

**ANNEE 2020**

N°

**TITRE DE LA THESE**

**ETAT DES LIEUX ET ANALYSE DES RELATIONS ENTRE LES MEDECINS GENERALISTES  
LIBERAUX ET LEURS SYNDICATS REPRESENTATIFS : UNE ETUDE QUALITATIVE REALISEE  
AUPRES DE 13 MEDECINS GENERALISTES DE COTE D'OR.**

**THESE**  
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 16 juin 2020

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Jean-François CARRIER

Né le 11 janvier 1990

A Sainte-Foy-lès-Lyon



## **AVERTISSEMENT**

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

**ANNEE 2020**

N°

**TITRE DE LA THESE**

**ETAT DES LIEUX ET ANALYSE DES RELATIONS ENTRE LES MEDECINS GENERALISTES  
LIBERAUX ET LEURS SYNDICATS REPRESENTATIFS : UNE ETUDE QUALITATIVE REALISEE  
AUPRES DE 13 MEDECINS GENERALISTES DE COTE D'OR.**

**THESE**  
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 16 juin 2020

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Jean-François Carrier

Né le 11 janvier 1990

A Sainte-Foy-lès-Lyon

Année Universitaire 2019-2020  
au 1<sup>er</sup> Novembre 2019

**Doyen :**  
Assesseurs :

**M. Marc MAYNADIÉ**  
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON  
Mme Laurence DUVILLARD

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Sylvain	<b>AUDIA</b>	Médecine interne
M.	Marc	<b>BARDOU</b>	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	<b>BASTIE</b>	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	<b>BAULOT</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Yannick	<b>BEJOT</b>	Neurologie
Mme	Christine	<b>BINQUET</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	<b>BONNIAUD</b>	Pneumologie
M.	Alain	<b>BONNIN</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	<b>BONNOTTE</b>	Immunologie
M.	Olivier	<b>BOUCHOT</b>	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	<b>BOUHEMAD</b>	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	<b>BOZORG-GRAYELI</b>	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	Alain	<b>BRON</b>	Ophthalmologie
M.	Laurent	<b>BRONDEL</b>	Physiologie
Mme	Mary	<b>CALLANAN</b>	Hématologie type biologique
M.	Patrick	<b>CALLIER</b>	Génétique
Mme	Catherine	<b>CHAMARD-NEUWIRTH</b>	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	<b>CHARLES</b>	Réanimation
M.	Jean-Christophe	<b>CHAUVET-GELINIER</b>	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	<b>CHEYNEL</b>	Anatomie
M.	Alexandre	<b>COCHET</b>	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	<b>CORMIER</b>	Urologie
M.	Yves	<b>COTTIN</b>	Cardiologie
M.	Charles	<b>COUTANT</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	<b>CREHANGE</b>	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	<b>CREUZOT-GARCHER</b>	Ophthalmologie
M.	Frédéric	<b>DALLE</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	<b>DE ROUGEMONT</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	<b>DEVILLIERS</b>	Médecine interne
M.	Serge	<b>DOUVIER</b>	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	<b>DUVILLARD</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	<b>FACY</b>	Chirurgie générale
Mme	Laurence	<b>FAIVRE-OLIVIER</b>	Génétique médicale
Mme	Patricia	<b>FAUQUE</b>	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	<b>FRANCOIS-PURSELL</b>	Médecine légale et droit de la santé
M.	François	<b>GHIRINGHELLI</b>	Cancérologie
M.	Pierre Grégoire	<b>GUINOT</b>	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	<b>HUET</b>	Pédiatrie
M.	Pierre	<b>JOUANNY</b>	Gériatrie
M.	Sylvain	<b>LADOIRE</b>	Histologie
M.	Gabriel	<b>LAURENT</b>	Cardiologie
M.	Côme	<b>LEPAGE</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	<b>LOFFROY</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	<b>LORGIS</b>	Cardiologie

M.	Jean-Francis	<b>MAILLEFERT</b>	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	<b>MANCKOUNDIA</b>	Gériatrie
M.	Sylvain	<b>MANFREDI</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	<b>MARTIN</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	<b>MASSON</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	<b>MAYNADIÉ</b>	Hématologie – transfusion
M.	Marco	<b>MIDULLA</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	<b>MOREAU</b>	Neurologie
M.	Klaus Luc	<b>MOURIER</b>	Neurochirurgie
Mme	Christiane	<b>MOUSSON</b>	Néphrologie
M.	Paul	<b>ORNETTI</b>	Rhumatologie
M.	Pablo	<b>ORTEGA-DEBALLON</b>	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	<b>PAGES</b>	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	<b>PETIT</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	<b>PHILIPPE</b>	Génétique
M.	Lionel	<b>PIROTH</b>	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	<b>QUANTIN</b>	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	<b>QUENOT</b>	Réanimation
M.	Patrick	<b>RAY</b>	Médecine d'urgence
M.	Patrick	<b>RAT</b>	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	<b>REBIBOU</b>	Néphrologie
M.	Frédéric	<b>RICOLFI</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	<b>SAGOT</b>	Gynécologie-obstétrique
M	Maxime	<b>SAMSON</b>	Médecine interne
M.	Emmanuel	<b>SAPIN</b>	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	<b>SIMON</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	<b>STEINMETZ</b>	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	<b>THAUVIN</b>	Génétique
M.	Benoit	<b>TROJAK</b>	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	<b>VABRES</b>	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	<b>VERGÈS</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	<b>ZWETYENGA</b>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

#### PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Alain	<b>BERNARD</b> (surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Bernard	<b>BONIN</b> (Surnombre jusqu'au 31/08/2020)	Psychiatrie d'adultes
M.	Jean-Marie	<b>CASILLAS-GIL</b> (Surnombre jusqu'au 31/08/2020)	Médecine physique et réadaptation
M.	Pascal	<b>CHAVANET</b> (Surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Maladies infectieuses

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			<b>Discipline Universitaire</b>
M.	Jean-Louis	<b>ALBERINI</b>	Biophysiques et médecine nucléaire
Mme	Lucie	<b>AMOUREUX BOYER</b>	Bactériologie
Mme	Shaliha	<b>BECHOUA</b>	Biologie et médecine du développement
M.	Mathieu	<b>BLOT</b>	Maladies infectieuses
M.	Benjamin	<b>BOUILLET</b>	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	<b>BRINDISI</b>	Nutrition
Mme	Marie-Lorraine	<b>CHRETIEN</b>	Hématologie
Mme	Vanessa	<b>COTTET</b>	Nutrition
M.	Damien	<b>DENIMAL</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Ségolène	<b>GAMBERT-NICOT</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Marjolaine	<b>GEORGES</b>	Pneumologie
Mme	Françoise	<b>GOIRAND</b>	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	<b>GUENANCIA</b>	Physiologie
Mme	Agnès	<b>JACQUIN</b>	Physiologie
M.	Alain	<b>LALANDE</b>	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	<b>LEGRAND</b>	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	<b>LEMAIRE-EWING</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Pierre	<b>MARTZ</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Alain	<b>PUTOT</b>	Gériatrie
M.	Paul-Mickaël	<b>WALKER</b>	Biophysique et médecine nucléaire

## PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	<b>BEDENNE</b>	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	<b>BESANCENOT</b>	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	François	<b>BRUNOTTE</b>	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Philippe	<b>CAMUS</b>	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Jean	<b>CUISENIER</b>	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Jean-Pierre	<b>DIDIER</b>	(01/11/2018 au 31/10/2021)
Mme	Monique	<b>DUMAS-MARION</b>	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Claude	<b>GIRARD</b>	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Maurice	<b>GIROUD</b>	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Patrick	<b>HILLON</b>	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	François	<b>MARTIN</b>	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Henri-Jacques	<b>SMOLIK</b>	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Pierre	<b>TROUILLOUD</b>	(01/09/2017 au 31/08/2020)

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	<b>BEIS</b>	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	<b>MAZALOVIC</b>	Médecine Générale
-----	-------	------------------	-------------------

## PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	<b>CANNET</b>	Médecine Générale
M.	François	<b>MORLON</b>	Médecine Générale

### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**

M.	Clément	<b>CHARRA</b>	Médecine Générale
Mme	Anne	<b>COMBERNOUX -WALDNER</b>	Médecine Générale
M.	Benoit	<b>DAUTRICHE</b>	Médecine Générale
M.	Alexandre	<b>DELESVAUX</b>	Médecine Générale
M.	Rémi	<b>DURAND</b>	Médecine Générale
M.	Arnaud	<b>GOUGET</b>	Médecine Générale

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

Mme	Lucie	<b>BERNARD</b>	Anglais
M.	Didier	<b>CARNET</b>	Anglais
Mme	Catherine	<b>LEJEUNE</b>	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	<b>JEGO</b>	Biologie Cellulaire

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

Mme	Marianne	<b>ZELLER</b>	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

### **PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE**

Mme	Marceline	<b>EVRARD</b>	Anglais
Mme	Lucie	<b>MAILLARD</b>	Anglais

### **PROFESSEURS CERTIFIES**

Mme	Anaïs	<b>CARNET</b>	Anglais
M.	Philippe	<b>DE LA GRANGE</b>	Anglais
Mme	Virginie	<b>ROUXEL</b>	Anglais (Pharmacie)

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

M.	Mathieu	<b>BOULIN</b>	Pharmacie clinique
M.	François	<b>GIRODON</b>	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	<b>KOHLI</b>	Immunologie

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

M.	Philippe	<b>FAGNONI</b>	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	<b>LIRUSSI</b>	Toxicologie
M.	Marc	<b>SAUTOUR</b>	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	<b>SCHMITT</b>	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

## COMPOSITION DU JURY

Président :

**Pr. Jean-Noël Beis.**

Membres :

**Pr. Sylvain Audia.**

**Pr. François Morlon.**

**Dr. Anne-Laure Bonis, directrice de Thèse.**

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.*

*J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.*

*Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.*

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."*

# REMERCIEMENTS

Au **Professeur Jean-Noël Beis**, pour me faire l'honneur de présider ce jury de thèse, soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Au **Professeur Sylvain Audia**, pour ta séniorisation en médecine 1, un terrain de stage dont je garde un très bon souvenir. Merci d'avoir accepté de juger mon travail, sois assuré de ma gratitude et de mon estime.

Au **Professeur François Morlon**, merci d'avoir accepté de juger mon travail. Soyez assuré de mon profond respect.

Au **Docteur Anne-Laure Bonis**, pour avoir dirigé cette thèse, pour tes conseils, tes remarques et ta réactivité. Je suis admiratif de ton engagement auprès des étudiants, des patients, de l'URPS, de MG France et de tes confrères. Voici le témoignage de ma reconnaissance et de mon estime.

A M. Matthieu Gateau, pour m'avoir prodigué de nombreux conseils.

Aux médecins généralistes qui ont accepté de participer aux entretiens, au Pr P. Mercier et au Dr. Tavernari.

A tous les médecins et internes qui m'ont appris la médecine au lit du malade.

Au service de Médecine 1, aux Urgences de Semur en Auxois et à la Pédiatrie Chalonnaise.

A mes maîtres de stage de médecine générale.

A mes co-internes avec qui j'ai passé de très bons moments : Romain, Clémentine, Nathan, Antoine, Mélanie, Linh-Nam, Pierre, Thibault, Caroline, Adrien, Inès, Jennifer, Charlotte.

Aux grands-parents et aux anciens.

A mes parents, qui vont compter un troisième Docteur en médecine dans leur progéniture. Il s'agira de rester modeste !

A Marianne, à Florence et à ses Daban.

A Nelly, la douceur de son foyer, pour ton soutien inconditionnel et tes compétences en informatique.

A mon petit Louis-Félix,

A celui/celle, ceux/celles qui ne sont pas encore là.

A ma belle-famille.

A Marianna, Jérémy et Elias, les quelques précieux amis récoltés dans ce long séjour Bourguignon.

A mes amis Lyonnais.

## **Liste des abréviations :**

ARS : Agence régionale de Santé

CDF : Chirurgiens-dentistes de France

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé.

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSMF : Confédération des syndicats Médicaux Français

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées.

DPC : Développement Professionnel Continu.

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

FMF : Fédération des Médecins de France

FNOF : Fédération Nationale des Omnipraticiens Français

FSPF : Fédération syndicale des Pharmaciens de France.

MAG : Mouvement d'Action des Généralistes.

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

PDSA : Permanence de Soins Ambulatoires.

ROSP : Revenu sur Objectif de Santé Publique

RQDA : R package for Qualitative Data Analysis

SML : Syndicat des Médecins Libéraux

SMG : Syndicat de la Médecine Générale

UFML : Union Française pour la Médecine Libre

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance maladie.

UNOF : Union Nationale des Omnipraticiens Français.

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux.

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé.

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire.

# TABLE DES MATIERES

<b>I) Introduction</b>	<b>13</b>
<b>A - Contexte</b>	<b>13</b>
1. De la naissance des syndicats médicaux à la première convention nationale.	13
2. La période conventionnelle de 1971 à nos jours	15
a. La fragmentation de la représentation syndicale	15
b. De 1986 à 2004 : Difficulté du système conventionnel dans un contexte de rivalités entre syndicats	16
c. L'affirmation du pouvoir de l'Etat	17
d. De 2005 à nos jours : l'identité de la médecine générale s'affirme en incorporant des principes non libéraux.	18
3. Une crise de la représentativité syndicale ?	19
a. Une baisse continue de la représentativité et de la légitimité des syndicats	19
b. Le désaveu des syndicats signataires et des politiques de santé	20
c. Les coordinations de médecins : une nouvelle forme de construction de la représentativité ?	20
<b>B - Problématique</b>	<b>21</b>
<b>II) Matériel et méthode</b>	<b>22</b>
<b>A - Type d'étude</b>	<b>22</b>
<b>B - Population de l'étude :</b>	<b>22</b>
1. Critères d'inclusion	22
2. Critères d'exclusion	22
3. Un échantillonnage raisonné	22
4. Recrutement	23
<b>C - Le guide d'entretien qualitatif</b>	<b>23</b>
<b>D - L'analyse des données</b>	<b>23</b>
<b>III) Résultats.</b>	<b>25</b>
<b>A - Description du corpus.</b>	<b>25</b>
<b>B - La représentation syndicale vue par les médecins.</b>	<b>26</b>
1. Des connaissances sur la représentation syndicale médicale très hétérogènes.	26
2. La vision du rôle des syndicats de médecins.	27
3. Une assimilation spontanée au milieu politique.	28
4. MG France et les autres...	28
<b>C - Tour d'horizon de l'engagement au syndicalisme médical.</b>	<b>29</b>
1. Les déterminants de l'adhésion au syndicalisme médical.	29
a. Des prédispositions à l'engagement :	29
b. Une adhésion suscitée par un militant syndical	29
c. La défense des intérêts de la profession et des intérêts particuliers	30
d. La promotion d'une certaine idée de la médecine générale	30
2. Les freins à l'adhésion aux syndicats de médecins.	31
a. Le manque de temps.	31
b. Un exercice individuel qui défavorise l'engagement collectif.	31
c. Une impression d'inutilité	32
d. Une mauvaise image du syndicalisme en général	32
e. Un déficit d'information et de connaissances	33
f. Un obstacle financier.	33

g.	Une forme de désintérêt	33
h.	L'engagement syndical expose et rend vulnérable.	33
3.	Le désengagement	34
<b>D -</b>	<b>Une critique du syndicalisme médical.</b>	<b>35</b>
1.	Une communication défectueuse.	35
a.	Une communication entre les instances syndicales et les médecins insatisfaisante	35
b.	Une communication inaudible auprès du grand public et source de malentendu	36
2.	Une représentativité faible.	37
a.	Un nombre de syndiqués trop faible pour assurer le fonctionnement de la représentativité.	37
b.	Déconnexion à tous les échelons des instances syndicales dirigeantes au médecin lambda.	38
c.	Une gestion autoritaire de la prise de décision et de l'élaboration des programmes.	39
d.	Des lignes syndicales floues et pas assez différenciées	40
e.	L'ambiguïté de la critique de la représentativité	40
3.	Un pouvoir institutionnalisé en pratique assez faible	41
a.	Une forme d'impuissance.	41
b.	Des rapports de pouvoir déséquilibrés avec l'Etat.	41
c.	Un pouvoir faible parce qu'il est illégitime.	42
4.	Un univers syndical miné par l'orgueil et les rivalités.	42
5.	Des réformes cautionnées par les syndicats qui ne font pas l'unanimité	43
<b>E -</b>	<b>Des raisons d'être satisfaits des syndicats de médecins</b>	<b>44</b>
1.	Des syndicats utiles pour les généralistes.	44
a.	Des avancées pour la médecine générale.	44
b.	Une communication utile.	45
c.	Une représentativité sous certains aspects bien réelle.	45
d.	Un pouvoir réel .	46
e.	Une opportunité de formation professionnelle.	46
f.	De la reconnaissance pour l'engagement des médecins syndiqués	46
2.	Un engagement épanouissant qui apporte certains avantages.	46
a.	Un soutien juridique.	46
b.	Une source d'information et de formation pour les adhérents.	47
c.	Prendre plaisir à s'engager sur le plan local.	47
d.	Un soutien aux confrères valorisant.	47
e.	Une forme d'épanouissement sur des bases intellectuelles et plus solidaires.	47
<b>F -</b>	<b>Améliorations proposées par les médecins généralistes.</b>	<b>48</b>
1.	Une formation universitaire : devenir « médecin dans la cité ».	48
2.	Une communication mieux ciblée et privilégiant le contact direct pour susciter des adhésions :	49
3.	Valoriser et défendre la médecine générale dans les médias :	50
4.	Donner du temps aux syndiqués pour communiquer avec leurs confrères :	50
5.	Réduire le coût des cotisations.	51
6.	Améliorer la légitimité : encourager le vote et susciter l'interaction avec la base des militants.	51
7.	Redistribuer les pouvoirs dans la gouvernance du système de soins.	52
8.	Repenser la défense de la profession	52
a.	Une aspiration à défendre des valeurs libérales	52
b.	Des syndicats plus indépendants pour une profession maîtresse de sa destinée.	53
c.	Une aspiration à voir moins de rivalités entre syndicats : une approche moins politicienne.	53
9.	Une représentation médicale sans alternative plausible aux syndicats de médecins.	54
<b>G -</b>	<b>Synthèse des résultats et carte mentale</b>	<b>55</b>
<b>IV)</b>	<b>Discussion des résultats</b>	<b>58</b>
<b>A -</b>	<b>Forces de l'étude</b>	<b>58</b>

<b>B -</b>	<b>Limites de l'étude</b>	<b>58</b>
<b>C -</b>	<b>La désyndicalisation des médecins généralistes</b>	<b>59</b>
1.	Des rangs clairsemés au sein d'une profession défiante.	59
a.	Un manque d'adhérents	59
b.	Un manque de sympathisants : la défiance des non syndiqués	60
2.	Les causes de la désyndicalisation en médecine générale	60
a.	L'image du syndicalisme	60
b.	Le manque de temps	61
c.	Une méconnaissance source de désintérêt.	61
d.	Le sentiment d'inutilité : un pouvoir faible mais autoritaire.	62
e.	Des médecins individualistes ?	63
f.	Mauvaise communication.	65
3.	La dynamique négative de la désyndicalisation	65
<b>D -</b>	<b>Une perspective à généraliser : des causes communes au processus global de désyndicalisation</b>	<b>66</b>
<b>E -</b>	<b>La désyndicalisation conséquence d'une crise identitaire en médecine générale ?</b>	<b>67</b>
1.	L'identité libérale de la médecine de ville	67
2.	Une médecine générale encore en construction : le flou identitaire.	68
<b>F -</b>	<b>Vers un remède à la crise de la représentation syndicale</b>	<b>68</b>
1.	Des raisons d'espérer une amélioration	68
2.	Quelques propositions	69
<b>V)</b>	<b>Conclusion.</b>	<b>70</b>
<b>VI)</b>	<b>Bibliographie.</b>	<b>71</b>
<b>VII)</b>	<b>Annexes</b>	<b>75</b>
1.	Annexe 1 : Guide d'entretien	75

## **TABLE DES ILLUSTRATIONS**

*Tableau 1. Caractéristiques des médecins généralistes interrogés ..... 26*

*Figure 1. Carte mentale des relations entre les médecins généralistes et les syndicats ..... 57*

# **I) Introduction**

Les syndicats médicaux représentatifs ont pour fonction de représenter les médecins libéraux dans le cadre de contrats collectifs nationaux, appelés Conventions (1). Les médecins généralistes libéraux sont très majoritairement conventionnés (2). C'est un accord qui dépend de la signature des syndicats médicaux suite à une négociation menée avec le directeur de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), nommé par le gouvernement. Elles suivent les orientations issues du conseil d'administration de la sécurité sociale. La convention est ensuite avalisée par le ministre de la Santé. La nécessité d'un compromis doit donc se dégager d'une discussion où s'expriment ses différents acteurs : les syndicats médicaux, l'Etat, l'assurance maladie, la mutualité, les représentants de salariés et du patronat, et les représentants des patients (3).

La convention médicale opère dans l'organisation du système de soins et la régulation des dépenses en matière de santé, ce qui inclut la rémunération des professionnels de santé (4). En conséquence, ce système confère aux syndicats un poids considérable dans l'organisation de la médecine de ville qui s'apparente à une importante délégation législative. Leur engagement dans la convention médicale dépasse donc le cadre de la défense des intérêts professionnels des médecins (5).

Ils tiennent leur légitimité des élections professionnelles organisées tous les cinq ans. De ce vote découle la représentativité et le poids relatif de chaque syndicat dans le collège des généralistes des URPS (Union régionale des professionnels de Santé) et sa capacité à signer la convention médicale (1).

A ce titre, la relation qui lie les médecins généralistes libéraux aux syndicats est complexe et empreinte de leurs attentes et de leurs craintes, en ce qui concerne l'évolution de leur profession et de leurs conditions d'exercice.

Afin de caractériser au mieux ces relations, nous allons en résumer brièvement le contexte historique et politique. Nous verrons qu'elles sont tributaires d'une dynamique relationnelle ancienne, entre les différents acteurs du système de soins. Puis, nous montrerons en quoi la représentation des médecins généralistes libéraux par les syndicats médicaux pose question actuellement.

## **A - Contexte**

### **1. De la naissance des syndicats médicaux à la première convention nationale.**

Le syndicalisme médical est apparu au 19<sup>ème</sup> siècle, au sein d'une profession en mal de représentation depuis l'abolition des corporations de métiers au cours de la Révolution Française. C'est l'outil adopté -malgré de nombreuses réticences- par le corps médical, pour assurer l'indépendance et les intérêts de la profession, en proie aux menaces que représentaient l'essor de la mutualité et de l'Etat providence, ainsi que le charlatanisme (6). Le syndicalisme était alors pour beaucoup un mode de représentation trop associé au socialisme révolutionnaire, et les revendications syndicales -notamment tarifaires- pouvaient paraître basement

matérialistes, à des médecins attachés à leur image de « saint laïc », et pour qui le désintéressement constituait une vertu cardinale (6).

Légalisé en 1892, par la loi Chevandier, le syndicalisme médical s'est ensuite affirmé et unifié autour des valeurs de la charte de la médecine libérale de 1927. Elles ont été adoptées par la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) lors de sa création en 1928 et sont en même temps devenues symboliquement constitutives de l'identité de la médecine de ville. Encore aujourd'hui quatre des sept principes fondamentaux initialement énoncés figurent au code de la sécurité sociale (7).

*Les sept principes fondateurs de la charte de la médecine libérale. (8)*

- 1) *Le libre choix*
- 2) *Le respect absolu du secret professionnel*
- 3) *Le droit à des honoraires pour tout malade soigné*
- 4) *L'entente directe*
- 5) *La liberté thérapeutique : l'intérêt technique du traitement doit primer sur l'intérêt économique.*
- 6) *Le contrôle des malades par les caisses, des médecins par les syndicats.*
- 7) *La nécessité de représentation du syndicat dans les commissions techniques organisées par les caisses.*

L'émergence du syndicalisme médical, imprégné de tendances corporatistes, marque le début d'une longue période où l'on va le voir s'opposer à la constitution de la protection sociale en France (9).

La CSMF représentera les médecins sans véritable concurrence de 1928 à 1967, date à laquelle une scission aboutit à la création de la Fédération des Médecins de France (FMF). Ce syndicat va naître pour représenter les médecins opposés au principe d'une convention médicale collective négociée avec les caisses d'assurance maladie (10).

Concrétisant une attitude de coopération avec les organismes de sécurité sociale initiée à la fin des années 1960, la CSMF signe la première convention nationale en 1971 après avoir obtenu l'engagement que le caractère libéral de l'exercice médical serait préservé (11). La liberté d'installation des médecins libéraux sur le territoire est inscrite au code de la sécurité sociale aux côtés des principes de la charte de la médecine libérale (12). Cette coopération à une régulation négociée entre tous les acteurs du système de soins est perçue comme la condition sine qua non pour garantir l'autonomie de la profession sous la menace de tentatives de régulation autoritaires de la part de l'Etat. La convention instaure la généralisation d'un tarif médical opposable uniforme sur tout le territoire en l'échange d'avantages sociaux accordés aux médecins libéraux (13). Cela marque un tournant dans la doctrine syndicale de la CSMF, qui prône désormais la défense d'une médecine libérale et sociale (11). Le syndicalisme médical évolue du corporatisme vers un syndicalisme professionnel acceptant l'idée de coproduction des normes de régulation du système de soins (13).

La convention médicale fut un succès. Elle rassembla 96% des médecins libéraux dès 1974 (13). La solvabilisation de la patientèle permit un développement considérable de la médecine de ville. Elle s'accompagna d'un accroissement inattendu des dépenses de santé qui dans un contexte de stagnation économique vont inquiéter les gouvernements successifs et les amener à tenter de les réguler (14).

## 2. La période conventionnelle de 1971 à nos jours

### *a. La fragmentation de la représentation syndicale*

- Création du Syndicat des médecins libéraux (SML) et apparition du secteur 2.

En proie à des impératifs budgétaires, l'Etat souhaite la mise en place d'un processus de maîtrise comptable des dépenses de santé via l'attribution d'une enveloppe globale signifiant le gel des tarifs conventionnels. Dans ce contexte, le projet porté par la FMF instaure un secteur conventionnel à honoraires libres au prix du renoncement au soutien des caisses pour la prise en charge des cotisations sociales. C'est la revanche de l'entente directe au détriment du patient dont le reste à charge tend à augmenter (15). Elle procède aussi à une scission au sein du monde médical. La médecine de ville sera à présent séparée en deux catégories de médecins dont les intérêts ne convergent pas forcément : les médecins de secteur 2 pratiquant des honoraires libres, principalement représentés par des spécialistes d'organes et les chirurgiens, et les médecins de secteur 1, qui ne peuvent pas pratiquer de dépassements d'honoraires, et qui regroupent l'essentiel des généralistes. Cette évolution va se traduire par une nouvelle diversification dans la représentation médicale avec la création du SML en 1981 en tant que syndicat poly-catégoriel qui défend les valeurs libérales et les acquis du secteur 2 (9).

- Création de MG France dans un contexte de crise identitaire de la médecine générale.

Les années 80 voient apparaître par l'intermédiaire de MG France, un syndicalisme mono-catégoriel qui entend défendre les intérêts des médecins généralistes. Il est issu des déceptions d'une génération de généralistes qui subit une précarisation matérielle et professionnelle. Les revenus stagnent quand ceux des spécialistes récemment autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires augmentent. Ils subissent une déconsidération à la fois universitaire et professionnelle. De plus, les réformes des études médicales consacrent leur sélection par l'échec. Ils n'ont par ailleurs pas de formation adaptée à leurs besoins (16). La médecine générale souffre également d'une déconsidération et d'un manque d'espace représentatif au sein de la CSMF.

Le syndicat MG France résulte de la réunion de deux mouvements apparus à partir de la fin des années 70 et qui se retrouveront dans le premier comité directeur du syndicat (17).

Des médecins généralistes syndiqués à la Fédération Nationale des Omnipraticiens Français (FNOF), au sein de la CSMF, essaient d'obtenir des dispositions permettant aux généralistes de s'affirmer pour obtenir une représentativité de la médecine générale. La contestation de quelques syndiqués va prendre de l'ampleur, si bien que la CSMF crée l'Union Nationale des Omnipraticiens Français (UNOF) en 1984 pour contenter ces revendications représentatives. Néanmoins, des généralistes contestataires, refusent d'y adhérer et vont fonder le MAG (Mouvement d'Action des Médecins Généralistes), qui sera à l'origine de MG France.

Le second contingent est constitué de médecins issus des militants du Syndicat de la Médecine Générale (SMG) qui fut le premier syndicat propre à la médecine générale, fondé en 1975. Il s'agit d'un mouvement de type alternatif dans le paysage médical qui conteste les principes fondateurs libéraux de la médecine de ville (16).

En juin 1984 un appel est lancé pour la création d'un syndicat mono-catégoriel de médecins généralistes qui met en place les points essentiels qui seront fondateurs de la doctrine militante de MG France. MG France sera ainsi formé en novembre 1986 et va rédiger son programme dans son « livre vert ».

Les sept points fondamentaux pour la médecine générale (18) :

Reconnaissance à l'université au même titre que les autres spécialités  
De qualité et accessible à tous  
Qui participe es qualité à toutes les commissions  
Rémunérée à sa juste valeur et pour la totalité de ses fonctions  
Qui bénéficie d'une politique incitative de FMC de qualité  
Qui bénéficie d'un cadre conventionnel spécifique  
Abordée dans sa globalité en coopération avec les autres spécialités

- Une division idéologique

Suite à la reconnaissance de MG France en tant que syndicat représentatif des médecins généralistes en février 1989, nous arrivons à une configuration syndicale quasi moderne qui s'est globalement constituée autour de la CSMF par des scissions successives (1). La FMF et le SML, entendent défendre les valeurs libérales originelles de la médecine de ville. La CSMF reste majoritaire dans sa voie libérale et sociale, favorable au compromis conventionnel à condition de respecter les principes de la charte de la médecine libérale. Le syndicat MG France sera le premier syndicat représentatif des médecins à ne pas faire de la défense de l'héritage libéral une fin en soi. Ses axes de prédilection sont la reconnaissance de la médecine générale au sein d'un système de soins organisé et accessible à tous (19). En outre, il ne représente que les médecins généralistes. Sur ces bases, un clivage se forme entre MG France et les autres syndicats médicaux (14).

***b. De 1986 à 2004 : Difficulté du système conventionnel dans un contexte de rivalités entre syndicats***

- Rivalité entre MG France et les syndicats poly-catégoriels.

MG France va s'affirmer comme le partenaire conventionnel majoritaire de 1990 à la fin de la convention de 1998, en excluant la convention de 1993 soutenue par le CSMF. Par cette stratégie dite « conventionniste », le syndicat mono-catégoriel s'isole et suscite l'hostilité des autres syndicats (14). MG France approuve des textes défavorables aux autres secteurs de la profession en l'échange de concessions favorables à la médecine générale. C'est par exemple, le seul syndicat médical d'envergure à soutenir le plan Juppé, rétablissant une maîtrise comptable des dépenses en 1995, mais prévoyant aussi la mise en place de filières de soins en médecine générale (20). De la même manière, la CSMF et le SML vont entériner le blocage de l'accession au secteur 2 aux médecins généralistes lors de la Convention de 1993 et approuver un système qui fait reposer sur eux la majorité des efforts en ce qui concerne la régulation des dépenses (19).

Malgré tout, entre 1990 et 2003, quelques mesures de fond vont être pérennisées : la maîtrise médicalisée au détriment de la maîtrise comptable des dépenses de santé, les Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML), la notion de références médicale opposables (19).

- Le contournement du système conventionnel.

Dans ce contexte, les syndicats médicaux non signataires vont utiliser des stratégies alternatives d'opposition aux conventions et d'influence des politiques publiques: le lobbying auprès des décideurs politiques, le recours juridique auprès du conseil d'Etat, la grève et la manifestation (21). Ainsi, les conventions de 1990 et de 1998 seront annulées suite à une décision du Conseil d'Etat (22).

Un phénomène émerge : les coordinations de médecins. Il s'agit d'organisations spontanées de médecins qui naissent en période de conflit et expriment un « ras le bol » de la base. Elles sont porteuses d'un discours hostile à la fois envers l'Etat et envers les représentants syndicaux dont elles reprochent le suivisme vis-à-vis des tutelles, la mauvaise représentativité, et la négation des valeurs libérales de la médecine de ville (10). Elles concourent à préserver le statut quo face aux tentatives de régulation de la profession (10). Elles contribueront à obtenir la promesse d'une revalorisation de la consultation à 20 euros par le candidat à la présidentielle Jacques Chirac, en dehors de toute concertation avec la sécurité sociale (20).

### *c. L'affirmation du pouvoir de l'Etat*

Une modification des rapports de force en ce qui concerne le pilotage du système de soins s'opère à partir du début des années 1990. C'est en premier lieu l'affirmation du rôle de l'Etat dans la politique de santé. Elle s'accompagne d'une ambitieuse politique de santé publique et d'une normalisation des pratiques médicales dans le cadre du processus de maîtrise médicalisée des dépenses (création de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2004) (3).

Une véritable effusion législatrice s'additionne aux conventions alors que la mise en place de la démocratie sociale et la sanctuarisation des relations professionnelles avaient préservé le système de soins des interventions de l'Etat en laissant aux syndicats de salariés, aux organisations patronales, à la sécurité sociale et aux syndicats médicaux un très large champ d'action (23).

La réforme Juppé a consacré le rôle du parlement dans la définition et le suivi des objectifs de l'assurance maladie. La loi de financement de l'assurance maladie est devenue l'instrument annuel de son intervention via la définition de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM). Dans les années 2000, la définition de la politique de santé par le parlement est prévue par la loi. Ainsi, la loi du 9 août 2004 instaure une loi quinquennale de santé publique. Elle modifie également la gouvernance de l'assurance maladie et l'architecture conventionnelle dans le sens d'une influence accrue du pouvoir exécutif. De fait, elle entérine la création de l'UNCAM dont le directeur, nommé par l'Etat, dirige les négociations conventionnelles (23).

La loi Hôpital, Patients, Santé Territoires (HPST) permet la mise en place d'organisations territoriales de la santé en confiant aux Agences Régionales de Santé (ARS) un pouvoir unifié de pilotage du système de soins. Elles ont pour rôle l'organisation d'un projet régional de santé, constitué de trois éléments : les soins de ville, la prévention et l'action médico-sociale (24). C'est en fait la confirmation de l'utilisation de l'échelon régional pour affirmer le pouvoir de l'Etat (25). Leurs interlocuteurs en médecine de ville sont les URPS (anciennement URML). Elles disposent de 3 collèges distincts : généralistes, spécialistes et plateau technique lourd, dont les effectifs sont élus lors des élections professionnelles sur des listes syndicales. Elles participent à la préparation et à la mise en œuvre du projet régional de santé avec l'ARS, en représentant les médecins libéraux (24).

Deux nouveaux acteurs apparaissent au sein du conseil d'administration de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) : la mutualité et les associations représentatives des usagers du système de soins, traduisant la naissance de la démocratie sanitaire (3).

***d. De 2005 à nos jours : l'identité de la médecine générale s'affirme en incorporant des principes non libéraux.***

La période qui s'étend de 2005 à nos jours est marquée par de profondes transformations dans le système de soins, en particulier en ce qui concerne la médecine générale. Elles vont survenir par voie législative et suite aux conventions médicales. Elles sont marquées par les tentatives de l'Etat de répondre aux points de tensions du système de soins : démographie médicale, transition épidémiologique, droit des patients, équilibre financier (23). Mais aussi par la concrétisation du processus d'affirmation identitaire de la médecine générale.

- La médecine générale incorpore des principes non libéraux par voie conventionnelle. Des syndicats dispersés.

La convention de 2005 met en place le système du médecin traitant, qui fait du médecin généraliste le coordonnateur du parcours de soins de ses patients. La convention est signée par la CSMF mais contre l'avis de MG France qui y voit l'apparition de nouvelles contraintes pour les médecins généralistes sans contrepartie. En outre, la réforme entérine l'option « médecin référent » et bénéficie financièrement davantage aux spécialistes qu'aux généralistes (14). L'existence de l'affiliation à un médecin traitant constitue l'une des caractéristiques principales des systèmes de soins ambulatoires organisés. Le généraliste peut désormais être qualifié par ses patients inscrits et par leur nombre, ce qui double l'exercice individuel d'une dimension populationnelle. Le rôle du médecin traitant s'accompagne de la généralisation d'une rémunération forfaitaire (26).

La convention médicale du 26 juillet 2011 est signée par la CSMF, le SML et MG France. Elle conforte le dispositif du médecin traitant et contient l'affirmation de la volonté d'une coopération entre représentants des médecins et l'UNCAM pour favoriser l'accès aux soins. Elle comporte un accord sur le fait que le paiement à l'acte est le socle de la médecine de ville mais qu'il faut mettre en place d'autres modes de rémunérations. C'est dans cette optique qu'est mise en place la rémunération sur objectif de santé publique (27).

La convention du 26 août 2016 est signée par la FMF, MG France et le Bloc, mais la CSMF et le SML refusent de ratifier le texte. Elle s'accompagne d'une revalorisation des tarifs de consultation des généralistes pour atteindre 25 euros. Le forfait patientèle pour les médecins traitants est étendu en incluant les enfants de moins de 16 ans et revalorisé. La rémunération sur objectif de santé publique est complétée et revalorisée. Le « forfait structure » est créé. La sécurité sociale met à disposition une aide financière complémentaire pour les médecins libéraux qui suspendent leur activité en cas de maternité, paternité ou adoption (27).

- L'Etat dote la médecine générale d'une identité positive par voie législative

L'accession de la médecine générale au rang de spécialité est obtenue en 2007 par voie législative, trois ans après la création du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale. Une filière universitaire de médecine générale se développe au sein des facultés pour assurer la formation des étudiants. Les stages en cabinet de médecine générale font à présent partie de la formation de tout médecin en France dès l'externat. Parallèlement à l'accession au statut de spécialité, une harmonisation des tarifs entre spécialistes de médecine générale et autres spécialistes est en projet (28). En 2009, la loi HPST consacre le rôle de médecin

généraliste de premier recours. La loi de modernisation de la santé de 2016 insiste sur la nécessité d'opérer un virage ambulatoire. Les médecins généralistes y auraient un rôle prépondérant en tant que praticiens de premier recours pour coordonner le parcours de soins des patients au sein d'équipes de soins primaires (28).

### 3. Une crise de la représentativité syndicale ?

#### a. *Une baisse continue de la représentativité et de la légitimité des syndicats*

- La désyndicalisation des médecins libéraux

Le taux de syndicalisation des médecins libéraux est en réduction constante depuis les années 60 en France. A l'époque, la CSMF était le seul syndicat médical existant et bénéficiait d'un taux de syndicalisation global de 60% du total des médecins libéraux(10). La dernière enquête concernant le taux de syndicalisation de la profession date du début des années 2000 et l'estimait à environ 25% des effectifs des médecins libéraux partagés entre 4 syndicats représentatifs (29).

De l'aveu des représentants syndicaux, le pourcentage de médecins syndiqués se serait encore réduit depuis, dans des proportions qu'il nous est impossible d'estimer de manière précise, en l'absence d'étude récente à ce sujet, à fortiori en ce qui concerne les médecins généralistes (30). Nous ne nous avancerons pas trop en estimant que le taux de syndicalisation des médecins libéraux est probablement inférieur à 25% des médecins en activité. Ce taux brut pourrait masquer de fortes disparités entre spécialités que nous ne sommes pas en mesure de développer. Selon la cour des comptes, MG France, syndicat électoralement majoritaire chez les généralistes lors de 3 des 4 dernières élections URPS – et qui paraît donc être le plus légitime chez les généralistes - compte parmi ses adhérents moins de 10% des quelques 60000 médecins généralistes en activité (24) (31). La tendance va donc dans le sens d'une érosion du taux de syndicalisation au cours du temps au sein d'une offre syndicale sans cesse plus fragmentée.

- Une légitimité déclinante et controversée

Il existe également une baisse régulière de la participation des médecins aux élections professionnelles. Elle est passée de 53% en 2000 à 42% en 2015 pour le collège des généralistes (3) (32) . Cela affaiblit les syndicats en amenuisant leur légitimité à représenter les médecins. En outre, cela pourrait traduire l'existence d'une majorité silencieuse au sein des médecins généralistes en ce qui concerne la représentation médicale.

Le mode de financement des syndicats constitue également un motif de délégitimation des syndicats de médecins (21). La signature de la Convention s'accompagne d'une contribution financière aux syndicats pour assurer le bon fonctionnement du système conventionnel. Selon la cour des comptes cela représentait 2.7 millions d'euros pour l'année 2013 (24). Dans un contexte de manque de cotisants, certains déplorent le risque de conflit d'intérêt, et de perte d'autonomie que représente la dépendance des syndicats à ces subventions. De l'aveu de Jean-Paul Ortiz, président de la CSMF, ce mode de financement revient à « négocier avec un pistolet sur la tempe » (33). Le SML, la CSMF, la FMF et l'UFML sont actuellement favorables à une déconnexion de l'attribution du fond conventionnel de la signature conventionnelle.

### ***b. Le désaveu des syndicats signataires et des politiques de santé***

Jusqu'à présent, toute signature conventionnelle par un syndicat est sanctionnée lors des élections professionnelles suivantes, alors que ceux qui sont les plus contestataires se voient encouragés par les votes. Ainsi MG France fit carton plein chez les généralistes après la convention de 1993 signée par la CSMF. Les rôles s'inversent en 2000. En 2006, la FMF qui conteste la convention signée par la CSMF progresse de manière significative (1). En 2015, la FMF, seul syndicat représentatif des généralistes à ne pas avoir signé la convention de 2011, progresse encore (32).

Cela pourrait traduire une forme de refus tacite du système conventionnel chez les médecins, un refus de tout compromis dans la régulation de leur exercice professionnel (21). Chaque signature serait perçue par la base comme un aveu de faiblesse. Il peut également s'agir de la traduction d'un mécontentement chronique à l'égard des politiques de santé. Les syndicats signataires seraient alors punis d'avoir cautionné des mesures insatisfaisantes. Il est admis qu'il existe une adhésion très imparfaite au sein des médecins généralistes en ce qui concerne les évolutions majeures de la profession actées ces dernières années. En médecine générale, par exemple, la diversification des modes de rémunération ne fait pas l'unanimité (34) (35). De manière générale, les entorses aux valeurs libérales de la profession sont soumises à controverses (10).

La tentative d'instauration du tiers payant généralisé par la Loi santé de 2016 et la virulente opposition qu'elle a suscitée en est un exemple très parlant. Cette modification du mode de rémunération des médecins, initialement prévue par voie conventionnelle, a finalement été débattue par voie législative devant l'anticipation d'un échec des négociations et la volonté du gouvernement de ne pas abandonner une promesse de campagne se voulant être un marqueur emblématique de sa politique (10) (36). Cela va provoquer la colère des médecins libéraux, que le gouvernement oppose sciemment aux patients sur ce dossier. La Loi santé va être à l'origine d'une importante contestation du corps médical par le biais des syndicats mais aussi par l'intermédiaire de coordinations qui s'est traduite par des journées de grève et de manifestations (10). On voit dans cet exemple, que d'une part, le gouvernement renonce à négocier avec les syndicats et d'autre part, que les médecins s'organisent sans eux pour se défendre. Cela concourt à démontrer que les syndicats de médecins n'assurent pas de manière satisfaisante leur rôle de « courroie de transmission » entre les médecins généralistes et le monde politique.

### ***c. Les coordinations de médecins : une nouvelle forme de construction de la représentativité ?***

Des coordinations de médecins apparaissent régulièrement en période de conflits avec l'Etat depuis la fin des années 1980(10). Ce phénomène pourrait traduire un manque de confiance accordé aux syndicats par certains médecins pour défendre leurs intérêts professionnels. Il s'agit également d'une opposition à un certain pouvoir venu d'en haut, qui se manifeste dans ces expériences collectives proches des principes de la démocratie participative (21). Récemment, des coordinations sont nées en opposition à la mise en place du tiers payant généralisé. Des mouvements de stature départementale comme la coordination MST 71, active dans le Chalonais se sont mobilisés. Des coordinations d'envergure nationale sont également apparues. La diffusion de leurs idées et leur potentiel fédérateur a été catalysé par les réseaux sociaux. C'est le cas du mouvement des « médecins pigeons », qui fut rapidement populaire en occupant l'espace médiatique par son utilisation d'un groupe Facebook et dont les revendications initialement inhérentes aux médecins de secteur 2 se sont emparées de problématiques touchant l'ensemble des médecins libéraux. Ce mouvement a donné naissance

à l'UFML en 2012, une coordination qui cristallise également ses revendications sur le malaise de la médecine libérale. De manière générale ces coordinations nationales fustigent l'influence de la technostructure au pouvoir, de l'étatisation de l'organisation des soins via les ARS à la compromission des syndicats médicaux (10). L'UFML s'est constituée en syndicat en 2017. Il s'agit du premier syndicat de l'ère moderne à ne pas être issu d'une scission au sein d'un syndicat existant, mais né d'une contestation de la base des médecins libéraux.

## B - Problématique

Depuis leur création, les syndicats médicaux n'ont eu de cesse d'influer le système de soins et le statut du médecin généraliste. Ils occupent une place singulière, à la fois installés de manière institutionnelle à la table des négociations auprès des tutelles et représentants des médecins libéraux.

A l'heure où le médecin généraliste se dote peu à peu d'une identité positive, en tant que praticien de premier recours et où l'Etat entend faire prendre au système de soins français un « virage ambulatoire » pour faire face à ses difficultés systémiques, les syndicats médicaux qui constituent l'interface historique entre les pouvoirs publics et les médecins libéraux, paraissent affaiblis, peu représentatifs, peu légitimes, voire contestés par une partie des médecins généralistes et tout simplement ignorés par d'autres.

Il paraît licite de se demander quelles sont les raisons de cette dégradation des rapports entre les médecins généralistes libéraux et leurs syndicats représentatifs.

Il n'existe à notre connaissance pas de travail de thèse s'attachant à ce sujet. Un article paru dans la revue *Le Généraliste* en février 2019 titrée « Syndicats : la crise de foi » s'appuie sur les résultats d'un sondage réalisé auprès de ses lecteurs sur internet. Une étude qualitative publiée par Francis Pavé, parue en 2012 et titrée « la dérégulation endogène du système français de médecine libérale » s'attache de manière plus générale à comprendre les difficultés qu'ont les pouvoirs publics à réguler la profession. Elle ne concerne pas exclusivement les généralistes et son objectif est bien différent du nôtre.

L'objectif principal de ce travail est d'étudier les représentations des médecins généralistes de Côte d'Or à propos des syndicats de médecins par une étude qualitative afin de comprendre pourquoi il existe une dégradation de la qualité de leurs relations.

L'objectif secondaire est de proposer des pistes d'amélioration concernant les relations entre les syndicats et les médecins généralistes.

## **II) Matériel et méthode**

### **A - Type d'étude**

Il s'agit d'une étude qualitative menée auprès des médecins généralistes de Côte d'Or par des entretiens semi-dirigés. Pour évaluer leur opinion, concernant les syndicats médicaux, l'analyse qualitative nous a paru la plus adaptée. Ce type d'étude permet en effet de déterminer de manière assez large le panel des sentiments, des connaissances et des perceptions des médecins généralistes qui ont bien voulu participer (37). Nous avons tâché de recueillir le plus de données qualitatives possible, afin de dégager des tendances qui correspondent à la réalité du ressenti des médecins.

La méthodologie de l'étude s'est attachée à respecter les critères COREQ (38).

### **B - Population de l'étude :**

#### **1. Critères d'inclusion**

Le critère d'inclusion était le fait de pratiquer la médecine générale, y compris de manière non exclusive et d'être installé en Côte d'Or.

#### **2. Critères d'exclusion**

Les internes en médecine générale et les médecins remplaçants n'ont pas été inclus dans ce travail, parce qu'ils disposent d'une représentation spécifique de la part des syndicats d'internes et de jeunes médecins (Intersyndicale Nationale Autonome représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG), Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG), Regroupement Autonome Généralistes jeunes Installés et Remplaçants (ReAGJIR)), dont l'étude ne faisait pas partie de ce travail.

Les autres spécialités médicales n'ont pas été incluses parce que la médecine générale représente pour nous une population de médecins singulière au sein du monde médical libéral et qui dispose d'une identité propre. Les médecins généralistes bénéficient d'une représentation syndicale spécifique par le biais du syndicat mono-catégoriel MG France et de branches dédiées aux généralistes au sein des syndicats poly-catégoriels. Ils présentent des particularités vis-à-vis du système conventionnel qui en font un groupe assez homogène du fait de leur appartenance quasi exclusive au secteur 1, parce qu'ils représentent l'essentiel de la population de médecins traitants et assument la plus grande partie des soins de premier recours.

#### **3. Un échantillonnage raisonné**

Le corpus de médecins interrogés a été construit de manière raisonnée de façon à recueillir le plus de données qualitatives possible. L'objectif était d'obtenir un corpus de participants hétérogène en termes de classe d'âge, de sexe, de statut vis-à-vis du syndicalisme médical, de mode d'installation et de lieu d'installation. Nous souhaitons également faire varier l'échantillon en fonction de l'appartenance à l'Ordre des médecins et du secteur conventionnel,

mais aucun élu à l'Ordre des médecins et aucun des médecins généralistes installés en secteur 2 en Côte d'Or qui ont été contactés, n'a accepté de participer à l'étude.

#### 4. Recrutement

Le recrutement des médecins généralistes interviewés s'est fait sur la base du volontariat. Les médecins généralistes ont été contactés par téléphone. Le thème et l'objectif de l'étude, la qualification de l'examineur (médecin généraliste remplaçant), la durée indicative de l'entretien leur ont été présentés. Le choix du lieu de rendez-vous était laissé au médecin volontaire.

Huit d'entre eux ont été recrutés sur un mode aléatoire en utilisant l'annuaire des professionnels de santé. Cinq d'entre eux ont été recrutés en raison de leur statut particulier vis-à-vis du syndicalisme médical afin d'assurer une hétérogénéité suffisante sur ce critère. Nous avons utilisé les listes syndicales correspondant aux élections professionnelles de 2015, mises à disposition par l'URPS Bourgogne Franche Comté, pour sélectionner des médecins syndiqués au profil varié. Nous avons réalisé un sur-recrutement préalable afin d'assurer un nombre suffisant d'entretiens.

### **C - Le guide d'entretien qualitatif**

Il a été élaboré suite à une revue de la littérature sur le sujet. Les guides d'entretien ont été testés à deux reprises sur des médecins proches de l'examineur afin de s'assurer de l'intelligibilité des thèmes abordés et dans le but de s'habituer à mener des entretiens semi-dirigés. Les guides d'entretien ont été modifiés suite à ces deux entretiens tests. Ils ont été relus et discutés par M. Matthieu Gateau, maître de conférences au département de sociologie et spécialiste entre autres en sociologie de la vie associative, ce qui inclut les problématiques liées à l'engagement et au militantisme. Cela a abouti à une seconde modification de leur contenu. Les entretiens analysés ont tous suivi le guide d'entretien retenu après ces trois étapes de construction. Il a été construit suivant trois grands axes explorés par trois sous-questions ouvertes afin de ne pas induire les réponses. L'entretien débutait par une brève présentation destinée à recueillir des données concernant l'exercice professionnel des médecins interrogés et à favoriser la prise de parole.

### **D - L'analyse des données**

Les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone numérique puis retranscrits au mot près avant d'être rendus anonymes.

Les données ainsi recueillies ont ensuite été analysées de manière thématique par le biais d'un codage inductif. Les thèmes retenus ont été déterminés en fonction de la revue de la littérature préalable puis adaptés à mesure que le recueil de données s'enrichissait.

Ce travail de codage a été assisté par le logiciel d'analyse de données qualitatives R package for Qualitative Data Analysis (RQDA). Un double codage et une double analyse des données ont été réalisés entre l'examineur et la directrice de thèse. Les données ainsi analysées ont ensuite été mises en commun et rediscutées afin d'opérer à une triangulation des données.

Le critère requis pour arrêter les entretiens est celui de la saturation théorique, c'est-à-dire que l'on peut arrêter les entretiens quand l'ajout de nouvelles données issues d'entretiens supplémentaires ne sert plus à améliorer la compréhension du phénomène étudié.

Nous sommes arrivés à saturation de données au bout de 12 entretiens, testée par un entretien supplémentaire.

### **III) Résultats.**

#### **A - Description du corpus.**

Treize entretiens ont été réalisés auprès des médecins généralistes de Côte d'Or. Leurs caractéristiques sont résumées dans le tableau 1.

Trente-trois médecins généralistes ont été contactés. Huit médecins généralistes ont refusé de participer à l'étude. Ils ont allégué les raisons suivantes : désintérêt pour le sujet, relations avec les syndicats coupées depuis très longtemps, ou encore un ressentiment à l'égard des médecins remplaçants parce qu'ils ne prennent pas le temps de répondre aux sollicitations de remplacement. Douze médecins n'ont pas donné suite aux sollicitations. La saturation de données a été obtenue.

Les entretiens ont été réalisés entre le 15 novembre 2019 et le 12 février 2020. Ils ont duré entre 5 min 43 sec et 32 min 37 sec. Leur durée moyenne est de 19,4 min. Tous les entretiens ont été réalisés en face à face. Douze d'entre eux ont eu lieu dans le bureau des médecins interrogés. L'un des entretiens s'est déroulé au domicile du médecin.

Sur les treize médecins interrogés, il y avait 8 hommes et 5 femmes. Quatre des personnes qui ont participé étaient syndiquées au moment de l'entretien, respectivement à la CSMF, au SML, à l'UFML, et à MG France. Deux d'entre eux avaient déjà fait partie d'un autre syndicat (SML et FMF) quitté depuis. Nous n'avons pas pu obtenir d'entretien de médecin généraliste syndiqué à la FMF. 4 des médecins interrogés avaient été syndiqués puis avaient quitté le monde syndical sans reprendre d'engagement (CSMF, SML, FMF et MG France).

L'âge des participants était compris entre 33 ans et 63 ans. L'âge moyen était de 48.5 ans.

Tableau 1. Caractéristiques des médecins généralistes interrogés

	Sexe	Age	Statut syndical	Elu URPS	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Durée de l'entretien
1	H	58	Ancien syndiqué CSMF et SML	Non	Semi-rural	Seul	20 min 08 sec
2	F	37	Jamais syndiqué	Non	Semi-rural	Groupe	17 min 23 sec
3	F	60	Ancien syndiqué FMF	Non	Urbain	Groupe	28 min 39 sec
4	H	61	Ancien syndiqué SML	Non	Rural en ZIP	Seul	20 min 15 sec
5	H	41	Syndiqué CSMF Ancien syndiqué FMF	Non	Rural en ZIP	MSP	25 min 11 sec
6	H	45	Jamais syndiqué	Non	Semi-rural	MSP	5 min 43 sec
7	F	42	Jamais syndiqué	Non	Urbain	MSP	14 min 59 sec
8	F	60	Syndiqué SML	Oui	Urbain	Groupe	18 min 46 sec
9	H	34	Syndiqué UFML Ancien SML	Non	Urbain	Activité SOS	32 min 37 sec
10	H	33	Jamais syndiqué	Non	Rural	Seul	19 min 22 sec
11	F	39	Ancien syndiqué MG France	Non	Semi-rural	Groupe	15 min 54 sec
12	H	63	Syndiqué MG France	Oui	Rural	MSP	14 min 02 sec
13	H	58	Jamais syndiqué	Non	Semi-rural	MSP	18 min 39 sec

## B - La représentation syndicale vue par les médecins.

### 1. Des connaissances sur la représentation syndicale médicale très hétérogènes.

Le savoir concernant les acteurs de la représentation syndicale et son organisation s'est avéré parfois **quasiment nul**, et souvent approximatif ou faussé. Certains médecins n'étaient pas en mesure de citer au moins un ou deux des syndicats, ni d'expliquer grossièrement leur ligne directrice, ou encore de nommer les responsables des mouvements syndicaux.

*Dr. 2 : Là je pourrais pas vous citer de noms. Comme ça là, non*

*Dr. 3 : Je pense que même moi aujourd'hui, je suis incapable de dire qui est le président de qui, de quel syndicat.*

*Dr. 11 : euh... je connais surtout MG parce que j'ai été adhérente euh... je continue de suivre un petit peu les actions... [...] Je sais qu'il y a d'autres syndicats qui existent... plusieurs... qui s'entendent pas forcément bien les uns avec les autres... euh...*

Le rôle, et parfois même l'existence des URPS et des élections professionnelles étaient souvent mal connus chez les personnes non syndiquées. Un des médecins syndiqués a avoué qu'il ne **connaissait pas l'URPS** avant d'y avoir été élu.

*Dr. 2 : (à propos des élections professionnelles) ça me dit vaguement quelque chose.*

*Dr. 8 : Je pense que euh, franchement moi je savais pas ce que c'était l'union professionnelle...*

*Dr. 10 : oui, je vote pour les URPS, mais du coup euh...[...] c'est pas parce qu'il y a tant à l'URPS que ils vont faire passer ou ils vont signer la convention euh... qui va donner... euh ou qui va signer tel point de la convention...*

A l'inverse, certains médecins, notamment des syndiqués et des anciens syndiqués mais pas exclusivement ont **des connaissances assez pointues** sur le sujet. Ils sont en mesure de discourir longuement des lignes directrices des syndicats, et de la mécanique représentative. Ils peuvent parler des URPS de manière parfaitement appropriée.

*Dr. 9 : les différents syndicats... y' en a qui sont euh... sur une spécialité notamment MG France. Il y en a qui sont des... ensembles de syndicats de spécialités comme la CSMF puisqu'il y a la CSMF et puis après c'est par spécialité. Après il y a des syndicats... mais par exemple le SML qui sont un syndicat on va dire au départ qui défendait plutôt... plus une certaine idée de la médecine notamment le secteur 2, enfin en tout cas les spécialités.*

*Dr. 12 : l'URPS c'est une... c'est une représentativité des de... de la médecine libérale avec euh... toutes ses facettes... euh... en sachant qu'on fait tous un métier qui est différent hein... il y a les spécialistes d'organe, il y a... voilà... je crois que le... il y a quelques chose d'intéressant dans les URPS, c'est les collèges... les collègues, moi en ce qui me concerne le collège de médecine générale, on peut effectivement... avec d'autres syndicats euh... faire des actions qui sont euh... des actions d'information des actions de dépistage etcetera...*

## 2. La vision du rôle des syndicats de médecins.

Tous les médecins interrogés quelles que soit l'étendue de leur connaissance ont affirmé que le rôle des syndicats médicaux était de **défendre l'intérêt des médecins** et leurs droits. L'idée qu'ils devaient négocier en faveur des médecins auprès de la sécurité sociale et du gouvernement était massivement partagée.

*Dr. 7 : défendre la... la profession... la profession de médecin libéral avant tout. [...] au niveau des conventions qui peuvent être signées avec euh... la CPAM... ou peut-être pour la revalorisation aussi des actes. Euh... des choses comme ça.*

*Dr. 12 : les syndicats sont là pour défendre la place de chacun, de chaque professionnel de santé... les champs d'action, leur rapport par rapport aux caisses... par rapport aux politiques... de santé, par rapport à l'ARS...etcetera...*

### 3. Une assimilation spontanée au milieu politique.

Le monde politique et les termes les plus courants qui servent à le caractériser sont volontiers utilisés pour différencier les syndicats de médecins. Certains sont considérés comme de droite (SML, CSMF), d'autres plutôt à gauche (MG France) et de fait plus proches de certains gouvernements. Ils basculeraient donc dans l'opposition au gré des bouleversements politiques. De la même manière, les représentants syndicaux sont **assimilés aux politiciens** et partageraient leurs supposés travers.

*Dr. 1 : Le syndicalisme médical euh... est souvent on va dire révélé par des crises de la profession avec la plupart du temps je dirai un euh des syndicats qui s'opposent les uns les autres pour des raisons comparables aux raisons politiques.*

*Dr.3 : les orientations politiques ça dépend aussi du problème du gouvernement en place, parce que, il y en a qui passent de l'opposition à la majorité en fonction du gouvernement, voilà...*

*Dr.4 : il y avait quand même au niveau des syndicats une étiquette politique un peu qui était attachée. [...] MG France c'était plus un petit peu euh de gauche, que certains autres syndicats qui étaient plus de droite... [...] c'est aussi des... des gens, c'est comme dans le monde politique euh, qui sont installés et qui gardent leur euh, leur pré carré et... qui gardent leurs avantages... qui représentent les médecins, mais euh bon.*

Certains médecins font savoir qu'ils trouvent ces **étiquetages politiques ridicules**.

*Dr. 8 : voilà... alors après il y a les syndicats plutôt de gauche, plutôt de droite. Ben je trouve que c'est ridicule parce qu'on va tous dans le même sens enfin... enfin à mon avis.*

### 4. MG France et les autres...

Dans les descriptions des syndicats de médecins, MG France a une **place singulière**. Il est le syndicat le mieux connu dans notre échantillon. Seulement un médecin n'était pas en mesure de le citer. La plupart des médecins avaient un avis sur ce syndicat. Lorsqu'il était positif, sa capacité structurelle à défendre les intérêts des médecins généralistes était louée. Lorsqu'il était négatif, ils critiquaient des positions jugées trop peu libérales et trop clivantes. Un des médecins avait un avis plus nuancé : pour lui, MG France était source de propositions alléchantes mais souvent irréalisables en pratique. Ce syndicat était **souvent opposé aux autres** syndicats, et cela aussi bien par les médecins qui y étaient adhérents que par les autres.

*Dr. 1 : On avait un syndicat comme MG qui était quand même plutôt un syndicat, euh, je vais dire, euh... autoritaire si on peut parler comme ça euh, intéressé par une médecine on va dire à terme ... un peu sous forme de fonctionnariat.*

*Dr. 9 : Ce que je reproche parfois à MG France, c'est d'être trop... clivant trop MG.*

*Dr. 12 : (à propos des autres syndicats) J'ai pas d'opinion... concernant les autres syndicats, si ce n'est que pour moi le seul et l'unique syndicat qui défend la médecine générale en particulier et surtout QUE la médecine générale, c'est MG France.*

*Dr. 13 : MG France ils ont des trucs, c'est bien ce qu'ils demandent mais c'est... j'ai l'impression que c'est tellement déconnecté que j'ai l'impression que ça pourrait jamais marcher quoi.*

Concernant les autres syndicats, le SML est associé à la **défense des valeurs libérales** et considéré comme le syndicat le plus à droite. Personne n'a été en mesure de parler des lignes

directrices de la FMF ou de la CSMF en dehors des personnes qui y étaient syndiquées. L'UFML n'était clairement cité que par le médecin qui y était adhérent.

*Dr. 10 : Je trouve que le SML [...] ils défendent vraiment les libéraux. On a l'impression qu'ils comprennent ce que c'est que la vie de libéral...*

## C - Tour d'horizon de l'engagement au syndicalisme médical.

### 1. Les déterminants de l'adhésion au syndicalisme médical.

#### a. *Des prédispositions à l'engagement :*

Tous les médecins engagés dans un syndicat faisaient état **d'autres engagements** que l'adhésion syndicale. Ils interviennent dans l'organisation de congrès médicaux, de la Formation Médicale Continue (FMC), de la Permanence de Soins Ambulatoires (PDSA) ou la maîtrise de stage. L'un d'entre eux avait fait partie de **syndicats étudiants** avant d'adhérer à un des syndicats de médecins libéraux. De manière générale, ils montrent un **intérêt pour la chose publique**, la politique, le travail en groupe et l'organisation.

*Dr. 3 : j'ai toujours été plus ou moins dans des mouvements d'action à la fac, j'ai fait quand même pas mal de manifestations « rire ». Donc euh, peut être que voilà, on sait que j'ai quand même un engagement un petit peu politique à minima.*

*Dr. 8 : D'ailleurs là je fais partie de l'organisation du printemps médical. J'ai toujours eu... euh... j'ai été présidente d'un petit organisme de FMC locale... pendant à peu près 15 ans. Ouais, c'est ça que j'aime bien ! Organiser, le partage... des compétences, des expériences...*

*Dr. 9 : je me suis engagé parce que je pense que c'est très important, j'ai été engagé... j'ai été vice-président de l'association des internes... j'étais à l'ANEMF (Association Nationales des Etudiants en Médecine Français)...*

Un des médecins évoquait comme cause de son adhésion à un syndicat un milieu familial très engagé en politique. L'engagement était perçu comme une **valeur liée à son éducation**.

*Dr. 9 : Parce que je pense que c'est important. Mais... je viens d'une famille très engagée à gauche... par exemple je suis à l'UFML... mais je viens d'une famille très engagée politiquement, on a toujours parlé de ça. Mes parents étaient syndiqués...*

#### b. *Une adhésion suscitée par un militant syndical*

Un seul des médecins interrogés disait avoir été en contact avec les syndicats de médecins au cours des études. Aucun des médecins ne s'est engagé suite à la lecture d'un mail d'information. La plupart des médecins qui adhéraient ou avaient adhéré à un syndicat évoquaient le **compagnonnage** par un confrère et l'existence dans leur entourage d'un militant charismatique pour qui ils avaient de la sympathie.

*Dr. 11 : Ben c'est quand je me suis installée euh... alors un peu par euh... comment on va dire ? euh... l'action un peu locale, parce qu'on a quand même (...) qui est quelqu'un euh de très important dans le syndicat, qui est hyper investi et qui a fait pas mal de choses [...]... je pense qu'elle a fait un peu de... un peu de promotion on va dire des avantages du syndicat...*

*Dr. 12 : Moi je suis venu au syndicalisme médical assez tard. Euh... sur le... on va dire sous le parrainage... on peut dire ça comme ça... sous le parrainage d'un confrère... qui m'a complètement converti.*

### **c. La défense des intérêts de la profession et des intérêts particuliers**

Les médecins syndiqués exprimaient dans les raisons de leur engagement **une volonté de défendre** la profession avec le souhait de peser un peu face à la sécurité sociale et le gouvernement pour infléchir la destinée de la médecine générale. Le but était aussi de **participer à la représentation des médecins**.

*Dr. 4 : alors moi j'ai adhéré pendant un certain temps à un syndicat de de médecin... d'abord parce que je pensais que c'était utile, qu'on pouvait quand même essayer d'influencer euh euh sur les décisions ministérielles, qu'on pouvait donc avoir une concertation aussi avec les caisses.*

*Dr. 5 : je me suis dit s'il y a des choses à défendre, si peut être... à l'époque je me suis dit, si on doit négocier des moyens justement, d'autres moyens pour la médecine générale... ça passera par les syndicats, donc euh... c'est peut-être important d'avoir la représentativité alors j'ai essayé.*

Un des médecins disait s'être engagé dans les suites d'une procédure menée à son encontre par les caisses de sécurité sociale et qu'il trouvait injuste. C'est le fait d'avoir subi un litige provenant des caisses qui l'a décidé à s'impliquer dans un syndicat. C'est là aussi **la volonté de s'organiser collectivement** face aux tutelles qui a constitué le motif de l'engagement.

*Dr. 1 : Je m'étais engagé auprès d'un syndicat après avoir eu une procédure personnelle euh, déclenché par une caisse qui m'a valu un procès euh, procès pendant 7 années pour des soi-disant prescriptions inappropriées dans un contexte d'ALD (Affection Longue Durée). A l'époque la procédure était gérée par ce qu'on appelait des comités médicaux régionaux. [...] le fait d'avoir eu une procédure à mon encontre que je trouvais injuste m'a fait me syndiquer.*

### **d. La promotion d'une certaine idée de la médecine générale**

C'est aussi une vision de la médecine générale qui voulait être défendue ou bien promue à travers l'engagement syndical. La ligne directrice du syndicat entraînait en résonance avec la vision qu'avait le médecin syndiqué de son exercice. Il s'agirait d'un **engagement sur des bases intellectuelles**.

*Dr. 12 : le seul syndicat qui pour moi pouvait euh... défendre la médecine générale telle qu'elle est reconnue dans la WONCA et et... l'evidence based medicine, c'était MG France. [...] une vision de la médecine générale dans sa globalité euh... qui euh... avec sa dimension... pas seulement la dimension médicale mais aussi sociale, médico-sociale... euh... et puis surtout, surtout... l'aspect de terrain... ça c'est important.*

Des causes particulières qui tenaient à cœur à certains étaient aussi évoquées. L'engagement coïncidait avec une période charnière de la vie du médecin au cours de laquelle il ressentait le besoin particulier de s'engager à la fois **par reconnaissance** pour ce qui avait été fait et pour permettre de le consolider.

*Dr. 11 : [...] alors surtout par rapport aux femmes euh... je venais d'accoucher euh... sur toutes les choses qui avaient été faites... et je me suis dit que c'était plutôt une bonne chose euh d'adhérer et de soutenir un peu ces causes.*

## 2. Les freins à l'adhésion aux syndicats de médecins.

### a. *Le manque de temps.*

La première des causes, unanimement mise en évidence était le manque de temps et d'énergie de médecins déjà très pris par leur travail. Il leur semblait difficile de s'impliquer au-delà de leurs journées de consultation et de leurs obligations personnelles. Leur vie familiale et personnelle leur paraissait prioritaire sur les problématiques de représentation professionnelle. En outre, l'engagement syndical posait des problèmes d'organisation **difficilement compatible avec leur emploi du temps**. Même pour certains médecins motivés, l'engagement syndical est un bonus, auquel on ne peut se consacrer que quand tout le reste est fait.

*Dr 2 : je pense que c'est tout simplement le manque de temps. Euh... des médecins. [...] On a tous intérêts à défendre nos droits. Moi j'ai pas d'énergie quoi... Quand on rentre à 20h le soir euh, on a d'autres choses à faire que...*

*Dr. 9 : ben à 19-20h soit on a pas fini, soit on commence, soit on a juste envie euh... d'être avec nos proches. Moi je le vois bien... faut que je vois avec ma femme quand c'est possible euh... faut que ça soit prévu 3-4 mois à l'avance euh... faut que derrière je puisse organiser mon planning pour qu'on puisse éventuellement garder nos enfants [...] c'est très compliqué parfois de fixer une limite entre ce qui est notre vie professionnelle et notre vie privée... euh... derrière l'engagement syndical c'est le bonus en plus...*

### b. *Un exercice individuel qui défavorise l'engagement collectif.*

De nombreux médecins mettent en avant les **caractéristiques individualistes de leur profession** pour expliquer le manque d'implication dans le milieu syndical. La pratique de la médecine générale isole. Elle est celle du colloque singulier à longueur de temps. Cet exercice isolé est opposé au travail salarié en entreprise où le syndicalisme est supposé plus simple à instaurer du fait de la proximité entre les employés. Le caractère dispersé des cabinets et le manque d'interactions entre des médecins distants de quelques mètres au sein d'une même structure n'est pas considéré comme propice à l'adhésion à une organisation de représentation collective. L'engagement syndical leur semble d'ailleurs être une matière étrangère à leur travail dont il convient de déléguer la charge

*Dr. 3 : La médecine on est tous des indépendants, on est tous individuels... donc arriver à fédérer des individus qui travaillent... chacun travaille à sa façon, dans son coin. C'est très compliqué ! [...] Dans une entreprise, les gens, ils se voient, il y a des comités d'entreprise, le syndicat il est au sein de l'entreprise. [...] Nous on est très individuels. Et je pense que c'est ça aussi le problème du fait qu'on ne se syndique pas. C'est compliqué que tous les médecins se retrouvent pour la même cause. [...] on perd un peu l'idée du collectif quoi. [...] Les médecins, ils sont dans une... dans une espèce de monde bulle de leur travail, de leur... voilà je pense qu'ils pensent que c'est peut-être pas euh... ils pensent qu'il faut des représentants mais c'est toujours les autres qui doivent le faire. Pas eux... pas directement eux...*

*Dr. 6 : Les autres je m'en fous.*

*Dr. 13 : Le problème je pense, c'est qu'on a une profession qui est donc libérale... exactement le terme exact, libérale, ça veut dire qu'on est chacun chez soi, on voit chacun notre nombril et euh... au détriment de la collectivité... alors les syndicats ils essaient de représenter la collectivité, mais euh on ne sait pas toujours... on a pas l'impression de se reconnaître euh... même ici en maison médicale on... avec les collègues on se voit pratiquement... on se voit jamais.*

Dans le même registre, pour l'un des médecins du corpus, les médecins ne veulent pas s'engager car ils auraient l'impression de subir une **contrainte**. L'engagement syndical est assimilé à une obligation qui limite leur liberté.

*Dr. 8 : Eh bien une perte de liberté je pense. C'est encore une..., un truc où il faut y assister, c'est encore une réunion ![...] Une obligation qui est pas utile et ils veulent leur liberté*

### *c. Une impression d'inutilité*

De nombreux médecins expliquent le faible taux d'adhésion par une sorte de découragement, par l'impression que l'engagement est inutile et ne résoudra pas les problématiques quotidiennes dans un système représentatif qui fonctionne mal et qui dispose d'un pouvoir jugé trop faible. **A quoi bon** se rendre à des réunions et s'impliquer pour qu'au final rien ne change ?

*Dr. 1 : L'absence de communication, déjà. Le peu d'écoute de la... des représentants nationaux. Et puis enfin, on a au niveau du terrain le ressenti de l'inefficacité ou de l'inopérance de ces syndicats... comme je l'ai dit tout à l'heure on a principalement un rôle consultatif.*

*Dr. 3 : Peut-être qu'on est aussi euh, dépités en se disant que de toute façon on nous imposera des choses et on pourra jamais les changer parce que c'est comme ça et que... [...] on voit peut-être pas bien ce que ça nous apporte en fait.*

*Dr. 10 : ben c'est flou... en fait on voit pas vraiment ce qu'ils peuvent... quel impact ils peuvent avoir dans notre vie quotidienne. Moi en tant que médecin généraliste je trouve qu'ils ont pas de poids... [...] il faudrait prendre le temps pour ben... euh... aller aux réunions, faire des trucs [...] et puis surtout que ça change quelque chose... parce que c'est bien d'aller à des réunions mais si il se passe rien !*

### *d. Une mauvaise image du syndicalisme en général*

Deux médecins insistent sur la **faiblesse structurelle** du syndicalisme en France pour expliquer la faible adhésion aux syndicats de médecins. Le manque d'attrait pour les syndicats ferait partie d'une **tendance nationale** très générale issue de l'histoire politique du pays. Ils sont associés, à de peu glorieux arrangements pour obtenir des subventions et d'autre part à la grève, à un univers où règne la paperasse et les réunions inutiles, au blocage des transports, à des manières de manifester qu'ils tendent à dénigrer.

*Dr. 4 : on voit bien que ce n'est pas dans les gènes euh français. On le voit bien au niveau des autres syndicats de toutes façons dans toutes les professions. Les syndicats sont pas vraiment euh... oui... recherchés par les différents corps de métier et je pense que la médecine n'y échappe pas.*

*Dr. 6 : les papiers les réunions les trucs, ça m'emmerde... donc euh... donc voilà... les trucs les syndicats, je leur laisse faire leurs trucs qu'eux ils apprécient, mais moi les réunions les machins... ça me gonfle ! J'ai une allergie, j'ai une urticaire qu'arrive direct dès que j'entends parler de réunion ! [...] généralement ils cassent les couilles, ça bloque les routes, ça machin, ça m'emmerde.*

*Dr. 9 : le problème c'est que le syndicalisme il est mal vu en France. On a l'impression que chaque syndicat magouille un peu dans son coin pour des subventions...*

Le syndiqué est lui-même considéré d'emblée comme un **médecin au caractère particulier**, un idéaliste plein d'illusions éloigné de la pratique.

*Dr. 13 : pour moi le syndicaliste il est toujours un doux rêveur, il veut toujours euh... des choses complètement, pas ubuesques, mais disproportionnées euh...*

#### *e. Un déficit d'information et de connaissances*

Pour une partie des médecins interrogés, le faible taux d'adhésion découlait d'un déficit de connaissance à propos du syndicalisme médical qui débutait lors des études au cours desquelles personne n'avait reçu de formation sur les modalités de la représentation syndicale. Cette **méconnaissance initiale** se concrétiserait sous la forme d'un manque d'intérêt pour les syndicats de médecins qui perdurerait ensuite tout au long de la carrière.

*Dr. 3 : le manque d'information. « blanc » de la formation au départ, euh, de l'information des syndicats eux-mêmes. [...] C'est peut-être pas un sujet d'intérêt tellement développé parce qu'il n'a jamais été développé à la base. C'est aussi un problème de méconnaissance.*

*Dr. 5 : la méconnaissance de leur rôle. [...] je pense que c'est un déficit de formation. On se rend pas compte que la médecine... en libéral... c'est pas juste voir des patients en fait.*

#### *f. Un obstacle financier.*

Deux médecins de l'échantillon citent un **coût des cotisations prohibitif**. C'est la raison qui a amené l'un d'entre eux à renoncer à l'engagement en début de carrière. L'impression que cela ne valait pas le coup s'était imposée.

*Dr. 10 : C'était le prix et je voyais pas ce que ça allait m'apporter de plus... et après c'était en début d'exercice...*

#### *g. Une forme de désintérêt*

En ce qui concerne les médecins qui n'ont jamais été syndiqués, on peut considérer qu'en fait la raison qui domine dans l'échantillon est le **désintérêt éprouvé** vis-à-vis du syndicalisme médical. Ce désintérêt est conforté par les médecins qui ne sont pas syndiqués par l'évocation d'un tempérament jugé incompatible avec l'engagement syndical.

*Dr. 6 : il y aura toujours besoin de syndicats mais c'est pas pour moi. Il y a des gens qui sont motivés pour le faire mais c'est pas mon cas, donc après ils font ce qu'ils veulent...*

*Dr. 7 : enfin moi je pense que si on me proposait des formations sur ce thème là, j'irais pas spontanément. [...] je ne suis pas syndiquée et je ne m'intéresse pas beaucoup à ça en fait.*

#### *h. L'engagement syndical expose et rend vulnérable.*

Se basant sur son expérience, un des médecins évoque un risque associé à l'implication syndicale, au fait de s'exposer au nom d'un syndicat et d'intérêts qui nous sont supérieurs. C'est un vecteur de procédures disciplinaires, exacerbé par l'individualisme de la profession.

*Dr. 9 : Le risque aussi c'est que... et notamment dans notre métier qui est très euh... individualiste, et c'est peut-être pour ça aussi que ça freine... c'est que euh... celui qui se met un peu en lumière, derrière, il est pas à l'abri de se prendre des coups. De toutes façons, on s'expose ! On s'expose, c'est vrai dans tous les métiers, mais c'est vrai particulièrement en médecine... où on est dans un milieu où chacun sauve un peu sa pomme. On veut bien défendre la profession mais il faut quand même se sauver soi-même un peu quand même.*

### 3. Le désengagement

Le corpus de médecins interrogés comprenait plusieurs praticiens qui avaient mis fin à leur engagement syndical. Les raisons évoquées recourent en partie celles qui constituent les freins à l'adhésion que nous venons de développer. Il s'agit principalement de **l'inutilité ressentie** de l'engagement au niveau local. Le **désaccord** avec les évolutions de la médecine générale et la **versatilité des syndicats** étaient également cités. En toile de fond, ces médecins sont quelque peu désabusés par leur impuissance à peser dans les décisions relatives à leur profession par le biais de l'engagement syndical, coincé entre l'état, et les dirigeants syndicaux qui paraissent sourds aux remontrances de la base.

*Dr. 1 : J'ai quitté le syndicalisme avec l'intime conviction qu'on ne servait plus à grand-chose au niveau local et que les décisions prises par les instances nationales parisiennes étaient complètement coupées de l'intérêt de la base et totalement dissociées de l'intérêt de la base. [...] ce qui m'a fait quitter le syndicat, c'est qu'aujourd'hui, je pense qu'on ne défend plus une médecine libérale, mais qu'on va malgré tout vers une médecine on va dire à moyen terme qui sera sans doute salariée.*

*Dr. 4 : et puis ça tourne un petit peu en rond au bout d'un moment... je crois pas qu'ils aient vraiment un poids euh terrible au niveau des décisions ministérielles ou des caisses, ou...j'ai l'impression que c'est euh stérile...*

*Dr. 8 : j'ai un ami, je lui dis, « ben tu viens plus au SML ? », il me dit « non de toutes façons j'aurais jamais voulu », je sais plus quoi, c'était peut-être le forfait, le ROSP (Revenu sur objectif de santé publique)... et puis c'est passé.*

*Dr. 9 : Le SML, je l'ai qui quitté... parce que euh au départ ils étaient contre la convention qui est en cours actuellement, ils ne l'ont pas signée tant que c'était Marisol Touraine. Le jour où c'était Agnès Buzyn, ils l'ont signée... rien n'avait changé ! Alors... pour moi c'était pas possible, c'était quoi ? C'était une récupération politique*

Un des médecins explique son désengagement par une **déception** quant à la réalité de l'implication locale du syndicat auquel il avait adhéré, avec l'impression d'avoir seulement été utilisé pour constituer une liste aux élections URPS pour permettre de faire élire des confrères.

*Dr. 3 : je trouvais que le syndicat où j'étais était assez peu actif, enfin je... je trouvais... j'avais peu de retour, peu d'information. Entre guillemet, j'ai été utilisée à un moment donné puis après, ben voilà... [...] Moi j'étais un peu déçue là. Par rapport à l'investissement que j'en attendais. A la reconnaissance que j'en attendais.*

Seul un des médecins évoque le manque de temps à consacrer au syndicalisme pour expliquer son désengagement. Il fait également allusion à une envie de se battre pour la profession qui serait plutôt l'avatar de la jeunesse et aurait tendance à s'éroder au fil du temps et à mesure que les obligations professionnelles et personnelles s'accumulent.

*Dr. 11 : c'est plus parce que j'ai pas le temps et que je fais plein d'autres trucs. Quand on est jeune et qu'on s'installe, je pense qu'on est euh... euh... assez ouverts, on prend le temps euh... de voir euh... voilà ce qui se passe, l'orientation, quand il y a des... quand il y a un peu des champs de bataille on essaie de... de dire voilà, si on soutient pas quand on commence à s'installer quand est-ce qu'on va le faire... et puis petit à petit on perd peut être un peu le fil alors pff...*

## D - Une critique du syndicalisme médical.

### 1. Une communication défectueuse.

#### a. *Une communication entre les instances syndicales et les médecins insatisfaisante*

Il faut préciser d'emblée, que le désir de communication et d'information de la part des médecins interrogés par les syndicats n'est pas homogène. Deux d'entre eux, ne voient pas d'intérêt au fait de bénéficier d'une communication plus fournie de la part des syndicats.

*Dr. 7 : Je suis absolument pas documentée sur le sujet, et je... et je pense même que si je recevais des mails je ne prendrais pas le temps de les lire parce que c'est un peu noyé dans le... le ... dans la masse du reste [...] Je reçois les mails du SML, mais euh...alors je les lis largement pas tous.*

Il coexiste un **souhait de communication et d'information**. Cela a été très marqué chez un médecin installé depuis peu qui n'avait pratiquement jamais entendu parler de syndicalisme.

*Dr. 2 : je veux dire, s'il y a... du coup, l'envie de participer ou de m'engager viendrait aussi d'un... voilà, il faut un premier contact. [...] ça ouvre des débats et ça nous fait réfléchir, parce que justement quand vous me posez des questions, pff... voilà on va dire... ça ouvre des idées.*

Deux médecins jugent intrusive la manière avec laquelle les syndicats ont pris contact avec eux par mail. Ils aimeraient savoir comment ils ont obtenu leur adresse et auraient souhaité une information préalable avant d'être contactés.

*Dr. 7 : Ben déjà, moi le fait que je reçoive des messages sans trop savoir euh... d'où ça sort, comment on a eu mon adresse mail, oui, ça m'interpelle un petit peu...*

La communication issue de la base et remontant vers le sommet des instances syndicales semble exister à certaines occasions, mais paraît insuffisante et rare. De la même manière des médecins déplorent **l'absence de communication avec les syndiqués locaux** jugés inexistantes.

*Dr. 1 : L'absence de communication, déjà. Le peu d'écoute de la...des représentants nationaux.*

*Dr. 2 : Il y en a pas vraiment en fait. [...] c'est vrai qu'on est jamais venu vers moi en me disant est-ce que vous voulez être informée, non, il n'y en a pas. [...] moi quand je me suis installée enfin on m'a pas parlé de syndicat de... personne m'en a parlé. [...] Je pense qu'il y a un manque de communication, puisque je n'ai aucun contact.*

Pour certains, le débat ne se porte pas sur la quantité mais plutôt sur la qualité de la communication, sa pertinence. La saturation des réseaux sociaux pourrait être un leurre et ne donner que l'impression d'exister tout en risquant la déconsidération des médecins. Le support est également évoqué de manière très diverse. Le mail et les réseaux sociaux, solutions modernes qui paraissent pratiques sont controversés car **l'information tend à se perdre** dans des boîtes de réception déjà pleines. Un des médecins, ancien syndiqué avoue son absence de solution pour proposer une stratégie de communication efficace auprès des confrères.

*Dr. 1 : Mais comme tous les mails arrivent ensemble ils sont pas toujours lus. Est-ce que c'est le bon mode d'action, je sais pas. Est-ce qu'il faudrait faire autrement : sûrement. Comment communiquer ? Je ne sais pas.*

*Dr. 9 : Moi, Je suis très... je sais pas où est la limite. Il faut ni trop ni pas assez. Je pense que trop, derrière, ça sature l'espace... et ça empêche le débat... je pense qu'il faut du quanti... du qualitatif*

*plutôt que du quantitatif. [...] c'est un de mes rapports tend... c'est un... des points où je suis pas d'accord avec Marty, je trouve que communiquer à tout va sur les réseaux sociaux ouh... [...] c'est bien, on voit l'UFML de partout... mais je sais pas si ça va faire venir des adhérents, je sais pas si ça va nous faire gagner les élections...*

*Dr. 12 : les syndicats ne savent pas bien communiquer non plus avec les confrères... [...] Il y a pas... il y a pas suffisamment... moi je crois que l'information qui est délivrée n'est pas une... n'est pas toujours une information pertinente et... et ciblée...*

L'un des médecins considère les compétences et la manière de faire des syndicats en matière de communication dépassées de plusieurs décennies. Comme si les syndicats de médecins n'avaient pas pris acte des évolutions modernes existant dans les techniques de communication. De ce fait c'est **l'image des syndicats de médecins qui apparaît comme périmée.**

*Dr. 4 : Non, mais... je... je pense qu'on a une vision des syndicats qui est dépassée.[...] je pense qu'il faudrait qu'il y ait beaucoup plus de communication. On est un petit peu dans les syndicats d'il y a 40 ans en arrière euh...*

Pour certains, la communication de la part des syndicats est perçue comme étant **opportuniste**. Elle se concentre sur des périodes où ils ont besoin des médecins pour exister. En dehors des périodes d'élections et des périodes de conflit, ils sont hors champ.

*Dr. 1 : Alors les syndicats se réveillent régulièrement, c'est à l'époque des élections à l'URPS puisque là il faut refaire des listes mais en dehors de ça, on ne les entend pas.*

*Dr. 3 : on entend parler que quand il y a des choses conflictuelles quoi... on sait pas bien à quoi ils servent en fait.*

#### ***b. Une communication inaudible auprès du grand public et source de malentendu***

Certains médecins déplorent la **perte de visibilité dans les médias** ces dernières années. Ils pensent que le rôle des syndicats est aussi d'expliquer les difficultés que rencontre la profession aux politiques et au grand public, mais aussi de défendre et de promouvoir publiquement la profession. Cet effacement aurait tendance à soumettre les médecins aux critiques sans moyen de défense efficace.

*Dr. 4 : Là je trouve qu'on ne les entend pas du tout en ce moment les différents syndicats les présidents des différents syndicats. A une époque on les voyait quand même dans des émissions à la télévision ou on les entendait à la radio pour euh... parler de la médecine, pour parler des médecins. Je trouve que maintenant on les entend plus du tout parler. [...] Personne n'explique vraiment pourquoi la médecine a évolué comme elle est actuellement.*

L'exposition médiatique n'est pas pour autant unilatéralement perçue de manière positive. Un des médecins souligne le **risque de confusion** qui existe lorsque les représentants syndicaux expriment leurs opinions dans les médias. L'étiquetage politique et l'assimilation d'un syndicat à certaines idées issues des propos tenus par un responsable syndical sont toujours à craindre. La question se pose alors des médias qu'il faut accepter de rencontrer ou non.

*Dr. 9 : il y a eu un débat sur le fait d'y aller ou pas aux grandes gueules de RMC... parce que c'est quand même euh... du... du média de merde... c'est quand même le café de la gare. [...] Et quand Marty ben s'exprime aux grandes gueules... sur d'autres sujets sociétaux on va dire... il a beau préciser que sur les sujets médicaux il parle pour l'UFML et sur les sujets sociétaux il parle pour lui, malgré tout, il est étiqueté et malgré tout il y a un effet tâche d'huile. Quand il donne son avis par exemple récemment sur les histoires de voile dans les lieux publics... pfff... je pense, ça dénature le truc [...] il faut faire attention à ce qu'on dit... il faut faire attention à pas trop cliver non plus.*

## 2. Une représentativité faible.

### a. *Un nombre de syndiqués trop faible pour assurer le fonctionnement de la représentativité.*

La représentativité des syndicats de médecins est au cœur des critiques énoncées par les médecins de cet échantillon, y compris les syndiqués. La première des données qui nuit à la représentativité semble être le **faible nombre de médecins adhérents**. C'est d'ailleurs le constat de la plupart des syndiqués et anciens syndiqués. Comment être représentatif, quand à l'échelle d'un syndicat, les effectifs se comptent en dizaine au niveau local et les adhérents actifs se comptent sur les doigts d'une main ? Comment être crédible pour négocier au nom des médecins dans ces conditions ?

*Dr. 1 : Le syndicalisme est quand même peu développé dans la profession puisque sauf erreur, très peu de médecins sont syndiqués aujourd'hui... moins de cinq pour cent je crois. [...] on n'est pas représentatifs, puisque peu de médecins sont syndiqués. [...] les derniers temps moins de 20 syndiqués dans la branche MG hein. Et à 20 personnes on est représentatif de rien sur un département.*

*Dr. 3 : sachant que, la représentativité, je trouve qu'elle est pas très claire [...] le problème c'est que le corps médical est quand même très très peu syndiqué, donc la représentativité des syndicats, elle est relative.*

Deux médecins syndiqués, admettent que ce manque de représentativité pose problème lorsqu'il s'agit de négocier et de défendre des projets d'envergure pour la profession. La crédibilité des syndicats auprès des tutelles est altérée et la légitimité auprès des médecins est faible. L'un d'entre eux avoue son impuissance à proposer des solutions pour résoudre cette équation.

*Dr. 9 : Elle est faible. Mais ça euh... je ne sais pas comment on peut convaincre... j'arrête pas d'appeler les gens à se syndiquer quel que soit le syndicat... parce que je reste convaincu que ça passe... que la représentativité passe par là et que la crédibilité passe par là euh...*

*Dr. 12 : (en parlant de la représentativité) : pff... « rire »... elle est pas bonne ! Elle pourrait être bien meilleure c'est sûr. Euh... surtout face à l'horizon actuel où... où... je pense qu'il faut défendre le virage ambulatoire... qui a quand même été décidé par les politiques en 2016 je veux dire... par rapport à la loi santé avec ses notions de ... de CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé), ces notions de euh... d'accès aux soins, de permanence des soins, de soins non programmés... [...]« blanc »... je pense qu'il y a pas assez d'adhérents...*

Il est **difficile de réunir des médecins au niveau local**. Les sollicitations des médecins engagés restent sans réponse et la vie locale syndicale ne peut se nourrir des aspirations de chacun.

*Dr. 8 : Là justement, on veut remonter le bureau du SML 21... il y avait personne depuis des années. J'ai envoyé des mails à tous les anciens. J'ai fait envoyer par le syndicat des courriers à tous les médecins de Côte d'Or, enfin la plupart... On va être 7 à la réunion ce soir!*

*Dr. 9 : c'est dur... je le sais, moi j'avais organisé pour 30 personnes et on a été 10. Dans une région notamment où tout le monde partage des trucs de l'ufml sur facebook machin... ben y avait personne...*

Dans ce contexte de vie locale syndicale compromise par le manque d'adhérent, les mêmes personnes se retrouvent toujours, dans une sorte d'entre soi, ce qui favorise une **coupure** entre les médecins syndiqués et les autres.

*Dr. 11 : Ben, on croise tout le temps un peu euh... un peu les mêmes hein... que ce soit les gens qui sont impliqués dans les instances, les gens qui sont maitres de stage, ceux qui se forment euh... ça reste... on se croise quand même souvent les uns les autres...*

**b. Déconnexion à tous les échelons des instances syndicales dirigeantes au médecin lambda.**

Les médecins interrogés évoquent presque tous une **coupure**, une incompréhension, un dialogue de sourds qui se mène entre les différents niveaux représentatifs. Certains syndiqués ont le sentiment de ne pas être écoutés par les sièges parisiens et ignorés par les médecins non syndiqués. De leur côté, une partie des médecins non syndiqués regrette de ne pas connaître leurs représentants qu'ils soient locaux ou nationaux, ou encore l'organisation des syndicats. Outre la coupure de communication entre la représentation syndicale et les médecins, il existe également une divergence supposée d'intérêts. Ceux de la base ne seraient pas défendus par des instances syndicales en **décalage** avec les aspirations des médecins de terrain. L'adhésion elle-même est un leurre, une fois qu'elle est acquise par le syndicat, par opportunisme, pour pouvoir exister, créer une liste, il ne se passe plus rien.

*Dr. 1: [...] les décisions prises par les instances nationales parisiennes étaient complètement coupées de l'intérêt de la base et totalement dissociées de l'intérêt de la base. [...] Je vous dis à mon sens la base n'est pas entendue aujourd'hui et tout le monde râle, on a plein de motifs, on a plein de griefs pour être un petit peu en colère actuellement avec ce qui se passe et finalement ça, ça ne change pas.*

*Dr. 3 : Il y a aussi quelque chose, c'est que je trouve que les syndicats sont quand même très délocalisés. C'est souvent Paris quoi... Il y a pas beaucoup d'antenne locale. [...] Et j'ai pas l'impression de savoir où est-ce qu'on peut les retrouver. Voilà. C'est ça. Comment on les contacte, comment on les retrouve ? Qui sont les têtes de pont en Côte d'Or, par exemple... [...]il y a des représentants bien sûr... mais on les entend pas beaucoup quoi... on les connaît pas physiquement, on a pas beaucoup d'information sur eux.*

*Dr. 5 : J'ai l'impression que... ils étaient élus ils étaient contents et après ils oublient la base. [...] Si on vote pour eux pour les élections quand y renouvellent euh... tous les 4-5 ans... on vote pour eux. Alors là ils nous envoient des mails à outrance : « ouais je suis le meilleur ! Pas eux, c'est dégueulasse, pas FMF... ». Ok. On se syndique, on vote pour eux. Après. Pff... Rien.*

Pour un ancien syndiqué, la **distension** se répercutait également **au niveau du financement de l'action locale**, puisque l'argent issu des cotisations ne ruisselait jamais jusqu'à la base des adhérents mais servait à entretenir les frais au niveau national, sans qu'ils aient la moindre prise sur son utilisation.

*Dr. 1 : comment est employé cet argent ? Au niveau du département on était autonomes, c'est-à-dire qu'on avait quasi jamais de financement venant d'en haut. [...] Effectivement ça fait fonctionner des bureaux en région parisienne, des réunions, des frais de transport, des frais de bouche, etc, etc... qui nous échappent un petit peu...*

Les évolutions de la profession ratifiées par les syndicats peuvent paraître littéralement sorties de nulle part, et du même coup, aberrantes.

*Dr. 13 : Alors des fois, il y en a qui vont signer des trucs, tu te demandes, mais pourquoi ils ont signé des conneries pareilles.*

*c. Une gestion autoritaire de la prise de décision et de l'élaboration des programmes.*

La divergence se matérialisait également par une gestion jugée pas suffisamment concertée des prises de décisions et des orientations à suivre par les syndicats. C'est aussi en ne se soumettant pas assez aux desiderata des médecins généralistes que les syndicats de médecins cultivent la **déconnexion** avec la base et compromettent la représentativité.

*Dr. 1 Sur leurs actions, sur les décisions et sur les choix finalement de la profession, puisque ce sont des décisions... même la signature de la convention et autre, elle n'est pas soumise à l'approbation de la vox populi, hein, elle est peut-être soumise à leur propre instance mais c'est bien loin de l'individu qu'il soit syndiqué ou non. [...] les syndiqués étaient euh sont informés, enfin, je pense qu'ils le sont toujours, mais la décision finale, elle est quand même euh verticale, si on peut dire « rires ».*

*Dr. 4 : parfois on n'a pas l'impression d'être très écouté par les syndicats... ils ont un... ils ont une vision très souvent... on ne sait pas comment influencer dessus euh... au niveau des réunions euh... ça apporte pas grand-chose au bout d'un certain temps [...] moi j'avais pas l'impression de de pouvoir euh intervenir vraiment sur les leviers de décision en exprimant des souhaits, euh... donc euh... c'était un peu stérile.*

Un des médecins interrogés résumait très bien la problématique de la représentativité dans son ensemble en s'interrogeant sur le fondement de cette dernière. Selon lui, elle dépendait du nombre d'adhérents, des résultats aux élections, mais surtout, de la communication avec la base des médecins afin de s'assurer que le syndicat les représente bien et agit effectivement en fonction de leurs aspirations. Il mettait en évidence le fait que sans consultation régulière des médecins de la part des syndicats, toute représentativité était impossible.

*Dr. 5 : censés, c'est-à-dire... est-ce qu'ils sont représentatifs de nos idées ? Donc ça ça sera la question à poser. Donc est-ce que... combien de médecins sont syndiqués ? Je sais pas. Est-ce qu'ils nous interrogent souvent sur nos idées. Parce que c'est facile de se faire un programme politique euh voilà... la CSMF défend ça ça ça. Est-ce qu'ils réactualisent leurs données et est-ce que c'est leurs propres idées en tant que responsables de syndicat ou est-ce que c'est vraiment adapté aux professionnels de santé. Ca je sais pas.... Parce que j'ai rarement vu des questionnaires, quelles sont vos préoccupations ?*

Pour un des médecins interrogés, nouvellement installé, l'absence de concertation paraissait tout à fait banale. Il avait intériorisé le fait que les personnes non syndiquées n'avaient pas à être impliquées dans les processus délibératifs. **La coupure avec le milieu syndical est banalisée.**

*Dr. 10 : nationalement euh... ils vont signer... ils vont signer des... ils vont signer des accords, des conventions avec la sécu avec lesquelles on est pas forcément d'accord. Euh... ben après, j'ai rien à dire puisque j'ai pas signé... je suis pas syndiqué donc j'ai pas donné mon avis !*

Voilà mise en place l'origine d'une **défiance** à l'égard des syndicats de médecins. Ces derniers empruntent des directions qui n'ont pas été choisies suite à une concertation, ratifient des évolutions au sujet de la profession qui ne paraissent pas avoir été validées de manière démocratique. Alors la défiance se généralise à tous les échelons ou des décisions se prennent concernant la médecine générale, du ministère de la santé aux ARS. Et cette défiance à l'égard des syndicats et du monde politique s'exacerbe quand les gouvernants et les syndicats profitent de l'éclatement du monde syndical, des divisions au sein de la profession, pour signer – certes en toute légalité - des compromis avec des syndicats qui ne représentent presque personne.

*Dr. 4 : (à propos de la représentativité) Elle est très faible. Très faible... Et puis euh... je pense qu'il y a beaucoup de syndicats et en plus je pense que euh, le gouvernement... mais ça fait depuis toujours, utilise le fait qu'il y ait simplement euh, je sais plus combien de syndicats qui pouvaient signer un projet pour que ça soit adopté. Donc euh... parfois c'était des syndicats qui ne représentaient absolument personne.*

*Dr. 9 : Il y a quand même une certaine défiance sur ce qui a été fait dans les dernières conventions.*

*Dr. 12 : « blanc » ... je crois qu'il y a eu des décisions de prises par certains syndicats qui n'ont pas fait l'unanimité ça c'est certain... donc après il y a de la défiance... euh... oui bien sûr oui. [...] Oui, par rapport à des décisions, par rapport à certain... par rapport aux caisses, par rapport à l'agence régionale de santé, par rapport à... par rapport à la politique en général... oui bien sûr.*

#### **d. Des lignes syndicales floues et pas assez différenciées**

Certains médecins déplorent des lignes directrices mouvantes qui rendent impossible l'assimilation d'un syndicat à un programme. Ils ne savent pas vraiment ce que veulent les syndicats sur tel ou tel point. Leurs orientations changeraient parfois par opportunisme selon la couleur politique du gouvernement élu et l'opposition ne serait parfois qu'une façade. La **versatilité** des syndicats serait une source d'incompréhension et de ressentiment et contribuerait à réduire leur représentativité.

*Dr.3 : On n'a pas une lisibilité des programmes des syndicats.*

*Dr. 9 : Le SML, je l'ai quitté... parce que euh au départ ils étaient contre la convention qui est en cours actuellement, ils ne l'ont pas signée tant que c'était Marisol Touraine. Le jour où c'était Agnès Buzyn, ils l'ont signée... rien n'avait changé.*

*Dr. 10 : à l'époque j'hésitais avec soit le truc là euh... FMF, parce que je trouvais qu'ils étaient bien euh... à l'époque où ils... où il y avait les URPS je trouvais qu'ils étaient bien bien à défendre, puis en fait euh... j'ai trouvé qu'en fait ils ont bien... ils ont bien retourné leur veste sur plein de points. Donc au final ils ont pas fait mieux que les autres...*

En plus des lignes directrices mouvantes, c'est **la différenciation entre les différents syndicats qui pose problème** selon certains médecins. Les programmes se ressemblent, les anciens clivages ont disparu. Qui représente quoi ? Quelles idées ? Et si tout revenait au même malgré la pléthore d'organisations syndicales ?

*Dr. 1 : On avait un syndicat comme MG qui était quand même plutôt un syndicat, euh, je vais dire, euh... autoritaire si on peut parler comme ça euh, intéressé par une médecine on va dire à terme ... un peu sous forme de fonctionnariat, et une CSMF [...] qui était plutôt un syndicat libéral au sens large, avec plutôt une protection de la liberté d'exercice, une valorisation de la consultation. Et aujourd'hui, on a un peu l'impression que toutes ces lignes semblent à peu près effacées et la représentativité de tous ces syndicats n'est pas très évidente et que les différences entre ces deux gros syndicats c'est pas très évident pour nous.*

*Dr. 3 : je trouve que les lignes politiques d'opposition sont pas très claires, quoi... il y a pas beaucoup de différenciation [...] aujourd'hui j'ai pas repris d'inscription parce que je ne sais pas trop où aller. Je trouve que les programmes sont pas assez partagés, pas assez déterminants pour l'instant.*

#### **e. L'ambiguïté de la critique de la représentativité**

Des médecins avaient des objections à faire contre les critiques faites à l'encontre de la représentativité syndicale, qu'ils jugeaient eux même trop faible par ailleurs. Pour eux, il y avait quelque chose d'ambigu à critiquer la représentativité d'un organisme syndical quand on ne fait pas l'effort de s'investir, d'y adhérer, ou tout simplement de voter aux élections

professionnelles. Comme on l'a vu c'est un ensemble de phénomènes dont résulte la représentativité. Le premier d'entre eux n'est-il pas l'engagement du plus grand nombre ? Certains ont conscience que **les torts sont partagés** dans le domaine de la représentativité.

*Dr. 3 : la représentativité des syndicats, elle est relative... parce que... alors c'est toujours un peu problématique parce que, euh, tant qu'on y va pas on peut pas augmenter la représentativité.*

*Dr. 9 : après je pense que c'est important. Ne serait-ce que pour être représentés, qu'est-ce que vous voulez ? Après sinon on peut pas dire à MG France, ouais, mais vous représentez que euh... 30% euh... du collège de votants qui était nul quoi quasiment nul, mais d'un autre côté ils sont allés voter quoi [...] on peut pas reprocher aux gens euh... de s'exprimer, de revendiquer une représentativité et une légitimité si derrière on ne vote pas si derrière on ne s'engage pas.*

*Dr. 13 : ce serait plus logique que j'aille à la rencontre euh... de syndicalistes et d'aller à deux trois réunions pour voir ce qui se dit, pour avoir une meilleure opinion, mais ça je ne le... je ne l'ai jamais fait.*

### 3. Un pouvoir institutionnalisé en pratique assez faible

#### a. *Une forme d'impuissance.*

La capacité des syndicats à peser dans les négociations avec le milieu politique est jugé plutôt faible. Si leur pourvoir n'est pas considéré comme inexistant, le peu de résultats concrets laisse les médecins **dubitatifs quant à leur réelle capacité à influencer les décisions politiques** au-delà d'un aspect consultatif.

*Dr. 1 : d'aujourd'hui, par exemple, par le biais de ce qu'on appelle, des commissions paritaires locales, les syndicats sont représentés mais, je vais dire, n'ont aucune influence sur les décisions prises. Ils ont un pouvoir consultatif, voilà, c'est le terme que je cherchais. [...] on a au niveau du terrain le ressenti de l'inefficacité ou de l'inopérance de ces syndicats.*

*Dr. 13 : il faut qu'il y ait des syndicats pour discuter mais on a l'impression qu'ils ont tellement peu de poids que ça apporte que... c'est pas eux qui décident.*

Selon un médecin syndiqué, les syndicats « essaient » de défendre les médecins. C'est un aveu de faiblesse. Ils sont présents et font ce qu'ils peuvent mais il ne faut pas s'attendre à des résultats éclatants.

*Dr. 8 : Ce qui est bien c'est qu'on est quand même un rempart. On essaie en tout cas euh... les représentants essaient de discuter. Bon euh souvent ils y arrivent pas plus que la CGT (Confédération générale du travail) ou la CFDT (Confédération française démocratique du travail) on est d'accord hein.*

#### b. *Des rapports de pouvoir déséquilibrés avec l'état.*

Un consensus semble se dégager pour dire que l'avantage penche dans ce domaine en faveur des tutelles que ce soit au niveau national avec l'assurance maladie et le ministère de la santé ou à l'échelon régional vis-à-vis des ARS. Comment avoir du pouvoir, comment peser face à ces interlocuteurs qui se dispensent de les consulter avant de décider, et qui ne prennent en compte que des intérêts économiques ? D'autant plus que les décisions coupées de la réalité du terrain prises par le monde politique sont légions. Alors **il faut se défendre sans cesse pour obtenir peu** et finalement être obligé de cautionner les décisions politiques. L'ingratitude de la tâche est immense et dans le fond, peut-être que les syndicats font bien ce qu'ils peuvent.

*Dr. 1 : Aujourd'hui, les intérêts de la profession ne sont pas défendus, euh, ce qui est défendu c'est un intérêt purement économique par les gouvernants et plus ou moins par les syndicats puisqu'ils cautionnent.*

*Dr. 9 : ... on trouve, mais je pense que c'est vrai pour tous les syndicats de médecins que les administratifs ont beaucoup trop de pouvoirs...*

*Dr. 10 : après le problème c'est que c'est dilué dans le ... c'est dilué... y a tellement de... de bêtises qui sont inventées par l'état globalement... tous les jours des trucs qui sortent... avec des députés qui sortent des trucs parfois qui sont aberrants et qui sont eux même médecins donc euh... il faut toujours se battre pour... pour rien avoir quoi... c'est ça qui est un peu compliqué.*

### **c. Un pouvoir faible parce qu'il est illégitime.**

Pour un syndiqué, il est difficile de prendre part à des négociations dans le but d'imposer son avis pour les autres, quand le pouvoir qui nous est conféré n'est pas fortement légitime. Alors **la faible représentativité nuit à la légitimité du pouvoir syndical** et entretient une posture facile qui consiste à dénigrer ce qui a été fait. En conséquence, le rapport de force penche encore davantage du côté du monde politique.

*Dr. 9 : (à propos de la légitimité des syndicats) Moi je la trouve plutôt faible. Mais euh... j'inclus l'UFML dedans hein... [...] je le dis aux collègues ici et je le dis aux internes et je le dis à chaque fois..., je leur dis : « il faut vous syndiquer parce que c'est comme ça, c'est par le biais des syndicats qu'on négocie et qu'on crée un rapport de négociation et de force, et plus on est nombreux à se syndiquer plus le ... plus la représ... plus la légitimité d'un syndicat à signer les conventions ou à signer les accords euh professionnels est forte. [...] Euh... parce que quand vous arrivez avec 10 à 20% de participation, même 30% quoi, enfin, en dessous de 50 % de participation aux élections et que derrière vous allez signer... ben il y aura toujours des mecs pour grincer en disant « ben vous ne représentez personne ».*

## **4. Un univers syndical miné par l'orgueil et les rivalités.**

Les rivalités entre syndicats apparaissent comme déplorables et en contradiction avec la défense des intérêts de la profession. Elles sont ramenées à des enfantillages qui rabaissent la représentation médicale au rang du monde politique.

*Dr. 1 : la plupart du temps je dirai un euh des syndicats qui s'opposent les uns les autres pour des raisons comparables aux raisons politiques.*

*Dr. 8 : il y a des petites guéguerres quand on écoute les secrétariats généraux où les lignes directrices des syndicats, c'est... ça c'est ridicule, franchement*

Justement, la question de la nature de la représentation syndicale et de la différence entre un syndicat et un parti politique se pose clairement pour l'un des médecins, par ailleurs syndiqué. A travers ces guerres incessantes entre syndicats, ces luttes d'influence, on en vient à se demander si ces syndicats se comportent réellement en représentants des médecins ou **plutôt en partis effecteurs d'intérêts personnels et politiques**. C'est la limite entre le monde syndical et le monde politique qui est questionnée.

*Dr.5 : J'observe juste que quand c'est les élections, ben c'est ...en gros c'est c'est moi le meilleur, c'est mon syndicat le meilleur et nanani nanana ! [...] c'est forcément rattaché à... à un... c'est comme un politique... je supporte pas ça. Je vois pas pourquoi un gars FMF va critiquer un gars de la CSMF. Oh la CSMF c'est ça ! Oh MG France ! A un moment donné stop quoi ! Soit on est là pour défendre une profession, soit on est là pour défendre un parti, quoi ! Là c'est un syndicat !*

La personnalité des syndiqués est également mise en cause. Chez certains, il semble que ce soit l'**orgueil** qui domine dans les raisons de l'engagement. Dès le niveau local, des syndiqués se positionnent pour obtenir telle ou telle place, faisant passer la défense de l'intérêt des médecins après leurs **ambitions personnelles**.

*Dr. 4 : c'est aussi des... des gens, c'est comme dans le monde politique euh, qui sont installés et qui gardent leur euh, leur pré carré et... qui gardent leurs avantages... qui représentent les médecins, mais euh bon « dubitatif ».*

*Dr. 5 : Ce qui me dérange énormément c'est que... même à l'échelon départemental, y a des querelles de chef dans un syndicat. Et là j'ai envie de la dire... ça vaut rien ! Vous êtes pas là pour f... votre orgueil personnel, même si ça vous fait plaisir d'être élus, syndiqués. Vous êtes là pour nous défendre !*

## 5. Des réformes cautionnées par les syndicats qui ne font pas l'unanimité

Les médecins ont été invités à donner leur avis sur les réformes d'envergure et pérennes adoptées ces dernières années. Il s'agissait du médecin traitant, du Revenu sur objectif de santé publique (ROSP), du forfait patientèle et des congés paternité et maternité. On met en évidence des avis très contrastés qui évoquent une **adhésion partielle aux dispositifs** mis en place ces dernières années en médecine générale par voie conventionnelle

Certains émettent des réserves en ce qui concerne le dispositif du médecin traitant. Ils allèguent son caractère contraignant pour le patient, et l'hypocrisie d'un système contourné de manière généralisé par le mensonge en ce qui concerne le parcours de soins. Un des médecins va jusqu'à évoquer une gêne à proposer de devenir médecin traitant dans certaines situations.

*Dr. 7 : Ben je pense qu'en pratique, les gens continuent de voir d'autres médecins que le leur. Euh... et qu'il suffit de cocher médecin traitant remplacé pour qu'ils soient remboursés de la même façon... euh, l'impact est à mon avis pas... majeur.*

*Dr. 8 : Ben parce que on n'arrête pas de mentir ! On dit que je remplace, voilà ! [...]je trouve ça ridicule... enfin, moi je trouve que c'est bien d'avoir un choix... enfin... je suis vraiment libérale libérale.... je fais partie du syndicat le plus à droite je crois... j'ai pas envie de forcer les gens à faire ce qu'ils ont pas envie de faire. Et je déteste alors là quand il faut que je demande aux enfants...c'est les parents qui viennent me le demander, mais jamais je vais dire : « je mets votre enfant en médecin traitant ». J'ai une grosse réticence à le faire.*

Le ROSP et le forfait médecin traitant sont souvent assimilés l'un avec l'autre par des médecins qui s'y opposent là encore au nom des valeurs libérales de la médecine de ville. Ils rejettent ces rémunérations forfaitaires qui pour eux lient trop les médecins libéraux à leurs tutelles en ce qui concerne leurs rémunérations, y voient une **étape dans la mise en place du salariat**, et préféreraient bénéficier d'une augmentation du tarif de la consultation.

*Dr. 1 : [...] on va malgré tout vers une médecine on va dire à moyen terme qui sera sans doute salariée. Je regrette profondément la signature des ROSP, qui nous ont liés pieds et poings avec les caisses et qui nous rendent aujourd'hui dépendant de celles-ci.*

*Dr. 13 : on a touché quelques primes, et tout ça, mais bon, vu le travail qu'on fournit euh... on ferait mieux d'être payés correctement comme le reste des pays européens et sans avoir des primes à la con quoi. [...] on peut mettre n'importe quoi sur le ROSP. Ils feraient mieux de nous mettre une consult à 30 euros, de nous enlever tous ces trucs là euh... euh... qui servent pas bien à grand-chose.*

D'autres médecins sont satisfaits de cette revalorisation de leurs revenus, mais émettent des nuances, des doutes, quant au bien-fondé de la rémunération sur objectif, traduisant une

adhésion imparfaite à cette mesure. C'est le **principe de récompense** lié au fait de bien ou mal faire son travail qui pose problème ainsi que son efficacité pour améliorer les prises en charge qui sont ciblés.

*Dr. 7 : oui, je peux pas être contre si ça apporte un revenu supplémentaire... après sur le principe euh... ben je me dis voilà, c'est la carotte euh... et que quelque part, il faut quand même être dans un moule pour avoir ça et si on est pas exactement dans le moule, on l'a pas ! Alors qu'on est pas forcément mauvais médecin pour autant.*

Il est intéressant de noter que seuls trois médecins du corpus ont évoqué spontanément les réformes en cours qui n'avaient volontairement pas été abordées car ce travail de thèse se voulait détaché de l'actualité afin de saisir les tendances de l'opinion des médecins sur le long terme. Ces médecins en parlaient d'ailleurs en termes négatifs, fustigeant des signatures mal négociées en ce qui concerne les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et les assistants médicaux, sans y être opposé sur le principe.

*Dr. 5 : les assistants médicaux. Si c'est bien négocié, on peut espérer que ça peut être une avancée. Si c'est mal négocié, c'est pas la peine. Donc c'est pas la peine.*

*Dr. 10 : moi la signature de... enfin je suis dés... la signature des assistants médicaux, fallait pas signer ça... fallait pas signer aussi euh... fallait pas signer les CPTS... ou certains trucs, enfin fallait pas signer ça. C'est signé c'est trop tard maintenant. Moi ça va me ... ça va me pénaliser. [...] mais après il faut mettre des assistants médicaux, des choses comme ça mais... ok, moi je voudrais bien, mais... moi comme j'exerce seul j'ai pas le droit voilà ! Voilà... il y a toujours des contre parties.*

Un des médecins interrogés résume peut-être bien un **sentiment de perplexité** à l'égard des réformes passées et à venir, en se demandant si ces transformations sont bien des améliorations pour la médecine générale.

*Dr. 13 : c'est des avancées, c'est des avancées, mais je sais pas si ça avance vraiment la médecine générale.*

## E - Des raisons d'être satisfaits des syndicats de médecins

### 1. Des syndicats utiles pour les généralistes

#### *a. Des avancées pour la médecine générale*

L'amélioration conséquente de la prise en charge des congés parentaux est unanimement approuvée par les médecins de cet échantillon, et est considérée comme une **avancée sociale négociée par les syndicats**. Il est intéressant de signaler qu'elle est très bien perçue chez des médecins attachés à la préservation des caractéristiques libérales de leur exercice.

*Dr. 5 : ça c'est une très bonne avancée. Faut que ça soit juste pour tout être humain qui travaille en France.*

L'instauration du médecin traitant est globalement bien perçue, parce qu'elle formalise le rôle de référent du médecin généraliste, qui coordonne le parcours de soin, centralise les informations, et réduit aussi l'errance des patients.

*Dr. 2 : Et bien j'avoue que c'est bien. Parce que... quand on est médecin traitant. Même moi... quand on a fait du remplacement et qu'on est installé... je me rends compte que c'est pas la même chose quand même... de suivre un patient euh.. tout ça...*

Les médecins satisfaits de l'existence de la RO SP n'en ont pas justifié la raison.

*Dr. 10 : Moi je trouve que c'est bien, je vais pas cracher sur un forfait médecin traitant ou un RO SP...*

La revalorisation des actes de manière générale sont attendues et appréciées des syndicats. La valorisation du contenu de certaines consultations sont des avancées qui ont été appréciées.

*Dr. 11 : Ben il y a eu la revalorisation des actes, la revalorisation des actes de prévention... on a quand même plus de cotations maintenant qui existent... voilà... [...] en tout cas ils ont fait passer beaucoup de choses ces dernières années en notre faveur...*

*Dr. 13 : le seul truc euh nous qu'on voit un petit peu sur l'effet des syndicats, c'est euh... éventuellement quand on obtient une revalorisation tarifaire.*

### **b. Une communication utile**

La communication issue des syndicats de médecins a plusieurs avantages. Elle a le **mérite d'informer** les médecins sur les affaires en cours tout en offrant un point de vue plus technique et plus adapté aux médecins que ceux de la presse, ou des gouvernants. Un des médecins trouve également certaines manières de présenter l'information plutôt ludique.

*Dr. 10 : Ca m'apprend des trucs... après ça permet de savoir ce que chacun pense... [...] moi, la CSMF je trouve que c'est sympa, puisqu'ils nous envoient euh...le truc là euh... [...] c'est marrant parce qu'ils se moquent un peu des politiques etcetera et puis aussi des aberrations qui sont votées... alors ça permet de rigoler mais ils... enfin bon... ça montre les bêtises, mais derrière il se passe rien ! « rires » mais au moins, bon, ça me fait rigoler quoi. [...]MG France j'ai rien... je sais pas pourquoi... et puis euh le SML ben globalement si, j'aime bien.*

*Dr. 12 : ce qui apporte satisfaction, c'est déjà une information un petit peu plus euh... plus précise qui ne passe pas uniquement par les caisses ou par l'agence régionale de santé mais qui passe aussi par euh... par les instances syndicales...*

### **c. Une représentativité sous certains aspects bien réelle**

Un des médecins évoque l'**existence de consultation des adhérents** au sein des syndicats pour décider des orientations à prendre. Cela avait, à priori, été le cas à la CSMF au moment des délibérations autour de l'approbation de la convention médicale de 2016. Donc à certaines occasions, il existe une **interactivité concrète** entre la base des adhérents et le bureau des syndicats.

*Dr. 5 : Quand la CSMF avait pas voté la convention euh... d'ailleurs c'était très interactif là ! ...Ils nous ont interrogés au département on a dit oui non, ils ont fait les stats. Donc CSMF « numero département » non ! Crac crac crac, ils ont remonté et puis non national [...] donc là oui, on a le sentiment que notre parole est entendue...*

D'autres, ne remettent pas en question la représentativité des syndicats de médecins. Pour un des médecins ayant peu de connaissances sur le sujet, la représentativité n'a pas lieu de poser problème. Cela traduit une absence de préjugé négatif à l'égard des syndicats chez certains jeunes médecins. Selon certains, la représentativité est jugée plutôt bonne parce que toutes les différentes situations existant au sein des généralistes sont prises en compte ainsi que toutes les opinions représentées.

*Dr. 2 : Ah je ne sais pas. Non. Enfin moi je ne vois pas pourquoi. Enfin, le syndicat est sensé nous représenter et et du coup je vois pas pourquoi il y aurait des problèmes, mais c'est peut être ma manière naïve de voir les choses. « Rires ».*

*Dr. 8 : Non euh...je crois pas... parce qu'il y a quand même plein de... plein de courants différents. Même si c'est pas...on est quand même pas très loin les uns des autres... on va tous à peu près dans le même sens.[...] Je trouve. Je trouve pas qu'il y ai des grandes différences [...] entre les médecins et les syndicats qui posent problème ? ben je pense pas non. Euh... non je vois pas.*

#### **d. Un pouvoir réel**

Un des médecins, bien que souvent critique du fonctionnement syndical en général, se réjouit de l'existence d'un pouvoir syndical auprès des tutelles. Il lui semble que les représentants syndicaux, malgré tous les problèmes évoqués, sont quand même écoutés par les gouvernants.

*Dr. 5 : la satisfaction c'est que j'ai l'impression qu'ils ont quand même encore leur pouvoir de de... ils ont encore un peu de contrepoids quand il y a des négociations avec des ministres... euh... j'ai l'impression qu'ils... leur avis est encore pris en compte.*

#### **e. Une opportunité de formation professionnelle**

Les syndicats médicaux sont également loués pour apporter des possibilités de formations y compris aux personnes qui ne sont pas adhérentes. Néanmoins certains médecins ne semblaient pas savoir qu'il existait des formations à l'initiative des syndicats.

*Dr. 10 : Après moi, le peu que j'y ai eu à faire... sur des formations, c'était bien hein ! Les formations étaient bien faites !*

#### **f. De la reconnaissance pour l'engagement des médecins syndiqués**

En fait, il coexiste à toutes les critiques énoncées dans la partie précédente **un sentiment de gratitude** à l'égard des médecins syndiqués qui prennent de leur temps pour représenter les autres et les défendre. Des médecins non syndiqués trouvent ces syndicats et leurs adhérents courageux de s'engager en dépit d'une absence manifeste de soutien.

*Dr. 3 : de se battre alors qu'ils représentent pas l'ensemble des médecins. [...]je trouve qu'ils sont courageux de continuer à s'investir alors que finalement il y a peu de soutien derrière.*

*Dr. 7 : parce que c'est enfin... c'est quand même des défenseurs de nos droits... de valeurs sûrement aussi... [...] oui, c'est important que ça existe ! Donc je les remercie d'exister quand même [...] je les remercie de ce qu'ils font pour nous... [...]je pense qu'il y en a besoin.*

## **2. Un engagement épanouissant qui apporte certains avantages**

#### **a. Un soutien juridique**

Des médecins ont souligné le fait que l'adhésion à un syndicat apportait des garanties en termes de **défense individuelle** sur le plan juridique. En cas de problème, il est possible de bénéficier des spécialistes du syndicat, ce qui permet d'être mieux défendu qu'un médecin isolé.

*Dr. 4 : et puis ça avait un rôle aussi protecteur, parce que quand on a un problème, ça peut toujours arriver, le syndicat à ce moment-là peut intervenir par le biais d'un avocat.*

### ***b. Une source d'information et de formation pour les adhérents.***

Pour plusieurs syndiqués, le syndicat permet de pénétrer dans un réseau au sein duquel **l'information circule**. Les possibilités offertes par ces organisations en termes de formations et de congrès paraissent importantes à condition de chercher parfois l'information un peu soi-même et de s'impliquer.

*Dr. 8 : Oui. Oui, il y a beaucoup de choses. Mais faut... des fois chercher. C'est sûr que ça va peut-être pas venir directement. Oui, je trouve qu'il se passe quand même pas mal de choses hein [...] On reçoit des mails, on reçoit des invitations... on reçoit... même d'autres syndicats. Moi je trouve qu'il y a quand même beaucoup de communication. Il y a des congrès... il y a des conférences...*

*Dr. 12 : après quand vous faites partie d'un syndicat et que vous êtes actif dans ce syndicat, là c'est différent parce que vous entrez dans un réseau de... d'information par le biais des... des groupes de pairs ou des mails etcetera etcetera... [...] Quand on est actif dans un syndicat on est assez bien informé. En tout cas, en ce qui concerne MG France...*

### ***c. Prendre plaisir à s'engager sur le plan local.***

L'implication dans un syndicat peut prendre la forme d'activités qui sont vues comme plaisantes. Un des médecins syndiqués élu à l'URPS décrivait un **grand enthousiasme** dans son implication de terrain au sein de cette structure, à travers l'organisation d'événements, le débat autour de la PDSA, ou encore l'aide aux jeunes installés.

*Dr. 8 : j'ai été élue et euh qu'est-ce que je suis contente ! J'adore cette action. Mais pas, le côté... toujours pareil, aider les jeunes installés, aider... voilà... [...] c'est ça que j'aime... et même euh... là, on est en train d'essayer de voir pour... pour euh... assurer les urgences, les premiers secours pour éviter l'encombrement des urgences, on en discute... Voilà c'est des choses que j'aime bien, faire avancer... c'est ça que j'aime bien ! Organiser, le partage... des compétences, des expériences...*

### ***d. Un soutien aux confrères valorisant.***

Le rôle de soutien aux confrères notamment dans le cadre des commissions paritaires locales est également jugé intéressant et gratifiant par les syndiqués qui y prennent part. C'est en fait une **mise en pratique de l'exigence de confraternité** qui lie les médecins.

*Dr. 8 : Ben c'est se faire défendre, par exemple au niveau d'un conflit avec la sécurité sociale... en fait au niveau local c'est surtout ça... on peut en étant représentant syndical accompagner le médecin... euh s'il a... par exemple fait trop d'arrêts de travail... et il a pas envie d'y aller seul, parce qu'il a peur de se faire taper sur les doigts... donc ça c'est bien.*

*Dr. 12 : et puis le côté défendre les confrères... ça c'est important aussi. Un syndicat défend ! Moi je fais partie de la CPL (Comité paritaire local) par exemple et de la CPR (Comité paritaire régional). On est amenés à défendre des confrères, bien sûr... et à s'interroger sur le sens et la pertinence de notre métier.*

### ***e. Une forme d'épanouissement sur des bases intellectuelles et plus solidaires.***

Au-delà de cela, l'engagement dans un syndicat est aussi perçu comme **porteur de sens**. Source de formation, de questionnement, pourvoyeur de rencontres, de confrontation à des situations diverses, l'engagement syndical suscite un travail sur soi qui est profitable. Il permet de constituer des petits groupes où on s'entraide, ce qui permet de se sentir un peu moins seul face aux décisions politiques qu'on a l'impression de subir différemment. C'est en quelque sorte un **remède contre l'individualisme** structurel de la profession.

*Dr. 4 Il y a une entraide, voilà, qui est pas négligeable dans le fait euh qu'on sent quand même qu'on fait partie d'un groupe.*

*Dr. 12 : Euh... que le syndicalisme m'a ouvert vraiment des portes au niveau de certaines réflexions éthiques dans ma profession, que ça m'a permis de... de pouvoir euh... appréhender les problèmes de mes confrères qui ressemblaient aux miens...de pouvoir se sentir un petit peu plus fort par rapport aux... par rapport aux politiques et par rapport aux caisses... euh... [...] et puis ça consolide aussi la confraternité... je veux dire on a beaucoup plus de rapports avec les confrères.*

## F - Améliorations proposées par les médecins généralistes.

### 1. Une formation universitaire : devenir « médecin dans la cité »

Pour plusieurs médecins interrogés, la faible adhésion et le désintérêt global pour le syndicalisme médical pourraient être dus à une méconnaissance du sujet. Cette lacune puiserait son origine dès la formation académique des jeunes médecins et aurait pour conséquence une inappétence pour l'engagement syndical. Ainsi, une information destinée à expliquer aux étudiants en médecine les rouages de la représentation syndicale, et exposer les différents syndicats en présence pourrait être offerte au cours des études.

*Dr. 7 : Et puis aussi peut être le fait de... de parler des syndicats aux médecins qui sortent des études, ça pourrait être euh... enfin pour dire que ça existe et quels sont les syndicats qui existent...*

*Dr. 9 : je pense que c'est un sujet qu'on n'aborde pas beaucoup non plus pendant nos études... parce qu'on est le nez dans le guidon... je pense que puisqu'on fait des sciences sociales, des humanités peut être qu'il faut l'inclure dedans...*

Pour deux des médecins interrogés, l'absence d'information au sujet des syndicats de médecins au cours des études est à intégrer à une problématique plus vaste. Il s'agit d'avoir **conscience qu'être médecin c'est plus que d'assurer des soins**, c'est aussi faire partie du système de soins, qui est lui-même au sein de la société. C'est la notion de citoyenneté qui est invoquée en développant l'idée de « médecin dans la cité », c'est-à-dire d'un médecin qui doit s'impliquer de manière générale, dans les affaires publiques.

*Dr. 5 : je pense que c'est un déficit de formation. On se rend pas compte que la médecine... en libéral... c'est pas juste voir des patients en fait.*

*Dr. 9 : peut-être aussi qu'il faut ... il faut rappeler pendant toutes nos études que le médecin euh... il est médecin dans une société, il est médecin dans un monde qui bouge, il est médecin euh... avec des patients qui ont tous des réalités différentes, donc il doit être citoyen. Il doit s'engager. C'est pas forcément se faire élire ou profiter des circonstances... c'est simplement arriver en disant voilà euh j'apporte mon eau au moulin, que ce soit dans le monde syndical pour la profession, mais aussi plus globalement dans le monde dans lequel on vit. [...] moi, je suis partisan... je dis que c'est important d'être des médecins dans la cité, pas forcément dans le syndicalisme, il faut avoir des idées politiques, il faut se renseigner. Il faut être au courant de ce qui se passe, il faut pas être hors sol.*

Un des médecins syndiqués relève l'importance de parler aux étudiants dès l'externat et nous signale les efforts réalisés en ce sens par son syndicat en invitant les jeunes aux congrès. L'**information aux étudiants** existe aussi. Elle est transmise par les maîtres de stage universitaires à qui le sujet tient à cœur.

*Dr. 12 : on a eu notre congrès MG France cette année... on a invité des internes... le prochain congrès... on essaie de faire en sorte... congrès j'entends bien MG France... on essaie de faire en sorte qu'il soit à Dijon en 2022. Euh... on a déjà avisé les internes... on fait euh des rencontres avec les externes. Euh... on en parle aussi à nos stagiaires externes qu'on reçoit...*

## 2. Une communication mieux ciblée et privilégiant le contact direct pour susciter des adhésions :

Un des médecins sympathisant à un syndicat estime qu'il ne faudrait pas hésiter à relancer les personnes dans son cas à propos de l'affranchissement des cotisations. Le retard en la matière n'étant pas forcément synonyme de désengagement mais plutôt de négligence.

*Dr. 11 : Ah, je pense que si on relançait un petit peu ça fonctionnerait. [...] la relance peut être plus régulièrement sur de l'adhésion, je pense que ... que clairement ça fonctionnerait peut être mieux...*

Une autre approche consisterait à se saisir d'opportunités présentées par les événements qui rassemblent beaucoup de médecins généralistes de tous horizons (congrès, formation), pour proposer une information en ayant une chance de toucher des personnes peu renseignées. Il s'agirait de **se saisir de moments non dédiés au syndicalisme**. Si cela existe probablement déjà, il s'agit selon certains d'un moyen qu'il semble bon de privilégier.

*Dr. 1 : Communiquer autrement sûrement. Peut-être des forums... oui, peut être des forums sur le terrain.*

*Dr. 11 : avoir une meilleure information euh en local peut être. [...] quand il y a des journées comme par exemple le printemps médical où il y a beaucoup de... mais il me semble qu'ils ont déjà un stand MG je pense... voilà, les journées où on sait qu'il va y avoir beaucoup de médecins généralistes tout venant... pas forcément ceux qu'on croise toujours en formation... c'est souvent un peu les mêmes têtes qu'on croise, mais pouvoir toucher justement les autres médecins... voilà avoir une information un peu plus grand public, peut-être cibler des moments... qui sont pas dédiés euh... [...] et puis peut être avoir un peu leur avis euh... à eux...*

Un des syndiqués estime qu'il faudrait prendre le temps **d'organiser des réunions**, des tables rondes auprès des médecins de la région. Et c'est là que réside l'originalité, ce ne serait pas forcément avec des sympathisants du syndicat en question, mais **avec tout médecin intéressé par l'échange** à ce sujet. Des rencontres avec des représentants de syndicats différents sont également évoquées.

*Dr. 9 : Je pense euh pour le coup qu'il faudrait de temps en temps que euh... qu'on accepte de se rencontrer plus... entre syndicats déjà et puis même que les représentants des syndicats aillent démarcher, ça veut pas dire du porte à porte, et du tractage politique, ça veut dire échanger, ça veut dire éventuellement même et... euh... faire une table ronde. [...] Je pense que ça pourrait être bien et pas forcément qu'avec des gens qui ont de la sympathie pour ce syndicat, mais pour pouvoir échanger...*

L'idée que des syndicalistes pourraient aller directement à la rencontre des médecins une fois par an dans leur cabinet pour s'enquérir des difficultés et revendications des médecins a été évoquée par un médecin non syndiqué.

*Dr. 13 : effectivement pour discuter avec des syndicalistes et puis euh...et causer des problèmes il faudrait peut-être les rencontrer. Il faudrait peut-être qu'éventuellement aussi, certains syndicats viennent en disant tiens euh... on va faire un tour à (...) euh... une fois, une fois par an, venaient discuter avec nous sur les problèmes que l'on rencontre. Peut-être que ce jour-là effectivement on avancerait un petit peu plus et il y aurait peut-être plus de lien.*

### 3. Valoriser et défendre la médecine générale dans les médias :

Pour mieux communiquer, il faudrait également que les syndicats soient plus visibles dans les médias de masse, sur les réseaux sociaux, à la télévision, qu'ils aient davantage de poids dans le débat public. L'objectif serait alors triple, en premier lieu, ils auraient un **rôle de pédagogue**. Il faudrait expliquer à la population ce qui va mal et ce qui va bien dans le système de soins. Deuxièmement il faudrait **faire la promotion de la médecine générale libérale**, afin de favoriser l'attractivité de ce métier. Troisièmement, il faudrait que les syndicats soient **porteurs de propositions** et non pas s'axer sur une attitude défensive de récriminations et de plaintes. Cette triple exigence aurait l'avantage de redonner les clefs de leur destinée aux médecins.

*Dr. 4 : On est dans une société quand même maintenant d'information, de... et là il devrait y avoir un organisme euh... à la fois avec l'ordre des médecins, avec les syndicats pour pour valoriser quand même la profession, alors que là on est quand même soumis aux critiques très fortes... de tous côtés. [...] là on a l'impression que il y a ou les politiques ou le pékin moyen qui euh... qui donne son avis... mais les médecins on les entend pas trop. [...] Une avant-garde de tout ça pour euh vraiment montrer... et puis montrer ce qu'on peut faire, ce qu'on souhaite et expliquer les choses, pas les subir. [...] mais comme pour tout il faut... il faut... il faut faire de la pub. Il faut apprendre aux gens exactement. Il faut dire ce qui se passe [...] Qu'ils fassent des propositions pour l'avenir de la médecine euh... pour que la médecine à la fois soit plus agréable euh pour les patients, pour les médecins et qu'il y ait vraiment une explication et... de l'avenir de la médecine et de ce que souhaitent les médecins pour les patients, pour la France, pour le système de santé. [...]il faut pas que ce soit contre quelque chose mais il faudrait que ce soit pour quelques chose. Que ce soit constructif.*

*Dr. 12 : Et puis euh... donner une image de la profession qui puisse être attirante. Ca c'est important aussi. On vit actuellement une démographie qui euh devient difficile... euh... en particulier en médecine générale... je crois qu'il faut que le rôle des syndicats soit aussi de... de... tout en défendant la profession de pouvoir faire la promotion de notre métier euh... pour attirer les jeunes. [...] ça se fait déjà pas mal dans les URPS... ça se fait dans les congrès de certains syndicats...*

### 4. Donner du temps aux syndiqués pour communiquer avec leurs confrères :

Pour assurer une bonne communication à tous les échelons, qu'ils soient médiatiques, politiques, en population générale et auprès des médecins au niveau local, il faut du temps, et des adhérents. L'idée qu'il faudrait dégager du temps aux syndiqués pour pratiquer le militantisme est partagée par deux médecins interrogés. Le modèle du **détachement syndical** à l'instar de ce qui se pratique chez les salariés est évoqué par l'un d'eux. Cette aspiration se heurte néanmoins à des questions pratiques en ce qui concerne le financement de tels dispositifs.

*Dr. 9 : peut-être que... en faisant comme dans les syndicats de salariés, en ayant des détachements, comme ça se fait à l'hôpital hein... il y a des représ... il y a des DP qui sont détachés de leurs services pour ne faire que ça. Peut-être qu'il faudrait il faudrait le penser comme ça hein ... euh il faut voir aussi comment on le rémunère parce que... ça peut pas être totalement bénévole si on fait ça...*

*Dr. 12 : peut-être donner plus de temps aux membres actifs des syndicats, pour communiquer avec euh... avec leurs confrères...*

## 5. Réduire le coût des cotisations

L'un des médecins évoque le fait qu'une baisse des cotisations pourrait permettre d'améliorer indirectement la représentativité en facilitant les adhésions.

*Dr. 1 : Et puis peut être essayer de syndiquer plus de personnes alors peut être syndiquer plus en cotisant moins parce que je pense que le le, un des freins malgré tout reste le montant des cotisations qui est à mon sens exorbitant. Euh, plus de 300 euros, je le répète.*

## 6. Améliorer la légitimité : encourager le vote et susciter l'interaction avec la base des militants.

Un des médecins syndiqués, ressent un certain fatalisme en ce qui concerne les espoirs d'amélioration en matière d'adhésions, à force que ses exhortations restent lettre morte. Alors, puisqu'il paraît presque impossible d'obtenir un taux de syndicalisation de masse, il faudrait **au moins que les médecins votent aux élections professionnelles**. L'objectif serait double : faire en sorte que les médecins généralistes aient des représentants qui leur ressemblent et renforcer la légitimité des syndicats pour aller négocier au nom des médecins.

*Dr. 9 : je pense qu'il faudrait déjà... pas forcément convaincre les gens de se syndiquer, je pense que ça c'est... c'est presque peine perdue... mais au moins qu'ils votent. [...] aux élections professionnelles et ordinales. Il faut qu'ils votent hein ! Donc euh... pour que l'assemblée des gens qui les représentent leur ressemble... ressemble à leurs aspirations... pour le groupe majoritaire hein, pour qu'il y ait un vrai pluralisme et pour que derrière, quand les choses sont négociées et signées qu'il y ait une valeur d'autorité quoi !*

Pour deux des médecins interrogés une meilleure représentativité des médecins passe obligatoirement par une consultation incessante de la base. Il faut que les syndicats de médecins et leurs adhérents, voire les médecins qui ne sont pas syndiqués, soient en interaction permanente. Bien communiquer serait en quelque sorte une exigence démocratique de leur part. Il ne s'agirait pas simplement d'exposer un programme, mais de cultiver **l'interactivité par la consultation** afin de s'assurer que le syndicat est bien représentatif de la vox populi. La représentativité serait donc autre chose que la résultante comptable du vote. Cette démarche pourrait susciter des adhésions en combattant l'idée que l'engagement est inutile et la représentation syndicale coupée de la base. Elle permettrait aussi une définition des revendications syndicales au plus près des desiderata des médecins. Dans cette optique, l'utilisation **d'outils tels que les réseaux sociaux**, et la transmission régulière de **questionnaires rapides et simples** pour sonder les souhaits des médecins et pouvoir s'y adapter sont privilégiés.

*Dr. 1 : Ce qu'il faudrait c'est quand même qu'il y ait déjà une approche plus intense auprès des individus et que ce soit plus des décisions globales comme elles le sont actuellement.*

*Dr. 5 : il faudrait qu'ils soient interactifs, qu'ils créent des groupes euh, j'en sais rien moi... facebook ou autre...un système interactif pour toujours aller demander aux adhérents euh qu'est-ce que... comment ils voient les choses tout ça... pour toujours être en adéquation avec leurs attentes et peut être que là... enfin... peut être que le médecin qui est pas syndiqué on pourrait lui montrer que c'est important d'être syndiqué. [...] Qu'ils soient vraiment représentatifs. Et leur représentativité c'est pas l'élection [...] c'est régulièrement se demander, est-ce que je suis encore représentatif de la base. Qu'il.. que le gars il se pose la question. Sinon c'est un... un roi. Il se dit mais c'est cool j'ai été élu 5 ans donc on me fait confiance. Eh ben non. Parce les difficultés changent... aujourd'hui c'est ça, demain ça peut*

être autre chose. [...] qu'ils nous sollicitent. Alors pas des questionnaires à rallonge, mais de temps en temps... [...] les syndicats nous posent ; quelles sont vos préoccupations quotidiennes en tant que médecins et on répond en 5 items, et ça vous fait un programme électoral, euh un programme syndical et là... pour moi c'est ça, c'est vraiment la communication... sinon on se dit, bon ben puisque les syndicats nous représentent pas ben c'est pas la peine d'y aller et puis de toutes façons on verra, on va se faire bouffer, et puis les pessimistes vont prendre le dessus. [...] Et ça pourrait amener d'autres médecins en se disant ben c'est important du coup... parce que du coup j'y vois un intérêt euh personnel. Le syndicat il va peut-être aider à mon problème.

Il y a donc chez ce médecin un désir d'**horizontalité** de la prise de décision qui se baserait sur cette interactivité entre instances syndicales et médecins. Le but est également bien sûr de remédier à la déconnexion mortifère ressentie entre l'ensemble des médecins et les bureaux parisiens.

*Dr. 5 : Il faut que... que nous on ait l'impression que c'est pas des rois... parce que ça c'est mortel.*

## 7. Redistribuer les pouvoirs dans la gouvernance du système de soins.

Une autre approche du problème consiste en une redéfinition du pouvoir entre les acteurs du système de soins. Dans cette optique, les différents acteurs de ces négociations devraient bénéficier d'un pouvoir égal et non pas démesurément déséquilibré en faveur du monde politique. Il s'agirait de rééquilibrer les pouvoirs au sein de la convention et de manière générale dans les processus décisionnels qui concernent les médecins.

*Dr. 9 : redistribuer les pouvoirs déjà. Euh... on trouve, mais je pense que c'est vrai pour tous les syndicats de médecins que les administratifs ont beaucoup trop de pouvoirs... les ARS notamment. On voudrait que ça se répartisse un peu plus... peut être pas forcément en déséquilibrant vers les médecins parce qu'on est pas forcément des bons administrateurs. Mais. Voilà. Qu'il y ai un vrai contre-pouvoir entre médecins, usagers, parce que c'est important et administratif, parce qu'on en a besoin quand même.*

## 8. Repenser la défense de la profession

### *a. Une aspiration à défendre des valeurs libérales*

On met en évidence dans les entretiens une aspiration à la défense de l'exercice libéral de la médecine générale. Ce sentiment, s'il est marqué de manière hétérogène chez les différents intervenants, n'en demeure pas moins le fil rouge à partir duquel se déterminent les rancœurs et les attentes à l'égard des syndicats de médecins. Quand ils se plaignent de la prépondérance des décisions venant du milieu politique ou administratif, du surplus de réglementation qui y est associé, quand ils critiquent certaines réformes notamment en ce qui concerne les rémunérations forfaitaires qui rendent les revenus dépendants des tutelles, ce sont des atteintes aux valeurs libérales de la médecine générale qu'ils déplorent. La crainte sous-jacente est une perte d'autonomie et de liberté, qui sont des **acquis** qu'ils trouvent précieux. Certains médecins reprochent aux syndicats de privilégier des **compromis** réglementaires qui rapprocheraient l'exercice du salariat.

*Dr. 7 : Euh peut être que... qu'ils défendent euh... le mot m'échappe... notre indépendance. Le fait qu'on soit pas trop sous tutelle de la sécurité sociale. Qu'on ait la liberté de de... de prescription... [...] Les revenus aussi mais j'estime qu'on est pas non plus les plus à plaindre. ... c'est pas ce qui me*

viendrait en premier c'est plus une question de liberté d'exercice. [...] Pouvoir s'installer aussi où on le souhaite euh...

En illustration de ce qui vient d'être dit, pour un praticien, **le but ultime du syndicalisme médical n'est rien d'autre que de faire perdurer la médecine libérale en opposition au salariat.**

Dr. 5 : Ben faire qu'on puisse continuer à faire de la médecine libérale. Qu'on.. euh... trouver les moyens non financiers, les moyens utiles... pour... pour continuer de travailler en médecine générale libérale. Ca c'est le but ultime je crois du syndicat... sinon on est salariés et puis basta...

**b. Des syndicats plus indépendants pour une profession maîtresse de sa destinée.**

De manière sous-jacente, on trouve le souhait de disposer de **syndicats plus indépendants**, dont les déterminants seraient conditionnés par une moindre interconnexion avec les caisses et l'Etat. Ainsi, certains ressentent la nécessité de s'organiser, de créer une dynamique passant par les syndicats pour se réformer soi-même. Il s'agit de proposer ses propres solutions et de les mettre en pratique avant que d'autres qui ne conviendraient pas, qui seraient liberticides soient imposées d'en haut. C'est l'idée de cultiver une représentation indépendante et qui garantisse à la profession la maîtrise de sa destinée en dehors des circuits subventionnés.

Dr. 1 : [...] qu'il y ait peut-être moins de partenariat également avec, avec on va dire tout ce qui est administratif les gouvernants, les, les, les décisions qui se passent au niveau des députés et autres.

Dr. 4 ; je pense que c'est aussi aux médecins à prendre euh... euh... vraiment eux même la destinée de la médecine

Dr. 5 : si à un moment donné on va pas au-delà... de ça... on réfléchit pas à un système d'organisation des rendez-vous... à la prise en charge des rendez-vous non programmés et si l'A... l'état nous dit ben maintenant c'est comme ça, vous bossez jusqu'à 20 h et vous réfléchissez même pas, il va dire « merde, c'est dégueulasse ! ». Eh ben justement, si on avait eu la vision à temps : il y a un problème, les patients galèrent, les urgences sont blindées, il faut qu'on s'organise collectivement, il faut qu'on réfléchisse, peut être que là, les syndicats peuvent avoir effectivement ce lien.

Dr. 8 : Après, les maisons euh... médicales... on en a tous fait, mais de façon privée... Alors... c'est peut-être ça aussi... on profite pas de l'argent de l'ARS, mais on a envie de plus d'indépendance...

**c. Une aspiration à voir moins de rivalités entre syndicats : une approche moins politicienne.**

Un des médecins exprime le souhait de voir des syndicats plus unis, plus solidaires. Cette solidarité devrait d'ailleurs également avoir lieu à l'égard du monde hospitalier. Il s'agirait de surmonter les divisions issues des différences de mode d'exercice. Il suggère donc que le syndicalisme médical des médecins généralistes ne soit pas trop rivé sur la médecine générale mais ouvert aux problématiques des autres secteurs de la profession et inversement.

Dr. 9 : enfin, je pense qu'on a tous notre place, mais je pense que c'est aux syndicats d'être vigilants à ce que cet épanouissement de la diversité existe, sans tirer... mais il faut aussi ne pas se diviser en permanence. Ce que je reproche parfois à MG France, c'est d'être trop... clivant trop MG. Je pense qu'à un moment il faut parler aux autres, comme je le reproche au SML parfois, comme je le reproche à la MUF. Nous on a des grosses divergences d'activité, des grosses divergences de fonctionnement, c'est pas pour autant qu'il faut se tirer dessus. Je pense qu'il faut se parler et se comprendre et se défendre mutuellement euh...

Une attitude moins calquée sur le monde politique est également préconisée, en veillant à faire la différence entre ce qui relève du parti politique et de l'univers syndical.

*Dr. 5 : Je pense que les médecins, ils ont pas envie d'être encartés, ils ont juste envie d'être défendus.*

Il s'agirait, pour les représentants syndicaux de ne pas agir pour soi, de ne pas agir pour son orgueil et sa carrière, mais pour la défense de la médecine et des confrères médecins.

*Dr. 9 : Euh... voilà... je pense que c'est très important à partir du moment où on le fait on va dire de façon un peu noble, c'est-à-dire que c'est désintéressé, c'est-à-dire qu'on en fait pas un... un tremplin politique, c'est à dire qu'on en fait pas un tremplin de carrière.*

## 9. Une représentation médicale sans alternative plausible aux syndicats de médecins.

Nous avons trouvé intéressant de demander aux médecins du corpus s'ils voyaient une alternative à la représentation syndicale pour défendre les intérêts des médecins. Dans la mesure où l'engagement syndical était faible, peut-être que certains auraient souhaité un autre mode de représentation. En fait, **la plupart des médecins n'imaginent pas une autre façon d'être représentés**. On souhaite éventuellement voir les syndicats changer, se réorganiser mais pas être remplacés.

*Dr. 1 : Non. Non, non non. Il faudrait des syndicats autrement, c'est tout.*

*Dr. 4 : « hésitation »... Non, mais... je... je pense qu'on a une vision des syndicats qui est dépassée.*

Pour un des médecins, l'URPS, sans être réellement une alternative aux syndicats, occupe un rôle intermédiaire dans la représentation des médecins dans le sens où les syndiqués de tout bord y travaillent ensemble dans un même objectif malgré leurs différences de point de vue.

*Dr. 8 : Ben je trouve que l'URPS pour ça... forcément on est syndiqués, mais on est tous mélangés et j'ai l'impression qu'on va tous dans le même sens. On est plutôt aux opposés entre MG France et SML... originellement euh... à l'arrivée on va dans le même sens, on a la même façon de travailler, même si le forfait, le ROSP tout ça, on est pas forcément tous...d'accord...*

Un seul des médecins du corpus évoque une alternative claire et possible aux syndicats médicaux. Il s'agirait de l'instauration d'un système de démocratie directe qui se passerait de représentants. Mais cela supposerait une réorganisation en profondeur de la politique française, dont ce n'est pas la culture. En outre, d'après le médecin qui évoque cette idée, cela ne pourrait pas être concluant chez les médecins car ils sont peu enclins à voter et à s'impliquer personnellement. A partir de ce constat, l'existence d'une représentation syndicale s'impose.

*Dr. 9 : Il faudrait changer les règles du jeu en France déjà. Il faudrait plus qu'il y ait d'intermédiaire... [...] peut être qu'il faudrait plus de démocratie directe...après ça risquerait d'être un joyeux bordel en médecine... [...] pff... il faudrait déjà qu'on arrive euh... à faire quelque chose, enfin... à avoir un... une participation aux élections plus massive avant de vouloir tout changer. Moi personnellement la démocratie directe en médecine non, c'est trop euh... déjà on est trop hétérogènes, pour le coup c'est trop hétérogène euh... ça se terminerai en gros bazar.*

## G - Synthèse des résultats et carte mentale

L'analyse des entretiens met en évidence des verbatims appartenant souvent au registre de la critique à l'égard des syndicats de médecins. Deux sentiments dominent : le **désintérêt** et la **défiance**.

Les médecins généralistes ont exprimé le sentiment d'un **manque de représentativité** des syndicats de médecins. Le manque d'adhérents, l'absence d'interactivité entre les syndicats et la base des médecins en seraient les raisons principales. L'assimilation récurrente du syndicalisme médical au monde politique et la supposée personnalité singulière des médecins syndiqués avaient aussi un rôle dans la mauvaise représentativité ressentie.

De nombreux déterminants à la faible adhésion au syndicalisme ont été évoqués. Il s'agissait du **manque de temps**, de l'**individualisme** inhérent à la profession, du désintérêt, de l'absence de formation au sujet de la représentation syndicale au cours des études et du **sentiment d'inutilité** de l'engagement. De surcroît, il pouvait exister une mauvaise image du syndicalisme en général chez les médecins généralistes interrogés. Le prix de la cotisation a aussi été évoqué.

L'adhésion aux syndicats était provoquée par le contact direct avec un médecin syndiqué. L'engagement était alors suscité par l'envie de prendre part au processus de régulation de la profession tout en en défendant les intérêts. Une vision de la médecine générale commune à celle promue par les syndicats pouvait précipiter l'adhésion sur la base d'une connivence intellectuelle.

Le désengagement avait pour causes principales la **mauvaise communication** des dirigeants syndicaux et l'absence de participation aux processus de décision, qui étayaient l'impression d'inutilité de l'engagement. Le **désaccord** avec les lignes directrices syndicales était également évoqué.

L'engagement syndical avait cela d'épanouissant, qu'il représentait un remède contre l'individualisme. La **confraternité**, l'entraide se développait et l'impression de faire partie d'un groupe plaçait dans une situation moins passive vis-à-vis des événements. L'engagement de terrain auprès des confrères, pour leur **défense** ou pour les informer et l'implication dans l'organisation locale des soins de ville étaient également plébiscités.

Pour améliorer les relations, il a été proposé d'instituer une formation au système représentatif des médecins libéraux au cours des études. Parmi les **attentes** évoquées, il y avait également le souhait d'une interaction plus régulière avec les syndicats, qui pourrait se matérialiser par une consultation fréquente des médecins par les organismes syndicaux. Le vœu d'une défense plus marquée de l'autonomie de la profession et des **valeurs libérales** de la médecine générale était également présent.

Certains médecins espéraient une présence des représentants syndicaux dans les médias pour défendre et expliquer la profession auprès du public, et répondre aux critiques du milieu politique.

Une action syndicale constructive, porteuse de **propositions** pour le système de soins était souhaitée en opposition à un syndicalisme défensif.

La **carte mentale** ci-dessous permet de schématiser les interactions entre les principaux nœuds et les thèmes émergents. Les interactions sont symbolisées par des flèches. Les couleurs utilisées se rapportent d'une part aux sentiments mis en évidence et aux causes qui s'y rattachent et d'autres part aux facteurs transversaux qui affectent les relations entre les médecins généralistes libéraux et leurs syndicats.

Quatre sentiments prédominent dans nos entretiens :

Défiace	Grey
Désintérêt	Green
Satisfaction	Orange
Attente	Blue

Trois facteurs influencent les représentations des médecins généralistes de manière transversale :

La crise de l'identité professionnelle	Orange
La communication des syndicats	Yellow
L'intervention de l'Etat	Blue

CARTE MENTALE DES RELATIONS ENTRE LES MEDECINS GENERALISTES ET LEURS SYNDICATS

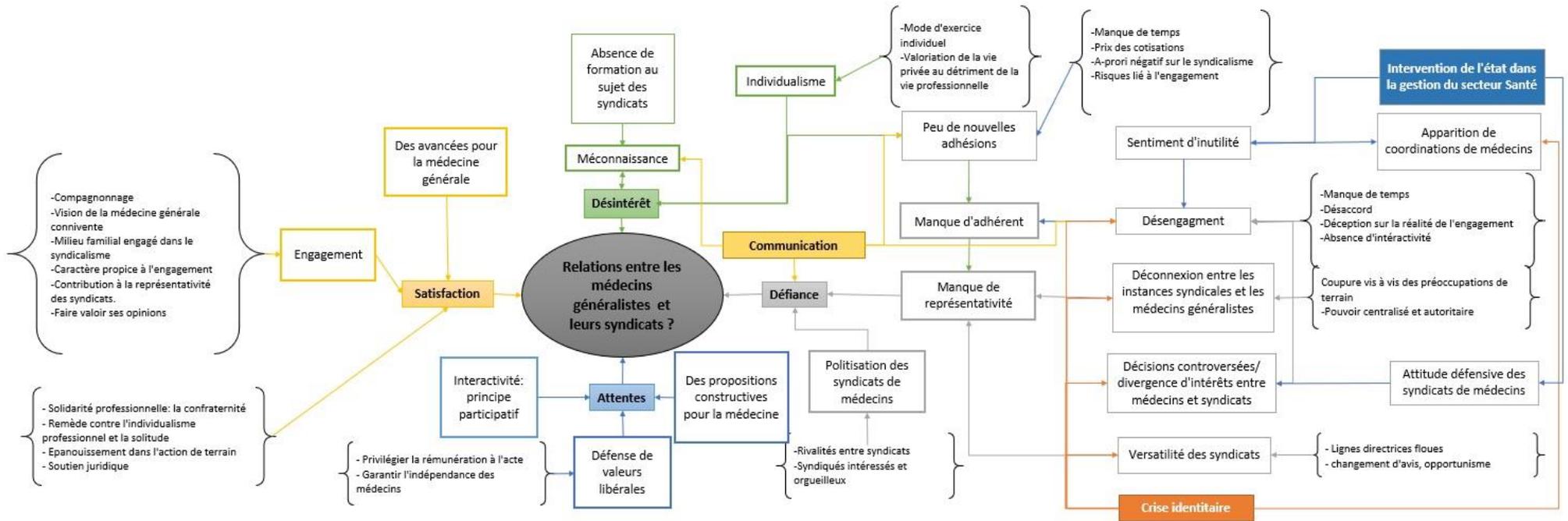


Figure 1. Carte mentale des relations entre les médecins généralistes et les syndicats

## **IV) Discussion des résultats**

### **A - Forces de l'étude**

Cette étude se démarque par son originalité. Aucune autre thèse, à notre connaissance, n'avait étudié les représentations des médecins généralistes libéraux à propos de leurs syndicats.

Le type de l'étude, c'est-à-dire le choix de la méthode qualitative et du recueil de données par entretiens semi-dirigés constituait également un avantage pour répondre à la question posée en permettant d'appréhender au mieux les opinions et les ressentis des médecins.

Le préambule de l'entretien qui comprenait une présentation de l'activité du médecin, et quelques questions personnelles permettait de mettre le médecin en confiance et de l'amener à parler avec plus de facilité du thème abordé.

L'échantillon obtenu présente une variabilité intéressante en termes de statut vis-à-vis du syndicalisme médical, de tranche d'âge, de mode et de lieu d'installation. Ces parcours et ces situations diverses permettent de supposer l'obtention d'un large panel d'informations.

Les données recueillies ont subi une double analyse de la part du thésard et de la directrice de thèse puis un exercice de triangulation des données a été réalisé à partir des codes obtenus ce qui limite le biais d'interprétation. En outre la saturation des données renforce la validité interne de l'étude.

La validité externe de l'étude est corroborée par des résultats convergents en population générale de médecins (spécialistes et généralistes confondus) mis en évidence par une autre enquête qualitative. De nombreuses études concernant l'engagement syndical et la désyndicalisation dans d'autres catégories socio-professionnelles confirment également la validité de notre travail.

### **B - Limites de l'étude**

Il existe un biais de sélection dans cette étude, car les médecins interrogés sont ceux qui ont accepté de participer aux entretiens semi-dirigés, ce qui ne peut exclure une sélection du profil des participants.

Le manque de temps à consacrer à l'entretien par des médecins très préoccupés par leur journée de consultation et qui avaient eu la gentillesse de se rendre disponible lors de leur pause méridienne nous a à plusieurs reprises empêché d'approfondir certaines représentations, ou obligé de sélectionner les thèmes qui paraissaient cruciaux pour mener ce travail.

L'inexpérience de l'enquêteur en ce qui concerne les entretiens semi-dirigés et leur analyse peut constituer une limite à cette étude, que nous avons tenté de réduire en se formant à cet exercice et en recueillant des conseils auprès de personnes habituées à la réalisation de tels travaux. En outre, deux entretiens tests, non incorporés à l'étude ont été réalisés afin d'essayer le guide d'entretien et de s'entraîner à l'utiliser.

Bien que l'échantillon – élaboré de manière raisonnée – comporte une variabilité indéniable, et que la saturation ait été obtenue, le faible nombre d'entretiens, et le caractère exigu de la localisation géographique des médecins interrogés, peut constituer une limite à l'extrapolation des résultats en population générale de généralistes.

En outre, la parité n'a pas été obtenue dans cet échantillon en particulier du fait d'une sur-représentation des hommes parmi les médecins syndiqués interrogés. Néanmoins, cette disposition est conforme à celle qui semble prévaloir dans le milieu syndical en Bourgogne-Franche Comté, puisque seulement 3 femmes médecins sont élues à l'URPS, dans le collège des généralistes qui compte 20 membres et les listes réalisées en vue des élections aux URPS comportaient moins d'un tiers de femmes.

## C - La désyndicalisation des médecins généralistes

### 1. Des rangs clairsemés au sein d'une profession défiante.

#### *a. Un manque d'adhérents*

L'analyse des entretiens met en évidence la conscience quasi généralisée d'un manque d'adhésion aux syndicats de médecins. Pour les médecins interrogés, le taux de syndicalisation ressenti était compris entre 5 et 15 %. La faiblesse des effectifs était perçue comme nuisible à la représentativité. Comme nous l'avons vu, la syndicalisation des médecins est en proie au déclin depuis les années 60. Le taux se serait réduit de 50% en une soixantaine d'années pour s'établir aujourd'hui aux alentours de 20% des médecins libéraux en activité (29).

Ce chiffre n'est pas faible si on le compare à d'autres branches professionnelles. Il existe une baisse régulière du taux de syndicalisation global en France qui s'établit aujourd'hui à 11% contre un peu plus de 20% au milieu des années 60 (39). Il est cependant presque stable depuis le milieu des années 90. Il existe une exception française dans ce domaine puisqu'il s'agit d'un des taux les plus bas d'Europe. Des disparités existent puisque le taux de syndicalisation est plus élevé dans la fonction publique -aux alentours de 20% - que dans le secteur privé -environ 8%. En outre, les cadres sont globalement plus syndiqués que les ouvriers et autres employés, avec un taux de syndicalisation avoisinant 20% des effectifs (39). Ainsi, les médecins libéraux feraient partie des professions dont la syndicalisation est supérieure à la moyenne nationale.

Certaines professions libérales de santé bénéficient d'une couverture syndicale plus envieuse, prouvant qu'une représentativité syndicale massive est possible dans ce secteur d'activité. C'est le cas de chirurgiens-dentistes, dont le syndicat majoritaire, les Chirurgiens-dentistes de France (CDF), compterait parmi ses adhérents un tiers des chirurgiens-dentistes, ou encore chez les pharmaciens avec un taux d'adhésion de 34.8% pour la seule Fédération Syndicale des Pharmaciens de France (FSPF) (24).

Il n'en demeure pas moins que certains médecins de notre échantillon avaient l'impression d'une représentation syndicale plus faible que celle du privé ou encore sous-évaluaient le taux de syndicalisation des médecins généralistes. Comment expliquer cette sous-évaluation du nombre d'adhérents ?

En valeur absolue, les médecins syndiqués sont peu nombreux, malgré un taux de syndicalisation correct. A titre d'exemple, un taux de syndicalisation de 20% des généralistes libéraux représenterait en Côte d'Or une centaine de syndiqués. A cause de l'émiettement syndical, les médecins adhérents et actifs sont répartis au sein de 5 organisations différentes. On comprend aisément l'impression de rangs déserts lorsque ces derniers essaient de mobiliser leurs militants.

Il serait intéressant d'étudier ce paramètre dans une région plus densément pourvue en médecins généralistes.

### ***b. Un manque de sympathisants : la défiance des non syndiqués***

Les médecins non syndiqués de notre corpus ont pour la plupart fait état d'une forme de défiance vis-à-vis des syndicats. Elle était d'ailleurs plus prononcée chez les médecins qui avaient quitté le syndicalisme médical. La plupart d'entre eux avaient associé leur désengagement à une déception. Un seul évoquait le manque de temps. Même les médecins actuellement adhérents avaient tendance à critiquer ce milieu ou à éprouver une certaine compréhension vis-à-vis des reproches adressés au syndicalisme. Ils avaient conscience de la défiance que leurs organisations suscitaient. Une partie des médecins non syndiqués n'étaient pas en mesure d'énoncer une opinion claire à l'égard des syndicats car ils ne les connaissaient pas assez. Il existait donc chez eux une forme de désintérêt pour la vie syndicale.

D'après nos entretiens, la réduction du nombre d'adhérents se double donc d'une défiance et d'un désintérêt de la part des médecins généralistes non syndiqués. Ces résultats sont en adéquation avec les observations faites par Francis Pavé concernant la réputation des syndicats médicaux pour les médecins libéraux et les enquêtes réalisées à ce sujet dans la presse médicale (21) (30). Tous les syndicats de médecins ont fait l'objet au cours des entretiens, d'une rancœur constituée au fil du temps. Il pouvait s'agir d'un désaccord en ce qui concerne les évolutions de la profession, d'une convention qu'il n'aurait pas fallu signer, ou encore d'une absence d'écoute des militants.

Le supposé conflit d'intérêt qui concerne le financement des syndicats de médecins par la sécurité sociale, n'a pas été évoqué pour justifier cette défiance.

Ce manque de sympathisants se concrétise par une grande difficulté pour les organisations syndicales à réunir des médecins localement et trouve aussi comme illustration la baisse constante du taux de participation aux élections URPS. Cela traduit l'existence d'une majorité non syndiquée plutôt hostile ou indifférente aux syndicats de médecins, ce qui conforte notre hypothèse de départ.

## **2. Les causes de la désyndicalisation en médecine générale**

### ***a. L'image du syndicalisme***

Les syndicats de médecins sont assimilés au syndicalisme traditionnel fait de militantisme de terrain, de confrontation par la grève et de manifestations sur la voie publique. Ils tendent à être dénigrés pour cela, quand bien même ces manières d'agir sembleraient perdre du terrain dans le milieu syndical (40).

Ils sont également associés à un univers socio-professionnel différent du leur qu'ils rattachent à la sphère administrative et politique. Ils appartiendraient à un monde fait de réunions inutiles, de paperasse, d'intrigues politiciennes, d'administration stérile. Alors que l'univers professionnel des médecins généralistes serait basé sur de toutes autres valeurs (13) et à la simplicité des processus de décision.

Le caractère singulier du médecin syndiqué au sein de la profession est aussi évoqué. Ce dernier serait probablement différent de la masse des autres médecins. On lui suppose un tempérament idéaliste vraisemblablement opposé au pragmatisme qui est de rigueur pour venir à bout tout seul de journées surchargées.

Dans ces conditions, il paraît probable que les médecins généralistes libéraux se sentent mal représentés par des appareils dont ils dénigrent les méthodes, qui font partie d'une classe professionnelle différente de la leur et dont les membres ne penseraient pas comme eux.

### *b. Le manque de temps*

Les médecins généralistes ont presque tous argué le caractère chronophage de l'engagement syndical pour expliquer le faible taux d'adhérents. Il est vrai que leur temps de travail hebdomadaire est considérable et très supérieur au temps de travail moyen des salariés. Selon une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) publiée en 2011, 78% des médecins généralistes déclarent travailler plus de 50 heures par semaine (41). Cette durée de travail importante, source de fatigue, de stress et fréquemment d'épuisement professionnel (42) paraît constituer à un frein évident à l'engagement syndical.

Nous allons néanmoins nuancer cette affirmation pour plusieurs raisons. Si le fait que l'engagement syndical peut apparaître compromis par le manque de temps, la simple adhésion à un syndicat, n'a absolument pas un caractère chronophage. Il s'agit seulement d'être à jour de ses cotisations ce qui consiste en une formalité administrative qui ne prend tout au plus que quelques minutes. La condition initiale est d'être au préalable un minimum renseigné au sujet de l'existence des syndicats de médecins. Il en va de même pour la participation aux élections professionnelles.

L'argument du temps qui manque devrait à notre avis davantage être interprété comme un désintéret des médecins généraliste à l'égard des syndicats de médecins. L'adhésion à un syndicat est reléguée très loin dans leurs priorités voire tout simplement jamais envisagée. Nous noterons également le fait que sur les quatre médecins anciennement syndiqués que nous avons interrogés, un seul a évoqué le manque de temps, pour justifier son désengagement. Tout en ayant bien sûr conscience qu'un aussi faible échantillon n'est pas statistiquement représentatif, on peut également remarquer que des médecins à très forte activité étaient ou avaient été syndiqués et ne se sont pas plaints du caractère chronophage de l'engagement.

Le manque de temps justifie à notre avis la non implication dans le milieu syndical, mais est une raison en réalité marginale en ce qui concerne la baisse d'adhésion. En somme, il serait très hasardeux de supposer que les médecins généralistes se syndiqueraient davantage s'ils travaillaient moins.

### *c. Une méconnaissance, source de désintéret.*

Le manque d'adhésion aux syndicats de médecins a parfois été considéré comme la conséquence logique d'une formation au cours de laquelle les éléments inhérents à la représentativité des médecins ne sont pas abordés. Pour certains, cette absence de formation initiale se répercutait dans toute la carrière professionnelle sous la forme du désintéret.

De manière générale, les connaissances sur le système représentatif syndical étaient faibles et approximatives (21). Tout au plus, certains connaissaient les orientations politiques générales des syndicats, leur réputation, de gauche ou de droite. Rares ont été les médecins capables de donner un aperçu synthétique de la situation syndicale ou encore de nous parler des différents échelons du système représentatif et notamment de l'URPS.

Sans formation préalable, comment ne pas se perdre au milieu de tous ces acronymes qui se ressemblent : URPS, SML, CARMF, CSMF, UFML, FMF, etc...qui étaient sans cesse confondus. Il est aussi simple de mettre les courriers à la corbeille. D'autant plus que l'excuse

du manque de temps, dans un contexte de creux démographique fait figure d'argument d'autorité.

En fait, il existe une sorte de vide entre les communications ministérielles, ou issues du directeur de l'UNCAM et les médecins généralistes qui ne connaissent ni les différents échelons de la vie conventionnelle, ni les déterminants de la mécanique représentative et de sa légitimation.

*d. Le sentiment d'inutilité : un pouvoir faible mais autoritaire.*

Plusieurs médecins, en particulier des syndiqués ou des anciens syndiqués nous ont fait part de leur sentiment d'inutilité des syndicats de médecins. Leur absence de poids dans les négociations, le caractère consultatif de leur rôle ont été maintes fois déplorés, jusqu'à se demander si toute cette mécanique n'était pas tout bonnement stérile.

Les médecins interrogés ressentaient un déséquilibre en faveur de l'Etat et du président de l'UNCAM en ce qui concerne le pouvoir de décision en médecine générale. Les médecins ont l'impression que les syndicats bien qu'ils soient invités à la table des négociations, ne pèsent pas lourd. Ils seraient mis en difficulté à la fois par la puissance de l'interlocuteur, et par la profusion des projets législatifs qui constituent autant de menaces pour la profession. Cela oblige les syndicats à être en permanence en alerte.

L'émiettement syndical, est également perçu comme un facteur de faiblesse, et dont l'Etat s'est servi opportunément par le passé en utilisant leurs divergences d'intérêt et leurs rivalités.

Les syndicats peuvent être perçus comme trop clivants, trop clientélistes, lorsqu'ils se permettent de critiquer les autres organisations ou les autres pans de la profession au nom des médecins qu'ils représentent. Cette fragmentation des représentants est le reflet des divisions de la profession qui s'opèrent depuis la loi Debré de 1958 qui a mis en place les fondements du système hospitalo-universitaire (3). Les clivages au sein de la profession médicale concernent l'opposition entre médecine publique et privée. Ils sont aussi très nombreux au sein du secteur privé : clinique/cabinet, spécialistes d'organes/médecine nécessitant un plateau technique lourd/médecins généralistes, praticiens de secteur 1 / praticiens de secteur 2 /adhérents au dispositif OPTAM.

Au sein de la médecine générale, les besoins sont différents entre les zones d'intervention prioritaire en tension et certains centres urbains peu touchés par le creux démographique, entre les médecins qui ont un mode d'exercice particulier et les autres. A cela s'ajoutera peut-être demain des divergences d'intérêts entre praticiens adhérant à une CPTS ou non, disposant d'assistants médicaux, ou non, qui offriront encore davantage de motifs de discorde en ce qui concerne le partage des budgets alloués à la médecine de premier recours.

La faiblesse ressentie des syndicats peut néanmoins être démentie. Leur processus d'institutionnalisation a débuté dans les années 70 lorsque la mise en place du système conventionnel les a intégrés aux processus de négociation en matière de santé. La liste des domaines relevant de la convention médicale n'a ensuite cessé de s'accroître (5). Elle embrasse désormais le domaine de tarifications des actes, mais aussi de la permanence des soins, de l'accès au soin et de la coordination entre professionnels de santé. La loi du 3 août 2004 a donné un pouvoir d'opposition aux syndicats. Deux syndicats représentatifs peuvent faire opposition à un accord national s'ils disposent de plus de 50 % des voix aux élections URPS (24). Cela tend à réduire la possibilité d'utiliser la fragmentation syndicale pour faire adopter une convention, en dépit de la faible représentativité des signataires, comme ce fut le cas dans les années 1990.

Les syndicats de médecins sont perçus comme le composant fondamental, avec l'ordre des médecins d'un pouvoir médical déclinant mais bien réel (43). Ils contribueraient à défendre les intérêts matériels des médecins libéraux tout en mettant en échec les tentatives de régulation de la profession (21). On va même jusqu'à parler de subordination du politique au médical dans l'organisation des soins de ville (1). D'autant plus qu'il paraît facile aux représentants de médecins d'opposer la préservation de la qualité des soins aux tentatives de restrictions budgétaires. En s'opposant à l'Etat au nom de la santé publique, ils apparaissent comme le dernier rempart à une politique d'austérité dans le domaine de la santé qui a tendance à être mal vue par l'opinion (9). Cela corroborerait les discours de certains représentants syndicaux pour qui les valeurs de la profession auraient été démantelées depuis longtemps s'ils n'avaient pas été là (30). L'interventionnisme de l'Etat et le rôle prépondérant du parlement tendent néanmoins à court-circuiter les négociations conventionnelles (5).

Par ailleurs, les médecins concourent eux-mêmes à la délégitimation de leurs représentants en s'abstenant massivement aux élections professionnelles ou en boudant l'adhésion syndicale (21). Quand bien même le pouvoir syndical serait institutionnalisé, les médecins ne se saisiraient pas de cette possibilité légale d'être représentés de manière optimale.

Plusieurs des médecins interrogés déploraient des décisions et des programmes trop souvent élaborés sans concertation avec la base des militants d'une part et de tous les médecins généralistes d'autre part. On voit ici exprimer le souhait, principalement par des syndiqués ou des anciens syndiqués d'un fonctionnement incorporant des éléments propres aux mécanismes de la démocratie participative. Le mandat donné par l'élection n'est pas vu comme un passe-droit permettant de décider seul au nom des électeurs (principe de la démocratie représentative ou de délégation). Dans ce système, l'élu doit mettre en place les conditions permettant une prise de décision concertée avec les personnes qu'il représente (consultations, informations, initiative citoyenne) (44). Il existe une nette divergence de point de vue dans l'échantillon à ce propos puisque des médecins principalement étrangers au milieu syndical, semblent se satisfaire d'un système purement représentatif et n'ont pas émis le souhait de prendre part plus activement aux décisions syndicales. Il n'en demeure pas moins que la généralisation de processus de concertation démocratique entre les syndicats médicaux et les généralistes pourrait permettre aux médecins qui le souhaitent de s'exprimer et de sentir leur avis pris en compte, ce qui peut améliorer la représentativité des syndicats et amenuiser l'impression de coupure entre les bureaux parisiens et la base.

#### *e. Des médecins individualistes ?*

L'individualisme a souvent été considéré comme le frein principal à l'adhésion aux syndicats de médecins. Le fait que notre société soit devenue individualiste apparaît être un lieu commun massivement partagé de même que son implication dans la désyndicalisation (45). La notion d'individualisme fait figure de fourre-tout qui varie selon les interprétations qu'on lui donne. De manière caricaturale, elle est pour certains synonyme de « chacun pour soi », stigmate d'une société libérale où la solidarité s'efface au profit de l'intérêt individuel, et pour d'autres, une manifestation d'émancipation vis-à-vis du déterminisme social, et figure de proue de la modernité (46).

Michel Foucault décrit trois composantes à l'individualisme (47) :

-l'attitude individualiste qui renvoie au degré d'indépendance accordé à l'individu par rapport au groupe auquel il appartient.

- la valorisation de la vie privée

- l'intensité des rapports à soi

Cette tendance de fond n'épargnerait pas les médecins et leur conférerait un fonctionnement privilégiant leur bien être individuel à l'intérêt social. A l'échelle de la profession, cela s'exprime au sein de la classe politique par la dénonciation d'un supposé corporatisme médical qui s'opposerait à l'intérêt général (48). Vis-à-vis du désengagement syndical, il s'agirait de supposer que les médecins sont trop repliés sur eux même pour participer à la défense des intérêts de la profession. Ces deux exemples contradictoires nous montrent combien l'individualisme est une notion floue et hétérogène et peut servir de justification à tout et son contraire.

Est-il bien approprié de qualifier d'individualiste une personne qui a fait le choix de devenir médecin généraliste, et qui consacre donc une importante partie de son temps aux autres ? L'exercice de la médecine générale libérale se résume-t-elle à un simple ratio avantages/contraintes dont les déterminants seraient la qualité de vie, le prestige social, la rémunération, l'intérêt pour l'exercice etc... Les médecins qui sont confrontés au burn out et aux idées noires seraient donc victimes de leur appât du gain et de leur quête de reconnaissance ? La notion d'individualisme comprise comme un égoïsme paraît contradictoire avec l'exercice de la médecine générale libérale qui est déterminé par des notions telles que la responsabilité vis-à-vis des patients, l'indépendance, l'éthique, et le désintéressement (13).

Des éléments de réponse pour qualifier l'individualisme des médecins généralistes sont apportés dans les entretiens. Ce ne sont pas les médecins qui sont massivement individualistes, mais les études et l'exercice qui sont individuels et qui par leurs modalités – le concours d'entrée, le colloque singulier, la responsabilité individuelle vis-à-vis des patients, le statut de travailleur indépendant – les isolent, et modèlent leur fonctionnement dans le sens d'un repli sur soi. Même dans les cabinets de groupe, les différents médecins travaillent côte à côte, mais pas ensemble, et comment faire autrement, puisque comme le disait l'un des médecins interrogés : « les consultations, il faut bien les faire » ?

Il n'en demeure pas moins, que de nombreux médecins, notamment au sein des nouvelles générations, prennent la précaution dès le début de leur exercice, de séparer le plus équitablement possible à leur goût, la vie professionnelle de la vie personnelle et familiale. L'exercice de la médecine ne tend plus à être vécu comme un sacerdoce (49). Le médecin généraliste veut aussi avoir du temps pour ses proches et pour ses loisirs. Dans cette perspective, l'engagement syndical et son caractère supposément chronophage, donne vraisemblablement l'impression d'empiéter sur le temps dédié aux activités personnelles. A l'évidence, chez la plupart des médecins, l'engagement syndical ne fait pas partie de l'emploi du temps prévu au moment de l'installation.

Une logique consistant à déléguer la représentation et la défense des intérêts des médecins à ceux qui prennent le temps de le faire s'installe. Une partie d'entre eux témoigne d'ailleurs d'une gratitude au moins de façade à l'égard de ceux qui prennent ce temps pour les autres. Cela renvoie à la notion sociologique de « free-rider » ou « passager clandestin » théorisé par Mancur Olson (50). Elle consiste en l'existence d'une majorité silencieuse qui délègue le travail de confrontation et de négociation à une minorité active, tout en la soutenant et en entendant bénéficier des avantages obtenus

Mais au-delà de l'individualisme, c'est peut-être le ferment de l'engagement qui est atteint chez les médecins généralistes. Ce qui provoque l'engagement ne serait-il pas en premier lieu un sentiment d'appartenance à un groupe possédant des intérêts communs (51) ? Ce sentiment pourrait être compromis en médecine générale. Plusieurs des généralistes interrogés nous ont décrit une activité solitaire, sans contact avec d'autres collègues, même au sein de maisons

médicales et de cabinets de groupes. Comment générer une solidarité professionnelle entre des médecins qui ne se connaissent pas entre eux, comment susciter une adhésion, ou même un vote si on ne connaît pas ses représentants ? La seconde cause pourrait être une crise de l'identité professionnelle. Cela s'explique d'autant mieux, que les syndicats participent à la construction de cette identité collective (40). La fondation de MG France assortie d'ambitions pour la médecine générale est à ce titre exemplaire. Les médecins interrogés ont souvent invoqué une sorte de flou et de crainte concernant l'avenir. La médecine générale a évolué, elle est devenue une spécialité médicale, elle dispose d'une filière universitaire, les modes d'exercice et de rémunération ont changé. Mais les décisions prises ne font pas l'unanimité. Certains se demandent si ces changements sont tous bien des progrès pour la médecine générale. En outre, les positions des syndicats sont versatiles. Alors dans ces conditions, il est probablement difficile de s'engager. Pourquoi, vers quoi, auprès de qui s'engager ? Et les médecins ne se retrouvent pas forcément dans les syndicats dont les positions paraissent tantôt trop clivantes, tantôt trop floues. On peut donc supposer que les syndicats divisés idéologiquement ne présentent pas une offre lisible et satisfaisante en matière d'identité pour la médecine générale.

En fait, une logique consistant à se définir par rapport à son métier et qui constitue probablement une des raisons majeures de l'engagement syndical pourrait avoir disparu (40). Nous venons d'en évoquer les raisons possibles chez les médecins généralistes libéraux :

- importance croissante accordée à la vie privée et au développement personnel par rapport à l'investissement professionnel.

- flou identitaire en médecine générale qui est divisée par deux corpus idéologiques. Les valeurs de la médecine libérale et l'exigence de responsabilité collective des médecins auprès de la société.

#### *f. Mauvaise communication.*

Les lacunes en communication, souvent énoncées paraissent finalement presque anecdotiques par rapport aux causes déjà citées pour expliquer la situation des relations entre médecins généralistes et syndicats. Un consensus semble se dégager : les mails, les tracts, la propagande traditionnelle ne suscitent aucune adhésion. L'utilisation inconsidérée des réseaux sociaux ne fait pas non plus l'unanimité.

La communication est néanmoins appelée à faire partie de l'arsenal des syndicats médicaux pour défendre la profession et présenter des propositions pour la médecine au plus grand nombre.

### 3. La dynamique négative de la désyndicalisation

Les causes principales mises en évidence sont à mettre en rapport avec un sentiment de **mauvaise représentativité** des syndicats. Ce déficit de représentativité s'avère lui-même multifactoriel et issu de paramètres étroitement intriqués entre eux. Le **manque d'adhérents** pour assurer la représentativité et la vie locale, semble en être le déterminant principal. Pour synthétiser, et de manière schématique, les rangs déserts au sein des syndicats sont à l'origine d'une **dynamique négative** (52). Moins les syndiqués sont nombreux, moins ils ont de moyens, moins ils sont visibles, moins il y a d'adhésions, moins la représentativité est bonne, moins ils sont crédibles, moins ils ont de pouvoir, plus les médecins sont mécontents, moins les adhérents sont nombreux et ainsi de suite... Le manque d'adhérents aux syndicats qui semble être le premier maillon de la chaîne s'expliquerait par un désintérêt pour le syndicalisme et une **image**

**altérée** du milieu syndical qui est à intégrer à une perspective plus vaste que celle du monde médical. Il est aussi dû au **caractère individualisant de l'activité des médecins généralistes**, à une définition de soi reposant davantage sur la vie privée et familiale et moins sur la profession, et à la méconnaissance du milieu syndical. De manière transversale, une communication améliorable, un environnement politique jugé hostile et le **flou identitaire de la médecine générale** jouent également un rôle important dans la dégradation des relations entre les médecins et leurs syndicats.

## D - Une perspective à généraliser : des causes communes au processus global de désyndicalisation

Les raisons de l'érosion globale de l'adhésion au syndicalisme ont été étudiées. Du point de vue syndical, il existerait des causes exogènes et des causes endogènes à la désyndicalisation (53).

Les causes exogènes regrouperaient des processus socio-économiques qui rendent le contexte de l'action syndicale plus difficile. Il s'agirait dans le monde salarié, de la crise économique (absence de cotisation par manque de pouvoir d'achat), du chômage de masse, de la montée de l'individualisme (que nous avons déjà décrite chez les généralistes), de la désindustrialisation qui a affecté des bassins ouvriers historiquement très syndiqués.

En dépit de la crise économique, il semblerait que les revenus des médecins aient tendance à progresser plus rapidement que le revenu moyen des salariés (1). Le prix d'une cotisation, de l'ordre de 300 euros nous paraît faible par rapport au revenu moyen des médecins généralistes libéraux qui est de 77000 euros par an en 2017 (54). Le pouvoir d'achat des médecins ne peut pas à notre avis expliquer autrement que de manière marginale la diminution des adhésions.

En revanche, l'apparition de tensions en ce qui concerne le financement de la médecine de ville est perçue comme une cause de l'intervention croissante de l'Etat (5). La rigueur budgétaire a pu faire entrer en concurrence les médecins à type d'exercice différent pour maintenir ou accroître leur niveau de vie (opposition généralistes/spécialistes) (22). Cette concurrence s'est retrouvée dans les rivalités syndicales que nous avons détaillées dans l'introduction et pourraient avoir contribué à la décrédibilisation des syndicats.

L'affirmation d'une politique de santé, marquée par un contrôle et une intervention accrue de l'Etat, pourrait être mise en cause dans le processus d'affaiblissement du syndicalisme médical, via une redéfinition du périmètre d'intervention de la Convention médicale et de son mode de pilotage (23).

Selon Dominique Labbé et D. Andolfatto, l'identité professionnelle est un facteur de protection du syndicalisme. Ainsi, il ne résisterait que dans certains bastions où cette dernière reste très marquée : les cheminots, les électriciens, les employés communaux (55). Elle pourrait expliquer la relative résistance de la syndicalisation chez les médecins libéraux, dont le socle identitaire reste affirmé. Nous détaillerons cette thématique un peu plus tard, en se focalisant sur l'identité des médecins généralistes qui est peut-être plus ambiguë.

Les causes endogènes sont celles qui concernent les évolutions du milieu syndical impulsées par la loi ou par les syndicats eux-mêmes. Les mécanismes évoqués dans le monde du salariat sont confirmés par nos entretiens ou suggérés par les données de la littérature.

La première d'entre elles pourrait être consécutive à un effet pervers de l'institutionnalisation des syndicats (52). Il s'agit de la mutation progressive d'un syndicalisme d'opposition

corporatiste en un syndicalisme de négociation qui en fait un partenaire social. L'institutionnalisation aurait pour effet, de rendre les instances syndicales progressivement étrangères à la base des adhérents, dont elles deviennent moins dépendantes des cotisations parce que leur financement est assuré par des subventions. Certains syndiqués sont pris par leurs nouvelles tâches institutionnelles, se soucient de préoccupations techniques éloignées de l'horizon immédiat de la base, délaissent le contact avec le terrain. Cette déconnexion altère la représentativité et suscite la défiance (40). Cette évolution a concerné les syndicats de médecins lorsqu'ils sont devenus des partenaires conventionnels institués au début des années 70 et coïncide avec le virage libéral et social de la CSMF. C'est un revirement idéologique qui concerne tous les syndicats de médecins, dont les prérogatives, en plus de concerner la défense des médecins, prennent une dimension sociétale et de responsabilité vis-à-vis du système de santé et de ses usagers.

La baisse du nombre de syndiqués est en soi perçue comme étant elle-même une cause de la désyndicalisation car la majorité des adhésions n'est pas spontanée mais résulte d'une sollicitation par un militant de terrain. La durabilité de l'adhésion résulte d'une vie syndicale fournie qui est impossible lorsque les effectifs sont faibles (52).

Les divisions et la politisation du syndicalisme sont également reconnues pour être vectrices d'une défiance à leur égard. Ainsi, au sein des populations salariées, la majorité des anciens syndiqués expliqueraient leur désadhésion par la dispersion des organisations syndicales pour des raisons politiques et la faiblesse qui en découle (52).

De surcroît, l'évolution du système représentatif, fonde la légitimité syndicale sur son audience aux élections professionnelles, donc sur les électeurs plus que sur les militants. Ce système tendrait à rendre accessoire l'existence des adhérents (53).

## E - La désyndicalisation conséquence d'une crise identitaire en médecine générale ?

### 1. L'identité libérale de la médecine de ville

La médecine de ville s'est fondée autour de valeurs libérales (10). Elles renvoient à un concept symbolique, un corpus idéologique, qui s'est formé à mesure que l'Etat mettait en place un système de protection sociale. Il s'identifie à des valeurs d'indépendance, de responsabilité individuelle, d'éthique et de désintéressement, ainsi qu'à la volonté de conserver la gestion de l'outil de travail (11). Nos entretiens vont dans ce sens quand les médecins généralistes déplorent des mesures qui mettent les médecins « sous tutelle de la sécurité sociale », ou réclament que les syndicats préservent l'indépendance professionnelle.

Cette manière de considérer **l'indépendance de la profession** comme **la caractéristique la plus précieuse à préserver** tend cependant à entrer en contradiction avec le principe de la négociation conventionnelle qui suppose une régulation concertée de l'activité médicale, mais aussi une prise en charge sociale des médecins (14). Le passage d'un syndicalisme de lutte à un syndicalisme professionnel basé sur la négociation et plus exclusivement axé sur la défense des intérêts de la profession n'aurait pas suscité l'adhésion de tous. Plusieurs exemples pourraient illustrer ce propos.

La sanction systématique des syndicats signataires aux élections professionnelles pourrait témoigner d'une défiance vis-à-vis du principe conventionnel (21).

L'omniprésence d'une stratégie de lobbying, le recours fréquent à la manifestation et à la grève (43) peuvent aussi constituer des preuves de réserves à l'égard du système conventionnel.

Seulement deux des médecins que nous avons interrogés avaient acté le fait que le rôle des syndicats n'était pas réductible à la défense de intérêts de la profession. Le rôle sociétal de ces derniers, l'engagement en tant que partenaire social, pourtant mis en avant dans le programme de tous les syndicats n'a presque jamais été évoqué par les médecins interrogés. De plus, nous avons mis en évidence un discours récurrent brocardant le fait que les syndicats de médecins ne défendaient plus la médecine libérale.

Il existerait donc l'aspiration à un syndicalisme de tendance plus corporatiste au sein de la population des médecins généralistes. Cette tendance qui paraît bien réelle est à nuancer. Elle pourrait être principalement présente chez des médecins en fin de carrière et moins prononcée au sein des jeunes générations. Comme le soulignait un des médecins interrogés, il existe une perception différente des déterminants de la médecine générale libérale entre les générations. Néanmoins, les entretiens ont montré que les jeunes médecins, et ceux de génération intermédiaire étaient eux aussi très attachés à leur indépendance.

## 2. Une médecine générale encore en construction : le flou identitaire.

Un autre corpus idéologique s'est affirmé à partir de la création du syndicat MG France au sein de la médecine libérale. Ce syndicat a envisagé dès sa création l'association positive entre le processus de réglementation et de rationalisation du système de soins et l'amélioration du sort des médecins généralistes à contre-courant du paradigme libéral (14). Parallèlement, la médecine générale a bénéficié d'avancée en ce qui concerne la reconnaissance de la profession, en accédant au statut de spécialité médicale.

Initialement spécifique au syndicat MG France, cette conception de la médecine générale a depuis gagné d'autres syndicats de médecins. A titre d'exemple, la CSMF a approuvé la convention instaurant le système du médecin traitant.

De fait, il coexiste au sein du syndicalisme médical et au sein de la population des médecins généralistes deux façons d'appréhender la médecine libérale. Et ces manières de penser se retrouvent à des degrés divers dans les programmes des syndicats. Il semblerait que les médecins n'aient pas tranché concernant l'option à suivre. Comme nous l'avons vu, des confusions de valeurs existent. Des médecins se disant très libéraux se réjouissent de l'obtention de congés maternités. Cela témoigne d'un besoin contradictoire de sécurité et d'indépendance. Tout semble démontrer que les médecins généralistes sont encore à la recherche d'un compromis entre les valeurs libérales auxquelles ils tiennent et le processus de régulation de la profession qui est consubstantiel à la construction identitaire de la médecine générale et au principe conventionnel.

## **F - Vers un remède à la crise de la représentation syndicale**

### 1. Des raisons d'espérer une amélioration

Le sentiment de défiance n'est pas généralisé, notamment chez les médecins peu intéressés par les syndicats. Certains d'entre eux sont demandeurs de plus d'informations. Il

existe le souhait de rencontrer et de connaître les représentants syndicaux. Il existe une conscience d'un tort partagé dans la dégradation de ces relations.

Le syndicalisme médical est institutionnalisé. Des leviers d'action sont possibles il appartient aux médecins et aux syndicats de surmonter leurs divisions et leur opportunisme pour les utiliser de manière efficace.

Il existe un épanouissement réel des médecins syndiqués dans l'engagement syndical. Le soutien aux confrères, l'organisation locale du système de soins, le fait de faire partie d'un groupe, constituent des remèdes au pessimisme issu de la passivité vis-à-vis des événements, à l'isolement et à l'individualisme ; il fait vivre la confraternité.

La médecine générale libérale se développe, se formalise, et attire les jeunes médecins (56). C'est aux syndicats de contribuer à la rendre toujours désirable.

## 2. Quelques propositions

-Une intégration des principes propres à la démocratie participative dans le fonctionnement des syndicats. Pourquoi pas l'étendre sur certains points cruciaux pour l'identité professionnelle aux non syndiqués.

-Des syndicats plus indépendants. Il faudrait peut-être déconnecter l'attribution du fond conventionnel à la signature de la convention.

-Une communication ciblée plus qualitative que quantitative. Privilégier la rencontre avec les médecins.

-Délivrer une information sur les syndicats au moment de l'installation peut être via l'URPS, pour au minimum expliquer ce que sont les élections professionnelles et à quoi elles servent.

-Des syndicats plus présents dans les médias qui jouent un rôle pédagogique auprès du grand public et valorisent la médecine générale.

-Une formation universitaire à la représentation syndicale. La fin d'internat nous semble être la période propice pour aborder ces questions et le département de médecine générale l'institution adéquate.

- Mettre fin aux rivalités et aux querelles idéologiques en fondant un compromis identitaire lisible pour la médecine générale. Si le but du syndicalisme est de faire prospérer la médecine générale dans toute sa richesse, ne faut-il pas avant tout réfléchir à un système permettant à chacun de s'épanouir quelles que soient ses convictions, ses valeurs et son mode d'exercice ?

**THESE SOUTENUE PAR M. Jean-François Carrier.**

## **V) Conclusion**

La défiance et l'indifférence ont progressivement pris place dans les relations entre les médecins généralistes libéraux et les syndicats de médecins.

Cela se manifeste principalement par une diminution du taux d'adhésion au fil du temps, une réduction de la participation aux élections professionnelles et l'apparition récurrente de coordinations de médecins en période de conflit.

Ces mauvaises relations s'intègrent au contexte général de la désyndicalisation en France. Notre travail montre qu'elles en partagent plusieurs caractéristiques :

- un sentiment de manque de représentativité lié au processus d'institutionnalisation.
- l'individualisme.
- la fragmentation et la politisation des syndicats.
- le souhait d'un système plus participatif.

De manière plus spécifique, l'intervention croissante de l'Etat en matière de régulation des soins de ville tend à rendre plus difficile l'exercice de la représentation syndicale.

La désyndicalisation résulte aussi probablement de l'incertitude identitaire de la médecine générale. La discipline est en construction, elle se formalise, elle garde un certain attrait. Mais les médecins généralistes se sentent tiraillés entre leur attachement aux valeurs de la médecine libérale et des évolutions plus récentes qui contribuent à son affirmation en tant que spécialité médicale.

Il n'y a pas de raison pour que la désyndicalisation soit une fatalité. La situation chez les pharmaciens et les chirurgiens-dentistes en atteste. La redéfinition des soins de premier recours autour du médecin généraliste rend nécessaire une représentation syndicale forte pour faire valoir un système respectueux de leurs attentes.

C'est aux syndicats, de savoir prendre en compte ces aspirations en faisant fi des rivalités et de l'idéologisme pour proposer une voie respectueuse des aspirations historiques de la profession et du contrat qui lie les médecins à la sécurité sociale et aux patients. C'est aux médecins généralistes, de surmonter leur individualisme structurel et l'habitude prise de la passivité pour prendre part à ce projet.

Le Président du jury,



Pr. JN BEIS

Vu et permis d'imprimer  
Dijon, le 7 Mai 2020  
Le Doyen



Pr. M. MAYNADIÉ

## **VI) Bibliographie.**

1. Bras P-L. Organisation des soins et régulation des dépenses ambulatoires : le rôle des syndicats médicaux. Les Tribunes de la sante. 2008 mar 26;n° 18(1):47-56.
2. Blainville S. Médecins généralistes non conventionnés: motivations et degré de satisfaction. Enquête auprès des médecins de la Seine-Maritime et de l'Eure [en ligne]. 61 f. Thèse d'exercice : Médecine: Rouen: 2016. [consulté le 21 févr 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01380426/document>
3. Tabuteau D. Les pouvoirs de la santé : la complexité d'un système en quête de régulation. Les Tribunes de la sante. 2013;n° 41(4):37-55.
4. Code de la sécurité sociale - Article L162-14-1 | Legifrance [en ligne]. [consulté 9 mars 2020]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=B30A31C6BA7D39685144E51C688E0E6B.tplgfr30s\\_1?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006740812](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=B30A31C6BA7D39685144E51C688E0E6B.tplgfr30s_1?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006740812)
5. Tabuteau D. Pouvoirs publics et professions de santé. Les Tribunes de la sante [en ligne]. 2010 avr 1 [consulté le 18 novembre 2019];n° 26(1):103-21. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2010-1-page-103.htm>
6. Damamme D. La jeunesse des syndicats de médecins ou l'enchantement du syndicalisme. Genèses Sciences sociales et histoire. 1991;3(1):31-54.
7. Code de la sécurité sociale - Article L162-2.
8. Hassenteufel P. Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire. Les Tribunes de la sante. 2008 mar 26;n° 18(1):21-8.
9. Brémond M. Les syndicats de médecins contre l'organisation de la protection sociale, tout contre. Pouvoirs, revue française d'études constitutionnelles et politiques [en ligne]. 1999 avr [consulté 9 mars 2020]; 89:119-143.. Disponible sur: <https://revue-pouvoirs.fr/Les-syndicats-de-medecins-contre-l.html>
10. Hassenteufel P. La défense de la médecine libérale. La Vie des idées [ en ligne]. 2015 juin 16 [consulté 7 févr 2020]; Disponible sur: [https://laviedesidees.fr/IMG/pdf/me\\_decinslibe\\_iaux16062015.pdf](https://laviedesidees.fr/IMG/pdf/me_decinslibe_iaux16062015.pdf)
11. Steffen M. Les médecins et l'Etat en France. Politiques et Management Public. 1987;5(3):19-39.
12. Barnay T, Hartmann L, Ulmann P. Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France. Revue française des affaires sociales. 2007;(1):109-26.
13. F. Steudler. Médecine libérale et conventionnement. Sociologie du travail [en ligne]. 1977 [consulté 7 févr 2019]; 19(2): 176-198. Disponible sur: [https://www.persee.fr/doc/sotra\\_0038-0296\\_1977\\_num\\_19\\_2\\_1539](https://www.persee.fr/doc/sotra_0038-0296_1977_num_19_2_1539)
14. Buscail S. Le Yalta syndical autour de la médecine générale. Les Tribunes de la sante. 2008 mars 26;n° 18(1):57-68.

15. Da Silva N, Gadreau M. La médecine libérale en France. Une régulation située entre contingence et déterminisme. *Revue de la régulation Capitalisme, institutions, pouvoirs* [en ligne]. 2015 juin 17 [consulté 7 févr 2019];(17). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/regulation/11120>
16. Hassenteufel P. La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes. In: Bloy G, Schweyer F-X, éditeurs, *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale* [en ligne]. Presses de l'EHESP; 2010[consulté 11 mars 2020], p. 403-418. Disponible sur: <https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213-page-403.htm>
17. Grignon M. *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, sous la direction de Géraldine Bloy et François-Xavier Schweyer, Presses de l'EHESP, 2010. *Revue française des affaires sociales*. 16 déc 2011;(2):49-62.
18. Historique - MG France [en ligne]. [consulté 9 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/229-horscategorie/405-historique>
19. Leicher C. Le médecin libéral en 2010. *Les Tribunes de la sante*. 2010 nov 28;n° 28(3):55-63.
20. Hassenteufel P. Les médecins contre le plan Juppé : une mobilisation dans la durée. *Les Tribunes de la sante*. 2015 avr 28;n° 46(1):49-56.
21. Pavé F. La dérégulation endogène du système français de médecine libérale. *Politiques et management public*. 2012 juin 15;(Vol 29/2):191-213.
22. Bouton R. Médecine générale : la rupture des années 1990. *Les Tribunes de la sante*. 2015 oct 23;n° 48(3):39-47.
23. Tabuteau D. Du plan Seguin à la loi HPST : les évolutions de la politique de santé. *Les Tribunes de la sante*. 2010 déc 1;n° HS 1(5):37-51.
24. Cour des comptes. *Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé* [en ligne]. Paris: cour des comptes; 2014[consulté 7 févr 2019]. Disponible sur:[https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20140715\\_relations\\_conventionnelles\\_assurance\\_maladie\\_professions\\_liberales\\_sante.pdf](https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20140715_relations_conventionnelles_assurance_maladie_professions_liberales_sante.pdf)
25. Tabuteau D. Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) : des interrogations pour demain ! *Santé Publique* [en ligne]. 2010 [consulté 6 févr 2019]; 22(1): 78-90. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2010-1-page-78.html>
26. Bourgueil Y. L'organisation des soins de premiers recours en France : une réforme en quête de projet ? *Santé, Société et Solidarité* [en ligne]. 2008 [consulté 6 févr 2019]; 2: 105-114. Disponible sur: [https://www.persee.fr/doc/oss\\_1634-8176\\_2008\\_num\\_7\\_2\\_1296](https://www.persee.fr/doc/oss_1634-8176_2008_num_7_2_1296)
27. Suhard V. Historique des conventions médicales. Institut de recherche et documentation en économie de la santé[en ligne]. 2018 sep [consulté le 17 mars 2020];41. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-conventions-medicales.pdf>
28. *Parcours de santé, de soins et de vie. Une approche globale au plus près des patients*. Ministère des Solidarités et de la Santé [en ligne]. 2020 [consulté 10 mars 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

29. Hassenteufel P. « Plus il y a de syndicats, moins ils ont une audience forte ». Le Généraliste [en ligne]. 2019 fév 02 [consulté 19 févr 2020]; n°2882. Disponible sur: [https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2019/02/22/patrick-hassenteufel-plus-il-y-a-de-syndicats-moins-ils-ont-une-audience-forte-\\_317644](https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2019/02/22/patrick-hassenteufel-plus-il-y-a-de-syndicats-moins-ils-ont-une-audience-forte-_317644)
30. Syndicats, la crise de foi. Le Généraliste [en ligne]. 2019 fév 02 [consulté 19 févr 2020]. n°2882 Disponible sur: [https://www.legeneraliste.fr/actualites/dossier-professionnel/2019/02/22/representativite\\_317646](https://www.legeneraliste.fr/actualites/dossier-professionnel/2019/02/22/representativite_317646)
31. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au premier janvier 2018 [en ligne]. [consulté 19 févr 2020]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/hb1htw/cnom\\_atlas\\_2018\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf)
32. Ministère des Solidarités et de la Santé. Résultats des élections des médecins libéraux aux URPS. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé[en ligne]. 2015 oct [consulté 11 mars 2020]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cp\\_urps\\_171015\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cp_urps_171015_.pdf)
33. La CSMF veut revoir le mode de financement des syndicats de médecins. Le Généraliste. [en ligne] [consulté 12 mars 2020]. Disponible sur: [https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2019/01/16/la-csmf-veut-revoir-le-mode-de-financement-des-syndicats-de-medecins-\\_317152](https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2019/01/16/la-csmf-veut-revoir-le-mode-de-financement-des-syndicats-de-medecins-_317152)
34. Dunet B. Quelle est l'influence de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) sur la pratique des médecins généralistes ? 50 f. Thèse d'exercice : Médecine. Angers: 2015.
35. Dehestre A. Intérêt pour la rémunération forfaitaire et son évolution: enquête quantitative auprès de 816 médecins généralistes libéraux français en 2018. 111 f. Thèse d'exercice: Médecine. Strasbourg: 2019.
36. Grass É. Les chemins escarpés de la négociation conventionnelle 2016. Les Tribunes de la sante. 2015 oct 23;n° 48(3):49-56.
37. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008 juin; 84: 142-5.
38. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. 2015 janv;15(157):50-4.
39. La syndicalisation en France. Dares Analyses [en ligne]. 2016 mai [consulté 19 févr 2020]. Disponible sur: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-dares-indicateurs-dares-resultats/article/la-syndicalisation-en-france>
40. Andolfatto D. Syndicalisme et individualisme. Revue Projet. 2002;n° 271(3):81-9.
41. DREES. Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes et Résultats [en ligne]. 2012 mars [consulté 22 févr 2020]. N°797. 8p. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf>
42. Union Régionale des médecins libéraux de Bourgogne. Burn Out des Médecins Libéraux : l'enquête qui dit tout [en ligne]. 2010 juin [consulté 28 févr 2020]. Disponible: <https://www.urps-ml-bfc.org/publication/burn-out-des-medecins-liberaux-lenquete-qui-dit-tout/>

43. Hassenteufel P. Vers le déclin de « pouvoir médical » ? Revue Pouvoirs. 1999 avr. n°89. 51-64.
44. Braillon C, Taddei D. Vers une démocratie participative. Mouvements. 2002;no23(4):89-96.
45. Denis J-M. L'action collective entre individualisme et autonomie - Bilans et perspectives [en ligne]. 218 f. Mémoire: Sociologie: Paris-Est: 2011[consulté le 29 févr 2020]. Disponible: <https://hal-enpc.archives-ouvertes.fr/tel-01187473/document>
46. Birnbaum P, Leca J. Sur l'individualisme: Théories et méthodes [en ligne]. Paris: Presses de Sciences Po; 1991 [consulté le 29 févr 2020]. p 417. Disponible: <https://books.google.fr/books?id=bovf88j4-A8C&printsec>
47. Krasteva A. L'individualisme post-communiste. In: Battegay A, Payet J-P, éditeurs. La reconnaissance à l'épreuve : Explorations socio-anthropologiques [en ligne]. Villeneuve d'Ascq: Presses universitaires du Septentrion; 2019 [consulté 18 mars 2020]. p. 295-302. (Le regard sociologique). Disponible sur: <http://books.openedition.org/septentrion/38808>
48. Réponse d'un « ingrat corporatiste » en colère. Le Généraliste [en ligne]. 2019 mars 22 [consulté 18 mars 2020]. Disponible sur: [https://www.legeneraliste.fr/medecins-generalistes-a-vous-la-parole/article/2019/03/22/reponse-dun-ingrat-corporatiste-en-colere\\_317973](https://www.legeneraliste.fr/medecins-generalistes-a-vous-la-parole/article/2019/03/22/reponse-dun-ingrat-corporatiste-en-colere_317973)
49. Kempa A. Vécu du métier de médecin généraliste en 2017: enquête qualitative auprès des médecins généralistes des Alpes-Maritimes. 63 f. Thèse d'exercice: Médecine. Nice: 2017.
50. Journet N. Le problème du « passager clandestin ». Sciences Humaines [en ligne]. 2019 févr [consulté 18 mars 2020]. Disponible: [https://www.scienceshumaines.com/le-probleme-du-passager-clandestin\\_fr\\_40390.html](https://www.scienceshumaines.com/le-probleme-du-passager-clandestin_fr_40390.html)
51. Labbé D, Croisat M, Bevort A. La désyndicalisation, le cas de la CFDT [en ligne]. oct 1989 [consulté 24 mars 2020]; Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01722549>
52. Labbé D. La crise du syndicalisme en France. Revue internationale d'action communautaire [en ligne]. 1988 [consulté 19 mars 2020];(19):119-25. Disponible: <https://www.erudit.org/fr/revues/riac/1988-n19-riac02286/1034247ar.pdf>
53. Labbé D. La syndicalisation en France depuis 1945: Rapport final d'enquête réalisée pour le ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle. Saint-Martin-d'Hères, France: Centre de recherche sur le politique, l'administration et le territoire, Institut d'études politiques de Grenoble; 1995. p.106.
54. Bénéfices non commerciaux (BNC) 2017 des médecins libéraux. Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France [en ligne]. 2019 avr 30[consulté 19 mars 2020]. Paris : CARMF. Disponible : <http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2019/bnc2017.htm>
55. Andolfatto D, Labbé D. Entre mythe historique et réalité sociale. Syndicalisation et désyndicalisation en France. In: Bertrand G., Deschodt J-P, éditeurs. Les forces syndicales françaises. Paris : PUF ; 2010. p. 325-334.
56. Les jeunes médecins rêvent du libéral (en groupe) mais redoutent le piège économique. Le Quotidien du médecin [en ligne]. 2019 avr 11 [consulté 19 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/les-jeunes-medecins-revent-du-liberal-en-groupe-mais-redoutent-le-piege-economique>

## VII) Annexes

### 1. Annexe 1 : Guide d'entretien

#### Présentation :

Parlez-moi de votre activité médicale.

*Durée d'installation ? Type d'exercice ? Mode d'exercice ? Lieu d'exercice ? Intensité de l'activité. Impression générale quant à votre exercice ? Où avez-vous fait vos études ? Qu'est-ce qui vous a amené à faire médecine ?*

#### Thème 1 : Rapport au syndicalisme médical : évaluation des connaissances et du rapport personnel aux syndicats.

Pouvez-vous me parler du syndicalisme médical de manière très générale ?

Quel est votre rapport personnel au syndicalisme médical ?

Que pensez-vous des évolutions négociées par les syndicats médicaux via la convention médicale ?

*Médecin traitant, ROSP, revenu forfaitaire, congé paternité et maternité.*

#### Thème 2 : Relation entre les médecins généralistes et les syndicats.

Qu'est-ce qui freine l'adhésion aux syndicats médicaux ?

A votre avis, il y a-t-il des choses qui posent problème dans les relations entre les médecins généralistes et les syndicats médicaux ?

Qu'est-ce qui apporte satisfaction dans le syndicalisme médical ?

#### Thème 3 : Attentes et idées d'amélioration concernant la représentation syndicale :

Qu'attendez-vous des syndicats médicaux ?

Quelles seraient vos suggestions pour améliorer les relations entre les médecins généralistes et les syndicats représentatifs ?

Voyez-vous une alternative à la représentation syndicale ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ? Une phrase de conclusion, un éclaircissement ?

**Titre de la thèse : ETAT DES LIEUX ET ANALYSE DES RELATIONS ENTRE LES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX ET LEURS SYNDICATS REPRESENTATIFS : UNE ETUDE QUALITATIVE REALISEE AUPRES DE 13 MEDECINS GENERALISTES DE COTE D'OR.**

**Auteur :** Jean-François Carrier.

**Résumé :**

Introduction : Nous avons recueilli puis analysé les représentations qu'ont les médecins généralistes des syndicats de médecins afin de comprendre les raisons de la détérioration de leurs relations.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative basée sur treize entretiens semi dirigés auprès de médecins généralistes libéraux de Côte d'Or, issus d'un échantillonnage raisonné. Leur analyse a été réalisée après un double codage et une triangulation des données.

Résultats : Les médecins généralistes ont exprimé de la défiance et du désintérêt. Nous avons mis en évidence une dynamique négative qui conduit à la désyndicalisation des médecins généralistes. Les syndicats de médecins sont mal connus, assimilés au monde politique et jugés peu représentatifs. Les médecins sont également marqués par l'individualisme structurel de leur activité. Les désaccords concernant les évolutions de la profession sont fréquents. Ils témoignent d'une identité professionnelle incertaine, où s'opposent les valeurs libérales historiques et des évolutions récentes constitutives de la médecine générale. L'intervention de l'Etat dans le domaine de la santé contribue à mettre en difficulté les syndicats de médecins. Les généralistes souhaitent davantage d'interactions et des syndicats leur permettant de prendre leur destin en main. Leur objectif est de préserver leur indépendance.

Conclusion : Les causes du processus de désyndicalisation en médecine générale rejoignent celles qui ont été évoquées dans le monde salarié. Deux facteurs spécifiques sont déterminants : l'intervention de l'Etat dans la régulation du système de santé et le flou identitaire de la médecine générale.

**MOTS-CLES :** MEDECINE GENERALE, SYNDICATS DE MEDECINS, DESYNDICALISATION.