

PROJET DE PROTOCOLE D'ACCORD

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille et les organisations syndicales représentant les praticiens hospitaliers signataires du présent protocole s'accordent pour reconnaître les sujétions et les responsabilités liées à l'exercice hospitalier et affirment que l'évolution de l'organisation interne et du financement de l'hôpital requièrent un engagement fort des praticiens hospitaliers.

Les signataires du présent protocole réaffirment leur attachement à l'hôpital en tant que service public essentiel ayant des objectifs de santé publique à atteindre dans le cadre de missions d'intérêt général.

Acteurs indispensables à la prise en charge des patients à l'hôpital, les praticiens hospitaliers, garants de la qualité et de la sécurité des soins, sont engagés pour sa meilleure efficience dans le respect de la déontologie médicale et des missions de service public hospitalier. Cet engagement s'inscrit dans le plan de modernisation de l'hôpital qui s'attache à :

- médicaliser la gestion, notamment en créant une nouvelle instance décisionnelle (le conseil exécutif) où siègeront des représentants de la communauté médicale à parité avec des représentants de l'administration ;
- associer plus étroitement la commission médicale d'établissement au fonctionnement de l'établissement dans une composition renouvelée ;
- recentrer l'organisation des activités autour des pôles sur la base de projets médicaux ;

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille et les organisations syndicales représentant les praticiens hospitaliers s'accordent sur les principes suivants qui guideront les travaux du comité national de suivi constitué avec les signataires du présent protocole.

I - Revalorisation de l'astreinte

Le dispositif actuel d'astreintes et déplacement, avec des taux spécifiques d'indemnisation (d'astreinte de sécurité, d'astreinte opérationnelle, de déplacement) doit être renouvelé pour mieux prendre en compte le degré de contrainte des astreintes selon la nature et le niveau d'activité et les effectifs concernés par la permanence à domicile.

Par ailleurs, il n'est pas nécessaire en terme de santé publique de disposer dans tous les hôpitaux d'astreintes pour toutes les activités. Il conviendra d'encourager une approche territoriale, inter-hospitalière, de l'organisation des l'astreinte chaque fois que les circonstances s'y prêtent.

Les signataires du présent protocole conviennent d'organiser ainsi qu'il suit le régime des astreintes à compter du 1^{er} janvier 2005. Il est créé :

- une indemnisation de participation à l'astreinte identique pour tous les praticiens hospitaliers dont l'astreinte à domicile est considérée comme absolument nécessaire. Dès lors, seules les astreintes indispensables sont maintenues. Dans ce cas, les astreintes de

sécurité sont portées au tarif de l'astreinte opérationnelle dans le cadre d'un dispositif de convergence à trois ans.

- une indemnisation complémentaire tenant compte du nombre de déplacements constatés et du niveau d'activité réalisé. Pour 2005, cette indemnité complémentaire intéresse la revalorisation de l'indemnité du déplacement qui est portée de 62,11 € à 70 € dès le 2^{ème} déplacement, soit une progression de 12,7%.

Le tarif de ces indemnisations est fixé comme suit :

Indemnité	Situation actuelle	2005	2006	2007
Astreinte de sécurité	24,06 €	29,00 €	35,00 €	40,00 €
Astreinte opérationnelle	36,78 €	38,00 €	40,00 €	40,00 €

Ces chiffres correspondent à un montant brut salarié, à situation de cotisations sociales inchangée.

Conformément aux dispositions du protocole du 2 septembre 2004, l'objectif est de procéder à une réforme du régime des astreintes et à leur revalorisation significative et progressive dès lors qu'elles sont nécessaires. Pour cela et dès 2005, une majoration de 15 % de l'enveloppe des astreintes est mise en œuvre suivant le tableau annexé. Par ailleurs, les redéploiements de crédits rendus disponibles par l'effort régional de regroupement et de mutualisation des « gardes » et des astreintes, une fois constatés, viendront prioritairement revaloriser dans un cadre régional l'indemnité de participation à l'astreinte et, le cas échéant, l'indemnité complémentaire liée à la contrainte effective. Pour les régions qui ont déjà optimisé leur organisation de permanence des soins, la commission régionale paritaire devra proposer des mesures spécifiques de revalorisation tenant compte de l'effort antérieur de réorganisation ainsi que de contraintes démographiques particulières.

Le comité national de suivi devra proposer un dispositif d'encadrement du système de l'indemnisation des astreintes dans un objectif d'équilibre interrégional.

L'effort de réorganisation et de diminution du nombre des permanences médicales dans lequel les praticiens s'engagent abondera pour les années 2006 et 2007 la revalorisation supplémentaire de l'indemnité complémentaire, sous l'égide de la commission régionale paritaire.

L'établissement définit sur proposition de la commission de la permanence des soins, les modalités d'indemnisation des astreintes, soit forfaitisées, soit à l'activité réelle. Pour les activités liées au fonctionnement des blocs opératoire dans les SAU ou dans le cadre du redéploiement des crédits liés à la suppression des lignes de « gardes », si l'établissement et les équipes médicales concernées ont opté pour un régime de forfaitisation de l'astreinte regroupant l'indemnité de participation à l'astreinte et l'indemnité complémentaire celle-ci est fixée aux deux tiers du tarif de la permanence sur place. Une évaluation du dispositif de forfaitisation est présenté annuellement à la commission régionale paritaire qui peut proposer des aménagements au directeur de l'ARH au vu des résultats de cette évaluation.

L'ensemble du dispositif portant sur l'indemnité de participation à l'astreinte et l'indemnité complémentaire ne pourra toutefois excéder le montant de la permanence sur place.

Les travaux d'évaluation et de synthèse des informations sont recueillies par les commissions régionales paritaires. Pour assurer la transparence des informations et faciliter leur recueil, les établissements devront s'attacher à faire évoluer leur système d'information hospitalière. Sur cette base le comité national de suivi pourra définir les indicateurs d'activité nécessaires à cette revalorisation, notamment en vue de compléter l'indicateur de déplacement.

Les commissions régionales paritaires et le comité national de suivi s'assureront de la réalité des moyens ainsi dégagés et de leur bonne affectation.

A partir de 60 ans, les praticiens hospitaliers pourront être dispensés du travail de nuit si les nécessités de service le permettent (tableau de service) et s'ils en ont fait expressément la demande. De même, cette dispense pourra s'appliquer aux femmes enceintes dès le troisième mois ainsi qu'aux praticiens présentant un état de santé dégradé dûment constaté par le médecin du travail.

Les modifications conséquentes de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes seront élaborées en concertation avec les organisations signataires du présent protocole par le comité national de suivi pour être mises en œuvre aux dates susmentionnées. Toutes les dispositions de l'arrêté précité qui n'ont pas été modifiées par le présent protocole restent inchangées dès lors qu'elles ne sont pas en contradiction avec les dispositions du présent accord.

II - Rémunérations complémentaires et parts variables

Le principe de la mise en œuvre de l'attribution de parts variables s'entend pour l'ensemble des praticiens quelles que soient leur discipline ou spécialité. Cette part variable constitue un complément de rémunération au-delà de la rémunération statutaire de base.

L'attribution de parts variables liées à l'activité est fondée sur trois principes, qui peuvent être cumulatifs :

- attribution dans un objectif d'engagement dans une démarche d'accréditation des praticiens et/ou d'engagement institutionnel,
- attribution dans un objectif d'efficience des soins,
- attribution dans un objectif d'engagement collectif à effet individuel dans le respect des dispositions des articles R. 4127-97, R. 4127-249 et R. 4235-18 du code de la santé publique portant respectivement code de déontologie médicale, code de déontologie des chirurgiens-dentistes et code de déontologie des pharmaciens.

L'engagement contractuel collectif est conclu entre l'établissement, le responsable du pôle et les praticiens concernés. Le contrat fixera des objectifs d'engagement précis en cohérence avec le contrat de pôle, assortis d'indicateurs de mesure et selon des méthodes scientifiquement reconnues. Le contrat est conclu pour une période de trois à cinq ans,

renouvelable après évaluation. Il donne lieu à un avenant à la fiche correspondant au profil de poste. Une évaluation, sur la base des objectifs de la contractualisation, sera réalisée annuellement par le directeur et le responsable du pôle s'il n'est pas personnellement concerné. Le résultat de ces évaluations est présenté au conseil exécutif et à la CME.

Les objectifs d'engagement portent sur:

1) Démarche d'accréditation, efficience des soins, engagement collectif à effets individuels

1-1) un engagement des praticiens dans une démarche d'accréditation liée aux conditions particulières d'exercice de certaines spécialités dans l'esprit de l'article L 4135-1 du code de la santé publique (chirurgie, gynécologie-obstétrique, anesthésie-réanimation, urgence, réanimation médicale, psychiatrie, radiologie dans les établissements SAU);

La liste des spécialités retenues au titre de la démarche d'accréditation sera progressivement étendue en fonction de l'appréciation de l'évolution de leurs contraintes, sur proposition du comité national de suivi.

1-2) un engagement des praticiens pour l'amélioration de l'efficience des soins, établi à partir d'indicateurs facilement identifiables portant sur l'intensité et la diversité de l'activité publique, concertés avec le comité national de suivi. Cette démarche doit s'appuyer sur les guides de bon usage des soins et de recommandations des bonnes pratiques professionnelles élaborés par la Haute autorité de santé.

1-3) un engagement des praticiens dans une dynamique territoriale : activités en réseau, activités partagées, actions de coopération, exercice isolé, exercice en zone prioritaire.

En 2005, la priorité sera donnée à la chirurgie et à la psychiatrie dans le cadre de la revitalisation indispensable de ces activités à l'hôpital public. Les praticiens concernés pourront percevoir une part variable individuelle égale à 5% de leur rémunération statutaire à partir de la date de publication des textes réglementaires correspondants. Elle pourra être modulée à compter du 01/07/07 dans la limite de 10%.

A partir de 2006, ce dispositif pourra être étendu dans le cadre de la dynamique de la mise en place de la tarification à l'activité.

2) Engagement institutionnel

Les responsables de pôle perçoivent une indemnité de 200 € bruts mensuels à compter du 1^{er} octobre 2005 pour tenir compte de la responsabilité qu'ils prennent dans la contractualisation interne, notamment au regard des délégations qui leur sont conférées.

L'engagement attaché aux fonctions de président de la CME, de responsable de pôle ou aux fonctions transversales peuvent faire l'objet d'une compensation en temps complémentaire (cf guide relatif au régime juridique des CME de novembre 2001 et circulaire n° 609 du 29 octobre 1999 relative aux activités d'intérêt général contractualisées et aux valences).

Les frais de déplacement et de mission des praticiens, en qualité de représentants institutionnels, font l'objet d'une prise en charge par l'établissement dans le respect des dispositions réglementaires en vigueur sur la base d'un ordre de mission.

Les modalités d'application de ces dispositions ainsi que leur calendrier de mise en oeuvre seront étudiées et révisées avec le comité national de suivi.

III - Modernisation du statut

Les signataires du présent protocole s'accordent sur la nécessité de faire évoluer le statut afin de rendre la carrière plus attractive, notamment afin de :

- simplifier les procédures et les rendre plus transparentes ;
- mettre en place une véritable politique des ressources humaines et son volet social, sans remettre en cause l'emploi du praticien hospitalier dans le cadre de la restructuration nécessaire à l'évolution du système du santé.

Création d'un centre national de gestion (CNG)

Un centre national de gestion est créé pour assurer les opérations de gestion relatives aux praticiens hospitaliers, sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Il est commun aux praticiens hospitaliers et aux directeurs d'hôpital et comporte deux branches de gestion distinctes. Il permettra la mise en place d'une véritable gestion des ressources humaines. Il disposera, pour la gestion du personnel médical, de relais régionaux, en lien avec les ARH, qui recueillent en tant que de besoin l'avis d'une commission régionale paritaire. Quelle que soit la forme juridique adoptée, le principe d'une représentation paritaire au sein de la représentation des personnels gérés par le CNG est retenu.

Il assurera la gestion des praticiens titulaires à temps plein et à temps partiel.

Il sera doté d'une délégation de gestion et agira par délégation du ministre. Les organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers seront associées à son fonctionnement.

Il définira les orientations stratégiques et formulera des propositions au ministre en matière de concours et de gestion prévisionnelle des emplois, des compétences et des spécialités, notamment pour les activités transversales. Il analysera les données relatives aux emplois et aux praticiens par région, par territoire, par discipline, par spécialité et par activité, afin de dresser une cartographie nationale.

Son directeur, nommé par le ministre, assurera la conduite générale du CNG.

Le CNG assurera notamment pour les praticiens hospitaliers :

- l'organisation du concours national ;
- la publication des postes ;
- le suivi et la gestion des carrières ;
- l'information sur le dispositif réglementaire du régime de retraite ;

- le suivi au niveau régional de la mise en œuvre de la médecine du travail et de prévention, en permettant aux praticiens de recourir à des services extérieurs à l'établissement ;
- la gestion des praticiens en recherche d'affectation et le reclassement des praticiens devenus inaptes à l'exercice de leurs fonctions sur la base des dispositions législatives ou réglementaires ; à ce titre, il favorise des actions de formation en lien avec les orientations définies par le CNFMCH ;
- la gestion des procédures statutaires (discipline et insuffisance professionnelle) ;
- la gestion du contentieux individuel ;
- l'organisation des commissions nationales statutaires ;
- la maintenance et l'évolution d'un système d'information et de gestion des médecins hospitaliers, tel que SIGMED.

L'administration centrale du ministère chargé de la santé conserve les missions de :

- conception et pilotage des politiques publiques (démographie, déontologie, conditions d'exercice, statuts, rémunérations et régime indemnitaire, politique de formation, analyse de gestion) ;
- suivi des moyens mis en œuvre au service de ces politiques ;
- évaluation et contrôle.

Commission statutaire nationale (CSN)

L'importance du rôle de la CSN est réaffirmée.

Ses attributions sont recentrées sur l'examen des situations nécessitant un arbitrage. Ce dispositif allégé permet de fluidifier les recrutements.

Elle intervient lorsque les instances locales ont un avis divergent sur un recrutement.

Son avis est requis préalablement à la mise en position de recherche d'affectation.

Elle constitue une voie de recours en cas d'avis divergents lors d'une nomination de chef de service et de chef de pôle.

Commission régionale paritaire (CRP)

Il est créé, par arrêté ministériel, auprès de chaque ARH, une commission régionale paritaire composée d'une part, de représentants des organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers désignés par celles-ci et d'autre part de représentants institutionnels et de représentants de l'administration désignés par le directeur de l'ARH. Cette commission est présidée par le directeur de l'ARH ou son représentant qui, en cas de partage égal des voix, a voix prépondérante.

Ses compétences sont notamment les suivantes :

- mise en place, suivi et régulation du nouveau régime de permanence hospitalière des soins et de l'organisation territoriale de cette permanence ;
- mise en place et suivi du régime de contractualisation relatif à la part variable de rémunération ;
- propositions au centre national de gestion, prévention des conflits et conciliation en matière de gestion des praticiens hospitaliers ;
- adaptation et redistribution des emplois médicaux au sein de la région, en lien avec le CNG.

Simplification du concours

Les signataires du présent protocole estiment que les modalités du concours doivent être simplifiées.

Le concours sera organisé ainsi qu'il suit :

- type I : examen du dossier titres, travaux et services rendus, et entretien, notamment pour les anciens CCA, AHU et anciens assistants spécialistes depuis moins de 5 ans ;
- type II : examen du dossier titres, travaux et services rendus, entretien et épreuve orale de connaissance professionnelle, pour les autres candidats.

Le jury inscrit sur la liste d'aptitude les candidats dont l'aptitude à l'exercice des fonctions hospitalières et les compétences ont été vérifiées.

La décision d'inscription sur la liste nationale d'aptitude est prise par le ministre chargé de la santé.

La durée de validité de cette liste d'aptitude est limitée à 4 ans.

Gestion des emplois

- publication

Actuellement, les vacances de poste font l'objet d'une publication annuelle au Journal officiel par décision du ministre pour les praticiens à temps plein et par décision du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pour les praticiens à temps partiel.

Le CNG sera chargé de la publicité, accessible par Internet, des emplois vacants ou susceptibles de l'être sous le contrôle des directeurs des agences régionales de l'hospitalisation, selon une fréquence régulière. La CRP est tenue informée.

- Redéploiement de l'activité

Tout redéploiement d'activité doit être largement anticipé et porté à la connaissance des instances locales de l'établissement et des praticiens concernés. Un accompagnement social est mis en œuvre pour prendre en compte l'intérêt du praticien.

Dans le cas de transfert d'une activité médicale, l'emploi du praticien hospitalier est redéployé et le praticien demeure affecté sur son emploi ainsi transféré (art. L. 6122-16 du CSP).

Si le praticien ne consent pas à son transfert, il peut à sa demande :

- soit être placé en position de recherche d'affectation ;
- soit bénéficier immédiatement d'une indemnité de départ proportionnelle à l'ancienneté et plafonnée.

Cette demande est soumise à l'avis de la commission statutaire nationale.

Simplification de la procédure de nomination et d'affectation

Le principe d'une plus grande responsabilisation des instances locales dans la procédure d'affectation des praticiens hospitaliers est établi. Toute décision concernant l'affectation sur un poste au sein d'un établissement est prise sur proposition des instances locales. Un groupe de travail élargi sera chargé de proposer des solutions visant à simplifier et alléger les procédures, raccourcir les délais, faciliter l'installation des praticiens, ainsi que de prévoir une procédure d'appel en cas de désaccord des instances locales. Ce groupe de travail devra avoir fait ses propositions pour l'automne 2005.

Profil de poste

Le profil de poste fixe les objectifs à atteindre, les actions à mener et les caractéristiques des fonctions dans le cadre du contrat passé entre l'équipe d'affectation et le responsable de pôle (organisation du travail, valences exercées par le praticien, contraintes particulières - exercice sur plusieurs sites par exemple).

Il précise les conditions de mise en œuvre de la part complémentaire.

Il est proposé par le pôle en liaison avec ses structures internes sur la base du projet médical approuvé. Il est soumis à l'avis de la CME puis validé par le conseil exécutif.

Un modèle de document type est élaboré par le comité national de suivi.

L'acte de candidature vaut engagement du praticien à s'inscrire dans cette démarche.

Traitement des situations individuelles particulières

➤ Mise en recherche d'affectation

- la mise en situation « de recherche d'affectation » est prononcée par décision ministérielle après avis de la CSN, sur demande du directeur après avis de la CME. Cette position donne des garanties au praticien déterminées par le statut (durée, conditions de maintien de la rémunération, droits à congés, protection sociale, etc.) ;
- le praticien momentanément privé d'emploi bénéficie d'actions de formation conformes à son projet professionnel ;
- il bénéficie d'une prise en charge spécifique adaptée : aide à la mobilité, etc. ;
- le CNG a l'obligation de proposer des emplois au praticien (3 propositions) ;
- le praticien placé dans cette situation pour un délai maximum de deux ans peut, à tout moment et à sa demande, soit être placé en disponibilité d'office, soit être radié des cadres avec indemnités ;

Les conditions de mise en œuvre de cette procédure seront fixées par voie réglementaire, au vu des propositions d'un groupe de travail, au cours du deuxième semestre 2005.

➤ Evolution des procédures disciplinaires, d'insuffisance professionnelle et de détachement dans l'intérêt du service

Les signataires du présent protocole réaffirment la nécessité de mieux définir et de faire évoluer ces procédures.

Ils s'engagent à faire aboutir dans le délai d'un an à compter de la signature du présent protocole, les travaux engagés à la suite du protocole d'accord du 13 mars 2000.

Reprise d'ancienneté

Il convient sans désavantager les praticiens qui ont consacré la totalité de leur carrière à l'hôpital public, de rendre l'exercice public plus attractif. Les modalités de ce dispositif seront définies par voie réglementaire après concertation et pourront être appliquées à des praticiens ayant un parcours professionnel reconnu, ou acceptant d'exercer dans des zones géographiques déficitaires ou consécutivement à des restructurations hospitalières, dans les conditions suivantes :

- prise en compte de tout ou partie de la durée des services effectués dans les pays européens et/ou dans le cadre d'une activité privée selon des modalités définies dans le décret statutaire.
- meilleure prise en compte des demi-journées réalisées dans le cadre notamment du nouveau statut de praticien- attaché ou autres catégories à définir dans la modification du décret statutaire.

Autres dispositions statutaires

Des dispositions d'adaptation seront intégrées dans les statuts de praticiens temps plein et temps partiel pour tenir compte des évolutions de la position de disponibilité.

Valences d'enseignement et de recherche

Le ministre réaffirme son soutien en faveur de la reconnaissance de l'engagement des praticiens hospitaliers pour l'enseignement et la recherche.

Un contrat fixe les conditions d'exercice de la valence d'enseignement ou de recherche. Ce contrat est limité dans le temps, évalué à son terme, et peut être reconduit dans des conditions qui seront définies par instruction ministérielle.

Les dispositions fixées par la circulaire conjointe éducation nationale/santé du 4 avril 2002 et financée dès la rentrée universitaire 2002 par l'enveloppe spécifique prévue au budget du ministère de l'éducation nationale doivent être confirmées et leur financement pérennisé, afin de permettre aux UFR de médecine et de pharmacie de recruter des praticiens hospitaliers en qualité d'attachés d'enseignement et de chargés d'enseignement, conformément aux dispositions du décret n° 2003-919 du 19 septembre 2003 modifiant le décret n° 86-555 du 14 mars 1986 relatif aux chargés d'enseignement et aux attachés d'enseignement dans les disciplines médicales et odontologiques.

De même, le décret du 20 septembre 1991 relatif aux personnels associés des centres hospitaliers et universitaires dans les disciplines médicales et odontologiques devra être modifié afin de permettre le recrutement de praticiens hospitaliers en qualité d'enseignant associé à temps partiel.

Enfin, il sera rappelé par circulaire que pour les praticiens dont le nombre d'heures d'enseignement ne dépasse pas 30 heures par an, il n'est pas nécessaire de recourir au

dispositif d'activité d'intérêt général, dès lors que le praticien a été autorisé à exercer cette activité.

Conseiller général des hôpitaux (CGH)

Il est créé un statut d'emploi de conseiller général des hôpitaux auprès du ministre chargé de la santé. Des missions essentielles au fonctionnement des établissements publics de santé leurs sont confiées (administration provisoire, audit opérationnel, assistance technique, médiation, études sur le fonctionnement hospitalier).

Les conseillers généraux seront nommés par arrêté du ministre chargé de la santé parmi les personnels enseignants et hospitaliers, les praticiens hospitaliers, les directeurs d'établissement, les directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation, et les fonctionnaires ayant occupé de hautes responsabilités dans le domaine sanitaire. Les praticiens hospitaliers seront placés en position de détachement sur cet emploi.

Un régime indemnitaire sera attribué en fonction des missions confiées.

Comité national de suivi

Un comité national de suivi constitué par les signataires du présent protocole se réunira au moins 2 fois par an.

Il sera consulté sur l'élaboration de l'ensemble des dispositions réglementaires découlant du présent protocole. Ces dispositions feront l'objet d'une évaluation annuelle.

Le présent protocole s'inscrit également dans le prolongement du relevé de décisions signé le 2 septembre 2004 concernant notamment la chirurgie publique et plus largement des protocoles signés depuis celui du 13 mars 2000.

Enfin, au moment où l'hôpital s'engage dans la nouvelle gouvernance, les signataires du présent protocole, conscients de la responsabilisation de ses acteurs qu'elle implique, reconnaissent la nécessité de faire évoluer les dispositifs statutaires, tant pour les praticiens hospitaliers que pour les personnels enseignants et hospitaliers, dans une perspective globale de modernisation. Pour ce faire, une réflexion approfondie doit s'attacher à traiter de façon conjointe, dans une perspective équilibrée, l'ensemble des questions relatives à la retraite complémentaire y compris ses implications sur l'activité libérale, aux avantages sociaux, au statut des praticiens temps plein et temps partiel, aux évolutions des CHU, aux problématiques de formation médicale continue et d'évaluation des pratiques professionnelles, afin d'améliorer le fonctionnement général des hôpitaux.

Cette concertation élargie s'engagera au 1^{er} semestre 2005. Des propositions de mesures étalées dans le temps seront faites au ministre avant la fin de l'année 2005 sur la question de la retraite IRCANTEC pour les praticiens hospitaliers et de la prise en compte de la part hospitalière pour la retraite des personnels hospitalo-universitaires.