

2/2.1.1.2

Le comité technique d'établissement

Les comités techniques d'établissement sont régis par les articles L. 6144-3 à L. 6144-5 du Code de la santé publique. Ils se sont substitués, dans les seuls établissements publics de santé à la suite de la loi du 31 juillet 1991, aux comités techniques paritaires institués par l'article 24 de la loi statutaire du 9 janvier 1986.

La loi du 31 juillet 1991 avait introduit des innovations importantes dans la constitution des comités techniques d'établissement, alors même que les modalités de fonctionnement, essentiellement fixées par voie réglementaire, n'ont guère évolué par rapport à celles des comités techniques paritaires (CTP). Les attributions restent dans le droit fil de celles reconnues aux comités techniques paritaires, tout en tenant compte des évolutions terminologiques de la réforme hospitalière. L'ordonnance du 2 mai 2005 et le décret du 7 juillet 2005 n'ont guère modifié le régime juridique applicable au CTE.

La constitution du comité technique d'établissement – Le comité technique d'établissement est avant tout une instance représentative du personnel non médical ; il symbolise, sur le plan institutionnel, le « pouvoir syndical ». La direction de l'établissement conserve un rôle essentiel dans cette instance de dialogue social puisqu'elle en assume, de droit, la présidence.

La composition du comité technique d'établissement – Le comité est composé de représentants des personnels hospitaliers relevant du Titre IV du statut général des fonctionnaires.

Ces représentants sont, depuis 1991, élus (et non plus désignés par les organisations syndicales). Le collège électoral a été progressivement étendu : l'ensemble des fonctionnaires en activité, mais aussi, désormais, les contractuels de droit public et les contractuels de droit privé (désormais les contrats d'accompagnement dans l'emploi : CAE, et les contrats d'avenir).

Les élections sont organisées dans trois collèges distincts définis en fonction des catégories mentionnées à l'article 4 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ; il s'agit des catégories de la fonction publique : A, B, C.

Il s'agit d'un scrutin de liste, les listes étant présentées, sauf exception, par les organisations syndicales représentatives.

Le nombre de représentants du personnel est variable suivant l'importance de l'établissement.

Le fonctionnement du comité technique d'établissement – Les modalités de fonctionnement du comité technique d'établissement ont été pour l'essentiel déterminées par la voie réglementaire.

Comme pour la commission médicale, il convient de relever les innovations de l'article L. 6144-5 du Code de la santé publique :

- à titre de réciprocité, un représentant du comité technique assiste, avec voix consultative, aux séances de la commission médicale ;
- un décret devait définir les moyens dont dispose le comité technique pour remplir ses missions : comme pour la commission médicale, il appartient au conseil d'administration de définir, dans le cadre du budget annuel, les moyens attribués au fonctionnement du comité.

Les attributions du comité technique d'établissement – En application de la loi HPST, les attributions du CTE ont été redéfinies par le décret n° 2010-436 du 30 avril 2010 (JO du 2 mai 2010).

Les modifications introduites dans l'article R. 6144-40 du Code de la santé publique ne traduisent guère une extension des attributions consultatives du CTE, mais plutôt un ajustement tirant les conséquences de la « nouvelle gouvernance » telle que formatée par la loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dans la redéfinition des attributions respectives du conseil de surveillance et du président du directoire.

Les attributions consultatives – Il s'agit d'une consultation obligatoire. Les avis sont obligatoirement recueillis, ils ne sont pas pour autant conformes.

1/ Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 (il s'agit désormais non plus des délibérations du conseil d'administration mais de celles des nouveaux conseils de surveillance dont les attributions ont été plus limitativement définies par la loi HPST).

Le décret du 30 avril 2010 ajoute le recueil d'avis sur :

- le plan de redressement présenté par le président du directoire à l'agence régionale de santé ;
- l'organisation interne de l'établissement (constitution des pôles d'activités et des structures internes).

2/ Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel : cette compétence préexistait et elle demeure, naturellement.

3/ La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation : le décret du 30 avril 2010 ajoute le plan de développement professionnel continu, découlant de la réforme de la formation médicale par la loi HPST, englobant formation professionnelle et évaluation des pratiques professionnelles pour l'ensemble des professions médicales mais aussi paramédicales. Le plan de formation pour le personnel non médical devrait donc dissocier les filières de bénéficiaires relevant ou non du DPC.

4/ Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité. Cette attribution préexistait au décret du 30 avril 2010.

Le décret du 30 avril 2010 ajoute trois séries de compétences ; le CTE se prononçait sur ces questions au titre de sa compétence sur l'ensemble des délibérations du conseil d'administration, transférée par la loi HPST au président du directoire.

5/ La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social.

6/ La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

7/ Le règlement intérieur de l'établissement.

Les saisines pour information - À la suite de la précédente réforme hospitalière du 2 mai 2005, les attributions du CTE sur les questions budgétaires et financières avaient été limitées à une simple saisine pour information et non pour avis. Le comité devait ainsi être régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement.

Le décret du 30 avril 2010 ajoute une information obligatoire du CTE sur :

- le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- l'état des prévisions de recettes et de dépenses ;
- les décisions relatives à la coopération interhospitalière (conventions, communautés hospitalières de territoires, groupements de coopération sanitaire, fédérations médicales interhospitalières).