

## Négociation « conditions de travail » : note de synthèse

Pour une vision complète des différentes étapes de la discussion, des annexes classées de 1 à 9 sont jointes à cette note[1]. Leur consultation exhaustive permet une vision complète des différentes phases des discussions ; les annexes 8 et 9 matérialisant le résultat ultime de la négociation.

### I- Points saillants du document issu de la négociation du 27 octobre 2009[2]

A l'issue d'une négociation, le texte soumis à signature doit être examiné selon deux approches croisées :

- ce qui a évolué durant la négociation et ce qui a été – ou n'a pas été – intégré dans les demandes formulées ;
  - le rapport à l'existant, pour mesurer ce qui constitue un progrès, une régression des droits ou un statu quo[3].

**La première remarque générale est que, si les préconisations et orientations générales peuvent être entendues « trois versants de la Fonction publique », les mesures précises concernent quasi-exclusivement les fonctions publiques d'Etat et territoriale.** Le rattachement existant pour l'hospitalière aux dispositions du Code du travail est l'argument avancé par le gouvernement pour expliquer cette approche. Il est à noter que la seule demande explicite de la FHF était de « réaffirmer le principe du non cumul des jours ARTT pendant un congé de maladie », principe remis en cause par plusieurs décisions récentes de cours administratives d'appel, et de toute façon retiré du document le 28 septembre par Eric Woerth...

La seconde remarque générale est que, globalement, il n'a pas été possible d'avancer sur les moyens mis en œuvre pour l'amélioration des conditions de travail, le gouvernement refusant d'afficher des chiffrages financiers dans le protocole (ce qui devra donner lieu à d'autres mobilisations).

Parmi les moyens, il eut été intéressant que la Fonction publique se dote d'objectifs ambitieux en matière de recrutement de médecins du travail ou de prévention. Ceux-ci devront mettre en œuvre ce protocole, aucun chiffrage ni intention n'a été intégré dans le protocole.

Le document de négociation final se divise en quatre parties :

- une introduction,
- un premier axe intitulé « *Instances et acteurs opérationnels compétents en matière de santé et sécurité au travail* »,
- un second intitulé « *Objectifs et outils de prévention des risques professionnels* »,
- un dernier intitulé « *Dispositifs d'accompagnement des atteintes à la santé* ».

### 1) Introduction

Le préambule rappelle que la signature de l'accord engagerait l'ensemble des employeurs publics, dans chacun des versants de la Fonction publique, et leurs obligations de résultat en matière de mise en œuvre des mesures de santé au travail (DUER, plans annuels de prévention,...) en conformité avec la directive européenne de 1989. Ces rappels de leurs

responsabilités mériteraient encore plus de précisions, mais des ajouts importants ont déjà été obtenus le 27 octobre sur la prévention et la réparation des pénibilités, la prise en compte des risques organisationnels.

Il en est de même concernant la traçabilité des risques et le lien santé travail environnement.

Enfin, le rappel que les employeurs doivent privilégier les mesures visant au maintien dans l'emploi des agents en cas d'atteintes à la santé était nécessaire, et débouche sur un engagement d'amélioration du réseau de la santé au travail.

## **2) Instances et acteurs opérationnels compétents en matière de santé et sécurité au travail**

Conformément aux accords de Bercy, une formation spécialisée du prochain Conseil supérieur de la fonction publique remplira une fonction d'observation de la santé et la sécurité au travail. Cette mesure correspond aux engagements pris dans le cadre de la rénovation du dialogue social, la CGT aura pour but d'en faire un véritable conseil national d'orientation sur les conditions de travail, aux missions et pouvoir de préconisations comparables au COCT mis en place dans le secteur privé. Sur les méthodes de recensement des pratiques en matière de santé et sécurité au travail dans la Fonction publique, le document final intègre une démarche de « remontée » des informations et d'état des lieux, alors que sa version initiale ne citait qu'une démarche d'élaboration d'indicateurs, « déclinables » ensuite dans une démarche « descendante ».

La mise en place des CHSCT dans la fonction publique d'Etat et la territoriale est une demande très ancienne de la CGT (cette mesure s'accompagne d'une adaptation à la marge du fonctionnement des CHSCT de l'hospitalière). Cette mise en place fait suite aussi à une injonction de Bruxelles en matière d'égal traitement des salariés au sujet de la sécurité et des conditions de travail. Ses modalités sont précisées – comme la CGT l'a demandé – par un tableau qui sera joint à l'accord, sans faire expressément partie du texte soumis à signature, mais éclairant les enjeux. (*annexe 9*)

Pour une bonne compréhension de cette annexe, les quatre premières colonnes décrivent l'existant dans le secteur privé, la FPH, la FPE et la FPT, la dernière colonne actant les propositions d'évolution, étant précisé que la mention « alignement » signifie alignement sur le Code du travail.

**Les mesures proposées dans ce tableau constituent globalement un progrès de taille par rapport aux textes existants** (décrets n° 82-453 du 28 mai 1982 pour la fonction publique d'Etat et n° 85-603 pour la fonction publique territoriale). La possibilité de création d'un CHSCT à partir de 50 salariés – qui faisait préalablement l'objet d'une opposition principielle de l'AMF – constitue une avancée importante dans la FPT, où cela n'était possible qu'à partir de 200. Les spécificités de la fonction publique territoriale seront prises en compte en laissant latitude aux collectivités territoriales de maintenir le paritarisme numérique dans les CHSCT.

Quatre points restent insatisfaisants :

- l'élection directe des membres des CHSCT – demandée par la seule CGT – n'est pas prévue ;

- il n'est pas prévu de transposer à l'identique le délit d'entrave existant dans le privé, quand l'employeur s'oppose à la création d'un CHSCT, la libre désignation de ses membres ou son fonctionnement ;
- la question des facilités horaires allouées aux membres des CHSCT pour leurs actions autres que les réunions et les enquêtes (ce dernier point étant par contre précisé positivement par une couverture en ASA 15) est renvoyée aux travaux du groupe de travail sur l'amélioration du droit syndical à venir<sup>[4]</sup> ;
- le rythme minimum des réunions des CHSCT (mais également de la formation spécialisée du futur Conseil supérieur) est insuffisant : elle est fixée pour l'instant à 2 par an (4 dans le secteur privé).

Un point semble inquiétant :

- Pour la FPH il est précisé « évolution des CHSCT » sans qu'aucune précision ne soit faite dans le protocole, cela laisse planer un doute quant au sens que l'on veut donner au mot « évolution » positive ou négative.

Concernant les « acteurs » (ACMO, IHS, ACFI, médecins de prévention), quatre éléments sont à noter :

- la version du document de septembre était trop axé sur la fonction publique d'Etat, particulièrement en ce qui concerne les ACFI existant à la Territoriale, ce point a été corrigé ;
- les CHSCT auront un droit de regard explicite sur les lettres de mission (ou de cadrage) des ACMO, IHS et ACFI ;
- suite à notre demande, l'orientation de la création d'un véritable réseau de santé incluant des spécialistes (techniciens, ergonomes, psychologues,...) est précisée et un groupe de travail est programmé sur cette question précise ;
- les conditions de recrutement et de rémunération des médecins de prévention sont améliorées, même si cela passe par un contrat. La question de la formation universitaire des médecins du travail ou de prévention n'est cependant pas réglée.

### **3) Objectifs et outils de prévention des risques**

Le rappel de l'obligation d'établissement du document unique d'évaluation des risques (DUER) est renforcé, même si le calendrier de mise en place généralisé est encore insuffisant et que l'obligation d'actualisation annuelle, de définition d'axes prioritaires en matière de plans d'action de prévention des risques professionnels et de suivi n'est pas explicitement indiquée.

Concernant les mesures proposées pour les risques majeurs (risques psycho-sociaux, troubles musculo-squelettiques, risques cancérigènes, mutagènes et nuisibles à la reproduction), ils sont enfin identifiés et reconnus explicitement et font l'objet d'orientations et d'outils de mesure et de prévention précis. L'approche du risque organisationnel pré-déterminant l'apparition de pathologies liées au stress et à la souffrance au travail a été renforcée dans le texte issu de la réunion du 27 octobre. La référence aux démarches fondées sur l'accord national interprofessionnel de juillet 2008 sur le stress au travail est importante, même s'il faudra œuvrer pour obtenir un véritable et rapide plan d'action sur les risques psycho-sociaux sur tous les lieux de travail, que la CGT réclame avec force.

Les mesures d'évaluation et de suivi proposées vont dans le bon sens, le fait d'aborder de front la question de l'organisation du travail, des réorganisations et de leur influence sur la santé des agents peine toutefois à émerger dans la pratique.

L'extension des dispositions relatives au suivi post-professionnel des agents exposés à l'amiante à tous les CMR est un point important, ainsi que les mesures d'information sur l'exposition aux risques et le suivi pendant la carrière. Le document final établit un droit à l'information et au suivi, ainsi que des obligations précises pour l'employeur.

L'enquête SUMER (surveillance médicale des risques professionnels), déjà réalisée dans le privé et la FPH, sera étendue à la FPE et la FPT. Espérons simplement que les délais de communication des résultats sera plus rapide qu'à la FPH (résultats de l'enquête 2002 pas encore communiqués)

#### **4) Dispositifs d'accompagnement des atteintes à la santé**

Les évolutions de la composition et du fonctionnement des commissions de réforme restent en débat (ce débat d'ailleurs doit être mené aussi au sein de la CGT Fonction publique), mais il faut se féliciter de l'évolution proposée vers le principe d'imputabilité au service des accidents et des maladies professionnelles, de la clarification du régime d'invalidité et de versement du traitement en cas d'arrêt maladie (maintien du demi-traitement dans les cas d'attente de décision de l'administration, proratisation des primes)

Le retrait du document lors de la réunion du 28 septembre du contrôle des arrêts maladie (qui a resurgi immédiatement dans le PLFSS 2010 en débat à l'Assemblée nationale à partir... du 27 octobre après-midi) et du principe de non cumul des jours ARTT durant un congé de maladie répondaient à la demande unanime des organisations syndicales.

Suite à la réunion du 27 et les observations de la CGT, le suivi et le recensement des AT/MP ont été renforcés.

## **II- Historique de la négociation**

Ce rappel a pour objet de repreciser le contexte dans lequel la question de la santé au travail et des conditions de travail dans la Fonction publique a émergé comme un sujet de concertation approfondie débouchant sur une négociation.

A l'issue des « conférences sociales Fonction publique » de l'automne 2007, deux sujets sont apparus propices à négociation : la rénovation du dialogue social et la santé au travail. Dans une lettre adressée à Eric Woerth en décembre 2007, la CGT Fonction publique a demandé l'ouverture de discussions sur ces deux points. L'« agenda social pour la Fonction publique » défini par François Fillon en février 2008 les citait explicitement. Le début de l'année 2008 a été consacré aux discussions sur le dialogue social, qui a abouti aux accords de Bercy de juin 2008, signés par la CGT.

La négociation sur les conditions de travail a été ouverte officiellement le 15 juillet 2008 (voir annexe 1), le gouvernement ajoutant un sujet qui n'avait été demandé par aucune organisation syndicale : l'emploi des seniors. Un document qualifié d'entrée en négociation par le gouvernement (annexe 2) a été produit le 18 septembre 2008, servant d'appui à trois réunions techniques à l'automne 2008.

Les axes de travail proposés ont alors fait l'objet par la CGT des observations principales suivantes :

*« - malgré des demandes réitérées, la pénibilité au travail n'est pas abordée. Elle doit être absolument traitée, sous l'aspect « prévention » aussi bien que celui de la « réparation » ;*

*- concernant la mise en place de CHSCT, les accords de Bercy – dont la signature engage tout le monde, y compris les ministres – citaient expressément l'objectif de cette extension des compétences des CHS, alors que dans le « document d'ouverture » l'engagement est plus flou. La CGT demande d'aller plus loin, en étendant également les compétences aux conséquences environnementales pour les salariés et les citoyens des conditions d'exercice du travail. Pour la CGT, il faut partir de ce qui se fait de mieux (Fonction publique hospitalière et à la Défense). La réflexion doit être globale et aboutir à la réécriture du décret de 1982 en vue d'une adaptation du Code du travail, mais aussi d'avoir un espace de discussion suffisant sur cette question et d'aller vers une amélioration du Code du travail. La CGT, sur le mode de désignation, revendique des élections directes et distinctes. Elle demande que chaque salarié relève d'un CHSCTE, même s'il s'agit d'un intervenant extérieur ;*

*- une véritable politique de prévention des risques professionnels passe par une traçabilité effective :*

*Traçabilité des statistiques*

*Traçabilité de l'évaluation des risques, via le DUER en termes de mise en œuvre, contenu, démarche, actualisation annuelle, grâce au programme annuel de prévention*

*Traçabilité des atmosphères de travail avec la généralisation des fiches d'exposition aux risques*

*Traçabilité des pénibilités du travail*

*Traçabilité rétroactive pour tous les personnels qui ont été exposés, et pas uniquement à l'amiante*

*Traçabilité des informations et formations délivrées*

*Traçabilité des suivis pro et post professionnels*

*Traçabilité du fonctionnement et des interventions des CHSCT*

*- concernant la méthode de prévention des risques psycho-sociaux proposée (recensement des « bonnes pratiques », établissement d'un « référentiel » inter-fonction publique « déclinable » ensuite), nous estimons qu'il faut agir totalement dans l'autre sens. Dans chaque établissement, un recensement – sous la maîtrise des CHSCTE locaux et en associant la médecine de prévention – doit être effectué, avec l'identification des raisons d'émergence liées aux conditions de travail, à l'environnement du travail et aux relations et modes de communication dans l'équipe de travail ;*

*- concernant les troubles musculo-squelettiques, nous avons rappelé que c'est la première cause de maladie professionnelle, en lien direct avec les suppressions d'emplois,*

*l'intensification du travail, les mesures organisationnelles en découlant. On voit là l'illustration la plus flagrante de la non-adaptation du travail à l'homme et c'est d'abord localement que des solutions doivent être examinées dans l'organisation du travail (diversification des tâches pour les métiers pénibles par exemple) ;*

*- concernant le suivi médical post-professionnel des risques différés, on peut s'étonner que seuls les personnels de l'Etat soient visés, et que les propositions sur l'amiante ne soient pas étendues à toutes les expositions comme les risques chimiques, par exemple. Le dispositif d'indemnisation Fonction publique des salariés n'est pas abordé. Les mesures nécessaires et urgentes de désamiantage à mettre en œuvre dans toute la Fonction publique ne sont pas citées ;*

*- concernant les documents uniques d'évaluation des risques, obligation légale depuis 2002, pourquoi la Fonction publique accuse-t-elle un tel retard ? Au-delà de la rédaction des DUER, un suivi de leurs préconisations doit être fait, permettant de mettre en œuvre des plans annuels de prévention des risques professionnels, de définir des actions ciblées de prévention, comportant une formation obligatoire des acteurs de l'hygiène et de la sécurité et une information des agents ;*

*- enfin, concernant l'emploi des seniors, c'est le gouvernement qui a voulu inclure ce volet dans la négociation « santé au travail, hygiène et sécurité ». Cela ne doit pas constituer une contrepartie aux mesures proposées en termes de santé et sécurité au travail. »*

**Ce rappel détaillé des positions principales de la CGT lors de l'ouverture effective de la négociation a pour but de mesurer les évolutions des textes proposés par le gouvernement à chacune des phases de la discussion.**

A l'initiative de la CGT, l'ensemble des fédérations syndicales demande le retrait de la question de l'emploi des seniors des sujets de cette négociation et la réunion technique qui lui est consacrée est boycottée. A l'occasion d'une réunion d'étape du 12 décembre, il est officiellement annoncé que ce point est retiré. Cependant, la question de la pénibilité demeure non traitée en tant que telle, malgré la proposition de la CGT de suivre les méthodes d'analyse de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) par une approche des causes de pénibilité par âge et selon les parcours professionnels, afin d'adapter ceux-ci pour prévenir l'usure professionnelle.

Les axes de travail retenus sur les autres sujets (*annexe 3*) identifient de façon correcte les résultats de la première phase de concertation, avec pour but affiché de passer à une étape opérationnelle de négociation, programmée normalement dès janvier 2009. Un point de profonde divergence avec les organisations syndicales est ajouté par le gouvernement parmi les sujets : le contrôle des arrêts maladie, avec la proposition d'alignement sur le secteur privé et l'intervention des caisses de Sécurité sociale.

A l'occasion de cette réunion, il est indiqué que des contacts allaient être pris auprès des associations d'élus locaux (ARF, ADF, AMF) et de la fédération hospitalière de France (FHF) pour les associer à la négociation – et donc, au final, jusqu'à les solliciter sur la signature du protocole d'accord – le but affiché par le gouvernement étant de les engager dans les décisions et orientations définies au bout du processus.

Pour cette raison, principalement, la négociation connaît un temps de latence jusqu'en mai 2009, les associations concernées mettant du temps à s'approprier le sujet. Une réunion de relance de la négociation se tient en mai 2009, suivie de trois réunions techniques balayant à nouveau les points de discussion.

Le 14 septembre 2009, une première ébauche de protocole d'accord est transmise (*annexe 4*), en vue d'une réunion présidée par Eric Woerth programmée le 28 septembre. A l'ouverture de celle-ci, le ministre indique qu'il retire de la négociation tout ce qui concerne les arrêts maladie, dont la remise en cause de la prise en compte des périodes d'arrêt maladie comme jours travaillés créateurs de jours RTT, ainsi que le contrôle des arrêts maladie. Il indique cependant que cette dernière question sera traitée « *ailleurs* ». En l'occurrence, c'est l'inscription de cette mesure dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010 au titre d'une « *politique de lutte contre la fraude renforcée* »...

Sur les autres points, à nouveau, la CGT indique ses remarques de fond :

« - *tout d'abord, la démarche proposée ne part pas suffisamment encore d'une approche en amont des risques organisationnels, d'une volonté d'agir sur le travail lui-même, sa conception, le rapport qu'entretient avec lui l'agent public ;*

- *la responsabilité de l'employeur est encore trop diluée et ses obligations trop peu marquées dans le document proposé, que ce soit dans le préambule, ou sur le document unique, les risques psycho-sociaux, les troubles musculo-squelettiques, le suivi médical des risques CMR, etc ;*

- *concernant la mise en place des CHSCT, que ce soit sur l'objectif de rattachement de tous les agents à un CHSCT, l'articulation de son action avec celle des comités techniques, son champ de compétences, son fonctionnement, ses moyens d'action, bref tout ce qui concerne la transposition du Code du travail dans le contexte Fonction publique, les éléments apportés restent trop vagues ;*

- *si le document détaille de nombreuses propositions pour la fonction publique d'Etat, doit-il pour autant être quasiment muet sur la fonction publique hospitalière, au motif qu'un dispositif particulier existe déjà ? Et la spécificité de la fonction publique territoriale ne doit surtout pas signifier des modalités particulières de responsabilisation des employeurs, dans la mise en œuvre du document unique ou des plans annuels de prévention par exemple, ni le maintien de dispositions inférieures au Code du travail sur le seuil de déclenchement pour la création d'un CHSCT. Il ne peut être question non plus de remettre en cause des éléments existant dans le décret du 10 juin 1985, comme le choix du prestataire pour les formations sur la santé au travail ;*

- *Dernier aspect général : la transparence et la traçabilité des risques professionnels. Que ce soit pour les RPS, les TMS ou les CMR, il n'y a pas de véritable dispositif de prévention et de suivi, de transparence sur les expositions aux risques professionnels tout au long de la carrière des agents, ni d'obligation faite à tous les employeurs d'information sur les risques potentiels auxquels les personnels peuvent être confrontés. »*

A l'issue de la réunion, une réunion conclusive est programmée pour le 27 octobre, ayant pour but de finaliser le protocole d'accord soumis à signature des organisations syndicales, avec entre temps deux réunions techniques, l'une sur les CHSCT (*document préparatoire : annexe 5*) et l'autre sur les instances médicales et les acteurs de la prévention (*document préparatoire : annexe 6*).

Le point crucial des discussions des deux réunions techniques des 8 et 15 octobre a concerné les CHSCT, avec trois préoccupations majeures pour la CGT :

- les modalités d'alignement sur les dispositions du Code du travail ou des dispositions similaires ou plus avantageuses dans un des versants de la Fonction publique ;
- la volonté initiale de maintenir dans la Fonction publique territoriale un seuil de création des CHSCT à partir de 200 agents, alors que le Code du travail le prévoit à partir de 50 ;
- la remise en cause du paritarisme numérique existant dans les CHS de la Territoriale.[\[5\]](#)

La CGT a indiqué souhaiter que tout ce qui relève et doit relever des CHSCT de la Fonction publique, soit clarifié, explicite, efficient et relève, a minima, de :

- *« Leur création dans tous les établissements de 50 salariés, sans exclusive, pour satisfaire à l'objectif que pas un seul personnel ne soit en dehors, et création de CHSCT de site, de zone, peu importe l'appellation pour les structures plus petites et qui peuvent être regroupées, y compris interministériellement, au plus près des agents. Il faut y compris prévoir leur maintien, dès lors que les effectifs descendent en dessous du seuil de création, en l'absence, dans la Fonction publique, de DP qui font fonction de CHSCT.*
- *Nous sommes favorables à des élections directes d'élus CHSCT, élections qui peuvent avoir lieu en même temps que d'autres élections professionnelles.*
- *La question du paritarisme est abordée sous réserve de la spécificité de la FPT. Pour les comités techniques, une souplesse de décision sur le nombre de personnes dans les instances consultatives locales a été introduite dans le projet de loi « dialogue social », au choix de l'autorité délibérante. La CGT est pour le maintien du paritarisme*
- *Des CHSCT efficaces sont des comités qui sont réunis au moins une fois par trimestre, et chaque fois qu'il y a accident grave, procédure d'alerte, dans un délai de 24 heures et pendant les heures de travail.*
- *Il lui faut aussi relever :*
  - *de la capacité d'expertise, chaque fois qu'il y a risque grave d'accident ou de maladie professionnelle, projet important de modification des conditions de travail.*
  - *De la capacité de délit d'entrave, chaque fois que la réglementation n'est pas appliquée, qu'il y a blocage.*
- *Les élus doivent relever du droit de délégation horaire, attribué mensuellement, fonction de l'effectif salarié, réparti entre eux, à leur libre initiative.*
- *Vous devez donner les moyens de mettre en œuvre des aspects de la loi sur le Grenelle de l'environnement, d'ajouter une mission en matière de développement durable, d'étendre la procédure d'alerte professionnelle interne aux risques d'atteinte à l'environnement, de faire définir par la CCHS Fonction publique et les CHSM des indicateurs sociaux et environnementaux adaptés à leurs spécificités. »*

A l'issue de ce dernier cycle de concertation, deux documents sont adressés le 20 octobre, en vue de la réunion du 27 octobre :

- un nouveau projet de protocole d'accord soumis à discussion, susceptible d'évolutions le 27 ;
- une nouvelle version du tableau illustratif des modalités de passage aux CHSCT.

Les modifications substantielles du texte obtenues lors de la réunion du 27 octobre sont directement visualisées dans l'annexe 7.

---

[1] Annexe 1 :diaporama présenté lors de la réunion inaugurale de la négociation du 15 juillet 2008 ;

Annexe 2 :document-cadre de concertation transmis le 18 septembre 2008 ;

Annexe 3 : diaporama présenté le 12 décembre 2008, à l'occasion d'un point d'étape sous l'égide d'André Santini ;

Annexe 4 : première version du projet de protocole d'accord, transmis le 14 septembre 2009 ;

Annexe 5 : première version du tableau présentant les modalités de passage des CHS aux CHSCT dans la fonction publique d'Etat et la fonction publique territoriale, à l'appui d'une réunion technique du 8 octobre 2009 ;

Annexe 6 : tableau fourni pour une réunion du 15 octobre 2009 sur les instances médicales et les acteurs de la santé au travail ;

Annexe 7 : protocole soumis à signature suite à la réunion du 27 octobre 2009, dans une version faisant apparaître les modifications intégrées suite à observation des organisations syndicales ;

Annexe 8 : version finalisée du même document ;

Annexe 9 : point définitif des modalités envisagées de passage des CHS aux CHSCT dans la fonction publique d'Etat et la fonction publique territoriale.

***L'annexe 9 est une annexe technique jointe au protocole d'accord, sans faire partie en tant que telle du texte soumis à signature des organisations syndicales, mais permettant un éclairage complémentaire.***

[2] Annexes 8 et 9

[3] Les références réglementaires utiles sont les décrets n° 82-453 du 28 mai 1982 pour la fonction publique d'Etat et n° 85-603 pour la fonction publique territoriale. Les établissements hospitaliers sont soumis aux dispositions du Code du travail (art. L. 4611-2 à L. 4614-2, art. R. 4612-1 à R. 4614-36), avec des modalités particulières issues des décrets n° 85-946 du 16 août 1986 et n° 91-185 du 13 février 1991 (art. R 4615-1 à R. 4615-21).

[4] A noter que l'AMF conditionne son acceptation d'un seuil de 50 à l'absence d'élections et à la non-transposition du système des heures de délégation du secteur privé. L'ADF et l'ARF indiquent qu'ils n'ont pas à gérer des entités de moins de 200 agents.

[5] dans le secteur privé, les fonctions publiques hospitalière et d'Etat, les instances sont a-paritaires.