation des résultats

1. Comparaison intergénérationnelle de l'offre de soins

L'analyse du nombre médian de consultations annuelles par généraliste semble suggérer que l'offre de soins demeure stable d'une génération à l'autre. Bien que les généralistes de la génération Y effectuent actuellement moins de consultations annuelles en valeur absolue, la tendance croissante de leur offre de soins laisse présager qu'ils atteindront le niveau des deux autres générations dans les années à venir. En effet, au cours des trois dernières années, leur nombre médian de consultations a presque rejoint celui des générations précédentes. Cette observation peut s'expliquer par le fait que la période d'étude ne permet pas de couvrir entièrement les trois générations. En 2022, la génération Y a entre 26 et 42 ans. Étant donné que les étudiants terminent généralement leur internat entre 27 et 29 ans, la période d'étude ne permet pas d'inclure l'ensemble de cette génération. De plus, on observe que la génération X a dépassé ses aînés en termes d'offre de soins en 2015, lorsqu'ils avaient entre 36 et 50 ans, ce qui pourrait suggérer que la génération Y pourrait à son tour dépasser ses prédécesseurs autour de 2031. La poursuite de l'étude dans les prochaines années serait intéressante pour étudier la cinétique complète de l'offre de soins de chaque génération et ainsi déterminer si les générations futures suivent les mêmes tendances que leurs aînés.

2. Comparaison par tranche d'âge

La comparaison par tranches d'âge fournit des éléments de réponse. Les jeunes généralistes, quelle que soit leur génération, effectuent moins de consultations que leurs aînés. Cela semble confirmer les données de l'étude du Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES) entre 1979 et 2001 (29). L'offre de soins des généralistes augmente proportionnellement à leur âge, atteignant un pic entre 45 et 54 ans semblant correspondre à la formation de leur patientèle. Par ailleurs, les jeunes généralistes augmentent globalement leur offre de soins au fil du temps, les 25-34 ans semblent devenir de plus en plus actifs d'année en année.

On peut déduire que le volume de consultations des jeunes généralistes n'est pas nécessairement réduit en raison de leur génération, mais est plutôt influencé par l'âge du praticien au regard du début de son installation, indépendamment de sa génération.

Il serait pertinent de poursuivre l'analyse en tenant compte de ce facteur dans les années à venir pour évaluer si cette tendance se maintient chez les générations futures.

3. Féminisation des généralistes français.

La profession de médecin généraliste se féminise depuis 2009, dû à un intérêt grandissant des femmes pour les études de médecine. En effet en 2002, elles représentaient déjà 64% des inscrits en première année de médecine (56), puis 65% en 2013 (57), contre 38,2% en 1972 (58). L'accès des femmes aux études médicales en France est relativement récent. La première femme à en bénéficier, Dr. Madeleine Brès, n'a pu s'y inscrire qu'avec l'autorisation de son mari en 1869, et elle a obtenu son diplôme en 1875. Ce n'est qu'en 1975 avec la loi Haby que la mixité est généralisée à tous les degrés de l'enseignement (59) . De manière plus générale, les femmes représentent désormais une large majorité de 83,5 % dans les métiers en contact avec les patients (60).

Parallèlement à cette féminisation, on observe que les femmes omnipraticiennes réalisent moins de consultations que les hommes à tranche d'âge égale ou à génération égale. Cela semble à nouveau corroborer les données de l'étude réalisée par le CREDES entre 1979 et 2001 (29). Une explication pourrait être que, comme c'est le cas dans la population générale, les femmes travaillent moins (61). Les interruptions d'activité liées aux enfants demeurent plus fréquentes chez les femmes, et en 2016, 30 % des femmes travaillaient à temps partiel, contre seulement 7 % des hommes (61). Une autre explication pourrait être que les femmes prennent plus de temps pour la prévention (62) et la prise en charge de plusieurs motifs au sein d'une même consultation comprenant la considération de facteurs familiaux et environnementaux, ce qui augmenterait la durée de leur consultation et ainsi diminuerait leur offre de soins annuelle (63). Par ailleurs, les femmes semblent éprouver une insatisfaction par rapport au temps qu'elles consacrent à leurs patients et aimeraient pouvoir en accorder davantage (64). Cependant, au cours de leur vie professionnelle, les comportements des femmes tendent à s'aligner sur ceux des hommes. En 2016, en France (hors Mayotte), 67,6 % des femmes de 15 à 64 ans étaient actives sur le marché du travail, contre 75,4 % des hommes. L'écart de taux d'activité entre les sexes s'est réduit de 31 points en 1975 à 8 points en 2016.

L'analyse met en évidence un écart moindre entre les hommes et les femmes chez les généralistes de la génération Y. Cependant, à mesure que les médecins vieillissent, cet écart entre hommes et femmes s'accroît. Cela pourrait s'expliquer à nouveau par une charge familiale plus importante pour les femmes. Seuls les seniors entre 65 et 74 ans ne suivent pas cette tendance, avec un écart stable entre 2009 et 2016 puis qui diminue jusqu'en 2022. Un décret de 2014 a modifié l'âge de départ à la retraite des médecins. Depuis 2015, il faut atteindre 67 ans pour bénéficier de 100 % des droits à la retraite, et plus le départ est retardé, plus la pension est élevée. Cela a pu inciter certains généralistes à prolonger leur activité tout en réduisant le nombre de consultations, en combinant emploi et retraite (65). Les femmes du même âge ont probablement moins de trimestres cotisés, car beaucoup d'entre elles ont interrompu leur carrière pendant un certain temps pour s'occuper de leurs enfants (66). Le nombre de médecins généralistes en activité après 65 ans étant faible, et les femmes étant nettement moins nombreuses que les hommes dans cette tranche d'âge, les variations sont d'autant plus prononcées.

4. Les fluctuations sur la période

Deux périodes se détachent quel que soit la génération, l'âge ou le genre du généraliste, une se manifestant par une augmentation du nombre d'acte moyen des généralistes entre 2010 et 2016, et une se traduisant par une diminution de l'activité à partir de 2017 avec une franche baisse en 2020 (Figure 11). L'augmentation progressive peut être expliquée par plusieurs facteurs, notamment le vieillissement de la population avec l'augmentation de maladies chroniques nécessitant un suivi régulier, la réorganisation du système de santé visant à décharger les urgences et à améliorer l'accès aux soins primaires. Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont créées avec l'extension des horaires d'ouvertures des cabinets médicaux. Des incitations financières comme la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) introduite en 2009 ont pu aussi favoriser cette hausse avec chaque année, de nouveaux objectifs et indicateurs de performance. La diminution du nombre de consultations annuelles par médecin généraliste entre 2017 et 2020 pourrait s'expliquer par l'augmentation du tarif des consultations (67). Cette augmentation aurait permis aux généralistes de maintenir leur niveau de revenu tout en réduisant le nombre de consultations effectuées. De plus, cette hausse a pu décourager certains patients à consulter leur médecin, diminuant aussi globalement le nombre de consultation de leur généraliste.

En 2020, la pandémie de COVID-19 a significativement perturbé les habitudes de consultation. De nombreux patients ont évité de consulter par peur de contracter le virus ou en raison de confinements et des restrictions de déplacement. Cela a conduit à une baisse notable des consultations visible sur toutes les analyses.

5. Le regard des anciennes générations sur les nouvelles

a) *Les différences intergénérationnelles*

Il existe un phénomène de déconnexion entre générations, avec le regard désabusé des générations plus âgées sur les plus jeunes. La jeunesse représente le symbole d'une tension vers l'avenir avec une constante recherche de progrès, d'innovations et de changements. Chaque génération vieillissante, en observant les évolutions du monde depuis son enfance et les comportements des générations plus jeunes, éprouve un sentiment de rupture dans les modes de vie et de pensées (68).

La génération plus âgée exprime un désenchantement vis-à-vis des générations suivantes et les évalue de manière critique, notamment dans le contexte du travail. Chaque génération juge ses successeurs en fonction des normes et des outils de sa propre époque. Les Millennials ou génération Y ne sont pas exemptés de ces jugements critiques formulés par les générations antérieures.

Selon la littérature comme décrit précédemment, les Baby-Boomers ont vécu une prospérité économique et valorisent fortement le travail, tandis qu'ils approchent de la retraite. La Génération X, influencée par la crise de 2008 et les changements technologiques, privilégie l'équilibre travail-vie personnelle et valorise la famille. La Génération Y, ayant grandi avec la technologie, cherche des résultats rapides et voit le travail comme un moyen d'accéder à des loisirs et à la consommation, avec une valorisation du travail efficace. Cependant, il n'existe pas de preuves substantielles démontrant que les valeurs, attentes, comportements ou attitudes au travail peuvent être attribués de manière exclusive à l'appartenance générationnelle (33).

Les articles journalistiques ayant motivé cette analyse reposent principalement sur le ressentiment des générations plus âgées envers les générations plus jeunes, fondé sur une perception de rupture avec l'époque où elles étaient elles-mêmes considérées comme jeunes.

Un autre élément à prendre en considération est l'évolution de la relation entre les généralistes et leur patient.

b) Le rapport entre les Français et leur médecin généraliste

Dans les années 70, l'image du médecin généraliste est ambivalente. D'une part, il est perçu comme un professionnel dévoué et proche de ses patients, souvent intégré dans la vie familiale et considéré comme un conseiller de confiance. Cette perception positive est renforcée par la fidélité des patients envers leur généraliste. D'autre part, cette image se dégrade progressivement en raison des critiques croissantes sur le système de santé et la pratique médicale. Les patients reprochent aux médecins de ne pas passer suffisamment de temps avec eux et de ne pas fournir des explications adéquates. La médecine, autrefois perçue comme paternaliste, est désormais critiquée pour son autoritarisme et son élitisme (2) (69).

En parallèle, l'essor des spécialités médicales après la Seconde Guerre mondiale contribue à altérer l'image du médecin généraliste, le rendant parfois perçu comme moins prestigieux et associé à un échec professionnel. La montée de l'information accessible et l'implication accrue des patients dans leur santé modifient également la dynamique de la relation médecin-patient, mettant en question le monopole du savoir du praticien (2).

Au cours des dernières décennies, l'image des médecins a beaucoup évolué. Les patients, devenus plus exigeants et informés, influencent la relation médecin-patient vers un modèle de consommation de soins. Parallèlement, les médecins cherchent à équilibrer leur vie professionnelle et personnelle, tout en faisant face aux défis technologiques, économiques et démographiques.

En 2004, 60 % des généralistes ressentaient une détérioration de leurs conditions de travail et de leur image (70). Cependant en 2007, les médecins étaient encore perçus comme dévoués et compétents, bien que la relation avec les patients ait changé pour privilégier le dialogue et la transparence plutôt qu'un autoritarisme médical (71). Depuis 2005, la législation a soutenu une relation plus équilibrée, reconnaissant les droits des patients à l'information et à la participation aux décisions de santé (72) (73).

Malgré une bonne image générale des généralistes, des critiques persistent concernant l'accès aux soins, le manque de temps et une perception d'une médecine moins humaine. Une majorité de Français estime que le système de santé est moins performant et plus difficile d'accès qu'auparavant. Parallèlement, les généralistes, malgré leur dévouement, ressentent un glissement vers une relation de prestation de

services et une inquiétude commune sur l'avenir du système de soins (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80).

En 2023, un groupe de travail de l'Académie de Médecine (81) souligne la nécessité d'un système de santé intégrant les acteurs publics et privés, avec les généralistes jouant un rôle central dans la prévention, l'explication des traitements, et la coordination des soins. Les généralistes doivent être formés aux compétences numériques et relationnelles pour s'adapter aux besoins du XXI^e siècle et offrir une prise en charge globale et efficace.

Les générations plus âgées éprouvent une rupture avec l'évolution de leur profession et se comparent aux jeunes générations en se référant à leur propre expérience lorsqu'elles avaient le même âge, ce qui conduit aux commentaires stéréotypés relayés dans la presse.

6. Les changements dans la manière d'exercer des praticiens.

L'analyse inclut les consultations à domicile, les téléconsultations et les consultations spécialisées, qui sont en moyenne plus longues ou plus courtes que les consultations générales. Ces variations pourraient influencer l'offre de soins en termes de nombre médian de consultations annuelles par médecin généraliste. Notre étude a fourni une vue d'ensemble précieuse sur ces facteurs influençant l'offre de soins. Cependant, l'exploitation de ces données présente certaines limites.

La pratique de la médecine générale évolue dans le temps avec des visites à domicile devenant secondaire. Les nouvelles technologies se traduisent par l'introduction récente d'un nouveau type de pratique avec la téléconsultation, et les généralistes acquièrent de plus en plus des spécialisations avec le suivi de la gynécologie et de la pédiatrie malgré les difficultés de le quantifier précisément.

a) *Les visites à domicile*

De moins en moins de visites à domicile sont effectuées d'année en année, quel que soit l'âge et la génération des médecins généralistes. Cette décroissance est quasiment linéaire sur toute la période. En général, les généralistes les plus âgés consacrent davantage de temps aux visites dans leur offre de soins, bien que cette part tende à diminuer pour l'ensemble des praticiens. Historiquement, les médecins généralistes réalisaient un nombre élevé de visites à domicile et faisaient preuve d'une grande disponibilité, en raison des difficultés rencontrées pour constituer une patientèle complète. Cependant, avec la diminution de la densité médicale, la

formation d'une file active de patients ne pose plus de problème significatif. Ainsi, ces dernières années, les visites sont perçues comme chronophages, matériellement inconfortables, et impliquant un investissement significatif qui n'est pas rentable (82). Des accords successifs avec l'Assurance Maladie, notamment au travers des AcBUS (Accord de Bon Usage des Soins) visent à diminuer les nombres de visites, jugées trop coûteuses. En 2002, l'objectif national était d'une diminution de 5 % des visites (83) en limitant les indications des visites remboursables. Cependant, en 2024, une revalorisation de la consultation à domicile a été mise en place et sera appliquée au 1^{er} janvier 2026. Il sera intéressant de suivre l'évolution du nombre de visites à domicile pour déterminer si cette revalorisation a eu un effet positif ou stabilisateur sur leur fréquence (84).

b) Les téléconsultations

Il sera également pertinent de suivre l'évolution des téléconsultations, encore très marginales, mais qui ont bénéficié d'une revalorisation significative, passant de 15 à 23 € au 1^{er} janvier 2026, à condition de ne pas dépasser 20 % de l'activité globale du praticien (84).

c) Les consultations de gynécologie

Les actes gynécologiques complexes tels que la pose et le retrait d'implants ou de DIU (Dispositif Intra-Utérin), ainsi que les frottis restent mineurs mais de plus en plus effectués par les jeunes généralistes. Malheureusement, il n'est pas possible avec la méthode de cette étude de mesurer correctement la part de la gynécologie dans la pratique des généralistes comme cela est expliqué dans les biais et limites de l'études.

d) Les consultations de pédiatrie

Les enfants constituent une patientèle spécifique, traditionnellement suivie par le médecin de famille avant que les pédiatres, dont le nom a été officiellement reconnu en 1907, puis les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI), ne prennent en charge leur suivi. Le faible taux de consultations pédiatriques pour les enfants de moins de 6 ans chez les médecins généralistes peut s'expliquer par la présence des PMI (Protection Maternelle et Infantile), créées en 1945. Ces structures assurent des missions de santé publique et de prévention médico-sociale auprès des mères, des futures mères, et de leurs enfants de moins de 6 ans. Depuis 1980, leurs missions se sont élargies pour inclure non seulement les consultations et la prévention pour les jeunes enfants, mais aussi des actions liées à la planification et à l'éducation familiale

(contraception, interruption volontaire de grossesse, santé sexuelle, parentalité, etc.), conformément aux lois Neuwirth et Veil (85).

7. Les lieux d'exercice des 3 générations de généralistes

Parallèlement à la modification de la pratique des omnipraticiens, leur lieu d'exercice ne subit pas de changement majeur sur l'ensemble de la période. En général, les médecins de toutes les tranches d'âge sont principalement établis dans les grands centres urbains, et dans les zones urbaines où vivent la plus grande partie de la population et où la demande est donc plus importante. En effet en 2018, 38% de la population française vivaient dans les grands centres urbains, 29,3% dans les communes de densité intermédiaire (centres urbains intermédiaires, ceintures urbaines et petites villes) et 32,7% dans les zones rurales (bourgs ruraux, communes à habitat dispersé et très dispersé) (86).

Une proportion plus élevée de la génération Y choisit de s'installer dans les zones rurales par rapport aux générations plus âgées. Cette tendance peut s'expliquer par les diverses aides à l'installation, telles que les primes pour s'installer en zones sous-dotées et les Contrats d'Engagement de Service Public (CESP) mis en place depuis 2007 et 2009, période à laquelle cette génération a commencé à s'établir, les plus âgés ayant alors 29 ans (87). Le statut de praticien territorial de médecine générale, introduit dans le Code de la santé publique par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 (article L. 1435-4-2), vise directement à soutenir l'ancrage des jeunes omnipraticiens dans les zones sous-dotées. De plus, la convention médicale de 2016 et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 ont introduits de nouveaux contrats, avec le CAIM (Contrat d'aide à l'installation des médecins), le COSCOM (Contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins), le COTRAM (Contrat de transition pour les médecins), le CSTM (Contrat de solidarité territoriale médecin) et le praticien territorial médical de remplacement (PTMR), afin de faciliter l'intervention des médecins remplaçants dans ces zones (88).

On retrouve cette tendance avec le découpage par tranche d'âges, les plus jeunes étant plus installés en zones rurales.

Les communes à habitat très dispersé sont majoritairement investies par les généralistes les plus âgés, et notamment par la génération des Baby-Boomers. Paradoxalement, ces praticiens sont aussi plus souvent établis dans les grands centres urbains.

B. Discussion de la méthode : points forts, biais et limites de l'étude

L'analyse couvre une période de 14 ans, offrant une perspective significative. Cependant, les trois générations examinées s'étendent sur des intervalles de 15 à 20 ans, ce qui limite notre capacité à réaliser une comparaison exhaustive en superposant les générations à un âge équivalent et en examinant l'activité globale de chaque génération. Par exemple, en 2009, la génération Baby-Boomer avait entre 45 et 64 ans, tandis qu'en 2022, la génération Y avait entre 26 et 42 ans. Cette discordance d'âge empêche une comparaison directe à âge égal entre ces deux générations. Il serait pertinent de poursuivre l'analyse pour permettre une telle comparaison.

Notre analyse repose sur les données rassemblées par l'assurance maladie via les cotations des généralistes, et reprend l'ensemble de tous les généralistes cotant des actes pour l'assurance maladie. Les généralistes déconventionnés ne rentrant pas dans la base de données du SNDS sont marginaux. L'analyse s'appuie donc sur une base de données robuste, exhaustive et reproductible. Cependant, cette méthode présente des biais et des limites qui affectent notre étude.

Les remplaçants consultent et réalisent des cotations au nom de leur remplacé, ce qui empêche de savoir qui est réellement derrière chaque consultation codée. Par ailleurs, les remplaçants sont principalement de jeunes généralistes en début de carrière. L'activité d'offre de soins de cette partie des généralistes n'est pas visible dans cette étude.

Cette étude a offert un aperçu pertinent des facteurs influençant l'offre de soins, y compris les différents types de consultations. Toutefois, l'exploitation de ces données comporte certaines limites.

Les règles de cotation des visites stipulent que lorsqu'un médecin se rend à domicile pour voir plusieurs patients vivant ensemble, seule la première visite est comptabilisée comme une visite, les suivantes étant considérées comme des consultations standards. Par conséquent, certains généralistes qui se déplacent en EHPAD (Établissement pour Personnes Agées Dépendantes) ne facturent qu'une seule visite, tandis que les consultations des autres patients sont cotées comme des consultations classiques, comme au cabinet (89). Étant donné que la plupart des visites concernent des personnes âgées, dont une grande partie résident en maison de retraite ou en EHPAD, un certain nombre de visites peuvent échapper à notre méthode de recrutement. Cependant, ces consultations étant codées comme consultation

standard, elles entrent bien en compte dans l'analyse globale de l'offre de soins des généralistes.

Les actes gynécologiques complexes, tels que la pose et le retrait d'implants ou de DIU, ainsi que les frottis, bénéficient d'une cotation spécifique. En revanche, les consultations pour la contraception ou les affections gynécologiques nécessitant parfois un examen au spéculum ne disposent pas de cotation particulière. Elles sont souvent classées comme des consultations standards de médecine générale. Cela rend difficile l'évaluation précise de la part réelle des consultations gynécologiques dans l'offre de soins des généralistes. L'analyse tend vraisemblablement à sous-estimer le nombre de consultations pour motifs gynécologiques, mais elle fournit un aperçu utile des actes gynécologiques réalisés par les médecins généralistes.

La pédiatrie couvre le suivi et le traitement des pathologies des enfants de la naissance jusqu'à 15 ans et 3 mois. Toutefois, en médecine générale, seules les consultations des enfants de moins de 6 ans bénéficient d'une cotation spécifique. Les consultations des enfants de 6 à 15 ans et 3 mois sont donc cotées de la même manière que celles des adultes, ce qui complique l'évaluation précise de l'offre de soins des omnipraticiens pour la patientèle pédiatrique. De la même manière que pour les consultations gynécologiques, l'analyse tend probablement à sous-estimer le nombre de consultations pour motifs pédiatriques, mais elle offre un aperçu significatif pour les plus petits.

L'étude a révélé deux principaux facteurs de confusion affectant le nombre de consultations annuelles et, par conséquent, l'offre de soins des généralistes : l'âge et le genre du médecin. Cette constatation est significative, mais le temps imparti n'a pas permis de procéder aux analyses ajustées pour ces facteurs de confusion. Il serait pertinent de mener ces analyses dans des recherches futures.

V. CONCLUSION

Dans un contexte de déclin démographique des professionnels de santé, de transition générationnelle et de transformation de la profession, l'activité des médecins généralistes fait l'objet d'une attention accrue. L'indicateur le plus objectif de la disponibilité des soins semble être le nombre de consultations dispensées par un omnipraticien à la population.

L'analyse du nombre médian de consultations annuelles par généraliste pourrait laisser suggérer que l'offre de soins demeure relativement stable d'une génération à l'autre. En effet, l'offre de soins des généralistes de la génération X et celle des Baby-Boomers semblent équilibrées. Les Baby-Boomers diminuent leur nombre médian de consultations annuelles avec un relais de la génération X à partir de 2015. En revanche, les généralistes de la génération Y multiplient par près de 3 leur nombre médian de consultations annuelles sur toute période d'étude, atteignant une offre de soins proche des deux autres générations en 2022. Cela confirme l'augmentation des consultations à mesure de la formation d'une patientèle après l'installation d'un généraliste.

Il est crucial de prendre en compte les principaux facteurs de confusion que sont l'âge des généralistes et la féminisation croissante de la profession. En effet, les plus jeunes tranches d'âge réalisent moins de consultation que leur aînés et les femmes ont une offre de soins moins importante que les hommes. De plus sur une période aussi courte compte tenu de la taille des générations, la comparaison intergénérationnelle des trois générations ne peut être effectuée à âge égal

La distribution du type de consultations diffère entre les générations de médecins. La jeune génération semble plus investie dans les consultations spécialisées comme la gynécologie et la pédiatrie, alors que les visites sont en majorité réalisées par l'ancienne génération. Les téléconsultations sont marginales et tendent à disparaître. Alors que les déserts médicaux s'étendent, la génération Y montre une tendance plus marquée à s'installer en milieu rural.

Il serait pertinent de poursuivre l'analyse avec les futures générations, en tenant compte des facteurs de confusion. Enfin, il serait judicieux de mener une analyse intergénérationnelle sur l'installation des professionnels de santé dans les ZIP et les

ZAC. Ces zones, en effet, sont définies comme des secteurs de déficit en matière d'offre de soins, à la différence de la classification traditionnelle rural/urbain des communes.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.
2. Fertun C. L'évolution de la représentation sociale du médecin généraliste depuis les années 1900. 2021 ; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03547106v1/document>
3. Louvel K, Fillaut T. Les généralistes de campagne et la permanence de soins : chronique d'une exaspération montante (fin xixe siècle-2001). Ann Bretagne Pays L'Ouest Anjou Maine Poitou-Charente Touraine [Internet]. 30 juin 2009 [cité 4 mai 2024] ;(116-2):217-29. Disponible sur : <https://journals.openedition.org/abpo/120>
4. Arrêté du 4 décembre 1998 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes [Internet]. Disponible sur : [https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/1998/98-49/a0493113.htm#:~:text=NOR%20:%20MESS9823759A%20\(Journal%20officiel%20du%205%20d%C3%A9cembre](https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/1998/98-49/a0493113.htm#:~:text=NOR%20:%20MESS9823759A%20(Journal%20officiel%20du%205%20d%C3%A9cembre)
5. Cour des Comptes. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie [Internet]. 2013 févr. Disponible sur : https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/2_1_3_medecin_traitant_parcours_soins_coordonnees.pdf
6. Le Quotidien du Médecin [Internet]. [cité 14 mai 2024]. Être médecin traitant, cela oblige à quoi ? Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/jeunes-medecins/installation/etre-medecin-traitant-cela-oblige-quoi>
7. Article L4130-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 14 mai 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438
8. Décret n° 2001-64 du 19 janvier 2001 modifiant le décret n° 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2001-64 janv 19, 2001.
9. Article 60 - LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale - Légifrance [Internet]. [cité 1 oct 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000002440198
10. enseignementsup-recherche.gouv.fr [Internet]. [cité 1 oct 2024]. Ma santé 2022 : suppression du numerus clausus et rénovation de l'accès aux études de santé. Disponible sur: <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/ma-sante-2022-suppression-du-numerus-clausus-et-renovation-de-l-acces-aux-etudes-de-sante-49091>
11. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine générale [Internet]. 2014 [cité 14 mai 2024]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/pzp6w1/cnomrepartitionmg.pdf

12. Population au 1er janvier | Insee [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5225246>
13. François Arnault. Atlas de la démographie médicale en France. CNOM [Internet]. 1 janv 2022; Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf
14. 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée - Insee Première - 1881 [Internet]. [cité 31 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969>
15. Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 14 avr 2024]. Population totale - Evolution de la population - France - Les chiffres. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/evolution-population/population-totale/>
16. Forcari C. Libération. [cité 26 mars 2024]. Les médecins libéraux poussés à la retraite. Une prime annuelle de 260 000F les incitera à cesser leurs prescriptions à 56 ans. Disponible sur: https://www.liberation.fr/futurs/1997/02/13/les-medecins-liberaux-pousses-a-la-retraite-une-prime-annuelle-de-260-000f-les-incitera-a-cesser-leu_197043/
17. Brigitte DORMONT et Anne-Laure SAMSON. Carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations [Internet]. DREES; 2008. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dter75.pdf>
18. La Sécurité Sociale. La France compte 339 médecins pour 100 000 habitants en 2021. 23 juin 2022; Disponible sur: <https://www.securite-sociale.fr/home/dossiers/actualites/list-actualites/la-france-compte-339-medecins-po.html>
19. Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé : Démographie des médecins - IRDES [Internet]. [cité 4 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm>
20. DGOS. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 28 mai 2024]. Les zones sous-denses en médecins. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/les-zones-sous-denses-en-offre-de-soins/zonage-medecin>
21. Muriel Barlet (Drees), Magali Coldefy (Irdes), Lucas-Gabrielli (Irdes), Clémentine Collin (Drees). L'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. mars 2012;(174). Disponible sur: <https://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes174.pdf>
22. Accessibilité potentielle localisée - DREES [Internet]. [cité 28 mai 2024]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>
23. Mariella ESVANT. Démographie médicale : en Indre-et-Loire, " on est au creux de la vague ". La Nouvelle République. 12 févr 2020; Disponible sur:

<https://www.lanouvellerepublique.fr/tours/demographie-medicale-en-indre-et-loire-on-est-au-creux-de-la-vague>

24. Marie Pomme. « Les médecins ne veulent plus travailler » : un jeune médecin du pays de Lorient répond. Le Télégramme. 15 déc 2022;
25. Xavier Niel, Annick Vilain. Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques. DRESS Etudes et Résultats. mai 2001; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er114.pdf>
26. Philippe Le Fur. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. juill 2009;(144). Disponible sur: file:///C:/Users/camil/Downloads/2019-DREES_tps-travail-liberaux.pdf
27. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler>
28. Beer L, Cohidon C, Senn N. General Practitioner Time Availability Per Inhabitant Per Year: A New Indicator to Measure Access to Primary Care. Front Health Serv [Internet]. 2022;2:832116. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10012817/>
29. Véronique Lucas-Gabrielli, Marie Jo Sourty-Le Guellec. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). avr 2004;(81). Disponible sur: <https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes81.pdf>
30. Ces chiffres détonants sur l'activité des médecins généralistes | Les Echos [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.lesechos.fr/economie-france/social/ces-chiffres-detonants-sur-lactivite-des-medecins-generalistes-2039736>
31. Assaidi A, Kizaba G, Guilluy-Sulikashvili N. Générations Baby-Boomers, X et Y : Les barrières entrepreneuriales des entrepreneurs dans le Nord de la France. Manag Prospect [Internet]. 2015 [cité 14 avr 2024];32(4):83-106. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-gestion-2000-2015-4-page-83.htm>
32. Dejoux C, Wechtler H. Diversité générationnelle : implications, principes et outils de management. Manag Avenir [Internet]. 2011 [cité 14 avr 2024];43(3):227-38. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2011-3-page-227.htm>
33. Saba T. Les valeurs des générations au travail : les introuvables différences. Gérontologie Société [Internet]. 2017 [cité 14 avr 2024];39 / 153(2):27-41. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2017-2-page-27.htm>
34. Strauss W, Howe N. Generations: the history of America's future, 1584 to 2069 [Internet]. First edition. New York: Morrow; 1991 [cité 22 mai 2024]. 538 p. Disponible sur: <http://www.gbv.de/dms/hbz/toc/ht003941060.PDF>

35. The Fourth Turning An American Prophecy What The Cycles Of History Tell Us About Americas Next Rendezvous With Destiny By William Strauss, Neil Howe (z Lib.org).epub [Internet]. [cité 31 juill 2024]. Disponible sur: <http://archive.org/details/the-fourth-turning-an-american-prophecy-what-the-cycles-of-history-tell-us-about>
36. Lavelle D. Move over, millennials and Gen Z – here comes Generation Alpha. The Guardian [Internet]. 4 janv 2019 [cité 14 avr 2024]; Disponible sur: <https://www.theguardian.com/society/shortcuts/2019/jan/04/move-over-millennials-and-gen-z-here-comes-generation-alpha>
37. Les Echos [Internet]. 2018 [cité 14 avr 2024]. 5 idées à retenir de... « Génération Z ». Disponible sur: <https://www.lesechos.fr/idees-debats/leadership-management/5-idees-a-retenir-de-generation-z-1245868>
38. Checknews S. Libération. [cité 14 avr 2024]. Boomer, X, Y, Z : à quoi correspondent ces générations ? Disponible sur: https://www.liberation.fr/checknews/2019/11/22/boomer-x-y-z-a-quoi-correspondent-ces-generations_1764724/
39. France 3 Auvergne-Rhône-Alpes [Internet]. 2023 [cité 26 mai 2024]. Baby-boomers, génération X, génération Y, génération Z... comment cohabiter et travailler ensemble ? Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/auvergne-rhone-alpes/rhone/lyon/baby-boomers-generation-x-generation-y-generation-z-comment-cohabiter-et-travailler-ensemble-2803769.html>
40. à 15h53 PRBL 3 juillet 2017. leparisien.fr. 2017 [cité 14 avr 2024]. Xennial, Millennial, Z : à quelle génération appartenez-vous ? Disponible sur: <https://www.leparisien.fr/societe/xennial-millennial-z-a-quelle-generation-appartenez-vous-03-07-2017-7106526.php>
41. Population par âge en 2024 - France - TABLEAU DE BORD DE L'ÉCONOMIE FRANÇAISE [Internet]. [cité 2 oct 2024]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/details/20_DEM/21_POP/21C_Figure3#
42. Site internet de la CARMF [Internet]. [cité 14 avr 2024]. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2023/demographie.htm>
43. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 14 avr 2024]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
44. Notre grand sondage sur la visite à domicile ! - MG France [Internet]. [cité 17 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/publication/infoexpress/2456-notre-grand-sondage-sur-la-visite-a-domicile>
45. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 6 mai 2024]. Les secteurs d'exercice. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/carriere/secteurs-dexercice>
46. Quels sont les tarifs d'un médecin (conventionné ou non) ? [Internet]. [cité 27 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17042>

47. Article L161-28-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. [cité 31 juill 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886948
48. Article 193 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 1 oct 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031914480
49. Présentation du SNDS [Internet]. [cité 6 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/en-savoir-plus-snds/presentation-systeme-national-donnees-sante-snds>
50. Composantes du SNDS | SNDS [Internet]. [cité 6 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.snds.gouv.fr/SNDS/Composantes-du-SNDS>
51. Contexte et perspectives réglementaires | SNDS [Internet]. [cité 6 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.snds.gouv.fr/SNDS/Contexte-et-perspectives-reglementaires>
52. Historique des données du SNDS | Documentation du SNDS & SNDS OMOP [Internet]. [cité 6 mai 2024]. Disponible sur: https://documentation-snds.health-data-hub.fr/snds/fiches/historique_donnees.html#historique-de-l-information-et-des-regimes-dans-les-bases-du-snds
53. Tarifs en métropole [Internet]. [cité 6 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/tarifs/tarifs-specialistes/metropole>
54. Anthony. Tarifs Médecins Généralistes Métropole – Fédération des Médecins de France [Internet]. [cité 6 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.fmfpro.org/nomenclature/tarifs-medecins-generalistes-metropole/>
55. La grille communale de densité | Insee [Internet]. 2024 [cité 10 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/6439600>
56. Labarthe H. Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002. 2002;
57. Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé. juill 2014 [cité 18 août 2024];(15.05). Disponible sur: https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/sites/default/files/imported_files/documents/NI_PACES_-_15.05_453569.pdf
58. Hardy-Dubernet AC. Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? Rev Fr Aff Soc [Internet]. 2005 [cité 18 août 2024];(1):35-58. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-1-page-35.htm>
59. Magali Jaoul-Grammare. L'évolution des inégalités de genre dans l'enseignement supérieur français entre 1998 et 2010. mars 2018;(N°96). Disponible sur: <https://shs.hal.science/halshs-01831801#:~:text=Magali%20Jaoul->

Grammare.%20L%E2%80%99%C3%A9volution%20des%20in%C3%A9galit%C3%A9s%20de%20genre%20dans

60. Une majorité de femmes dans les métiers indispensables à la population - Insee Flash Bourgogne-Franche-Comté - 149 [Internet]. [cité 18 août 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6209656>
61. Femmes et hommes – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 4 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303378?sommaire=3353488>
62. Frank E, Harvey LK. Prevention advice rates of women and men physicians. Arch Fam Med [Internet]. avr 1996;5(4):215-9. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36925785/#:~:text=The%20new%20indicator%20provides%20an%20accurate%20and%20sensitive>
63. K D Bertakis 1, L J Helms, E J Callahan, R Azari, J A Robbins. The influence of gender on physician practice style. Med Care [Internet]. avr 1995; Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7731281/>
64. Boulis AK, Jacobs JA. An Analysis of the Impact of Gender on Physician Practice Patterns. J Health Soc Policy [Internet]. 1 nov 2003 [cité 19 août 2024];18(1):57-87. Disponible sur: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1300/J045v18n01_04
65. DREES. Un médecin libéral sur dix en activité cumule emploi et retraite. déc 2018 [cité 21 août 2024];(1097). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1097.pdf>
66. L'inactivité depuis cinquante ans : la présence d'enfants continue de faire la différence entre femmes et hommes – Femmes et hommes, l'égalité en question | Insee [Internet]. [cité 1 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047795?sommaire=6047805>
67. Le Quotidien du Médecin [Internet]. [cité 29 mai 2024]. Consultation à 25 euros, nouvelles majorations : ce que les médecins doivent savoir au 1er mai. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/consultation-25-euros-nouvelles-majorations-ce-que-les-medecins-doivent-savoir-au-1er-mai>
68. Goff JPL. Le fil rompu des générations. Études [Internet]. 1 févr 2009 [cité 8 sept 2024];410(2):175-86. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/revue-etudes-2009-2-page-175?lang=fr&tab=resume>
69. Le Français et son médecin. | Ipsos [Internet]. 1987 [cité 14 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/le-francais-et-son-medecin>
70. Le regard des médecins sur leur métier a changé | Ipsos [Internet]. 2004 [cité 14 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/le-regard-des-medecins-sur-leur-metier-change>
71. Mousel C. Le médecin généraliste en 2007: Evolution en 25 ans de l'image du praticien et des attentes des patients. Résultats d'une enquête réalisée auprès de 108 sujets de la Vallée de la Fensch et du Pays Haut Lorrain [Internet] [other]. UHP

- Université Henri Poincaré; 2009 [cité 14 mai 2024]. p. non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734348>
72. Article R4127-35 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025843586
 73. Laude A. Le droit à l'information du malade. Trib Santé [Internet]. 2005 [cité 16 mai 2024];9(4):43-51. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2005-4-page-43.htm>
 74. Le rôle et la place du médecin généraliste en France – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 14 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/le-role-et-la-place-du-medecin-generaliste-en-france/>
 75. Sondage OpinionWay pour l'Académie nationale de médecine. Enquête d'opinion. La perception et l'image de la médecine et des médecins [Internet]. 2020 [cité 16 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2020/04/Dossier-sondage-4-fevrier-2020.pdf>
 76. Les Français aiment leur généraliste mais les trouvent cupides [Internet]. [cité 15 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/les-francais-aiment-leur-generaliste-mais-les-trouvent-cupides>
 77. Laura Castell et Céline Dennevault (DREES). Qualité et accès aux soins : que pensent les Français de leurs médecins ? [Internet]. 2017 [cité 16 mai 2024]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er_1035.pdf
 78. About Doctolib - France [Internet]. [cité 16 mai 2024]. Sérieux, humains et à l'écoute : 92% des Français ont une bonne image des médecins généralistes. Disponible sur: <https://about.doctolib.fr/news/sondage-doctolib-odoxa/>
 79. 92% des Français ont une bonne image de leur médecin gé, ça fait plaisir ! [Internet]. [cité 16 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/92-des-francais-ont-une-bonne-image-de-leur-medecin-ge-ca-fait-plaisir>
 80. Mourton E. Représentation sociale du médecin généraliste dans la population lorraine en 2013. Connaissance de la population sur le métier de médecin généraliste. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733346/document#:~:text=Repr%C3%A9sentation%20sociale%20du%20m%C3%A9decin%20g%C3%A9n%C3%A9raliste%20dans%20la%20population>
 81. Académie nationale de médecine. Quels rôle et place pour le médecin généraliste dans la société française au XXIème siècle ? Du médecin traitant à l'équipe de santé référente [Internet]. 2023 [cité 16 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2023/04/AVIS-MEDECIN.pdf>
 82. Theile G, Kruschinski C, Buck M, Müller CA, Hummers-Pradier E. Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. BMC Fam

- Pract [Internet]. 22 avr 2011 [cité 19 août 2024];12:24. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3098781/>
83. Arrêté du 26 août 2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000414131#:~:text=Est%20aprouv%C3%A9%20l'accord%20de%20bon%20usage%20des%20soins>
84. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0145 du 21/06/2024 [Internet]. [cité 19 août 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=gUcQY-SsH5mgsfckIXs63JUNJ-PzvDi6Xc_2Adw0K7g=
85. DREES. Etudes et Résultats: Protection maternelle et infantile (PMI) : un recul de l'activité et une forte baisse des effectifs de médecins entre 2016 et 2019. mars 2022 [cité 19 août 2024];(1227). Disponible sur: <https://www.bnsp.insee.fr/ark:/12148/bc6p07b9z0h/f1.pdf>
86. Simon Beck, Marie-Pierre De Bellefon, Jocelyn Forest, Mathilde Gerardin, David Levy. La grille communale de densité à 7 niveaux [Internet]. Insee; 2024 [cité 21 août 2024]. Disponible sur: <https://www.bnsp.insee.fr/ark:/12148/bc6p07dk67s/f1.pdf>
87. Aide à l'installation ou à la pratique du médecin en zone sous-dotée [Internet]. [cité 8 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/pratique-zones-sous-dotees>
88. Sénat. Rapport d'Information [Internet]. 686 juill 26, 2017. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-6861.pdf>
89. Visites à domicile [Internet]. [cité 21 août 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/tarifs/tarifs-visites-domicile>

VII. LES ANNEXES

A. Annexe1

Tableau 5 Codes des consultations générales NGAP et CCAM prises en compte pour l'extraction (PRS_NAT_REF) ajustées en collaboration avec la CNAM

Code SNDS de la prestation	Libellé de la cotation	Nature de la prestation
1111	C	CONSULTATION COTEE C
1110	G	CONSULTATION MEDECINE GENERALE
1109	GS	CONSULTATION SPECIALISTE MEDECINE GENERALE
1211	V	VISITE COTEE V
1352	ATM	ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (hors IMAGERIE) CCAM
1210	VG	VISITE MEDECINE GENERALE
1112	CS	CONSULTATION COTEE CS
1324	ADE	ACTE D'ECHOGRAPHIE CCAM
1192	TCG	TELECONSULTATION GENERALISTE
1209	VGS	VISITE SPECIALISTE MEDECINE GENERALE
1929	VAC	ACTE DE VACCINATION COVID 19
1321	ADC	ACTE DE CHIRURGIE CCAM
1312	K	ACTES DE SPECIALITE EN K
1115	CA	CONSULTATION BILAN
1214	VL	VISITE LONGUE ET COMPLEXE
1212	VS	VISITE COTEE VS
1091	COD	EXAMEN OBLIGATOIRE ENFANT COD
1351	ADI	ACTE D'IMAGERIE (hors ECHOGRAPHIE) CCAM
1103	APC	AVIS PONCTUEL DE CONSULTANT DU MEDECIN
1104	COE	CONSULTATION OBLIGATOIRE ENFANT
1105	CCX	CONSULTATION COMPLEXE
1107	CCE	CONSULTATION TRES COMPLEXE ENFANT
1191	TC	TELECONSULTATION TOUTES SPECIALITES
1093	COB	EXAMEN OBLIGATOIRE ENFANT COB
1168	CCP	CONSULTATION PREVENTION SANTE SEXUELLE

Tableau 6 Codes SNDS des compléments/majorations pédiatriques

Codes SNDS de compléments/majorations	Libellé de la cotation	Nature du complément/majoration
1903	MEG	MAJORATION ENFANT GENERALISTE
1133	MGE	MAJORATION GENERALISTE ENFANT
1932	MNO	MAJORATION NOURRISSON GENERALISTE

B. Annexe 2

Tableau 7 Codes SNDS (NGAP) pour les actes de gynécologie

Code de l'acte	Libellé de l'acte
JKHD001	Prélèvement cervicovaginal
JQQM018	Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse unifoetale au 2ème trimestre
JQQM010	Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse uniembryonnaire au 1er trimestre
JQQM016	Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse unifoetale au 3ème trimestre
QZGA002	Ablation ou changement d'implant pharmacologique souscutané
JKLD001	Pose d'un dispositif intra-utérin
ZCQJ006	Échographie transcutanée avec échographie par voie rectale et/ou vaginale [par voie cavitaire] du petit bassin [pelvis] féminin
ZCQM003	Échographie transcutanée du petit bassin [pelvis] féminin
JNQM001	Échographie non morphologique de la grossesse avant 11 semaines d'aménorrhée
ZCQJ003	Échographie du petit bassin [pelvis] féminin, par voie rectale et/ou vaginale [par voie cavitaire]
JQQJ037	Mesure de la longueur du canal cervical du col de l'utérus, par échographie par voie vaginale
ZCQJ002	Échographie-doppler du petit bassin [pelvis] féminin, par voie rectale et/ou vaginale [par voie cavitaire]
ZCQJ001	Échographie-doppler transcutanée et échographie-doppler par voie rectale et/ou vaginale [par voie cavitaire] du petit bassin [pelvis] féminin
QEQM001	Échographie unilatérale ou bilatérale du sein
JKKD001	Changement d'un dispositif intra-utérin
JQQM002	Échographie d'une grossesse unifoetale à partir du 2ème trimestre avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus, pour souffrance fœtale
JAQM001	Échographie transcutanée unilatérale ou bilatérale du rein et de la région lombale, avec échographie transcutanée du petit bassin [pelvis] féminin
ZCQM007	Échographie du petit bassin [pelvis] féminin pour surveillance de l'ovulation
JQQM003	Échographie de surveillance de la croissance fœtale avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus
JQQM001	Échographie de surveillance de la croissance fœtale
YYYY088	Échographie de contrôle ou surveillance de pathologie gravidique fœtale ou maternelle au cours d'une grossesse unifoetale
ZCQM009	Échographie-doppler du petit bassin [pelvis] féminin pour surveillance de l'ovulation
QZLA004	Pose d'implant pharmacologique souscutané
JKGD001	Ablation d'un dispositif intra-utérin par un matériel intra-utérin de préhension, par voie vaginale
JQQM019	Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse multifoetale au 2ème trimestre
JQQM015	Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse multiembryonnaire au 1er trimestre
JKHA001	Biopsie ou frottis de l'endomètre, sans hystéroscopie
JQQM017	Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse multifoetale au 3ème trimestre
JQQM007	Échographie d'une grossesse multifoetale à partir du 2ème trimestre avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux des fœtus, pour souffrance fœtale
YYYY075	Échographie de contrôle ou surveillance de pathologie gravidique fœtale ou maternelle au cours d'une grossesse multifoetale
JQQM008	Échographie et hémodynamique doppler du cœur et des vaisseaux intrathoraciques du fœtus
JKQJ001	Hystérosonographie
JKQX001	Examen cytopathologique de dépistage de prélèvement [frottis] du col de l'utérus

Tableau 8 Codes SNDS (NGAP) pour les actes de pédiatrie.

CODE_ACTE	LIB_ACTE
CDRP002	Épreuves de dépistage de surdité avant l'âge de 3 ans
NEQM001	échographie unilatérale ou bilatérale de la hanche du nouveau-n�
ALQP002	Test d'évaluation de l'efficacité intellectuelle de l'enfant
BLQP012	évaluation de l'acuité visuelle par la technique du regard préférentiel, avant l'âge de 2 ans
GKQP002	évaluation phoniatrice de la communication chez l'enfant malentendant
CDQP007	Audiométrie en champ libre et en cabine chez l'enfant [tests conditionnés]

C. Annexe 3

Tableau 9 Tableau descriptif de la population d'étude

ANNEE	DETAILS	GENERATIONS		
		BB	X	Y
2009	total	44255,00	11668	90
	femmes	10637,00	5635	44
	age (médiane [Q1-Q3])	55 [50-59]	39 [36-42]	29 [28-29]
	inconnu (% du total)		0,51%	
2010	total	43483,00	12429	252
	femmes	10503,00	6045	146
	age (médiane [Q1-Q3])	55 [51-60]	40 [36-43]	30 [29-30]
	inconnu (% du total)		0,61%	
2011	total	42633,00	13100	559
	femmes	10358,00	6392	356
	age (médiane [Q1-Q3])	56 [52-60]	41 [37-44]	30 [30-31]
	inconnu (% du total)		0,67%	
2012	total	41411,00	13670	1128
	femmes (nb (%))	10173	6710	729
	age (médiane [Q1-Q3])	57 [53-61]	41 [38-45]	31 [30-32]
	inconnu (% du total)		0,19%	
2013	total	40211,00	14137	1960
	femmes	10032,00	6985	1281
	age (médiane [Q1-Q3])	58 [54-62]	42 [38-46]	31 [30-33]
	inconnu (% du total)		0,91%	
2014	total	38727,00	14506	3090
	femmes	9824,00	7180	2007
	age (médiane [Q1-Q3])	59 [55-63]	43 [39-47]	32 [31-33]
	inconnu (% du total)		0,98%	
2015	total	36939,00	14742	4386
	femmes	9531,00	7363	2834
	age (médiane [Q1-Q3])	59 [55-63]	44 [40-48]	33 [31-34]
	inconnu (% du total)		1,10%	
2016	total	35177,00	14884	5823
	femmes	9216,00	7439	3750
	age (médiane [Q1-Q3])	60 [56-64]	45 [41-48]	33 [31-35]
	inconnu (% du total)		1,13%	
2017	total	33279,00	15043	7511
	femmes	8829,00	7522	4802
	age (médiane [Q1-Q3])	61 [57-64]	46 [42-49]	33 [32-35]
	inconnu (% du total)		1,20%	
2018	total	31245,00	15171	9230
	femmes	8406,00	7584	5876
	age (médiane [Q1-Q3])	61 [58-65]	47 [43-50]	34 [32-36]
	inconnu (% du total)		1,38%	
2019	total	28774,00	15281	11068
	femmes	7827,00	7644	7007
	age (médiane [Q1-Q3])	62 [59-65]	48 [44-51]	34 [32-37]
	inconnu (% du total)		1,38%	
2020	total	26530,00	15295	12948
	femmes	7330,00	7616	8137
	age (médiane [Q1-Q3])	62 [59-66]	49 [45-52]	35 [33-37]
	inconnu (% du total)		1,57%	
2021	total	24066,00	15321	14925
	femmes	6778,00	7613	9345
	age (médiane [Q1-Q3])	63 [60-66]	50 [46-53]	35 [33-38]
	inconnu (% du total)		1,85%	
2022	total	21373,00	15267	16839
	femmes	6102,00	7552	10503
	age (médiane [Q1-Q3])	63 [61-67]	51 [47-54]	36 [33-39]
	inconnu (% du total)		2,30%	

Tableau 10 Nombre annuel médian de consultations en fonction de la génération.

Année	BB	X	Y
2009	4597	4182	1404
2010	4464	4100	1606
2011	4551	4281	2103
2012	4572	4383	2480
2013	4699	4608	2899
2014	4821	4760	3195
2015	4900	4901	3578
2016	4976	5055	3890
2017	4886	5041	3917
2018	4478	4738	3882
2019	4455	4757	3963
2020	4067	4423	3711
2021	4292	4748	4014
2022	4237	4762	4064

Tableau 11: Nombre de consultations médian annuel par tranche d'âge entre 2009 et 2022

25-34ans			35-44ans			45-54ans	
Année	Démographie	Médiane (Q1-Q3)	Démographie	Médiane (Q1-Q3)	Démographie	Médiane (Q1-Q3)	
2009	2082	3116 (1566-4512)	9676	4382 (2936-5804)	21969	4742 (3201-6313)	
2010	2162	3006 (1397-4434)	9259	4216 (2826-5608)	20533	4626 (3139-6161)	
2011	2204	3060 (1514-4609)	8879	4326 (2916-5728)	19464	4737 (3218-6285)	
2012	2318	2983 (1437-4513)	8803	4329 (2912-5719)	18101	4802 (3280-6339)	
2013	2607	3121 (1438-4596)	8767	4504 (3042-5937)	16767	4968 (3409-6554)	
2014	3090	3195 (1575-4682)	8661	4586 (3112-6060)	15260	5094 (3488-6723)	
2015	3658	3449 (1756-4909)	8557	4654 (3199-6115)	13902	5211 (3590-6841)	
2016	4277	3668 (2017-5084)	8451	4753 (3337-6191)	12831	5307 (3658-6934)	
2017	4871	3644 (1939-5036)	8728	4682 (3304-6075)	12044	5213 (3620-6831)	
2018	5320	3591 (2105-4786)	9201	4423 (3175-5645)	11329	4853 (3451-6361)	
2019	5694	3619 (2154-4877)	9866	4375 (3167-5581)	10789	4858 (3453-6335)	
2020	6003	3384 (1940-4555)	10628	4046 (2946-5193)	10358	4494 (3176-5895)	
2021	6158	3647 (2214-4856)	11567	4291 (3150-5514)	10007	4762 (3374-6238)	
2022	6220	3753 (2364-4948)	12443	4272 (3178-5495)	9848	4738 (3375-6195)	

55-64ans			65-74ans	
Année	Démographie	Médiane (Q1-Q3)	Démographie	Médiane (Q1-Q3)
2009	22286	4446 (2855-6053)	/	/
2010	23412	4356 (2803-5935)	799	3237 (1732-4946)
2011	23983	4458 (2844-6096)	1763	3448 (1820-5223)
2012	24006	4537 (2916-6185)	2982	3458 (1758-5225)
2013	23976	4732 (3080-6440)	4191	3574 (1802-5368)
2014	23940	4931 (3216-6683)	5374	3672 (1858-5545)
2015	23777	5058 (3327-6823)	6174	3686 (1787-5672)
2016	23274	5180 (3414-6978)	7051	3707 (1816-5886)
2017	22440	5168 (3420-6944)	7750	3676 (1754-5746)
2018	21412	4768 (3213-6425)	8384	3378 (1604-5365)
2019	20105	4793 (3219-6452)	8669	3484 (1705-5444)
2020	18819	4443 (2969-6020)	8965	3131 (1390-5042)
2021	17712	4766 (3216-6454)	8868	3374 (1450-5490)
2022	16392	4744 (3181-6436)	8576	3463 (1587-5618)

Tableau 12 Nombre médian de consultations annuelles par génération et par genre

Année	BB hommes	BB femmes	X hommes	X femmes	Y hommes	Y femmes
2009	4 955	3 532	4 814	3 679	1 750	1 332
2010	4 816	3 447	4 712	3 618	2 210	1 368
2011	4 894	3 546	4 870	3 796	2 888	1 786
2012	4 925	3 606	4 973	3 900	2 988	2 302
2013	5 069	3 748	5 250	4 118	3 455	2 725
2014	5 197	3 860	5 437	4 242	3 630	3 060
2015	5 303	3 909	5 583	4 366	4 073	3 395
2016	5 368	3 980	5 721	4 522	4 558	3 595
2017	5 266	3 935	5 668	4 526	4 526	3 699
2018	4 823	3 656	5 304	4 292	4 378	3 644
2019	4 800	3 689	5 327	4 286	4 469	3 725
2020	4 356	3 399	4 955	4 016	4 143	3 515
2021	4 623	3 633	5 315	4 284	4 503	3 780
2022	4 560	3 580	5 330	4 290	4 590	3 836

Tableau 13 Nombre médian de consultations gynécologiques annuelles par génération (médian (Q1-Q3))

Année	Génération BB	Génération X	Génération Y
2009	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
2010	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
2011	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
2012	0 (0-0)	0 (0-1)	0 (0-4)
2013	0 (0-0)	0 (0-4)	1(0-10)
2014	0 (0-1)	0 (0-5)	1(0-12)
2015	0 (0-1)	0 (0-6)	1(0-13)
2016	0 (0-1)	0 (0-7)	2 (0-15)
2017	0 (0-1)	0 (0-8)	3 (0-16)
2018	0 (0-1)	0 (0-10)	4 (0-19)
2019	0 (0-1)	0 (0-10)	4 (0-20)
2020	0 (0-1)	0 (0-9)	4 (0-19)
2021	0 (0-1)	0 (0-10)	4 (0-23)
2022	0 (0-2)	1(0-10)	5 (0-24)

Tableau 14 Nombre médian de consultations annuelles de type gynécologie codées par tranche d'âge (médian (Q1-Q3))

Année	25-34ans	35-44ans	45-54ans	55-64ans	65-74ans
2009	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	NA
2010	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
2011	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
2012	0 (0-4)	0 (0-2)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
2013	1 (0-9)	0 (0-6)	0 (0-1)	0 (0-0)	0 (0-0)
2014	1 (0-12)	0 (0-7)	0 (0-2)	0 (0-1)	0 (0-0)
2015	1 (0-13)	0 (0-9)	0 (0-2)	0 (0-1)	0 (0-0)
2016	2 (0-14)	0 (0-12)	0 (0-3)	0 (0-1)	0 (0-0)
2017	3 (0-15)	1 (0-14)	0 (0-5)	0 (0-2)	0 (0-0)
2018	4 (0-18)	2 (0-17)	0 (0-7)	0 (0-2)	0 (0-0)
2019	4 (0-19)	2 (0-19)	0 (0-7)	0 (0-3)	0 (0-0)
2020	3 (0-18)	3 (0-18)	0 (0-8)	0 (0-3)	0 (0-0)
2021	4 (0-22)	3 (0-22)	0 (0-10)	0 (0-3)	0 (0-0)
2022	5 (0-23)	5 (0-24)	1 (0-11)	0 (0-4)	0 (0-0)

Vu, les Directeurs de Thèse

Dr P. BREGEAUT



Dr MF. TASSI



Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le

LE MEUR Camille

Nombre de pages : 70 – tableaux : 14 – figures : 16

Résumé :

Introduction. Dans un contexte de déclin démographique des professionnels de santé, de transition générationnelle et de transformation de la profession, l'activité des généralistes est scrutée. La génération Y (1980-1996) est souvent perçue comme moins laborieuse que les générations X (1965-1979) et Baby-boomers (1945-1964). Cette étude examine l'offre de soins des différentes générations de généralistes entre 2009 et 2022.

Méthode. À partir des données du système national des données de santé, le nombre médian de consultations annuelles par généraliste a été analysé selon la génération, l'âge et le genre. Des analyses complémentaires ont été effectuées selon le type de consultation et le lieu d'exercice.

Résultats. Les généralistes de la génération X et des Baby-Boomers ont une offre similaire, se croisant à 4 900 consultations annuelles en 2015. En 2022, les médecins généralistes de la génération X ont réalisé en médiane 4 762 consultations, contre 4 237 pour leurs homologues de la génération des Baby-Boomers. Parallèlement, les consultations annuelles des généralistes de la génération Y ont presque triplé, passant de 1 404 en 2009 à 4 064 en 2022. Indépendamment de l'année, les plus jeunes généralistes réalisent moins de consultations que leurs aînés, et les femmes moins que les hommes.

Conclusion. La différence d'offre de soins entre générations semble liée à l'âge et la féminisation des professionnels plutôt qu'à une disparité générationnelle. Il serait pertinent de poursuivre l'analyse en intégrant ces facteurs de confusion et en incluant les données des futures générations.

Mots clés : Offre de soins, médecins généralistes, générations, démographie médicale, consultations, âge, féminisation

Jury :

Président du Jury : Professeur Leslie GRAMMATICO-GUILLON

Membres du Jury : Docteur Marc TASSI et Docteur Paul BREGEAUT
Docteur Isabelle ETTORI
Docteur Hélène CALVAGNAC

Date de soutenance : 31/10/2024