

Entre expertise et partenariat.
Les syndicats face aux nouvelles formes de gestion du personnel à l'hôpital

Michèle Tallard (IRISSO-CNRS), Catherine Vincent (IRES)

Résumé : Dans un contexte de rationalisation budgétaire de l'offre de soins et de développement d'une logique gestionnaire, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) a été introduite à l'hôpital public. L'objectif de cet article est d'analyser comment s'est réalisée l'appropriation de ces outils par les acteurs du monde hospitalier et en particulier par les partenaires sociaux. La logique de métier qui domine à l'hôpital tend à minorer la participation des organisations syndicales à ce processus et à faire de la GPEC davantage une démarche technocratique que paritaire. L'exemple du répertoire des métiers montre, malgré la diversité des usages qui peut en être fait, que le positionnement syndical face à ces pratiques reste délicat ou même fuyant.

Between expertise and partnership: trade unions facing new forms of human resources management in the hospital.

Abstract:

Within the context of budgetary rationalization in hospital care supply and the introduction of a management oriented policy, the provisional employment and skills management (GPEC, in French) has been introduced in the public hospital. Our purpose is to analyze how hospital staff, and especially unions and managers, can appropriate these tools. Trade union, that rules hospital functioning, seems to reduce union participation and to turn the GPEC into a more technocratic than joint approach. For example, beyond its different uses, the trade directory shows that unions positioning remains tricky, indeed evasive.

Mots clés : Hôpital ; gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) ; syndicats ; relations professionnelles ; répertoire des métiers

Keywords: Hospital ; provisional employment and skills management ; trade unions ; industrial relations ; trade directory

Dans un mouvement général de renouvellement des formes de l'action publique dans le domaine de la santé (Benamouzig, Besançon, 2005, 2008), les transformations du système hospitalier s'appuient sur un double mouvement. D'une part, on assiste à un effort de rationalisation budgétaire et une réorganisation de l'offre de soins, conséquences au niveau de l'hôpital de la maîtrise des dépenses de santé mise en place depuis le début des années 1990 (Mossé, 1999 ; Palier, 2005). D'autre part, comme dans d'autres secteurs de la fonction publique, se développe une logique gestionnaire au travers d'une instrumentation inspirée du secteur privé (Vincent *et al.*, 2005 ; Jeannot, 2005 ; Holcman, 2007). La volonté de moderniser la fonction publique, déjà manifeste dans la circulaire Rocard de 1989 et prolongée dix ans plus tard par la circulaire Jospin, connaît une accélération depuis la mise en place, achevée en 2006 au travers de la LOLF,¹ d'un management par objectifs, appliqué aux dépenses de l'État. Ce nouveau principe de gestion publique, posé comme le seul outil à même d'introduire une logique d'efficacité (Lacaze, 2005), est désormais décliné avec la Révision générale des politiques publiques (RGPP) dans une vaste refonte organisationnelle des structures des services de l'État afin d'en améliorer la performance. L'hôpital public, dont les personnels sont en grande majorité des fonctionnaires, est bien sûr concerné par ces évolutions. Pour réaliser l'objectif d'allocation optimale des ressources, le système hospitalier a été doté, d'une part, d'instruments de contrôle des investissements et de l'implantation des activités comme la carte sanitaire et le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) avec la loi Évin de 1991 et, depuis 1996, l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH)² (Hassenteufel, 1997) intégrée désormais dans les Agences régionales de santé (ARS), d'autre part, de nouveaux mécanismes de répartition des financements. La tarification à l'activité (T2A), instaurée en 2004, prolonge la médicalisation du système de financement entamée en 1996³ en prévoyant l'organisation d'une mise en concurrence des établissements hospitaliers, qu'ils soient publics ou privés.

Dans un environnement contraint par les évolutions de l'offre et de la demande de soins ainsi que par la démographie des professions de santé, l'élaboration de nouveaux modes de gestion du marché du travail apparaît à tous les acteurs comme une nécessité. Pour développer les nouvelles politiques de gestion des emplois, le ministère de la Santé et, en son sein, la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) tentent de faire évoluer le cadre statutaire en s'appuyant sur la légitimité offerte par une expertise savante pilotée essentiellement par des grands patrons hospitaliers et qui vise à éclairer les évolutions des métiers de soignants, induites notamment par les transformations technologiques et sociétales du secteur sanitaire (Pierru, 2007). Il s'appuie aussi sur un outillage de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) issu du secteur privé. L'introduction de ces nouveaux outils s'est faite en transposant le modèle des observatoires paritaires de branche du privé, c'est-à-dire en impliquant les organisations syndicales dans l'élaboration de ces instruments.

L'objet de cet article est de cerner comment ces nouveaux instruments de GPEC se sont acclimatés sur un marché du travail organisé par le statut de la fonction publique et par le

¹ Loi organique n°2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de Finances.

² Principale innovation institutionnelle de la réforme Juppé, l'ARH est plus un échelon administratif déconcentré du ministère de la Santé correspondant à une reprise en main de l'administration sur la politique régionale d'offre de soins hospitaliers qu'une agence au sens anglo-saxon du terme.

³ L'allocation des ressources à chaque établissement hospitalier se fonde sur un système d'indicateurs quantitatifs comme le PMSI (programme médicalisé de système d'information) dont l'objet est d'homogénéiser des données de nature médicale afin de les intégrer aux informations comptables. Avec la tarification à l'activité, déjà en place dans les établissements sanitaires privés à but lucratif et prévue à terme pour les hôpitaux publics et les hôpitaux privés participant au service public (PSPH), le budget alloué dépend directement ou indirectement de l'activité médicale.

métier (voir encadré méthodologique). Nous faisons en effet l'hypothèse que, à l'instar de ce qui se passe dans le reste de la fonction publique, la mise en œuvre de ces nouvelles politiques met en lumière la tension issue de la nouvelle articulation entre garanties individuelles et gestion collective de la relation d'emploi (Tallard, Vincent, 2009). Celle-ci se traduit, à l'hôpital public, par des formes particulières d'hybridation du « modèle public » et des « modèles privés » de relations professionnelles, liées aux modes de gouvernance qui lui sont propres. L'analyse de l'introduction de la GPEC dans les établissements hospitaliers montre que les usages de ces outils dépendent des configurations sociales dans lesquelles ils s'intègrent tout en les faisant évoluer. Ces nouveaux outils gestionnaires participent de la redistribution des pouvoirs entre les différents acteurs et tendent à remettre en cause les rôles traditionnels des organisations syndicales. Après une première partie présentant les spécificités des relations professionnelles à l'hôpital, un deuxième temps sera consacré aux modalités d'élaboration des outils de GPEC au niveau national (2) puis à leurs usages dans les hôpitaux (3).

I- L'HÔPITAL : UN SYSTÈME DE RELATIONS PROFESSIONNELLES EN MUTATION

Les réformes successives de la gouvernance des établissements hospitaliers ont cherché à modifier l'équilibre traditionnel du pouvoir bicéphale de l'hôpital : le pouvoir administratif incarné par le directeur et le pouvoir médical. En termes de gestion des personnels et de relations professionnelles, comme pour l'ensemble de la fonction publique, une des voies explorées consiste à introduire des formes de management empruntées à l'entreprise (Vincent *et al.*, 2005). L'acclimatation dans le public s'effectue à la fois par le développement d'une logique de négociation des éléments centraux du statut de fonctionnaire mais aussi par l'autonomisation croissante des établissements en matière de relations directions/personnels.

1. Réforme de la gouvernance de l'hôpital : l'affirmation d'un employeur public

L'affirmation d'une rationalité gestionnaire dont l'objectif est la maîtrise des coûts et l'amélioration de la qualité des soins entre partiellement en contradiction « avec le modèle professionnel qui conçoit la médecine comme un art s'exerçant sur un mode individuel dans un cadre indépendant » (Pierru, 2008). Historiquement, les hôpitaux publics se sont structurés autour de l'existence d'une double ligne hiérarchique, secteur médical/administration, caractéristique des bureaucraties professionnelles (Mintzberg, 1979). Cette configuration se distingue nettement de celle des bureaucraties administratives (ou mécanistes si l'on reste dans la terminologie de Mintzberg) largement présentes dans les ministères d'État.

Dans ce cadre, on peut analyser les différentes réformes de la gouvernance hospitalière comme des tentatives de faire converger les différentes rationalités d'acteurs, s'ignorant en partie, au travers de trois dynamiques. La première, et la plus ancienne, renforce et étend les prérogatives des directeurs d'hôpitaux. Depuis la loi Évin (1991) qui a transformé les hôpitaux en établissements publics de santé rattachés à une collectivité, les directions des établissements disposent d'une autonomie relative aussi bien au niveau financier, sur la répartition des budgets alloués, que dans la gestion des personnels non médicaux. Jusqu'à présent, il existe une double structure de gestion de l'hôpital qui correspond à la double ligne hiérarchique : la Commission médicale d'établissement (CME) où ne siègent que des médecins et qui détermine le projet médical ; le Conseil d'administration qui détermine le projet d'établissement, c'est-à-dire l'application du projet médical. Même après la réforme de 2004 dite « Hôpital 2007 », les médecins jouent toujours un rôle central dans la détermination de l'activité médicale que la loi « Hôpital, patient, santé, territoire » (HPST) remet en cause

directement⁴. L'influence médicale à l'intérieur de l'hôpital, inégalement partagée entre les médecins, s'appuie sur leur présence dans les structures de planification régionale et sur leurs liens avec la médecine de ville. Pourtant, les transformations récurrentes de l'organisation hospitalière ont donné dans la pratique un rôle prédominant à l'équipe de direction administrative (Schweyer, 2001). Le directeur oriente la politique de l'établissement à moyen et long termes en décidant des investissements, des mises en réseau préférentielles et en déterminant la politique générale de développement. « La relation avec le président de la CME constitue le centre opérationnel de l'action de la direction dans le domaine médical et consacre généralement la prédominance du chef d'établissement » (Schweyer, 2001), bien qu'il n'ait pas de pouvoir hiérarchique sur le corps médical. À l'instar des médecins, le poids du directeur d'hôpital est renforcé par ses réseaux extérieurs : relations privilégiées avec le directeur de l'ARH, lien avec la DHOS dont il dépend pour l'évolution de sa carrière.

La deuxième dynamique aboutit à la structuration « d'espaces intermédiaires de la gestion » (Pierru, 2008) où se déploie un ensemble de plus en plus dense de nouveaux métiers (coordonnateurs des soins, responsable de pôles...) appuyés sur des pratiques et des outils dont les finalités sont de gérer, de coordonner, d'évaluer. La professionnalisation des directions des ressources humaines, qui se structurent et s'étoffent y compris dans les petits établissements, participe de cette dynamique (Schweyer, 2005). Nombre de dirigeants hospitaliers, sortis de l'École nationale de santé publique (ENSP), font la majeure partie voire la totalité de leur carrière dans les fonctions « personnel », n'hésitant pas pour quelques-uns à devenir consultant ou à partir dans le secteur privé⁵. À l'inverse, les services du personnel des plus gros établissements recrutent de jeunes titulaires de diplômes de gestion des ressources humaines sur un statut de contractuel.

La dernière dynamique, plus récente, procède à un rapprochement des logiques gestionnaires et médicales que portent les différents acteurs. Il s'agit d'abord de la médicalisation des systèmes d'information comptable (Lenay, Moisson, 2003) qui a donné les bases comptables à l'introduction de la T2A. Plus structurellement, la réforme de la gouvernance de 2004 se veut une tentative de rapprochement du médical et de l'administratif au sein de pôles d'activités qui regroupent plusieurs services et qui sont des entités transversales à dominante gestionnaire. Dans les hôpitaux volontaires, l'intégration peut aller plus loin avec la création d'un conseil exécutif médico-administratif regroupant des membres de la CME et de l'équipe de direction, chargé de préparer l'ensemble des projets nécessaires à l'élaboration et la mise en œuvre du projet d'établissement. Les représentants du monde médical hospitalier se sont divisés sur cette réforme, certains y voyant « une mise sous tutelle administrative des médecins » (INPH, Intersyndicat national des praticiens hospitaliers), d'autres, une opportunité de « médicalisation de l'administration de l'hôpital » (SMAM-HP, Syndicat national des médecins de l'hôpital public). La loi HPST a reconstruit une unité du monde médical hospitalier qui s'y est très majoritairement opposé bien que les intérêts des différents groupes de médecins ne soient pas *de facto* convergents puisque la nouvelle organisation des établissements de santé donne une place prépondérante au président de la CME au détriment de la collégialité entre chefs de service.

2. Le modèle de relations professionnelles à l'hôpital : l'acteur syndical, un acteur parmi d'autres

⁴ Le projet médical est désormais co-élaboré par le directeur d'hôpital et le président de la commission médicale d'établissement (CME). Cette dernière n'a plus qu'un pouvoir consultatif.

⁵ Une association propre aux responsables du personnel hospitalier, l'ADRHESS (Association pour le développement des ressources humaines dans les établissements sanitaires et sociaux), a été créée dans les années 1990 pour impulser une réflexion et des échanges autour des pratiques de ses membres.

Compte tenu de la culture juridique et administrative dominante en France, l'emploi dans la fonction publique est caractérisé par un statut alors que l'emploi dans le privé l'est par un contrat. L'opposition est fort bien caractérisée par Alain Supiot (2000) : « C'est sous cette forme du statut de la fonction publique, et des statuts propres des personnels des entreprises publiques que s'est affirmée en France la spécificité du travail au service de l'intérêt général. À l'opposé, le travail effectué dans le cadre du contrat de travail est présumé servir des intérêts particuliers et relève donc du droit privé ». L'hypothèse d'une dichotomie entre modèle public et modèle privé relève pourtant plus du stéréotype tant la frontière entre le monde des agents publics et celui du salariat s'avère mouvante, particulièrement dans la fonction publique hospitalière (Bodiguel *et al.*, 2000 ; Saglio, 2004). Pour autant, le droit de la représentation dans la fonction publique reste spécifique et les modalités des relations professionnelles différenciées.

Le système de dialogue social dans la fonction publique emprunte deux voies distinctes. D'une part, un appareil traditionnel de concertation institutionnalisée – autour principalement, des commissions administratives paritaires (CAP) et des comités techniques paritaires (CTP) – rassemble, à parité, représentants de l'administration et représentants syndicaux. Sa mise en place a répondu à une volonté des organisations syndicales de participer à la gestion des personnels mais aussi à la bonne marche des services. Les éléments individuels (recrutement, mobilité, promotion, cadre disciplinaire...) sont essentiellement discutés au sein des CAP, donc dans un cadre catégoriel. Au niveau des établissements hospitaliers, les CAP sont très largement décentralisées puisqu'il suffit de la présence de 4 agents de la catégorie concernée pour qu'une commission locale soit créée. Les éléments collectifs (organisation des services, règles budgétaires, conditions de travail...) sont abordés dans les CTP et les comités d'hygiène et de sécurité (CHS). Depuis 1991, les CTP ont été remplacés dans le secteur hospitalier public par des Comités techniques d'établissement (CTE) dont la composition s'apparente plus à celle d'un comité d'établissement du secteur privé que d'une instance paritaire. Les CTE ont également des compétences plus larges que les CTP. La deuxième voie, d'autre part, consiste dans la consécration récente mais réelle de procédures de négociations. L'émergence d'une logique de négociation explicitement reconnue dans la fonction publique remonte à 1968, mais elle s'est surtout développée depuis la loi de 1983. Portant d'abord sur les salaires, elle s'est étendue dans les années 1990 à de nombreux champs nouveaux (classifications, formation continue, résorption de l'emploi précaire...) (Rehfeldt, Vincent, 2004).

Contrairement au privé où ils sont beaucoup plus faibles, dans la fonction publique, les syndicats se sont construits sur la défense individuelle des salariés tout en gardant la maîtrise collective des critères de mobilité et de carrière afin de garantir un traitement égal des agents. S'appuyant sur la visibilité et la légitimité de l'action syndicale dans les CAP ainsi que sur les liens singuliers qu'ils entretiennent avec les personnels au travers d'une perception commune des missions de service public et des conditions de leur exercice, les syndicats ont permis la construction d'une capacité de représentation forte avec les directions administratives et le pouvoir politique (Tallard, Vincent, 2009). Dans la fonction publique hospitalière, les organisations syndicales ont une place secondaire dans les processus de décision. Cette place ne tient pas tant à leur implantation sur le terrain – bien qu'elles soient moins présentes que dans d'autres secteurs de la fonction publique – qu'à leur manque de reconnaissance dans le domaine professionnel notamment vis-à-vis des médecins. Les syndicats sont légitimes pour porter les revendications statutaires et salariales des personnels, pour les défendre individuellement, mais ne le sont pas en tant que force de proposition dans le domaine des activités médicales ou de l'organisation des soins (Vincent, Volovitch, 2003). La construction

de leur stratégie d'action part d'ailleurs peu de l'expérience concrète du travail hospitalier (Raveyre, Ughetto, 2003).

À la faveur de la diffusion du New public management, adossée à celle de la réforme de l'État, de nouvelles politiques de ressources humaines s'inspirant de formes de management de l'entreprise ont commencé à se répandre dans la fonction publique faisant place à une conception plus managériale de la gestion des personnels : promotion d'une culture de résultats basée sur des indicateurs de performance, développement de projets de service et responsabilisation des agents sur les objectifs, formes de gestion des carrières caractérisées par la proximité et par l'individualisation. Ces transformations se retrouvent bien sûr dans la fonction publique hospitalière, tout en y étant plus marquées à la fois du fait des modalités spécifiques de relations entre directions et personnels permises par l'autonomie des établissements hospitaliers mais aussi de la place qu'y tient la négociation collective.

L'introduction dans le domaine de la gestion des personnels de l'hôpital de nouvelles formes de management se singularise par rapport au reste de la fonction publique par les marges de manœuvre dont disposent les acteurs. En particulier, la figure de l'employeur, incarnée par le directeur de l'hôpital, se rapproche de celle de l'employeur privé. Des éléments déterminants de la relation de travail font l'objet de décisions locales. Les personnels non médicaux sont recrutés directement par les établissements et, après consultation des CAP ou CTE, le directeur détermine de larges pans des conditions de travail (astreintes, amplitudes horaires, primes de services et indemnités, temps partiel...) ou du déroulement de carrière (notation, avancement, mobilité...). Les modalités de gestion des personnels peuvent ainsi être notablement différentes entre établissements (Vincent, Volovitch, 2002).

La pratique de négociation nationale pour le secteur hospitalier est récurrente et explicitement reconnue, même si la traduction législative d'accords collectifs au contenu souvent novateur est parfois lente. L'ampleur du mouvement social de début de l'année 2000 et les négociations qui ont suivi ont amplifié la dynamique négociatrice. L'accord relatif à la modernisation du secteur public hospitalier, conclu le 14 mars 2000, que seules la CGT et Sud Santé ont refusé de signer, organise un véritable programme d'évolution de la gestion des personnels autour de quatre volets : croissance des effectifs, gestion prévisionnelle des emplois, formation et valorisation des acquis professionnels. L'accord du 14 mars 2001 sur les carrières de la fonction publique hospitalière s'inscrit dans la mise en œuvre des trois derniers volets ainsi que les nombreux décrets d'application pris dans les années suivantes. L'accord d'octobre 2006 les prolonge comme « un outil qui vise à rendre plus attractifs les métiers et les carrières à l'hôpital en introduisant de la fluidité⁶ ». Un ensemble consistant d'instruments nouveaux de GPEC ont ainsi été introduits dans l'univers statutaire des personnels hospitaliers au travers de la négociation avec l'acteur syndical.

L'accord de mars 2000 oblige également les établissements hospitaliers à négocier un projet social⁷. Sur cette base, une dynamique de négociation au niveau des établissements s'est parallèlement développée. L'activité négociatrice est désormais bien présente dans les établissements hospitaliers (Vincent, Volovitch, 2002 ; Vincent, Rehfeldt, Tallard, 2005). On assiste à la fois à une institutionnalisation de nouveaux instruments de négociation (projet social, comité de suivi de l'application des accords...) et aussi, par ricochet, au

⁶ Déclaration du 15 mars 2006 d'A. Podeur, directrice de la DHOS.

⁷ Le projet social accompagne le projet d'établissement adopté par le Conseil d'administration de l'hôpital. Il prend la forme d'un accord collectif discuté entre les organisations syndicales et la direction de l'hôpital et prévoit un plan de formation continue, une gestion prévisionnelle des emplois et des qualifications et des mesures d'amélioration des conditions de travail.

développement d'un large champ de négociation sur le déroulement des carrières et la gestion des métiers. À ce niveau, le développement du processus de négociation pose cependant la question de son articulation aux modalités classiques de relations professionnelles dans le public. Les pratiques sont très variables selon les hôpitaux allant de négociations réelles à des décisions unilatérales du directeur. Plus fréquemment, il s'agit « d'unilatéral concerté », pour reprendre une expression d'une responsable de la Fédération Santé CFDT. Nous le verrons, certains DRH cherchent à associer à leurs projets, dans une démarche participative, l'ensemble des représentants du personnel, sans que les organisations syndicales n'y tiennent en tant que telles un rôle dominant⁸.

II. – LA GPEC À L'HÔPITAL : UNE DÉMARCHE MÉTIER-COMPÉTENCE PLUS TECHNOCRATIQUE QUE PARITAIRE

La GPEC apparaît au tournant des années 1980 dans les grandes entreprises pour faciliter les restructurations et diminuer leur coût social. Divers instruments de politique publique d'emploi ont alors encouragé la diffusion de telles politiques de ressources humaines. Une décennie plus tard, alors que le chômage s'est intensifié, le mode d'intervention des organisations syndicales dans ces procédures apparaît comme un enjeu essentiel. Pour les pouvoirs publics, il s'agit d'associer, à travers des procédures de « modernisation négociée⁹ », tous les acteurs de la relation d'emploi à l'anticipation des besoins en qualification dans les principales activités économiques. Se met alors en place un dispositif public contractuel – les contrats d'études prévisionnelles qui deviennent rapidement contrats d'études prospectives – par lequel l'État participe, notamment dans des branches professionnelles confrontées à de fortes mutations technologiques, au financement d'études prospectives visant à identifier les transformations à venir des emplois et les besoins en qualification et en formation qui les accompagnent (Tallard, 2004). Dans un certain nombre d'entre elles, une fois ces études effectuées, les acteurs sociaux de branches ont pérennisé par voie d'accord ce dispositif prospectif dans des observatoires emploi-formation.

Tout comme celle de l'Observatoire de l'emploi public créé en 2000, l'émergence d'un observatoire des emplois de la fonction publique hospitalière (ONEMFPH) se place ainsi dans la dynamique de ces structures paritaires d'études prospectives. Il est également le résultat, dans le secteur public, d'un processus qui se déroule tout au long de la décennie 1990 et qui trouve sa source dans la circulaire Rocard du 23 février 1989 sur la modernisation de la fonction publique qui fixait notamment l'objectif de « passer d'une gestion exclusivement statutaire à une gestion plus centrée sur les métiers et les compétences ». Cet objectif est d'autant plus sensible à l'hôpital public qui, dans un environnement marqué par les réformes de la gouvernance que nous venons de décrire, doit faire face à de fortes tensions démographiques dans un contexte où les formes particulières d'exercice des professions de santé déterminent des modes spécifiques de construction de la qualification et de l'expertise. Ces éléments ne pouvaient manquer d'influer sur le mode de construction du répertoire des métiers, premier chantier de l'ONEMFPH et sur la place des organisations syndicales dans ce processus.

1) La construction de la qualification : un marché du travail fermé

⁸ Cette forme de dialogue social n'est pas sans rappeler la « décision éclairée » décrite par Jean Saglio pour la fonction publique d'État (2001).

⁹ La politique de « modernisation négociée » est annoncée par le ministre du Travail J.-P. Soisson au conseil des ministres du 7 décembre 1988 et concrétisée dans des décrets l'année suivante.

Le fonctionnement de l'hôpital mobilise de nombreux professionnels, mais, en tant qu'établissement de santé, le personnel médical et paramédical y occupe une place centrale tant dans le fonctionnement concret que dans les représentations. Au delà du poids dans les effectifs¹⁰, cette place est notamment liée au mode spécifique de construction de la qualification dans ces professions, articulé sur le diplôme et l'encadrement juridique des actes médicaux et paramédicaux, ceux-ci visant à légitimer l'atteinte à l'intégrité corporelle¹¹. Ne pourront donc exercer les actes médicaux et paramédicaux que les seules personnes titulaires des diplômes correspondant à ces spécialités et dans le cadre de champs d'intervention réglementairement délimités par l'habilitation médicale pour les médecins et les décrets d'actes pour les infirmiers. L'accès à cette profession s'organise ainsi sur la détention du diplôme¹² et son exercice est délimité par les décrets d'actes qui font référence au moins partiellement à l'encadrement médical des actes. Se profile ici l'enjeu que constitue le positionnement de cette profession, ainsi définie, par rapport à celle des médecins. Il éclaire la vitalité des communautés pertinentes d'action collective (Ségrestin, 1980) organisées autour de la consolidation des formes d'exercice du métier, qu'il s'agisse des associations professionnelles ou de l'édification d'ordres professionnels¹³, lorsqu'il est question de s'opposer aux tentatives récentes menées par les pouvoirs publics de création de nouveaux métiers de soin accessibles sans diplôme infirmier ou encore de remplacer les décrets d'acte par une logique de mission¹⁴.

À l'hôpital public, ce mode de régulation professionnel se double de la définition de filières de progression au sein du statut de la fonction publique hospitalière et d'un contrôle syndical sur les avancements à travers les CAP, si bien que le fonctionnement du marché du travail des infirmiers des hôpitaux publics a toutes les caractéristiques d'un marché du travail fermé. C. Paradeise (1984) les définit comme ces espaces où l'allocation de la force de travail se fait selon des « règles impersonnelles de recrutement et de promotion » et qui sont régis par une « super-règle liant titre, ancienneté et poste de travail ». Cette dernière conduit à ce que ces marchés soient alimentés « aux niveaux les plus bas des pyramides de chaque grade, les postes supérieurs étant pourvus par promotion interne ». Se cimentent ainsi autour de ces procédures des identités collectives fortes « autour d'un passé et d'un avenir partagés ». L'hôpital public correspond bien à la définition de ces marchés où les compétences sont rares et où il faut donc rentabiliser l'investissement en formation en fidélisant la main-d'œuvre notamment par des possibilités de carrière. De même, l'analyse dynamique de ces marchés faite par C. Paradeise, dans laquelle de mauvaises décisions en matière de recrutement et de promotion peuvent conduire à une insuffisante reproduction des flux de main-d'œuvre, s'apparente fort aux problèmes démographiques que connaissent les filières infirmières de

¹⁰ En 2006, dans les établissements publics de santé, le personnel soignant et éducatif représente les deux tiers des effectifs (agents titulaires et non titulaires), le personnel administratif 10,8 %, le personnel technique 10,7 %, le personnel médical 7,9 % et le personnel médico-technique 5,1 % (source DHOS).

¹¹ « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne » (code pénal, livre II, titre II, chapitre 2).

¹² L'article L. 473 du code de la santé publique définit ainsi la profession d'infirmière : « est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier, toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu ».

¹³ La création des ordres de podologues et masseurs-kinésithérapeutes en 2002 puis la mise en place de l'ordre infirmier, amorcée par le vote de la loi du 14 décembre 2006, se placent dans cette dynamique

¹⁴ Alors que la première proposition suscitait une levée de boucliers contre « le démantèlement » de la profession, la seconde a fait l'unanimité contre elle tant des organisations syndicales que des associations corporatives regroupées dans l'ordre infirmier. L'ensemble des organisations a lancé une pétition « Sauvons notre décret d'actes » qui a recueilli un grand nombre de signatures. Le gouvernement n'a finalement pas donné suite à ces propositions et a renoncé à inclure ces réformes dans la loi HPST.

l'hôpital. Face à cette situation de « rupture de stocks de compétence », les employeurs peuvent être conduits à « bouleverser les conditions d'application des règles et donc les espérances de carrière des travailleurs ». Les différentes étapes (pilotées par les pouvoirs publics) de la mise en œuvre d'une démarche de GPEC, devenue rapidement GPMC (métier-compétence), apparaissent bien ainsi comme des tentatives de réponse à cette nécessité d'aménager la super-règle pour faire face aux difficultés démographiques qui iront en s'amplifiant¹⁵, tout en ménageant les identités collectives de métier et les systèmes de légitimité propres aux professions soignantes. Ces démarches s'appuient également sur une conception renouvelée du métier, conjuguant connaissances et compétences, ouvertes sur un espace de mobilité qui avait commencé à se diffuser dans les entreprises publiques et privées à la fin des années 1990 (Piotet, 2002, 2009 ; Merle, 2004 ; Monchatre 2007).

Cette mise en perspective permet d'éclairer, d'une part, les modes d'émergence des réformes en s'appuyant sur la légitimité de certains grands patrons hospitaliers dotés d'une expertise savante et professionnelle, d'autre part, les processus d'élaboration des instruments de GPEC dans lesquels les collectifs professionnels ont joué un rôle central au détriment des organisations syndicales et ont pesé de tout leur poids pour tenter de freiner les évolutions des modes d'acquisition et d'exercice de certains métiers.

2) L'expertise savante comme force de légitimation de l'introduction de pratiques de GPEC

À la fin des années 1990, la mise en place d'une démarche métiers-compétence va être accélérée par plusieurs facteurs : l'accentuation des difficultés de recrutement et de renouvellement du personnel soignant conduisant, avec le consentement tacite des collectifs de travail, à des transferts de tâches non encadrés juridiquement entre médecins et personnel soignant et entre différentes catégories de personnel soignant ; l'instauration de l'accréditation qualité des établissements de santé en s'appuyant sur des référentiels contenant des exigences en termes de ressources humaines ; l'édiction par l'Union européenne de recommandations¹⁶ en vue d'harmoniser les conditions de prise en charge des usagers et faciliter la mobilité professionnelle des soignants, dans lesquelles les caractéristiques de ces métiers sont identifiées à partir des compétences déployées dans ces activités. Pour traiter ces problèmes, les pouvoirs publics ont mis en place des groupes de travail, dirigés par des professeurs de médecine de renom (Berland, 2003 ; Matillon, 2003) et chargés de dresser un état des lieux à la lumière notamment des pratiques en vigueur en France et dans d'autres pays et de lancer des expérimentations dont un premier bilan pourrait être tiré préalablement au lancement d'une politique. Ces groupes, composés notamment de représentants des professions médicales et de santé et de ceux des organismes de formation – les organisations syndicales en tant que telles n'étant pas parties prenantes –, ont travaillé à partir de l'analyse d'expériences étrangères et auditionné des responsables de services hospitaliers sur leurs pratiques concrètes ainsi que des experts-conseils en ressources humaines dans les entreprises privées. Le statut des rapports de mission était de fournir une information experte donc neutre et ayant tout à la fois le label public du fait de la lettre de mission du ministre de la Santé et le label professionnel.

¹⁵ À horizon 2015, plus de la moitié du personnel des filières soignantes partira en retraite (source ONEMFPH, 2003).

¹⁶ 4 juin 1996 : Rapport et recommandations sur les compétences cliniques nécessaires à l'exercice de l'art dentaire.

24 juin 1998 : Rapport et recommandations sur les compétences cliniques requises pour l'exercice de l'activité d'infirmier responsable des soins généraux dans l'Union européenne.

Les travaux élaborés dans ces groupes d'experts ont eu quelques difficultés à se concrétiser tant en ce qui concerne l'officialisation des transferts de tâches – toute définition de nouveaux métiers et de nouvelles formations apparaissant comme un danger potentiel pour les professions déjà reconnues – que l'élaboration d'un réel outil d'évaluation des compétences.

L'analyse des rapports de mission et des contributions des participants à ces commissions tend à montrer que les débats ont d'abord permis d'élaborer un langage scientifique et professionnel commun pour faire face aux transformations organisationnelles et aux perspectives démographiques. S'est ainsi forgé un certain consensus sur la nécessité de faire évoluer les métiers en termes de filières professionnelles notamment et de passerelles entre ces filières pour construire des parcours professionnels. L'élaboration à partir de septembre 2002 du Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière dans le cadre de l'ONEMFPH visait précisément à répondre à ces objectifs en s'appuyant notamment sur un attachement au professionnalisme et sur une meilleure connaissance des métiers et de leurs évolutions ainsi que des compétences réellement mises en œuvre.

3) Démocratique ? Un mode d'élaboration du répertoire controversé

À l'instar d'autres instances équivalentes de la fonction publique, l'ONEMFPH créé en décembre 2001, est un organe paritaire, présidé par le Directeur de l'hospitalisation et des soins dont la moitié des 22 membres est désignée par les organisations syndicales. Il est doté d'un conseil technique essentiellement issu de l'administration (Santé, budget, Insee) chargé de préparer le programme et de groupes spécialisés constitués des organisations syndicales, de personnalités qualifiées et de spécialistes des ressources humaines en fonction des dossiers à traiter. Comme les observatoires de branches professionnelles, avec lesquels ses promoteurs ne cachent pas sa filiation, il est également issu d'une négociation : sa mise en place était inscrite dans l'accord de mars 2001 sur la gestion des carrières dans la fonction publique hospitalière. Il a pour mission de suivre l'évolution des emplois, de contribuer au développement d'une stratégie de gestion prévisionnelle et prospective, de proposer des orientations prioritaires en particulier en matière de formation, d'apprécier l'évolution des métiers, des fonctions et des qualifications, de recenser les métiers nouveaux et leurs caractéristiques. Pour répondre à ces objectifs, le programme de l'observatoire comprend deux volets, l'un à visée de diagnostic d'analyse quadriennale du contenu des métiers, à travers notamment l'élaboration du Répertoire des métiers, l'autre plus prospectif de mise en évidence de leurs facteurs d'évolution à 5-10 ans et de l'impact de ces derniers sur les métiers considérés comme sensibles.

Tous les protagonistes de l'Observatoire se sont accordés pour faire de l'élaboration d'un Répertoire des métiers une des premières tâches inscrites dès septembre 2002 à l'agenda. Le mode d'élaboration de cet outil était toutefois un enjeu important conditionnant ses modalités d'appropriation dans les établissements. Pour la DHOS, il était essentiel de faire prévaloir une vision valorisante du métier sur la conception traditionnelle de l'emploi et son encadrement par le statut afin d'assurer tout à la fois l'enjeu collectif du renforcement des politiques de ressources humaines des établissements et l'enjeu individuel de l'amélioration de l'information des agents sur les carrières afin de faciliter les mobilités. L'association des professionnels de santé était donc primordiale, fût-ce au détriment des instances paritaires. Pour les organisations syndicales, traditionnellement divisées et sceptiques sur la démarche compétences (Tallard, 2001), la défense de leur place dans le processus d'élaboration devait garantir la possibilité de disposer d'un outil de connaissance fiable sur l'évolution des effectifs et du contenu des métiers afin de consolider leur niveau d'expertise et outiller une

vaste négociation nationale destinée à faire évoluer le statut. Les objectifs et les attentes attachés à cet outil étaient donc fortement divergents.

L'ensemble des phases d'élaboration du répertoire a été animé par un comité de pilotage constitué par le Directeur de la DHOS, le Céreq et l'organisme de formation du personnel hospitalier et par un groupe projet de 22 personnes comportant plusieurs DRH d'hôpitaux ayant pour certains déjà une expérience dans la mise en place de démarches de GPEC. Ce groupe a défini l'organisation du classement des métiers par proximité de compétences et de développement professionnel en 5 grands domaines fonctionnels, 22 familles de métiers et 64 sous-familles¹⁷. Il a également adopté un principe de description des métiers dans les fiches, centré sur le soin comme cœur de métier – c'est-à-dire dans une optique de soins et de supports aux soins. Il a également défini une méthode directive de description des métiers dans laquelle, après une définition, sont listées les activités et sont déclinées les compétences (acquises ou demandées) auxquelles elles font appel. « Une démarche partagée, un outil fait par les professionnels, pour les professionnels », tel était le credo des responsables de la DHOS tout au long des différentes phases de la construction de cet instrument de GPEC. Plus de 400 personnes, réunies le plus souvent au sein de groupes de travail constitués de professionnels concernés au sein de chaque famille de métier, ont participé aux différentes étapes d'élaboration des 183 fiches métiers. Les fiches ainsi élaborées ont ensuite été testées et validées au sein de 80 établissements environ (comptant près de 60 000 salariés) tandis que, parallèlement, des experts juridiques effectuaient une relecture de ces fiches. Chaque étape a été présentée et débattue devant l'Observatoire où les organisations syndicales nationales ont pu présenter leurs observations. Cette instance est ainsi apparue, dans cette élaboration, comme l'instance politique par rapport au groupe de pilotage du Répertoire.

Pour la DHOS, ce mode d'élaboration, s'appuyant sur des groupes de travail associant un grand nombre de professionnels et où les organisations syndicales et les associations professionnelles ont leur place, garantit le caractère démocratique de la méthodologie suivie. Les organisations syndicales sont plus circonspectes. Leurs griefs portent tant sur leurs places dans le processus et la méthode d'élaboration des fiches que sur les effets attendus du Répertoire dans la mesure où ce dernier n'ayant pas de portée juridique et réglementaire, il ne peut servir de support à une vaste négociation nationale destinée à faire évoluer le statut, qui n'est de toute façon pas à l'ordre du jour. Dans le fonctionnement interne du processus, elles estiment que le contrôle *a posteriori* que les organisations syndicales exerçaient au sein de l'Observatoire n'était plus audible¹⁸ alors que les fiches avaient déjà le label professionnel et juridique. De même, dans les groupes de travail, la priorité a souvent été donnée aux associations professionnelles au détriment des représentants des syndicats y compris ceux qui, comme la CGT, revendiquaient une place à part du fait de leurs collectifs professionnels.

Ainsi, étant donné les modes de légitimation prévalents dans le secteur hospitalier, le choix a été fait, pour asseoir la crédibilité du Répertoire, de préférer la légitimité professionnelle à la légitimité sociale et par là l'expertise métier à l'expertise syndicale. La mise en évidence de ce choix éclaire l'analyse de son mode d'élaboration : contrairement à ce qui a pu se passer dans certains observatoires du privé qui servaient théoriquement de modèle, celui-ci a été construit plus comme un instrument technocratique que comme un outil pour la négociation.

¹⁷ La version actualisée du Répertoire achevée en décembre 2008 recense 201 métiers regroupés en 9 familles et un nombre variable de sous-familles selon les métiers, la répartition en domaines fonctionnels ayant été supprimée.

¹⁸ Les organisations syndicales présentes dans cette instance ont, pour la plupart, le sentiment que leurs remarques ont été « gommées » lors de la rédaction finale des fiches métiers.

En effet, dans l'élaboration des fiches, on a fait appel à une expertise interne, en l'occurrence celles des groupes de travail constitués majoritairement de personnel soignant alors que dans les observatoires du privé, il y a externalisation du processus d'expertise qui est le fait des cabinets-conseils, sur le travail desquels les partenaires sociaux peuvent alors prendre le recul nécessaire.

Toutefois, les utilisations qui ont pu être faites du Répertoire pour faire avancer l'application de la valorisation des acquis de l'expérience (VAE) aux professionnels de santé montrent que ces tensions entre ces deux formes de légitimité se manifestent également sous la forme d'une difficile articulation entre logique corporative et logique collective qui traverse les organisations syndicales elles-mêmes. Ainsi, la VAE est-elle acquise ou en voie de finalisation pour la plupart des diplômés des filières de soin à l'exception de celui d'infirmier pour lequel les pouvoirs publics ont finalement renoncé à appliquer la VAE du fait de l'opposition conjuguée des écoles d'infirmières, des associations professionnelles regroupés dans l'ordre infirmier et de certaines organisations syndicales : si la CFDT et, dans une moindre mesure, la CGT¹⁹ plaident pour que des blocs de compétences transversaux (hygiène, communication, transmission aux pairs....) puissent être validés par les aides soignantes engagées dans un processus de VAE pour obtenir le diplôme infirmier, les autres organisations y étaient très opposés arguant des risques de dévalorisation du diplôme.

III - DES CONFIGURATIONS DIFFÉRENCIÉES D'APPROPRIATION DU RÉPERTOIRE DANS LES HÔPITAUX

L'enjeu de l'implémentation du répertoire au niveau des établissements hospitaliers était pour la DHOS de renforcer la gestion locale des ressources humaines trop souvent cantonnée à une administration statutaire. Les directions du personnel des hôpitaux se sont largement emparées du répertoire. Une étude menée par la DHOS fin 2007 sur 500 établissements²⁰ montre cependant que cette utilisation reste majoritairement statique et consiste essentiellement en une cartographie des postes et métiers existant sur laquelle est assise plus finement la gestion du recrutement interne et externe ainsi que la mobilité des personnels. Le recours aux fiches métiers du Répertoire, adaptées localement aux spécificités de chaque établissement, permet tant d'établir les profils de postes que d'analyser les compétences des candidats.

Dans les premiers temps de la diffusion du Répertoire, en 2004-2005, nous avons pu observé des usages de cet outil dans un cadre dynamique et prospectif d'évolution des métiers. Le Répertoire est intégré à la gestion prévisionnelle afin de construire les parcours professionnels des agents nécessaires à leur adaptation aux évolutions à moyen terme des structures organisationnelles de l'hôpital. Il devient alors un outil multi usages souvent le fait de DRH investit personnellement dans son élaboration nationale, sa mise à jour ou sa diffusion. Sa mise en œuvre locale a suivi des objectifs différenciés selon des procédures souvent complexes incluant des niveaux diversifiés d'implication des organisations syndicales. Deux

¹⁹ Le soutien officiellement apporté par les instances fédérales dans les groupes de travail à la validation de certains blocs de compétence pour les aides soignantes a fait débat au sein du collectif professionnel infirmier de cette organisation.

²⁰ Il s'agit d'une étude interne à la DHOS basée d'une part, sur un questionnaire intitulé « état d'avancement gestion métiers compétences dans les établissements de la fonction publique hospitalière » envoyé à 500 établissements sur tout le territoire et, d'autre part, sur des monographies plus détaillées établies par les directions des hôpitaux désirant faire un retour sur leur expérience.

modèles de configurations d'implémentation se dégagent dont nous présentons deux exemples typiques :

- Dans des très gros établissements, les DRH très structurées reproduisent au niveau de l'établissement le même type d'instrumentation qu'au niveau national en parallèle des instances paritaires classiques qui s'en trouvent déstabilisées. Les syndicats sont alors cantonnés dans un rôle d'accompagnement social.
- Dans quelques petits établissements, la DRH peu équipée tente de réintroduire la démarche du répertoire des métiers au sein des instances paritaires habituelles afin de les faire évoluer de l'intérieur.

La généralisation ultérieure du Répertoire au sein des établissements se fait au travers d'usages plus statiques de gestions individuelles des compétences et des carrières, ce que relève l'enquête de la DHOS. Elle s'accompagne également d'une moindre implication des organisations syndicales qu'elles justifient de deux façons. D'une part, l'action syndicale a été captée depuis par l'urgence de réponses revendicatives sur d'autres thèmes (réforme des diplômes infirmiers, loi HPST...). D'autre part, les partenariats proposés, qui ne s'inscrivent pas dans le cadre statutaires des relations professionnelles, leur ont seulement permis de peser qu'à la marge sur les évolutions de la gestion des personnels.

1) Le répertoire comme outil d'accompagnement social des réorganisations

Dans un grand Centre hospitalier régional universitaire (CHRU), la généralisation de la gestion prévisionnelle des emplois, des métiers et des compétences est une des orientations stratégiques du projet social d'établissement. L'élaboration du « volet accompagnement social du projet d'établissement 2004-2008 » s'est appuyée sur une démarche participative construite autour d'un arsenal d'instances nouvelles rappelant celui mis en place lors de l'élaboration nationale du Répertoire. Engagé en mai 2002, l'ensemble du processus, qui a duré deux ans, a été suivi par un comité de pilotage, composé de cadres de proximité, de médecins, de représentants des organisations syndicales et de l'équipe de direction. Après une première phase de diagnostic sur une cinquantaine de thématiques élaborées grâce à la production du comité de pilotage, aux plates-formes contributives des organisations syndicales et au travers de questionnaires remplis par les personnels hospitaliers, cinq orientations ont été définies par la direction : la refonte de l'organisation des ressources humaines ; l'accompagnement des évolutions du CHR ; la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) induite par le projet d'établissement ; la communication interne ; la lutte contre l'absentéisme. Des fiches-actions ont enfin décliné ces orientations en objectifs opérationnels. De la part de la direction des ressources humaines, la nécessité de faire reposer l'élaboration du projet social sur l'identification des attentes des organisations syndicales, notamment formalisées dans les plates-formes contributives a été claire tout au long du processus. Cependant, les organisations syndicales sont vues comme un des acteurs parmi d'autres tout aussi légitimes à participer à l'élaboration du projet social. Le processus n'est donc pas simplement comparable au processus de négociation des accords collectifs où se rencontrent, dans un face à face, les directions des ressources humaines et les syndicats : la concertation est plus large et implique tous les acteurs de l'hôpital.

La GPMC, centrée sur le Répertoire, constituait une orientation stratégique du projet social. L'objectif était double : d'une part, la généraliser dans les actes de gestion des ressources humaines (recrutements, mobilités, carrières...); d'autre part, l'utiliser de manière prospective dans le cadre de métiers sensibles (métiers de la biologie, de l'hôtellerie et du management). En ce qui concerne, par exemple, la restructuration des laboratoires, dont les 700 agents ont été regroupés en un seul centre, entraînant la suppression d'une soixantaine de

postes et la reconversion de plus de 300 techniciens de laboratoire, le Répertoire a servi d'appui à l'analyse des compétences du personnel concerné et à l'élaboration d'un plan de formation et de parcours de reconversion. Dans certaines activités non soignantes où les identités professionnelles sont faibles, la construction, en s'appuyant sur le Répertoire, de référentiel des compétences et des connaissances a permis le décloisonnement de ces métiers et l'identification de possibilités de reconversion. La préfiguration de l'organisation en pôles du CHRU, mise en place dès 2000 autour de « cliniques », a entraîné la décentralisation vers les instances de direction des regroupements de services (conseils de cliniques) de fonctions de gestion assumées jusque là par les directions centrales de l'hôpital. Là encore, le répertoire est mobilisé pour construire des parcours de formation des responsables s'investissant dans les « cliniques ».

2) Le répertoire comme moyen pour faire évoluer les instances paritaires

Dans un petit centre hospitalier, le Répertoire a été mobilisé pour mettre en place une démarche volontariste d'évaluation. Les fiches métier constituent une base qui peut être acceptée par tous pour évaluer les compétences et asseoir selon la direction des ressources humaines une démarche prospective d'analyse de l'activité par opposition à l'analyse rétrospective portée par la notation. Allant plus loin, pour servir de base à des évolutions locales limitées du statut, la direction des ressources humaines a testé « l'élasticité du statut » en expérimentant, en concertation avec les organisations syndicales, de nouvelles procédures d'avancement. L'analyse, à partir de la fiche métier, des compétences des candidats se conjugue aux critères de notation et d'ancienneté au moment de l'examen des candidatures en CAP. La légitimité conférée au Répertoire par son caractère public a facilité l'acceptation de ces démarches innovantes par les organisations syndicales.

La plupart des sections syndicales locales rencontrées lors de la première phase de l'enquête portent une appréciation plutôt positive sur le Répertoire c'est « une base de réflexion » (CGT CHRU)... « un outil à l'usage des directions mais qui ouvrent des portes au dialogue » (...) « qui permet un travail de concertation intéressant » (CFDT centre hospitalier). On retrouve cependant localement les orientations présentes dans les prises de position nationales et notamment le soutien de la CFDT à ces démarches métiers et l'opposition résolue de SUD Santé. Toutefois, pour quasiment tous nos interlocuteurs syndicaux, les politiques de GPEC s'accompagnent d'une intense activité de groupes de travail qui mobilisent beaucoup les militants syndicaux dans des activités de discussion et de concertation. La difficulté pour les organisations syndicales face à ce type de démarche a résidé dans l'articulation entre des lieux de co-élaboration, comme les comités de pilotage, ceux de consultation, le CTE, et ceux de négociation. La séparation des rôles aurait dû rester nette entre le CTE, lieu d'information et de discussion, et les organisations syndicales qui sont les seules à pouvoir contractualiser au travers de la négociation qu'elles mènent avec la direction de l'hôpital. La confusion des rôles explique le malaise qu'elles ont éprouvé pour se positionner dans l'élaboration du projet social. Plus généralement, la superposition d'instances aux fonctions mal définies et de modalités de régulation des relations sociales oscillant entre consultation, concertation et négociation rend le positionnement syndical délicat.

3) Le Répertoire comme simple outil de gestion des ressources humaines

Nous avons procédé à une seconde phase d'enquête en 2008-2009 dans deux grands centres hospitaliers qui nous ont semblé représentatif des évolutions pointées par les acteurs nationaux. Le Répertoire a permis d'y établir une cartographie des métiers ainsi que des fiches de postes et est désormais un outil d'usage quotidien tant dans l'embauche que dans la mobilité ou encore dans l'anticipation des besoins en formation en fonction des évolutions

organisationnelles et des nécessités de faire face aux risques de ruptures de compétences par départ à la retraite. Comme l'explique la directrice des soins d'un de ces centres, l'appui sur le répertoire permet de « mettre les bonnes compétences, aux bons endroits, aux bons moments ». De plus, l'identification fine des compétences qu'apporte le répertoire et les fiches de postes facilite le respect des contraintes budgétaires en permettant d'affecter à certaines fonctions non encadrées par des décrets d'actes et touchées par un départ en retraite un personnel ayant un grade plus bas ; ce faisant, l'agent ainsi promu peut avoir le sentiment que son métier est revalorisé. Cette identification des compétences a également ouvert à l'élaboration d'un outil spécifique d'évaluation pouvant servir de base aux entretiens annuels d'évaluation et à la détermination des besoins individuels de formation. Enfin, plus récemment, cet instrument contribue à faciliter la délégation de certaines fonctions de gestion des ressources humaines aux pôles laissant aux directions des ressources humaines une fonction d'expertise et d'accompagnement de la gestion par pôles.

Ces différentes utilisations ne font pas l'objet d'une concertation avec les organisations syndicales ou avec les instances locales, au mieux, le CTE est-il tenu informé de ce qui est considéré comme le déploiement d'une politique de ressources humaines du seul ressort de la direction. Plus globalement, un tel usage du Répertoire qui permet, selon ses promoteurs²¹, d'asseoir l'évolution des directions de ressources humaines vers une plus grande professionnalisation, apparaît en adéquation avec celles de la conception de cet instrument : après une phase assez concertée de lancement de l'outil, la version actualisée fin 2008 du Répertoire présente cet instrument comme un outil de gestion individuelle des ressources humaines et comme un instrument à la disposition des personnels dans la construction de leurs parcours professionnels. Mobilisées par la protestation contre les réformes en cours et par la refonte des diplômes, conscientes de l'inefficacité de leurs actions pour appuyer des revendications statutaires et salariales à l'occasion de l'implémentation du Répertoire, les organisations syndicales paraissent de fait, au moins au niveau national et partiellement au niveau local, avoir déserté ce terrain, laissant le répertoire à ses usages technocratiques.

CONCLUSION

L'Observatoire des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière était destiné à faire évoluer les relations professionnelles dans ce secteur dans la mesure où il pouvait contribuer, à partir de l'établissement d'un diagnostic partagé, à consolider une culture de négociation y compris au niveau local. Au terme de cette analyse, il apparaît plutôt comme un dispositif de connaissance orienté vers l'action qu'il s'agisse des politiques de gestion des ressources humaines, de celles de VAE ou encore de la construction de parcours professionnels.

En ce qui concerne la construction et la mise en œuvre d'un outil comme le Répertoire des métiers les organisations syndicales rencontrent une double difficulté. Tout d'abord, leur positionnement, entre un rôle revendicatif et politique d'une part, et un rôle d'intégration via l'outillage technique d'autre part, s'avère délicat. Certaines ont le sentiment d'être instrumentalisées dans des processus sur lesquels elles ont peu de prises. Souvent, localement, les représentants sont happés par la superposition d'instances aux fonctions mal définies et de modalités de régulation sociale oscillant entre consultation, concertation et négociation.

²¹ Présentation de la démarche métiers-compétences par deux DRH lors d'un séminaire de formation de l'ARH Ile de France (24 avril 2007).

La difficulté majeure réside dans la construction d'une légitimité à intervenir en tant qu'expert dans l'évolution des métiers dans un univers professionnel justement structuré par le métier et dominé par l'image du médecin et des professionnels de santé. Le processus d'expertise du répertoire a été construit comme souvent à l'hôpital sans externalisation de l'expertise. On l'a vu, l'expertise savante est interne, par des professeurs de médecine et, dans le cas du Répertoire, se sont les professionnels soignants qui deviennent les experts des groupes de travail. De fait, l'expertise métier court-circuite l'expertise syndicale et les organisations syndicales perdent leur légitimité en tant que partenaires dans le processus d'élaboration d'un instrument plus technocratique que résultat d'une négociation. Au niveau local, elles ont pu au début être associées à l'utilisation du répertoire, mais la généralisation de la démarche métiers-compétences a, au contraire, comme effet d'intégrer cet outil à la gestion des ressources humaines par les directions.

Paradoxalement, cette mise hors-jeu des organisations syndicales n'a pas permis pour autant de favoriser le développement du Répertoire. Les modes de fonctionnement propres au marché du travail de l'hôpital dans lesquels se combinent les contraintes du statut et l'encadrement juridique et identitaire du métier se concrétisent dans le fait que cet outil sophistiqué ne parvient à donner toute sa mesure que sur les marges, hors des filières organisées selon un marché fermé, là où la domination des associations professionnelles favorisée par les difficultés démographiques et le contexte symbolique spécifique aux métiers de la santé ne peut s'exercer.

Cette analyse des conditions d'élaboration et de mise en œuvre d'une démarche de GPEC dans le secteur hospitalier public met en évidence l'existence de trois logiques traversant les systèmes d'acteurs lorsqu'ils sont confrontés à de telles innovations institutionnelles : une logique statutaire de défense collective des conditions d'emploi stabilisées dans le statut, une logique professionnelle de maintien des conditions d'accès au métier, une logique gestionnaire visant à faire prévaloir une rationalisation des organisations et des critères de performances. En apparence, chacune d'entre elles devrait être le fait d'un type d'acteur unique : les syndicats pour la première, les associations professionnelles pour la deuxième, l'administration pour la troisième. Cependant, cette spécification est toute relative, chacun des acteurs, qui portent ou subissent tel ou tel changement, étant traversé par des contradictions²². Sous la contrainte des réformes successives, on assiste à des reconfigurations du système d'acteur suivant les contextes et les caractéristiques de ces innovations.

²² C'est aussi l'une des conclusions que soulignent M.H. Gheorgiu, D. Guillemot et F. Moatty (2009) dans leur étude des évolutions du secteur hospitalier mesurées entre 2003 et 2007 par l'enquête « Changement organisationnel et informatisation » : On peut considérer ces changements comme d'ordre structurel, dans la mesure où ils ont remis en cause les anciennes organisation et ont produit des divisions à l'intérieur des groupes professionnels dont les contradictions alimentent ces mêmes changements. »

Encadré méthodologique

Cet article s'appuie sur un programme de recherche sur les stratégies syndicales face à la modernisation de l'Etat dans lequel nous nous sommes penché sur l'administration fiscale et la fonction publique hospitalière. Pour ce qui concerne l'hôpital, le travail s'est organisé en plusieurs étapes :

- la première menée à l'occasion d'une recherche réalisée en 2004-2005 dans le cadre d'un appel d'offre du commissariat général du Plan (Vincent, Rehfeldt, Tallard, 2005) dans laquelle nous avons notamment analysé les conditions d'émergence à l'hôpital public d'un outil de GPEC, le Répertoire des métiers et collecté de premiers éléments sur sa mise en oeuvre. Nous avons alors rencontré les responsables de la DHOS en charge de l'élaboration du Répertoire ainsi que les organisations syndicales partie prenante de ce processus ; ces différents interlocuteurs nous ont communiqué un certain nombre de données statistiques et/ou de documents internes et rapports de commissions. Nous avons également réalisé deux monographies dans des établissements hospitaliers : un CHRU important et un centre hospitalier de plus petite taille.

- la seconde en 2008-2009 où notre objectif était de saisir les évolutions de l'outil et de ses modes de mise en oeuvre. Nous avons alors de nouveau rencontré d'une part, les responsables de la DHOS, d'autre part ceux des organisations syndicales. Parallèlement, a été conduit un travail d'enquête dans différents établissements pour y cerner les évolutions de la gestion des ressources humaines et les modes d'appropriation du Répertoire.

- enfin, sur toute la période, nous avons fait une veille documentaire sur les réformes de la gouvernance hospitalière.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BENAMOZIG D., BESANÇON J. [2005], « Administrer dans un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France. », *Sociologie du travail*, n° 47, p. 301-332.
- BENAMOZIG D., BESANÇON J. [2008], « Les agences : de nouvelles administrations publiques ? », in O. Borraz, V. Guiraudon (dir), *Politiques publiques. 1. La France dans la gouvernance européenne*, Sciences Po Les Presses, coll. « Académique - domaine gouvernances », Paris, p. 283-307.
- BERLAN Y. [2003], *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*, Rapport pour le ministre de la Santé et de la Protection sociale, Paris.
- BODIGUEL J.L., GARBAR J.L., SUPIOT A. [2000], *Servir l'intérêt général*, PUF, Paris.
- GHEORGIU M.H., GUILLEMOT D., MOATTY F. [2009], « Changements organisationnels et mise en place de la tarification à l'activité dans les établissements hospitaliers français », Communication aux *Journées internationales de sociologie du travail*, juin, Nancy.

- HASSENTEUFEL P. [1997], « Le plan Juppé : fin ou renouveau d'une régulation paritaire de l'assurance-maladie », *La Revue de l'IREES*, n° spécial *Le paritarisme. Institutions et acteurs*, n° 24, p. 175-190
- HOLCMAN R. [2007], « Secteur public, secteur privé : similarités et différences dans la gestion des ressources humaines », *Revue française d'administration publique*, n°123, p. 409-422.
- JEANNOT G. [2005], « De la gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences (GPEEC) aux cadres statutaires : la progressive émergence de la notion de métiers dans la fonction publique d'État en France », *Revue française d'administration publique*, n°116, p. 595-608.
- LACAZE A. [2005], « La LOLF : simple outil de management ou dogme écrasant ? », *Gérer et comprendre*, n°81, p. 5-13.
- LONAY O., MOISDON J.C. [2003], « Du système d'information médicalisé à la T2A. Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier », *Revue française de Gestion*, vol. 29, n° 146, p. 131-141.
- MATILLON Y. (2003), *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*, Rapport pour le ministre de la Santé, Paris.
- MERLE V. (2004), « Le renouveau de la notion de métier dans la gestion des ressources humaines », Communication au colloque organisé par la DHOS, *Le Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*, Paris, Institut Pasteur, 29 novembre
- MINTZBERG H. [1979 (1982)], *Structure et dynamique des organisations*, Les Éditions des organisations, Paris, coll. « Références ».
- MONCHATRE S. [2007], « Mobilisation des compétences et reconnaissance des métiers : le mandat en questions » in W. Cavestro, C. Durieux, S. Monchatre, *Travail et reconnaissance des compétences*, Economica, Paris, p. 65-79.
- MOSSÉ P. [1999], *Le lit de Procuste. L'hôpital : impératifs économiques et missions sociales*, ERES, Pratiques du champ social, Paris.
- PALIER B. [2005], *Gouverner la Sécurité sociale : les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, PUF, Quadrige, 2^e éd., Paris.
- PARADEISE C. [1984], « La marine marchande française : un marché du travail fermé », *Revue française de sociologie*, XXV, p. 352-375
- PIERRU F. [2007], *Hippocrate malade de ses réformes*, Éditions du Croquant, Paris, coll. « Savoir/Agir ».
- PIERRU F. [2008], « La santé au régime néolibéral », *Savoir/agir*, n° spécial *Économiser la santé*, n° 5, septembre, p. 13-24.
- PIOTET F. [2002], *La révolution des métiers*, PUF, Paris, coll. « Le Lien social ».
- PIOTET F. [2009], « Métiers, statut, classifications, compétences : la qualification en débat », *Éducation et société*, n° 23, p. 132-137.
- RAVEYRE M., UGHETTO P. [2003], « Le travail, part oublié des restructurations hospitalières », *Revue française des affaires sociales*, n° spécial *Recomposer l'offre hospitalière*, n° 3, p. 97-119.
- REHFELDT U., VINCENT C. [2004], « Négocier dans les services publics : dimensions procédurales et stratégiques », *La Revue de l'IREES*, n° spécial *es relations professionnelles dans le secteur public*, n°45, pp. 33-54.
- RIONDET J. [2003], « les professions de santé dans le soin à domicile : la dynamique d'un marché du travail fermé », *Cahier hospitalier*, n° 193.

- SAGLIO J. [2001], « Les relations professionnelles entre négociation et consultation », in A. Pouchet, *Sociologie du travail : 40 ans après*, Elsevier, Paris, coll. « Acteurs, Sociétés, Techniques ».
- SAGLIO J. [2004], « Les relations professionnelles dans les fonctions publiques françaises. Eléments d'analyse », *La Revue de l'IREES*, n° spécial *Les relations professionnelles dans le secteur public*, n° 45, p. 33-54.
- SCHWEYER F.A. [2005], « Les carrières des directeurs d'hôpitaux », *Revue française d'administration publique*, n° 116, p. 623-632.
- SCHWEYER F.-X. [2001], « Les directeurs d'hôpital : des entrepreneurs locaux du service public hospitalier », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, p. 115-122.
- SEGRESTIN D. [1980], « Les communautés pertinentes de l'action collective : canevas pour l'étude des fondements sociaux des conflits du travail en France », *Revue française de sociologie*, vol. 21, n° 2, p. 171-202.
- SUPIOT A. [2000], « Introduction », in J.L. Bodiguel, *Servir l'intérêt général*, PUF, Paris.
- TALLARD M. [2001], « L'introduction de la notion de compétence dans les grilles de classification : genèse et évolution », *Sociétés contemporaines*, n°s 41-42, p. 159-187.
- TALLARD M. [2004], *Action publique et régulation de branche de la relation salariale*, L'Harmattan, Paris, coll. « logiques politiques ».
- TALLARD M., VINCENT C. [2009], « L'action syndicale au défi de la gestion locale des personnels. Tensions à l'administration fiscale », *Sociologies pratiques*, n° 19, p. 55-68.
- VINCENT C., REHFELDT U., TALLARD M. [2005], *Formes de syndicalisme et formes de représentation dans la fonction publique*, Ires/Commissariat général au Plan, Noisy.
- VINCENT C., VOLOVITCH P. [2002], *Les syndicats face aux restructurations hospitalières : entre défense des personnels et gestion des systèmes de santé*, Rapport pour la DREES/Mire, Ires, Noisy.
- VINCENT C., VOLOVITCH P. [2003], « Les syndicats face aux restructurations hospitalières », *Revue française des affaires sociales*, n° spécial *Recomposer l'offre hospitalière*, n° 3, p. 121-140.