



HAL
open science

Le rôle du patronat associatif dans l'éclatement conventionnel de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif

Simon Cottin-Marx

► **To cite this version:**

Simon Cottin-Marx. Le rôle du patronat associatif dans l'éclatement conventionnel de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif. *Négociations*, 2022, 8 (38), pp.121-138. 10.3917/neg.038.0121 . hal-04002970

HAL Id: hal-04002970

<https://hal.science/hal-04002970v1>

Submitted on 23 Feb 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

LE RÔLE DU PATRONAT ASSOCIATIF DANS L'ÉCLATEMENT CONVENTIONNEL DE LA BRANCHE SANITAIRE, SOCIALE ET MÉDICO- SOCIALE À BUT NON LUCRATIF

[Simon Cottin-Marx](#)

De Boeck Supérieur | « [Négociations](#) »

2022/2 n° 38 | pages 121 à 138

ISSN 1780-9231

ISBN 9782807398238

DOI 10.3917/neg.038.0121

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-negociations-2022-2-page-121.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Le rôle du patronat associatif dans l'éclatement conventionnel de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif

The role of the employers' associations in the contractual breakdown of the health, social and medico-social sector

Simon Cottin-Marx

*Sociologue, enseignant-chercheur à l'Université Cergy Paris Université,
chercheur associé au laboratoire Techniques, Territoires et Sociétés
(UMR 8134) et au laboratoire École, Mutations, Apprentissages (EA 4507)*
simon.cottin-marx@cyu.fr

Dans cet article, nous interrogeons le rôle des acteurs « patronaux » dans la production de l'architecture conventionnelle de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif (BASS). La sociohistoire des syndicats d'employeurs que nous réalisons dans ce texte nous permet de comprendre leurs divisions et comment cela a participé à l'éclatement de ce secteur en différentes conventions collectives nationales (CCN) au cours des années 1960 à 1980, avant qu'ils ne s'unissent et créent une branche professionnelle en 1993. Après cette date, les relations entre organisations patronales sont mouvementées, mais elles finissent par converger ces dernières années sur le projet d'une CCN unique et étendue. Suivre ces évolutions nous permet d'observer ce que ce patronat associatif peut faire, mais aussi que l'État reste le principal financeur et régulateur de ce secteur professionnel et qu'il participe activement à la production des règles.

Mots-clés : négociation, convention collective, secteur non lucratif, sanitaire, social, médico-social, syndicat d'employeurs

In this article, we examine the role of "Unions of employers" in the production of the collective agreement architecture of the non-profit health, social and medico-social sector. The socio-history of the employers' unions that we carry out in this text allows us to understand their divisions and how this contributed to the splintering of this sector into different national collective agreements (NCA) during the 1960s to 1980s, before they joined forces and created a professional branch in 1993. In the years that followed, relations between employers' organizations were turbulent, but in recent years they have finally converged on the project of a single, comprehensive NCA. Following these developments allows us to observe what this associative employer can do, but also that the State remains the main financier and regulator of this professional sector and that it actively participates in the production of rules.

Keywords: negotiation; collective agreement; non-profit sector; health, social, medico-social; employers' union

Le projet de fusion des différentes conventions collectives nationales (CCN) de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif (BASS) est un vieux serpent de mer qui agite et divise les syndicats de salariés et d'employeurs du secteur depuis plusieurs décennies. Le projet de CCN unique, qui fusionnerait celles de l'hospitalisation non lucrative, des établissements médico-sociaux, des CHRS¹, de la Croix-Rouge française et des centres de lutte contre le cancer semble pourtant aujourd'hui sur le point de se concrétiser. Une recomposition des conventions collectives qui composent la BASS qui ne serait pas neutre pour ce(s) monde(s) du travail et leurs 800000 salariés.

Négociées de manière paritaire, c'est-à-dire par les organisations représentatives des employeurs et celles des salariés, les CCN sont « les lois de la profession » (Jobert, 2003) : de fait, elles déterminent l'ensemble des conditions de travail et des garanties sociales du secteur d'activité qu'elles couvrent. Si leur rôle a été bouleversé (Porta, 2018) lors des réformes de 2004, 2008 puis 2016, par l'inversement de la hiérarchie des normes (Tallard & Vincent, 2014) qui favorise la négociation d'entreprise, elles gardent cependant plusieurs fonctions (Bevort & Jobert, 2008). Elles organisent les conditions de la concurrence entre entreprises d'un même secteur par l'établissement d'une réglementation commune des conditions d'emploi et de salaire. Elles permettent aussi d'adapter les conditions de travail aux spécificités du secteur et à ses transformations. La branche et les CCN sont aussi des instances représentatives des intérêts professionnels (ou sectoriels) auprès des pouvoirs publics, et elles ont en plus une fonction d'expertise sectorielle qui se concrétise par la création de commissions et d'observatoires paritaires. Enfin, ce sont des « institutions sociales », dans le sens où elles ne produisent pas seulement de la régulation collective des conditions de travail, mais sont aussi dotées des attributs de l'institution, telles la production de valeur et la légitimité. (Jobert, 2000) Elles donnent une identité collective à la profession, conduisent à une certaine cohésion de l'ensemble des acteurs (Saglio, 1991).

Dans cet article, nous nous intéressons au rôle des acteurs « patronaux » (Jobert, 2012) du monde associatif dans la production de l'architecture conventionnelle de la branche professionnelle du secteur sanitaire, social et médico-social à but non lucratif. Comment ces syndicats d'employeurs ont-ils participé à façonner leurs mondes professionnels (Swank & Martin, 2001) ? Quelles conséquences ont eu leurs divisions et unions sur le secteur professionnel ? Pourquoi aujourd'hui, après avoir alimenté l'éclatement conventionnel de la branche, cherchent-ils à faire « converger » leurs CCN, avec pour horizon le projet d'une convention unique et étendue pour la BASS ? Pour

1. La convention collective des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (accords CHRS) a fait l'objet d'une fusion administrée. Un arrêté, publié au Journal officiel le 5 août 2021, prévoit son rattachement à la convention collective nationale du 15 mars 1966 (CCN 66).

répondre à ces questions, dans cette contribution à la sociologie du patronat et des relations professionnelles dans le « monde du travail associatif » (Hély, 2009), nous avons réalisé des entretiens avec une dizaine de responsables des organisations employeuses de la branche, étudié plusieurs documents internes dont nous avons pu prendre connaissance, ainsi que ceux produits par les organisations de salariés. Le choix de regarder en priorité les organisations représentatives des employeurs limite notre étude, mais il nous a cependant semblé le plus judicieux, car ce sont elles qui, en premier lieu, définissent le périmètre conventionnel.

Liste des principaux sigles

AXESS : Confédération des employeurs du secteur sanitaire, social et médico-social à but non lucratif

BASS : Branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif

CCN : Convention collective nationale

CHRS : Centres d'hébergement et de réinsertion sociale

FEGAPEI : Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées et fragiles

FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers d'assistance privée

SNAPEI : Syndicat national des associations de parents d'enfants inadaptés

SNASEA : Syndicat national des associations de sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence

SOP: Syndicat général des organismes privés sanitaires et sociaux à but non lucratif

SYNEAS : Syndicat des employeurs associatifs de l'action sociale et médico-sociale

UNAPEI : Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés

UNARSEA : Union nationale des associations régionales pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence

UNIFED : Union des fédérations et syndicats nationaux d'employeurs du secteur sanitaire, social, médico-social privé à but non lucratif

UNIOPSS : Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux

De façon liminaire il est nécessaire de noter que les négociations professionnelles au sein du secteur sanitaire, social et médico-social sont marquées par une importante spécificité puisque les associations qui la composent tirent, tout ou en grande partie, directement ou indirectement, leurs financements de l'État, des collectivités locales ou des organismes de Sécurité sociale. Or, depuis la loi de 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales², les accords négociés entre syndicats d'employeurs et de salariés au niveau de la branche et des conventions collectives doivent, pour être applicables au personnel et s'imposer aux autorités qui financent ces associations, être agréés par le ministère de tutelle³. Une mesure de contrôle de la dépense publique par l'État, qui pèse sur les négociations collectives, notamment celles relatives aux grilles des salaires.

Dans cet article, pour permettre aux lectrices et lecteurs d'appréhender cet univers complexe, le rôle des organisations patronales dans l'éclatement conventionnel du secteur sanitaire, social et médico-social, mais aussi de voir l'influence de l'État dans sa structuration, nous avons fait le choix d'un développement chronologique. Dans un premier temps nous nous intéresserons à l'éclatement patronal de ce secteur au cours des années 1960 à 1980 (1), à l'union entre ces organisations qui a permis la création d'une branche professionnelle en 1993 (2), puis aux concurrences qui les ont de nouveau divisées dans les années 2010 (3), avant qu'ils ne finissent par converger ces dernières années sur le projet d'une CCN unique et étendue (4).

ÉCLATEMENT CONVENTIONNEL DU SECTEUR SANITAIRE, SOCIAL, MÉDICO-SOCIAL

Le 31 octobre 1951, la FEHAP (Fédération des établissements hospitaliers d'assistance privée) et les syndicats de salariés de l'époque (CFTC, CGC, CGT, FO) signent la convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins et de garde à but non lucratif, dite « CCN 51 ». Celle-ci vise, selon la formule réaffirmée au fil des assemblées générales de la FEHAP, à « assurer aux personnels une situation équivalente à celle des agents du

2. Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

3. La loi de 1975 prévoit que les accords entre syndicats d'employeurs et syndicats de salariés, ayant une incidence financière pour la puissance publique, soient agréés (sur ce sujet, voir le rapport n° RM2012-113P de l'IGAS, 2012). Le corollaire de ce système de tutelle est que, lorsque les accords d'entreprises sont agréés, ceux-ci sont opposables aux financeurs. Un mécanisme qui va être progressivement supprimé : la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de 2018 a entériné la fin de l'opposabilité financière des conventions et accords collectifs de travail aux autorités de tarification pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) concluant un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

secteur public, tout en maintenant la souplesse indispensable à la prise en compte des spécificités du secteur privé à but non lucratif » (Monteil, 2016).

Dix en plus tard, elle est « étendue » par arrêté du ministère du Travail⁴, c'est-à-dire qu'elle est rendue applicable à l'ensemble des associations employeuses du secteur, et non plus seulement aux structures affiliées à l'organisation employeuse signataire de la convention. Le ministère du Travail enjoint ainsi les structures employeuses de l'enfance inadaptée, un secteur alors en plein développement (Robelet *et al.*, 2009), d'accepter l'extension de cette convention collective à leurs activités. Mais, comme l'explique l'historien Samuel BouSSION (2007), les grandes associations employeuses s'opposent à ce projet, arguant qu'elles n'ont pas élaboré ces règles qui dépassent leur champ d'action et concernent davantage le secteur hospitalier. Les fédérations, qui rassemblent ces associations, réagissent et s'organisent au sein de syndicats d'employeurs. En 1961, l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS) crée le SOP (Syndicat général des organismes privés sanitaires et sociaux à but non lucratif) et l'UNARSEA (Union nationale des associations régionales pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence) et le SNASEA (Syndicat national des associations de sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence). À ces deux syndicats d'employeurs s'ajoute, en 1964, celui de l'UNAPEI (Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés) : le SNAPEI (Syndicat national des associations de parents d'enfants inadaptés). Ces syndicats s'unissent au sein de la « Fédération de la place Saint-Georges »⁵ afin d'étudier une convention collective qui soit cette fois-ci spécifique au secteur de l'enfance inadaptée. (BouSSION, 2007, p. 401)

Le projet de créer une nouvelle convention collective ne fait pas l'unanimité au sein des organisations de salariés de l'époque. La CGT et la CFTC penchent alors pour intégrer la convention collective de 1951 qui a le mérite d'être « étendue ». Cependant, malgré leur refus⁶, les syndicats d'employeurs et les autres organisations de salariés (CFDT, FO, Syndicat national interprofessionnel de l'enfance inadaptée) signent la CCN des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées, dite « CCN 66 ». Comme l'écrit Samuel BouSSION, cette convention collective scelle « l'entrée de l'éducateur spécialisé dans sa "majorité politique". C'est d'abord la reconnaissance d'une profession, devenue plus stable avec des conditions de travail qui reconnaissent une certaine spécificité, notamment au niveau des congés, une carrière possible, dans laquelle les éducateurs peuvent accéder à des postes de directeurs, une grille de rémunération avantageuse »

4. Convention étendue par arrêté du 27 février 1961, JORF, 14 février 1961.

5. Sa véritable dénomination est FSNESEI (Fédération des syndicats d'employeurs du secteur de l'enfance inadaptée).

6. Dans un premier temps, les syndicats CFTC et CGT refusent de signer, car ils dénoncent un article indexant toute revalorisation de salaire au vouloir de l'État, par le biais des prix de journée (BouSSION, 2007).

(Boussion, 2010). Sa signature participe à la reconnaissance de la profession, qui est dotée d'un diplôme d'État en 1967.

La création de la CCN 66 va avoir des effets sur la couverture conventionnelle des salariés du secteur sanitaire, social et médico-social. Les deux CCN ne couvrent pas deux périmètres d'activités clairement distincts : certains établissements ne relèvent complètement ni de la « santé » ni du « social », mais ont des métiers à cheval, que l'on retrouve dans l'une et l'autre⁷. En conséquence de ce chevauchement entre conventions, la CCN 51 n'est plus « étendue » et celle de 1966 ne le sera pas davantage. Concrètement, seules les associations employeuses adhérentes à une organisation signataire de la CCN (par exemple à la FEHAP pour la CCN 51 ou le SNAPEI pour la CCN 66) sont tenues d'appliquer ces conventions collectives. Pour les autres, les associations employeuses qui n'adhèrent à aucun syndicat d'employeurs, c'est le droit commun, c'est-à-dire le Code du travail, qui prime.

La concurrence entre CCN dans le champ sanitaire, social et médico-social ne se limite pas à la convention de 1951 et celle de 1966. Plusieurs accords conventionnels s'ajoutent progressivement. La convention des centres de lutte contre le cancer (CLCC) est signée en 1971, les accords de travail applicables aux centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) le sont en 1974. Cinq ans plus tard, en 1979, ce sont les médecins spécialistes qualifiés qui se dotent de leur CCN, et en 1986 la Croix-Rouge française.

Dans les années 1960 à 1980, le paysage conventionnel du secteur sanitaire, social et médico-social s'est donc complexifié. Au cours de cette période, il n'y a pas, à proprement parler, de « branche professionnelle », au sens où c'est là que se « négocie la convention collective de branche » (Tallard, 2004, p. 37), puisqu'il y a plusieurs CCN. Et puisqu'elles recouvrent des activités en partie similaires, aucune d'entre elles n'est étendue. Une situation qui va perdurer et limiter la couverture conventionnelle du secteur : en 2021, sur près de 800000 salariés travaillant dans le sanitaire, social et médico-social non lucratif, plus de 200000 ne sont pas couverts par une convention

7. En 2021, la CCN 51 « s'applique aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux privés à but non lucratif dont l'activité principale » relève des services d'hospitalisation ; des services d'accueil et d'hébergement des personnes âgées en maisons de retraite ; des services d'accueil, d'hébergement et de rééducation de mineurs handicapés ; des services d'accueil, d'hébergement de rééducation de mineurs protégés par suite d'une décision de justice socialement en difficulté ; des services d'accueil, d'hébergement et de réadaptation d'adultes handicapés ; des activités des établissements de la protection judiciaire de la jeunesse, etc. La CCN 66 s'applique aux associations « agissant dans l'ensemble des champs de l'intervention sociale et médico-sociale », ayant des missions de protection sociale et judiciaire de l'enfance et de la jeunesse (auprès des mineurs et des adultes handicapés, auprès de la famille), d'aide et d'accompagnement des personnes en difficulté sociale, de soins à caractère médico-social, auprès des personnes âgées handicapées, de formation en travail social, etc.

collective⁸, car ne travaillant pas dans une organisation employeuse adhérent à une CCN.

La mesure de la représentativité patronale laisse apparaître des salariés non couverts par une CCN

La « mesure de l'audience pour la représentativité patronale », réalisée en 2017 par le ministère du Travail, permet de voir quelles sont les organisations patronales jugées représentatives, et donc autorisées à négocier avec les organisations de salariés au sein d'une CCN*. Ce document permet aussi de calculer le nombre de salariés couverts par une CCN au sein de la BASS. En effet, cette mesure d'audience précise le nombre de salariés travaillant dans les associations employeuses adhérentes aux syndicats d'employeurs et donc tenues d'appliquer les CCN qu'ils négocient. Au total, cela concerne 577 151 salariés. Or, selon l'observatoire d'UNIFAF (enquête emploi de 2017), l'organisme paritaire qui collecte les cotisations obligatoires des entreprises du secteur en matière de formation professionnelle, la BASS représente 7200 structures employeuses et un total de 785 600 salariés (+12 % du nombre de salariés en 5 ans). Ce sont donc plus de 200 000 employé-es de la branche qui ne sont couverts par aucune convention collective.

* Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion, « Mesure de l'audience pour la représentativité patronale 2017 », dossier de presse du 6 septembre 2018.

UNION PATRONALE ET CRÉATION DE LA BRANCHE SANITAIRE, SOCIALE ET MÉDICO- SOCIALE DU PRIVÉ À BUT NON LUCRATIF (BASS)

Face au chevauchement conventionnel et à ses conséquences, le ministère du Travail met en place, dès 1966, une commission mixte paritaire (regroupant syndicats d'employeurs et de salariés sous son égide) pour harmoniser les conventions collectives du secteur. Un travail qui va être mené jusqu'en 1975 et qui aboutit à des textes transversaux aux CCN 51, 66, 79 et de la Croix-Rouge française, sur le droit syndical, les délégués du personnel et le comité d'entreprise, etc. Autant de textes communs aux différentes CCN qui, par le choix des organisations employeuses signataires, participent à définir les contours d'une future « branche »⁹.

8. Ils sont cependant couverts par les accords de branche. Qui plus est, les associations non adhérentes aux CCN appliquent souvent une partie des CCN, notamment la grille des salaires.

9. Les négociations d'harmonisation aboutissent à la signature de textes communs, notamment sur le droit syndical, les conditions de recrutement et de licenciement, l'exécution du contrat de travail, etc.

Celle-ci naît officiellement en 1993, lorsque plusieurs organisations d'employeurs (Croix-Rouge française, FEGAPEI – ex-SNAPEI –, FEHAP, SNASEA, SOP et la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer) se rassemblent au sein de l'Union des fédérations et syndicats nationaux d'employeurs du secteur sanitaire, social, médico-social privé à but non lucratif (UNIFED)¹⁰.

Mesure d'audience de la représentativité patronale 2017

Convention collective nationale	Organisation employeuse	Nombre de salariés membres d'une organisation adhérente
« CCN 66 ». Convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées.	NEXEM	291 400
	SNALESS (fin de son activité en juin 2018)	8 222
« Convention CHRS ». Convention collective des centres d'hébergement et de réadaptation sociale.	NEXEM	11 436
« CCN 79 ». Convention collective nationale des médecins spécialistes qualifiés au regard du conseil de l'Ordre travaillant dans les établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées.	NEXEM	2 160
« CCN 51 ». Convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif.	FEHAP	244 667
Convention collective nationale des centres de lutte contre le cancer	FNCLCC	19 256
Total des salariés couverts		577 151

Lire : La FEHAP est la seule organisation patronale représentative au sein de la CCN 51. Les associations employeuses adhérentes à la FEHAP, qui relèvent et appliquent la CCN 51, emploient 244 667 salariés.

10. Elles seront rejointes par le SOP et la Croix-Rouge française en 1997 et par l'Union nationale des associations familiales (UNAF) en 2000.

Sous l'égide de cette union¹¹, ils négocient des accords avec les syndicats de salariés. Les textes signés s'appliquent alors au périmètre commun, dessiné par l'union des employeurs, et donnent ainsi naissance à la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif (Tronche & Mingasson, 2006), plus communément appelée « la BASS »¹². Dans un premier temps, les accords négociés dans le cadre d'UNIFED s'appliquent seulement aux organisations employeuses membres, par le biais de leurs syndicats d'employeurs, de cette union. Mais par la suite, plusieurs accords sont « étendus » par arrêté du ministère du Travail et s'appliquent ainsi à l'ensemble des organisations employeuses de la branche. C'est le cas de l'accord sur l'aménagement et la réduction du temps de travail (2001), de celui sur le temps partiel modulé (2001), la mise à la retraite (2004), le travail de nuit (2007), etc. Autant d'accords étendus qui font rentrer dans le droit conventionnel un nombre important d'institutions, qui se sont développées dans les années 1990 sans adhérer à un syndicat d'employeurs et qui étaient donc jusque-là hors CCN¹³.

Le domaine privilégié des négociations est celui de la formation professionnelle, UNIFED étant une émanation du collège employeur de PROMOFAP, l'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) qui collecte les contributions financières des entreprises du secteur dans le cadre du financement de la formation professionnelle continue¹⁴. En effet, la création d'UNIFED résulte à

-
11. L'UNIFED s'est officiellement donné pour mission : « Affirmer l'identité de la branche professionnelle sanitaire, médico-sociale et sociale privée à but non lucratif ; entretenir et coordonner les relations avec les autres organisations de l'économie sociale, les pouvoirs publics et les branches employeurs périphériques ; maintenir, développer notre rôle d'interlocuteur et de partenaire auprès des pouvoirs publics et acteurs de l'économie sociale ; négocier des accords de branche. » Site internet d'UNIFED, consulté en mai 2021. URL : www.unifed.fr/presentation/objets-et-missions
 12. Le secteur sanitaire et social ne se limite pas à cette « branche ». En 2021, coexistent à ses côtés quatre branches professionnelles. Celle des acteurs du lien social et familial (centres sociaux et socioculturels, associations d'accueil de jeunes enfants, associations de développement social local) dont la CCN a été signée en 1983, la branche de l'animation socioculturelle (1986), la branche des organismes gestionnaires de foyers et services pour jeunes travailleurs (2003), et la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD) née en 2010 de la fusion de la CCN des organismes d'aide à domicile, la CCN des associations d'aide et de maintien à domicile, la CCN des travailleuses familiales et des accords UNACSS).
 13. Selon un ancien directeur de la FEHAP en exercice dans les années 1980 et 1990, « *au début des années 1980, l'ensemble du secteur était très couvert par les conventions collectives. [...] Les structures qui ne sont pas couvertes sont assez récentes. C'est dans les années 1990 que l'on a vu exploser le nombre d'institutions diverses qui ne relevaient d'aucune CCN et qui avaient des conditions de travail en dessous de celles prévues par les conventions* » (ancien directeur de la FEHAP, entretien avril 2021).
 14. Celui-ci a changé de nom (de fonctionnement et de composition) au fil des années : PROMOFAP créé en 1972 est devenu UNIFAF en 2005 (qui est devenu, suite à une nouvelle réforme législative, l'OPCO Santé en 2019). Dans les années 2000, cet organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) de la branche est notamment chargé de collecter et gérer les fonds de la formation professionnelle continue des entreprises.

l'origine d'une obligation réglementaire¹⁵ ; elle a été saisie par les acteurs pour clarifier le fonctionnement de l'OPCA (qui devient UNIFAF en 2003), élargir le socle des entreprises qui doivent y cotiser¹⁶ (par le biais de « l'extension » des accords de branche sur la formation professionnelle), mais aussi augmenter le montant de ces cotisations¹⁷. Comme l'explique un ancien administrateur d'UNIFED que nous avons interrogé : « *La loi sur la formation professionnelle prévoyait que 1 % de la masse salariale brute soit collectée pour la formation professionnelle. Avec l'UNIFED nous avons négocié un accord [avec les syndicats de salariés qui cogèrent l'OPCA] pour que les cotisations passent à 2,3 %. [Grâce à l'existence de la branche professionnelle] les accords qui concernaient la formation professionnelle pouvaient être étendus : les entreprises qui n'étaient pas adhérentes à l'un de nos syndicats d'employeurs devaient l'appliquer.* » (Ancien administrateur UNIFED, entretien février 2022)

La création d'UNIFED et des premiers accords de branche participent à la régulation des conditions de travail et à la création d'une « identité à la branche » (Chauvière, 2005). Cependant, la BASS est « fortement structurée par la formation »¹⁸ : c'est autour de cet enjeu, géré par le biais de l'OPCA, que s'élabore une stratégie commune. Son ambition est aussi en grande partie circonscrite à celle-ci. En effet, « l'UNIFED reste régie par le principe de subsidiarité. Chaque organisation adhérente conserve donc sa totale indépendance quant à la gestion de sa propre convention et à l'ensemble des accords qu'elle signe » (Monteil, 2016, p. 49). La « régulation de branche » (Saglio, 1991) reste limitée, tant au niveau de la gestion des conditions de travail et du marché du travail (salaire, conditions d'embauche, carrières, rôle du diplôme), de la gestion économique (entre règles négociées et politique économique de la branche), de la gestion technologique (s'agissant de l'avenir technologique de la branche), que de la gestion identitaire (en vue de la cohésion de l'ensemble des acteurs). Sur ce dernier point, plutôt sceptique, le sociologue Michel Chauvière (2005) s'interroge : « *Mais combien de professionnels ont-ils conscience d'appartenir à une branche et acceptent ou accepteraient de voir leur identité et leurs histoires professionnelles et sociales ainsi réidentifiés ?* »

15. La création d'UNIFED résulte en partie de la nécessité, introduite par la loi du 20 décembre 1993, transformant les fonds d'assurance formation (FAF) en OPCA (organisme paritaire collecteur agréé), d'être géré par des syndicats (de salariés et d'employeurs). UNIFED est à partir de 1993 le syndicat d'employeurs unique représentant les employeurs au sein de l'OPCA.

16. CConvention portant création de l'OPCO de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif dénommé UNIFAF, 14 octobre 2003, signée par UNIFED, CFDT, CFTC, CFE-CGC, FO Action sociale, FO Santé, CGT.

17. Accord 2005-1 de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie, 7 janvier 2005, signé par UNIFED, CFDT, CFTC, CFE-CGC, FO Action sociale, FO Santé, CGT.

18. Conseil national d'évaluations de la formation professionnelle, « évaluation des effets de l'accord national interprofessionnel de décembre 2013 sur les négociations de branches professionnelles », rapport final, décembre 2018, p. 14.

CONCURRENCES ENTRE SYNDICATS D'EMPLOYEURS DU « SOCIAL » ET DU « SANITAIRE » ET ÉCLATEMENT D'UNIFED

Deux grands « pôles » coexistent au sein de la BASS, en termes de nombre de salariés, mais aussi d'identité, autour de la CCN « sanitaire » de 1951 et de la CCN « sociale » de 1966. Si la FEHAP a le monopole de la représentation patronale au sein de la première, trois organisations employeuses se sont disputées celle de la seconde.

Au sein de la CCN 66, les employeurs sont longtemps restés divisés. Ce qui n'a pas été sans conséquences sur les négociations professionnelles, comme l'explique le représentant d'un syndicat d'employeurs représentatif de la CCN 66 : « *Lors des négociations, on s'écharpait entre employeurs devant les salariés. Il n'y avait pas de front employeur et beaucoup de négociations ont échoué. Et nos divisions nous faisaient perdre toute crédibilité face aux pouvoirs publics. [...] On a aussi pris conscience de notre rôle d'employeur. [...] C'est venu avec l'augmentation de la taille des associations, qui ont grossi suite à des vagues de regroupements entre associations. [...] Ce n'est pas la même chose, quand on gère une structure qui a des centaines ou des milliers de salariés. Il faut absolument respecter le Code du travail, mettre en place le dialogue social. À ce niveau-là, les associations ont les mêmes contraintes que les entreprises.* » (Ancien responsable du SOP, entretien avril 2020)

Au cours des années 2010, les dirigeants des trois syndicats d'employeurs de la CCN 66 initient le rapprochement de leurs organisations. En 2010, le SOP et le SNASEA sont rassemblés en une structure unique : le Syndicat des employeurs associatifs de l'action sociale et médico-sociale (SYNEAS). Et en 2017, ce nouveau syndicat fusionne avec l'ex-SNAPEI, qui a pris le nom de Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées et fragiles (FEGAPEI) en 2005. Cette succession de fusions donne naissance à un syndicat disposant d'un quasi-monopole au sein de la CCN 66, avec qui la Croix-Rouge française signera un « partenariat »¹⁹, NEXEM. Pour son actuel président, cette recombinaison a plusieurs objectifs : mieux négocier avec les salariés, mais aussi avec les pouvoirs publics qui financent les associations de la CCN 66. « *L'État nous pousse à nous rassembler. Le SOP ne représentait que quelques dizaines de milliers de salariés. Le SYNEAS c'était plus, mais maintenant avec NEXEM et la Croix-Rouge on représente 330000 salariés. On n'a pas le même poids, c'est quelque chose d'important pour être entendu.* » (Président NEXEM, entretien mars 2021)

19. « Signature d'un partenariat entre la Croix-Rouge française et NEXEM : une complémentarité au service d'une même ambition pour le secteur social, médico-social et sanitaire à but non lucratif », communiqué de la Croix-Rouge française et de NEXEM, 26 janvier 2017.

La création de NEXEM, qui s'est faite sous pression de l'État, vient rebattre les cartes entre les organisations employeuses au sein de la BASS, d'autant plus que l'émergence de ce syndicat d'employeurs unique à la CCN 66 s'inscrit dans un contexte de modification des règles de la représentativité patronale. À partir de 2017, à la suite de loi de 2014²⁰ sur la formation professionnelle et la démocratie sociale, les organisations patronales sont soumises à une « mesure d'audience », réalisée par le ministère du Travail²¹. Sont reconnues représentatives les organisations professionnelles d'employeurs rassemblant au moins 8 % de l'ensemble des entreprises adhérentes aux organisations patronales à leur niveau (branche, interprofessionnel, national). Le texte établit aussi un droit d'opposition majoritaire côté patronat : pour être valide, un accord collectif doit être signé par au moins une organisation professionnelle représentative, mais il ne doit pas faire l'objet de l'opposition d'une ou plusieurs organisations qui emploient plus de 50 % de l'ensemble des salariés des entreprises adhérant aux organisations professionnelles d'employeurs reconnues représentatives à ce niveau. Or, comme nous l'avons vu dans le tableau présenté précédemment (*cf.* encadré : la mesure de la représentativité patronale laisse apparaître des salariés non couverts par une CCN), NEXEM n'est pas simplement un syndicat « représentatif » (Béroud *et al.*, 2012 ; Offerlé, 2018) au sein de la BASS : puisqu'il représente plus de la moitié des salariés de la branche, il est en mesure de mener seul, côté patronal, les négociations au sein de la branche.

Par ailleurs, selon les responsables de NEXEM, les nouvelles règles de la représentativité imposent à UNIFED d'évoluer. Pour ceux-ci, cette simple fédération de quatre adhérents (NEXEM, FEHAP, Unicancer, Croix-Rouge française) ne correspond plus aux critères attendus par le législateur pour être déclarée comme représentative : puisque les associations employeuses n'adhèrent pas directement à UNIFED, « la question de la représentativité au niveau de la branche se pose donc pour les composantes d'UNIFED, pas pour l'union elle-même »²². Une analyse qui n'est alors pas partagée par la FEHAP et Unicancer qui souhaitent, malgré le changement des règles de la représentativité, déposer une candidature au titre d'UNIFED. Face au risque d'une démarche qui pourrait aboutir à l'absence de représentativité d'employeurs sur la BASS, les responsables de NEXEM²³, appuyés par la Croix-Rouge française, déposent un dossier de candidature à la représentativité au niveau de la branche. Pour le syndicat d'employeurs, « cette représentativité sera la seule à même de permettre de négocier et de conclure une

20. La loi du 5 mars 2014 a donné un cadre juridique pour la mesure de l'audience des organisations patronales et, plus généralement, pour la détermination de la représentativité patronale.

21. La première mesure d'audience de la représentativité patronale est réalisée en 2017, la seconde en 2021.

22. NEXEM, « représentativité employeurs au sein de la BASS, mandats nationaux et régionaux, projet conventionnel 2017, une année de transition », note interne, 13 janvier 2017.

23. La FEGAPEI-SYNEAS n'est devenue NEXEM qu'au 1^{er} janvier 2017.

convention collective ayant vocation à être étendue »²⁴. Une candidature qui signe la « fin »²⁵ d'UNIFED où ne restent que la FEHAP et Unicancer.

Les responsables des syndicats d'employeurs, avec d'un côté NEXEM et la Croix-Rouge française, et de l'autre la FEHAP et Unicancer, ne divergent pas seulement sur cette question réglementaire, mais aussi sur leurs projets politiques. Les premiers s'expriment clairement pour la création d'un « environnement conventionnel commun, seul à même de structurer le champ social, médico-social et sanitaire privé à but non lucratif en une branche professionnelle reconnue »²⁶, quand les seconds sont plus timorés sur cette idée de convention collective nationale unique et « étendue » au sein de laquelle ils seraient minoritaires.

CONVERGENCES, CRÉATION D'AXESS ET AVANCÉE VERS UNE CCN UNIQUE ET « ÉTENDUE »

La désunion des organisations employeuses de la BASS fait long feu. Le 17 avril 2019, la Croix-Rouge française, la FEHAP, NEXEM et Unicancer créent AXESS : la confédération des employeurs du secteur sanitaire, social et médico-social à but non lucratif. Pour la présidente de la FEHAP, « *l'élément déclenchant, ça a été les ordonnances Macron et le fait que sur certaines thématiques on ne pouvait discuter et signer des accords qu'à un niveau interbranches, sur le "périmètre 38" [qu'est la BASS]. Et ceci nous a amenés à créer une confédération, AXESS, qui regroupe la Croix-Rouge française, Unicancer, NEXEM et la FEHAP* » (présidente de la FEHAP, mars 2021).

Depuis les années 2000²⁷, la fragmentation conventionnelle (Jobert, 2012) a été construite comme un problème politique : les gouvernements successifs se sont fixés pour objectif de réduire leur nombre et ont donné

24. NEXEM, « représentativité employeurs au sein de la BASS mandats nationaux et régionaux, projet conventionnel 2017, une année de transition », note interne, 13 janvier 2017.

25. Michel Abhervé, « La fin annoncée d'UNIFED ou l'inéluctable défaite de la FEHAP », blog d'*Alternatives économiques*, 31 janvier 2017. URL : <https://blogs.alternatives-economiques.fr/abherve/2017/01/31/la-fin-annoncee-d-unifed-ou-l-ineluctable-defaite-de-la-fehap>

26. FEGAPEI-SYNEAS, Croix-Rouge française, « La Croix-Rouge française et l'association Fegapei-Syneas : un partenariat au service de la structuration d'une branche professionnelle pour le secteur », communiqué de presse, 13 octobre 2016.

27. Depuis les années 2000, plusieurs rapports commandés par les gouvernements successifs appellent au regroupement des branches professionnelles. C'est le cas du rapport Virville (2004), du rapport Poisson (2009), Combrexelle (2013 et 2015), Quinqueton (2015). Ils vont être suivis de plusieurs lois. La loi du 5 mars 2014, celle du 8 août 2016 et les ordonnances « Macron » de 2017 donnent à l'État des moyens juridiques pour contraindre et réaliser la fusion des branches. Une dynamique qui débouche sur une restructuration des branches professionnelles et leur réduction à une centaine.

les moyens à l'État²⁸ d'intervenir directement auprès des partenaires sociaux pour réaliser une recomposition du périmètre des branches professionnelles. La loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels vise ainsi le passage de près de 700 branches à moins de 200. Les « ordonnances Macron » du 22 septembre 2017 sont encore venues donner un coup d'accélérateur à ce projet, préconisant une fusion réalisée à l'initiative des partenaires sociaux, mais laissant aussi planer une fusion administrée par le ministère du Travail. Le rapport, confié par ce ministère à Pierre Romain qui était alors conseiller d'État, « sur la restructuration des branches professionnelles », vise même directement le secteur sanitaire, social et médico-social. L'auteur du rapport préconise « un éclaircissement significatif du paysage conventionnel » et donc la création d'une convention collective unique pour la « branche des établissements de soins non lucratifs regroupant les actuelles branches de l'hospitalisation non lucrative, des établissements médico-sociaux, des CHRS et des centres de lutte contre le cancer et employant plus de 800000 salariés »²⁹.

Dans ce contexte d'évolutions législatives, comme l'explique le directeur de la Croix-Rouge française : « *La Direction générale du Travail nous a enjoint de bien vouloir nous entendre* » (directeur Croix-Rouge française, mai 2021). C'est donc en grande partie encouragées par l'État que les organisations employeuses de la BASS créent AXESS. Une confédération d'organisations employeuses qui préfigure le périmètre de la future branche à CCN unique. C'est ce qu'explique le président de NEXEM : « *On négocie avec la FEHAP pour une convergence, une fusion des CCN pour qu'il n'y ait plus qu'une seule branche. Et dans ce cas, le ministère du Travail se dit prêt à étendre la CCN, à la condition qu'il n'y en ait qu'une.* » Il précise : « *Pour le moment, la FEHAP négocie sur la 1951 et nous sur la 1966. On cherche la convergence [en particulier sur les grilles de classification des emplois et des salaires] pour que petit à petit nos CCN se rapprochent* », d'autant plus que « *l'État dit : "Si on vous donne des fonds, c'est à partir de cette CCN étendue"* » (présidente FEHAP, mars 2021).

Ainsi, c'est poussé par le ministère du Travail, mais aussi par la CFDT (principale organisation syndicale de la branche³⁰), très favorable à l'unification conventionnelle et active sur ce sujet, que les représentants des employeurs

28. Lois du 5 mars 2014 et celle du 8 août 2016.

29. Rapport Romain, « Rapport sur la restructuration des branches professionnelles », version non définitive, février 2020, p. 34.

30. Entre 2017 et 2020, la CFDT était le premier syndicat de salariés avec une audience mesurée à 26,77 %. La CGT obtenait quant à elle 22,96 %, FO 15,24 %, la CFE-CGC 11,92 % et la CFDT 9,5 %. En 2021, la nouvelle mesure de l'audience conforte la première place à la CFDT (38,53 %). Cependant, les organisations critiques face au projet de CCN unique sont majoritaires au sein de la branche : La CGT obtient 35,17 %, FO 14,67 % et Solidaires 11,63 %.

vont s'entendre. Lors de la nouvelle mesure de la représentativité patronale de 2021³¹, c'est au nom d'AXESS que les organisations employeuses vont demander la représentativité sur la BASS, mais aussi sur les différentes CCN (51 et 66³²). Comme l'explique la DRH de la FEHAP : « On a déposé une demande de représentativité (avec NEXEM et FEHAP) de la 1951 et de la 1966 via AXESS. En juin 2021, quand les arrêtés de représentativité vont sortir, il y aura un arrêté de représentativité AXESS. On sera AXESS pour la 1951 et la 1966. » (Directrice des ressources humaines, FEHAP, avril 2021). Une représentation patronale unique obtenue en octobre 2021³³.

Dès la création de la nouvelle confédération, plusieurs négociations collectives sont lancées au niveau de la branche pour la « constitution rapide d'un socle juridique commun »³⁴. Comme l'explique la présidente de la FEHAP, le « *cheminement vers une convention collective nationale unique* » passe par des négociations au niveau de la branche, mais aussi au sein des CCN afin de les faire « converger »³⁵. En 2021, ce travail de rapprochement des classifications des deux CCN est entrepris, avec le soutien d'un cabinet de conseil commun. Pour autant, la présidente de la FEHAP juge ce rapprochement difficile, car, « *contrairement aux entreprises privées, nous ne contrôlons pas les moyens financiers. Nos moyens viennent des objectifs nationaux de l'Assurance maladie, des départements, etc. Nous n'avons pas la main sur l'évolution des ressources. Elles sont définies par les pouvoirs publics* » (présidente, FEHAP, mars 2021). En effet, comme nous l'avons vu dans l'introduction, les accords collectifs (notamment sur les salaires), négociés dans le cadre de la BASS et des CNN qui la composent, sont soumis à un agrément du ministère de tutelle (intitulé en 2021 ministère des Solidarités et de la Santé).

Pendant, la crise sanitaire commencée en 2020 est venue donner une nouvelle actualité au projet de CCN unique pour la BASS. L'épidémie a mis en avant le travail des personnels des hôpitaux et des EHPAD³⁶, en « première

31. Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion, « Représentativité patronale : les résultats de la mesure d'audience 2021 », communiqué de presse du 7 juillet 2021.

32. La Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FCLCC) reste l'unique organisation professionnelle d'employeurs reconnue sur la convention collective nationale du personnel non médical des centres de lutte contre le cancer. Arrêté du 6 octobre 2021.

33. Arrêté du 6 octobre 2021 fixant la liste des organisations professionnelles d'employeurs reconnues représentatives dans le secteur des activités sanitaires, sociales et médico-sociales à but non lucratif ; arrêté du 6 octobre 2021 fixant la liste des organisations professionnelles d'employeurs reconnues représentatives dans la branche des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées, des médecins spécialistes qualifiés au regard du conseil de l'Ordre travaillant dans des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées et des centres d'hébergement et de réadaptation sociale.

34. NEXEM, rapport annuel 2019.

35. NEXEM, « La Confédération des employeurs du secteur sanitaire, social et médico-social à but non lucratif est née », communiqué de presse du 25 avril 2019.

36. Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

ligne » pendant la crise sanitaire, et ceux-ci ont obtenu des revalorisations salariales dans le cadre des accords du « Ségur », signés le 13 juillet 2020 par le gouvernement et une majorité d'organisations syndicales représentant, d'une part, les professions non médicales (CFDT, FO, UNSA) et, d'autre part, les personnels médicaux de l'hôpital public (CMH, INPH, SNAM-HP). Cependant, ces accords se sont cantonnés au secteur public, laissant de côté le secteur non lucratif de la BASS. Pour réparer cet « oubli », qui crée notamment d'importantes distorsions des salaires entre secteur public et privé non lucratif pour les mêmes métiers, des négociations ont ensuite été menées par l'ancien directeur d'agence régionale de santé (ARS) Michel Laforcade. « L'acte 2 » du Ségur a abouti en mai 2021 à son extension aux professionnels du handicap, des soins infirmiers à domicile, etc. Mais certains métiers, notamment de l'accompagnement dans le secteur du handicap, soit environ 50000 salariés, restent exclus de ce second accord. Pour les intégrer, le gouvernement pose une condition. Il exige qu'une CCN unique soit rédigée pour la branche sanitaire sociale et médico-sociale à but non lucratif³⁷. Comme l'explique l'ancien responsable d'un syndicat d'employeurs de la CNN 66 : « *Ce n'est pas nouveau. Cela fait des années que les employeurs sont appelés à se réunir, mais l'État ne met pas les moyens. C'est même paradoxal. Avec la mission Laforcade ils ont commencé à traiter différemment le public et le non lucratif. Puis quand ils élargissent, c'est à la santé et ils abandonnent le social et médico-social qui ne voit pas ses salaires revalorisés.* » (Ancien membre du bureau de NEXEM, juillet 2020)

Interroger, comme nous l'avons fait dans cet article, la recomposition d'une branche professionnelle, c'est, pour paraphraser Michel Offerlé, regarder « *ce que le patronat du médico-social non lucratif peut faire* » (Offerlé, 2020), comment il se transforme, mais aussi observer le rôle de la puissance publique. C'est voir que l'État est le principal financeur et régulateur de ce secteur professionnel et qu'il participe activement à la production des règles. Il est non seulement « *garant, inspecteur, juge, arbitre* » (Reynaud, 1990), mais, dans le cas de la BASS, il joue aussi un rôle central dans la production tripartite (avec les syndicats d'employeurs et de salariés) de la branche : c'est lui qui impulse les grands changements. Comme le résume un responsable cédétiste : « *À chaque fois c'est contraints et forcés [par l'État] que les employeurs négocient* »³⁸, entre eux et avec les syndicats de salariés, les accords structurants. Pour autant, les organisations d'employeurs, bien que fragilisées par leurs divisions³⁹, tentent de développer leurs marges de manœuvre. Nous pouvons l'observer avec la création d'AXESS et l'adhésion de cette confédération au syndicat interprofessionnel (Offerlé, 2018)

37. Côté des syndicats de salariés, le projet de CCN unique et étendue est défendue par la CFDT. Les autres organisations, comme la CGT, FO et Solidaires, ont une position critique, voire complètement opposée au projet qu'ils jugent potentiellement rétrograde socialement pour les salariés.

38. Syndicaliste CFDT, Entretien avril 2021.

39. Dernier exemple en date : en janvier 2022, UNICANCER quitte AXESS.

des petites et moyennes entreprises⁴⁰ en 2019 (Cottin-Marx & Hély, 2021). L'avenir nous dira si, comme l'espèrent aujourd'hui certains acteurs patronaux (NEXEM) et syndicaux (CFDT), l'unité conventionnelle de la BASS et de ses employeurs leur permettra de gagner en autonomie paritaire et d'améliorer le financement (par la puissance publique) de la branche.

BIBLIOGRAPHIE

- Béroud, S., Le Crom, J.-P. & Yon, K. (2012). Représentativités syndicales, représentativités patronales. Règles juridiques et pratiques sociales. Introduction. *Travail et emploi*, vol. 131, n° 3, p. 5-22.
- Bevort, A. & Jobert, A. (2008). *Sociologie du travail : les relations professionnelles*. Armand Colin, Paris, 272 p.
- Boussion, S. (2007). *Les éducateurs spécialisés et leur association professionnelle : l'ANEJ de 1947 à 1967, naissance et construction d'une profession sociale*. Thèse d'Histoire, Université d'Angers.
- Boussion, S. (2010). Quand les éducateurs spécialisés accèdent au statut : Genèse de la convention collective nationale de 1966. (1947-1966). *Revue d'histoire de la protection sociale*, n° 3, p. 73-87.
- Chauvière, M. (2005). *Pour une genèse de la branche professionnelle sanitaire, sociale et médico-sociale, à but non lucratif* [communication écrite]. Congrès UNIAF, Auvergne, 16 juin.
- Cottin-Marx, S. & Hély, M. (2021). Naissance d'un patronat « responsable et engagé ». L'économie sociale et solidaire en quête de représentativité patronale. *Cadres*, p. 13-22.
- Hély, M. (2009). *Les Métamorphoses du monde associatif*. PUF, 320 p.
- Jobert, A. (2000). *Les Espaces de la négociation collective, branches et territoires*. Éd. Octares.
- Jobert, A. (2003). Quelles dynamiques pour les négociations collectives de branche ? *Travail et Emploi*, n° 95, p. 5-26.
- Jobert, A. (2012). Patronat. *Dictionnaire du travail*, PUF, p. 524-530.
- Monteil, P.-O. (2016). *Le Sens des autres. FEHAP 1936-2016, quatre-vingts ans à l'avant-garde de la santé et des solidarités*. Éd. Recherche-Midi, 223 p.
- Offerlé, M. (2018). Les Représentativités patronales. Dans D. Andolfatto (Dir.), *La Démocratie sociale en tension*. Presses universitaires du Septentrion.
- Offerlé, M. (2020). *Ce qu'un patron peut faire. Une sociologie politique des patronats*. Gallimard, 528 p.
- Porta, J. (2018). La branche professionnelle : déconstruction et restructuration [communication écrite]. Colloque de l'Institut du Travail de Bordeaux, 2 mars.

40. Confédération des petites et moyennes entreprises (CPME).

- Reynaud, J.-D. (1990), Préface. Dans F. Lagandré (Dir.), *Nouvelles Relations de travail, pratiques contractuelles et perspectives*. Paris, L'Harmattan, p. 3-14.
- Robelet, M., Piovesan, D., Claveranne, J.-P. & Jaubert, G. (2009). Secteur du handicap : les métamorphoses d'une gestion associative. *Entreprises et histoire*, n° 56, p. 85-97.
- Saglio, J. (1991). La relation de branche dans le système français de relations professionnelles. *Travail et Emploi*, n° 47.
- Swank, D. & Martin, C. J. (2001). Employers and the Welfare State: The Political Economic Organization of Firms and Social Policy in Contemporary Capitalist Democracies. *Comparative Political Studies*, n° 8, p. 889-923.
- Tallard, M. (2004). *Action publique et régulation de branche de la relation salariale*. L'Harmattan, Paris, p. 246.
- Tallard, M. & Vincent, C. (2014). Les branches professionnelles sont-elles toujours un lieu pertinent de négociation des normes d'emploi ? *Droit social*, n° 3, p. 212-206.
- Tronche, D. & Mingasson, L. (2006). L'impact de la branche professionnelle dans les formations. Entretien avec Didier Tronche, SNASEA. *Informations sociales*, n° 135, p. 112-119.