

Retraite des Médecins des Hôpitaux

le point en 2006 après plusieurs réformes majeures
en cours d'application ou en projet avancé

Praticiens Hospitaliers, Hospitalo-Universitaires
et Activité Libérale optionnelle

Par le Dr Olivier Oulès

Introduction	page 2
1 - <u>La retraite des Praticiens Hospitaliers</u>	page 3
A) retraite des PH avant 2004	page 3
= la retraite SS	page 3
= la retraite IRCANTEC	page 5
= pension globale d'un PH	page 7
B) conséquences de la réforme Fillon	page 7
= sur la retraite SS	page 7
les 2 mesures défavorables	page 7
les 4 mesures neutres	page 8
les 10 mesures favorables	page 8
= sur la retraite IRCANTEC	page 12
C) évolution des pré retraites statutaires	page 12
= la cessation progressive d'exercice (CPE)	page 12
= la retraite progressive	page 13
= le compte épargne temps (CET)	page 14
D) menaces planant sur les retraites SS et IRCANTEC	page 14
= SS : menaces sur les rachats...	page 14
= IRCANTEC : non respect d'un protocole d'accord ?	page 15
= IRCANTEC : un projet de réforme suspendu...	page 15
2 - <u>La retraite des Hospitalo-Universitaires</u>	page 18
A) retraite des PU-PU et MCU-PH avant 2004	page 18
= l'onde de choc de la jurisprudence Griesmar	page 20
B) conséquences de la réforme Fillon	page 20
les 5 mesures défavorables	page 20
les 3 mesures neutres	page 23
les 7 mesures favorables	page 24
C) l'ouverture de négociations pour une retraite hospitalière	page 27
3 - <u>Cas des PH et des HU avec activité libérale</u>	page 28
A) retraite de la CARMF avant 2004	page 28
= régime de base (RB)	page 29
= régime complémentaire (RCV)	page 29
= régime ASV	page 30
= cumul emploi - retraite	page 31
B) retraite CARMF depuis le réforme Fillon	page 32
= régime de base (RB)	page 32
= régime complémentaire (RCV)	page 33
= régime ASV et privilège du MICA	page 33
= cumul emploi - retraite	page 35
4 - <u>Que dire à ceux qui rentrent dans la carrière ?</u>	page 36
= les jobs d'été	page 36
= le Plan d'Epargne Retraite Populaire (PERP)	page 36
= le rachat de trimestres	page 37
= le Plan d'Epargne en Actions (PEA)	page 37

Retraite des Médecins des Hôpitaux

le point en 2006 après plusieurs réformes majeures
en cours d'application ou en projet avancé

Praticiens Hospitaliers, Hospitalo-Universitaires
et Activité Libérale optionnelle

Du fait des déséquilibres démographiques entre actifs et retraités dont l'aggravation semble inéluctable (départ en retraite massif des baby-boomers de l'après-guerre, persistance d'un taux de chômage élevé...) les régimes de retraite par répartition font l'objet depuis une quinzaine d'années de révisions drastiques.

Pour les Praticiens Hospitaliers (assimilés aux salariés du privé) une première réforme datant d'août 1993 dite réforme Balladur avait notablement changé la donne de leur régime de base (retraite de la SS).

Une deuxième réforme des retraites de base datant d'août 2003, dite réforme Fillon, réforme plus large concernant l'ensemble des régimes de base (y compris celui des fonctionnaires sauf régimes spéciaux) et visant notamment à aligner les salariés du Public sur ceux du Privé, a amplifié les sacrifices demandés aux affiliés.

Dans le prolongement de cette réforme des régimes de base, les caisses des régimes complémentaires (ARRCO, AGIRC, IRCANTEC, CARMF...), suite à négociations avec les partenaires sociaux, ont eu tendance à s'aligner peu ou prou sur les nouvelles données du régime général de la SS, tout au moins sur certains points clés (durée de cotisation, bonifications, pension de réversion...).

Cette réforme Fillon étend à toutes les catégories de salariés un allongement de la durée de cotisation requise pour une retraite à taux plein (allongement déjà effectif pour les PH) ; elle prévoit bien de maintenir l'âge légal de départ en retraite à 60 ans mais elle prévoit parallèlement de favoriser l'allongement de la durée du travail par un système de bonification.

En pratique cette deuxième réforme majeure des retraites conduit à la fois à une nouvelle baisse attendue des pensions servies et à une complexité accrue de leurs modes de calcul.

Point capital et novateur, les régimes de base (SS, CPCM de la Fonction Publique d'Etat, CRNACL de la Fonction Publique Hospitalière, RB de la CARMF...) deviennent ainsi des régimes à géométrie variable, non plus axés sur l'âge statutaire de la retraite (toujours fixé à 65 ans pour les médecins des hôpitaux) mais sur la situation du praticien atteignant ses 60 ans, âge où il devra confronter ses désirs (de poursuivre ou non son activité) au niveau (plus ou moins favorable) de ses droits acquis en matière de pension de base, droits acquis primaires qui influent significativement sur ceux de ses régimes complémentaires (avec un net effet de levier pour les PH vu le niveau de leurs émoluments).

Désormais le médecin hospitalier dispose d'une beaucoup plus grande marge de manœuvre, marge encore accrue par un net assouplissement du cumul emploi-retraite.

Nous sommes ainsi entrés dans l'ère des retraites à la carte : il est donc recommandé aux médecins d'avoir un plan de retraite comme ils ont un plan de carrière.

Elaborer un tel plan de retraite nécessite de décrypter le maquis législatif et réglementaire, pour définir ensuite une stratégie ...tâche rendue d'autant plus difficile que les remises en cause ne sont certainement pas terminées.

En effet, la situation des retraites pour les générations futures est loin d'être stabilisée par ces rééquilibrages partiels : pour ce qui nous concerne, depuis l'été 2005 de graves menaces planent sur les conditions actuelles de gestion technique du régime IRCANTEC, menaces qui se surajoutent à celles concernant la pérennité du régime ASV de la CARMF.

Tout l'historique des régimes de retraites des PH (SS, IRCANTEC, CARMF) ne sera pas repris dans l'exposé qui suit, un article de fond (tenant compte en particulier des avancées syndicales substantielles concrétisées par les accords AUBRY de mars 2000) ayant déjà été publié par l'auteur en décembre 2000 dans La Médecine Hospitalière, revue du Syndicat des Médecins des Hôpitaux Publics (SNAM-HP).

Comme les PH, les Hospitalo-Universitaires (HU), subissent aussi les effets de la réforme Fillon et pour eux l'allongement de durée requise pour bénéficier d'une pleine retraite est une brutale nouveauté : cet allongement tend à écorner le dogme d'une retraite de fonctionnaire à hauteur de 75 % du dernier salaire .

Mais d'un autre coté le ciel semble se dégager pour les HU jusque là pénalisés par l'absence de retraite sur leur part hospitalière, une très ancienne et criante injustice maintes fois dénoncée : les toutes récentes négociations des syndicats de HU avec les différents ministères pourraient déboucher...sur leur affiliation à l'IRCANTEC ! Et c'est pour cette raison en particulier que la retraite des PH et celle des HU sont délibérément traitées dans un rapport détaillé commun.

1 - LA RETRAITE DES PRATICIENS DES HOPITAUX (PH)

Pour leur retraite statutaire les quelques 35 000 PH (29 000 Temps plein et 6000 Temps partiel) cotisent à deux caisses différentes la première fonctionnant par annuités, la seconde par points.

Leur régime de base est celui de la SS, géré en Ile-de-France par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés (CNAV) et en province par la branche vieillesse des Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM).

Leur régime complémentaire, par un anachronisme historique, est l'IRCANTEC (Institution de Retraite Complémentaire des Agents Non Titulaires de l'Etat et des Collectivités locales et territoriales), régime dont la gestion technique est assurée par la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC)

L'âge statutaire de départ à la retraite est (toujours) fixé à 65 ans, tel qu'indiqué dans le statut des Temps plein de février 84 et statut des Temps partiel de mars 85, refondus dans le vaste décret du 20 juillet 2005 relatif au Code de la Santé Publique (articles R 6152-95 et R 6152-269).

A) La situation des PH avant 2004

• la retraite SS

Il s'agit d'un système de retraite en annuités (fractionnables en trimestres) et non en points, ayant déjà fait l'objet d'une **importante réforme en août 93**.

Le calcul de la pension pour une retraite à l'âge statutaire est le suivant :

$$\text{Retraite SS} = \text{Taux (50 \%)} \times \text{SAMBPR} \times \frac{\text{Durée d'assurance (en nb de trimestres)}}{\text{Durée de référence (en nb de trimestres)}}$$

SAMBPR = Salaire Annuel Moyen Brut Plafonné Revalorisé

Durée d'Assurance = nombre de trimestres validés (cotisés ou assimilés) dans le Régime Général de la SS ; le nombre pris en compte est plafonné au diviseur (durée de référence)

Trimestres assimilés : sont concernées notamment les périodes militaires et (sous réserve d'une antériorité d'affiliation à la SS) la maternité et les périodes de maladie ou d'invalidité.

Pour les années cotisées, l'attribution d'annuités est forfaitaire : attribution de 1 trimestre d'assurance pour un salaire annuel d'au moins 200 fois le SMIC horaire publié au 1^{er} janvier de l'année (SMIC qui en 2006 est à 8,03 euros) soit 1.606 euros, alors que le salaire mensuel brut d'un PH TP est à 7.164 euros ce qui fait que les 4 trimestres (maximum possible) sont obtenus dès la paye de janvier ! Mais attention, l'année du départ en retraite, par exception, la validation des trimestres n'est plus forfaitaire (selon le salaire brut versé) : seuls les trimestres civils complets sont validés.

Le salaire des PH temps plein dépasse le Plafond Annuel de la SS dans tous les cas de figure et pour les PH temps partiel le salaire dépasse le PASS à partir du 7^o échelon.

Donc en pratique (estimation de retraite), pour un PH le SAMBP correspond au salaire Plafond de la SS (PASS), chiffre ensuite revalorisé en fonction de l'évolution des prix.

Pour leur régime de base les PH sont assimilés aux 15,5 millions de salariés du secteur privé et donc à ce titre étaient déjà soumis aux effets de la **réforme Balladur** d'août 93 qui comprenait les 3 mesures suivantes, classées par ordre d'importance :

= **allongement progressif de la durée d'assurance** requise pour bénéficier d'une pension à taux plein (taux maximal de 50 %) : de 150 trimestres (37,5 ans) jusqu'en 93 on est passé, au terme d'une période transitoire, à 160 trimestres (40 ans) en 2003. Quant à la durée de référence elle restait toutefois inchangée, fixée à 150 trimestres.

= **élargissement progressif de l'assiette de salaire servant au calcul de la pension** (augmentation étalée sur 15 ans à raison d'une annuité supplémentaire par an).

Ainsi le Salaire Annuel Brut Plafonné Moyen, calculé sur les 10 meilleures années jusqu'en 1993, sera calculé sur les 25 meilleures années en 2008 et au delà (à noter que l'année du départ en retraite n'est pas prise en compte).

L'incidence de cette mesure est notable, à l'origine d'une baisse de pension de près de 9 %

= **pérennisation du mécanisme d'indexation défavorable** en place depuis 1987 : le coefficient de revalorisation du SAMBP était alors définitivement fixé en fonction de l'indice des prix à la consommation (INSEE) et non plus de l'évolution des salaires (PASS).

La progression du salaire plafond de la SS étant supérieure à celle de l'inflation, l'incidence de cette mesure est non négligeable, à l'origine d'une baisse de pension de 3 %.

Pour ce qui est de la Durée d'assurance les femmes bénéficient d'une **bonification maternelle de 8 trimestres par enfant** élevé pendant au moins 9 ans avant l'âge de 16 ans, avantage substantiel obtenu sans aucune condition de cessation d'activité professionnelle.

Ainsi la retraite SS (brute) estimée d'un PH à 65 ans est actuellement **au mieux** de 44,2 % du PASS soit 13 700 euros /an.

A cette pension de base s'ajoute une **majoration familiale** de pension de 10 % (attribuée tant hommes qu'aux femmes) si le salarié a élevé au moins trois enfants (enfants conçus ou adoptés) pendant 9 ans avant leur 16^o anniversaire.

En cas de retraite anticipée (avant 65 ans) si les 160 trimestres ne sont pas atteints il y a application de coefficients de minoration (2,5 % par trimestre manquant) soit une décote de pension de 10 % par année manquante (décote définitive s'appliquant même au delà

de 65 ans). Cette décote est calculée de deux façons, la plus favorable à l'affilié étant retenue : soit par rapport au nombre de trimestres manquants pour avoir droit à la pension à taux plein (160 T), soit par rapport au nombre de trimestres séparant l'âge du salarié (lors de sa demande de retraite anticipée) de l'âge statutaire de la retraite.

La retraite à l'âge statutaire (65 ans) est toujours calculée à taux plein (sans coefficient de minoration) ...mais elle peut se faire avec abattement (cas où la durée d'assurance validée s'avère inférieure à la durée de référence).

Et pour ceux qui auraient eu une carrière salariée très fragmentaire (faible nombre de trimestres validés) le taux de liquidation retenu après minoration ne peut être inférieur à 25 %.

• la retraite IRCANTEC

Les PH cotisent à ce régime complémentaire depuis 1973

Il s'agit d'un système de retraite en points avec deux tranches de cotisations A et B, l'acquisition de points en tranche A (part du salaire en deçà du PASS) étant beaucoup moins favorable qu'en tranche B (part du salaire au delà du PASS) du fait d'un important différentiel des taux servant à leur calcul.

taux d'appel (servant au calcul des cotisations) :

tranche A : part agent 2,25 % (et 3,38 % pour l'employeur) = 5,63 %
tranche B : part agent 5,95 % (et 11,55 % pour l'employeur) = 17,50 %

taux théoriques (servant au calcul des points) : tranche A : 4,50 % , tranche B : 14 %

Nombre points attribués = salaire en tranche A ou B x $\frac{\text{taux théoriques}}{\text{salaire de référence}}$

Le salaire de référence de l'année correspond en fait à la valeur d'achat d'un point.

Le rendement du régime (valeur du point / salaire de référence de l'année) est de 15,1 % en 2006

Depuis 1992 la cotisation est appelée à hauteur de 125 % (ce qui signifie que 125 € de cotisation ne donnent droit qu'à 100 € de pension) ainsi qu'il résulte des différences entre taux théoriques (servant au calcul des points) et taux d'appel (servant au calcul des cotisations).

Pour ce qui est des PH, les 23 200 Temps plein sans Secteur Privé cotisent bien sur 100 % du salaire (toutefois hors astreintes et primes) mais les 6000 Temps partiel (même les quelques 30 % d'entre eux à exercice public exclusif) et les 5 800 Temps plein avec Secteur Privé, injustement, cotisent seulement sur une assiette de 66 % du salaire ce qui minore fortement leurs points acquis en tranche B (et il en est de même pour les Attachés, Internes, FFI et Résidents ; les Assistants, PC et PAC cotisant eux sur une pleine assiette).

Ainsi un PH temps partiel ne commence à cotiser en tranche B qu'au 13ième et dernier échelon et cela n'ira qu'en s'aggravant du fait du laminage insidieux de la tranche B (lié au fait que la réévaluation du PASS est plus régulière et plus importante que celles de nos émoluments).

Du fait du mode d'acquisition des points (2 tranches) et de ces différences d'assiette on constate dès lors une grande disparité de niveau de pension IRCANTEC pour les trois

catégories de PH. Ainsi la pension IRCANTEC (brute) estimée d'un PH après 35 ans de carrière sera au mieux de :

- 36 400 € / an pour un TP sans SP
- 19 100 € / an pour un TP avec SP
- 7 400 € / an pour un Temps partiel

Ainsi pour un PH sans SP la pension IRCANTEC (hors bonifications) représente près 72 % de sa pension globale de salarié, chiffre qui tombe à 58 % pour un TP avec SP et 35 % pour un Temps partiel.

Les astreintes (forfait et déplacements < 3 heures) et les primes ou indemnités (notamment l'indemnité d'engagement de service public exclusif) ne sont pas soumises à cotisations IRCANTEC ; les gardes sur place sont intégrées dans l'assiette depuis juillet 1996 ce qui a introduit une franche disparité dans le niveau de retraite complémentaire des PH selon les spécialités.

Les affiliés de ce régime bénéficient d'une très favorable majoration familiale de pension égale à 10 % (si au moins 3 enfants élevés) + 5 % par enfant supplémentaire (jusqu'à un maximum de 30 %) ...en outre cette majoration de pension est non fiscalisée !

La bonification mère de famille (points gratuits attribués pour chaque enfant égale à la moyenne annuelle des points acquis pendant la durée d'affiliation) qui existait autrefois a été supprimée le 01.01.1993, remplacée par une bonification parentale beaucoup moins favorable (les points gratuits sont conditionnés par une interruption effective d'activité).

Le service militaire donne droit à l'attribution (non automatique) de points gratuits (sur la base de la moyenne annuelle des points cotisés pendant la durée d'affiliation) et à condition de ne pas avoir demandé la validation des périodes militaires au titre d'un autre régime complémentaire (notamment le RCV de la CARMF).

Il existe (pour les seniors) une possibilité de rachat (onéreux) de certaines périodes de formation (externat, internat) : il s'agit des périodes réalisées avant le 01.11.1979, date à laquelle ces catégories ont été enfin été admises à cotiser à l'IRCANTEC (sur une assiette de 66 %).

Attention : il y a lieu de bien mesurer l'intérêt de racheter des points relatifs à certaines périodes de début de carrière peu rémunérées (externat notamment) et fort peu productrices de points vu l'assiette. En effet, non seulement le rachat n'est plus possible qu'à la valeur d'achat du point actuelle (et non celle de l'époque) mais de plus cela allonge le dénominateur utilisé lors du calcul de moyenne des points gratuits attribués au titre du service militaire.

Une retraite anticipée est possible dès 60 ans mais avec minoration si le PH n'a pas atteint la durée de cotisation pour une retraite IRCANTEC à taux plein (durée alors toujours fixée à 150 trimestres validés malgré la réforme SS de 93) : dans ce cas le coefficient de minoration, modulé par annuité manquante entre 65 et 60 ans, est calculé de deux façons, la plus favorable à l'affilié étant retenue (mécanisme similaire à celui en place pour la retraite SS).

L'amputation est régulière de 1 % par trimestre manquant jusqu'à 12 (ou 62 ans) et s'accélère un peu au delà : le coefficient de minoration est de 0,78 pour 20 trimestres manquants (ou 60 ans).

- **Pension globale (SS + IRCANTEC)**

Pour un **TP sans SP** ne prenant pas de gardes sur place et ayant 35 ans de carrière PH à son actif, la retraite (hors majoration familiale) calculée en pourcentage du dernier salaire, n'est que de **58 %** ; pour les deux autres catégories la situation est encore moins bonne à savoir 44 % pour un Temps partiel et 38 % pour un TP avec SP.

Pour un Anesthésiste-Réanimateur (en poste après 1996) assurant 60 périodes de garde par an (sur les 450 annuelles) ce qui correspond à un effectif de garde de 7 ½ AR (cas du CH du Puy-en-Velay) le surplus de cotisation IRCANTEC est significatif, faisant passer la retraite hospitalière globale (pour une carrière de 35 ans) de 58 % à 71 % du dernier salaire pour un TP sans SP et de 38 % à 47 % pour un TP avec SP
...soit une augmentation de pension de près de 23 % (pour 2100 gardes assurées).

On peut retenir que 1000 gardes assurées sur la carrière augmentent la retraite d'environ 11 % par rapport à celle d'un spécialiste ne prenant que des astreintes.

B) Conséquences de la réforme Fillon sur la retraite des PH

Désormais, l'âge légal de la retraite étant fixé à 60 ans pour tous les salariés, les paramètres de la pension de base dépendent en priorité de l'année où le PH atteint ses 60 ans.

L'âge statutaire de départ à la retraite (toujours fixé à 65 ans pour les PH) devient désormais seulement un « âge butoir » servant de point de référence au calcul des minorations en deçà et des majorations au delà.

Du fait de l'allongement de la durée d'assurance exigée pour une retraite à taux plein, mesure phare de la réforme Fillon d'août 2003, il est évident que les PH auront, au fil du temps, de plus en plus de mal à disposer dès 60 ans du nombre de trimestres requis.

Les PH ne pourront alors que se tourner vers l'autre volet de la réforme Fillon qui tend à favoriser l'allongement de la durée du travail par un système de bonification, allongement pouvant même dans certains cas déborder l'âge statutaire.

- **la retraite SS**

- Les mesures défavorables (majeures)

1 - la durée d'assurance pour une retraite à taux plein qui était de 160 trimestres validés (cotisés, assimilés ou bonifiés) soit 40 ans en 2003 désormais sera certes comptabilisée " tous régimes de base confondus", mais surtout sera progressivement augmentée à partir de 2008 : pour les PH atteignant 60 ans entre 2008 et 2012 cette durée sera portée à 161 T en 2009, 162 T en 2010, 163 T en 2011) pour atteindre 41 ans en 2012 (PH nés en 1952) voire 42 ans en 2020 (cette durée et son éventuelle progressivité restant à définir d'ici 2012, soumises à un bilan du Conseil d'Orientation des Retraites discuté avec les organisations syndicales).

Cette mesure représente un handicap certain pour les PH qui envisageraient une retraite anticipée à 60 ans sans décote.

2 - la durée de référence pour une retraite sans abattement (en clair le diviseur de la formule de calcul de la pension SS) sera augmentée de 2 trimestres par an de 2004 à 2012, passant progressivement de 150 à 164 trimestres (41 ans) selon l'année de ses 60 ans : calcul sur 150 T pour ceux nés avant 1944, 152 T si nés en 1944, 154 T si nés en 1945, 156 T si nés en 1946, 158 T si nés en 1947, 160 T si nés en 1948, 161 T si nés en

1949, 162 T si nés en 1950, 163 T si nés en 1951, 164 T si nés en 1952 ; au delà elle sera alignée sur la durée d'assurance retenue pour une retraite à taux plein.

Point important la durée d'assurance entrant dans le calcul ne concerne que les trimestres validés dans le Régime Général de la SS (pas ceux des autres régimes de base).

- Les mesures neutres (statu quo)

3 - la retraite prise à l'âge statutaire (65 ans pour les PH) se fait toujours à taux plein (50 %) quelle que soit la durée d'assurance validée.

4 - maintien de la règle (généreuse) d'un salaire au moins égal à 200 heures de SMIC pour valider un trimestre (soit 1.606 euros de salaire pour 2006), ce malgré l'opposition du Patronat. Si en pratique les PH Temps plein valident leurs 4 trimestres annuels dès la paye de janvier (ce qui reste anecdotique) cette mesure prend toute son importance en début de carrière (éventuels jobs d'été et Etudianat hospitalier).

5 - la majoration familiale (10 %) pour les salariés ayant élevé 3 enfants ou plus pendant au moins 9 ans avant l'âge de 16 ans n'est pas remise en cause.

6 - pour les salariés du privé (donc pour les PH assimilés) ayant élevé des enfants nés ou adoptés avant le 01.01.2004, la majoration de huit trimestres accordée aux femmes (sans condition de cessation d'activité) pour chaque enfant élevé pendant au moins 9 ans avant son 16^e anniversaire n'est pas remise en cause.

- Les mesures favorables

7 - pour ces mêmes salariés du privé et pour ce qui concerne les enfants nés à compter du 01.01.2004 la **bonification maternelle**, toujours sans condition de cessation d'activité, devient encore plus favorable puisque qu'elle prend désormais en compte les enfants mort-nés, les enfants tardivement adoptés et même les enfants recueillis (fiscalement à charge) : d'un système de " tout ou rien" on passe à une bonification graduelle avec attribution de 1 trimestre à la naissance, l'adoption ou le recueil auquel s'ajoute 1 trimestre à chaque nouvel anniversaire de l'enfant (jusqu'à son seizième) et dans la limite de 8 trimestres au total par enfant.

Eu égard à l'allongement de la durée d'assurance requise cela devient un avantage très appréciable (pour obtenir une pension à taux plein voire bénéficier de la surcote exposée ci après) et nos consoeurs PH l'ont échappé belle !

En effet ce n'est malheureusement pas le cas des quelques 2,7 millions de femmes fonctionnaires (parmi lesquelles nos infirmières ...et nos consoeurs HU), victimes de la jurisprudence Joseph GRIESMAR pour ce qui concerne leur bonification maternelle (jurisprudence exposée ci après au chapitre des Hospitalo-Universitaires)

8 – une **majoration pour congé parental d'éducation** est instituée pour les enfants nés, adoptés ou recueillis depuis le 01.01.2004 : il s'agissait là d'étendre aux pères la bonification de mères de famille (conséquence directe de l'arrêt Griesmar) ...mais au prorata de l'interruption d'activité professionnelle : majoration égale à la durée du congé (arrondie au trimestre supérieur) dans la limite de 8 trimestres. Cette restriction de cessation d'activité rend la mesure sans réelle portée pratique pour la plupart des PH. Les femmes y ont droit si elle est plus favorable que la majoration pour enfant élevé.

9 - une nouvelle **majoration pour les parents d'enfants handicapés** est mise en place : bonification de 1 trimestre de durée d'assurance par période d'éducation de 30 mois (dans la limite de 8 trimestres) d'un enfant de moins de 20 ans lourdement handicapé

(invalidité d'au moins 80 %) élevé à domicile. Cette majoration, accordée au père comme à la mère, se cumule avec les deux précédentes.

10 - L'assiette servant au calcul de la pension (calcul sur les 25 meilleures années au terme de la réforme précédente) ne tiendra plus compte des faibles salaires annuels n'ayant pas permis de valider au moins un trimestre ; en outre le calcul du SAMBPR se fera désormais proportionnellement à la durée effectuée dans chaque régime de retraite de base pour ne pas défavoriser ceux qui ont eu plusieurs régimes de retraite successifs ou concomitants (cas par exemple d'un médecin libéral devenu secondairement PH temps partiel).

11 - les pénalités en cas de retraite anticipée, pour les salariés du secteur privé (et donc pour les PH) ne justifiant pas d'une durée de cotisation pour une retraite à taux plein, sont atténuées : le coefficient de minoration de pension (**décote**), jusqu'alors de 10 % par année manquante, sera réduit de moitié : il passera donc progressivement de 2,5 % par trimestre manquant (abattement de 1,25 sur le taux de pension) en 2004 à 1,25 % par trimestre manquant (abattement de 0,625 sur le taux de pension) en 2012 au terme d'une baisse régulière du taux de 5 % par an (décret du 16 février 04).

Le coefficient à appliquer est ainsi de 2,5 % pour ceux nés avant 1944, 2,375 % pour ceux nés en 1944, 2,25 % pour ceux nés en 1945, 2,125 % pour ceux nés en 1946, 2 % pour ceux nés en 1947, 1,875 % pour ceux nés en 1948, 1,75 % pour ceux nés en 1949, 1,625 % pour ceux nés en 1950, 1,5 % pour ceux nés en 1951, 1,375 % pour ceux nés en 1952 et 1,25 % pour ceux nés après 1952.

12 - la réforme prévoit au-delà de 60 ans, pour les salariés justifiant d'une durée d'assurance pour une retraite à taux plein (*), un « **dispositif d'incitation au maintien d'activité** » sous forme d'une majoration de pension (**surcote**) : bonus de 3 % de la pension de base par année supplémentaire travaillée et dans la limite des 65 ans (majoration de 0,75 % de la pension liquidable par trimestre civil supplémentaire cotisé, ce à partir du 01.01.2004), bonification entérinée par le décret 2004-156 du 16 février 2004.

() comprend donc les trimestres cotisés (tous régimes de base confondus : donc y compris notamment le RB de la CARMF) et les trimestres gratuits (en particulier service militaire pour les hommes ou bonus des 8 trimestres par enfant pour les femmes et autres majorations...)*

Afin de permettre de faire ce choix la possibilité de mise à la retraite (forcée) à l'initiative de l'employeur a été reportée de 60 à 65 ans.

13 – Introduction d'un (nouveau) mécanisme de prolongation d'activité au-delà de 65 ans (article 69 de la loi Fillon du 21 août 2003).

Dans ce cadre là si le salarié n'a pas réuni à 65 ans le nombre de trimestres (tous régimes de base confondus) requis pour une retraite à taux plein, il peut continuer à travailler et majorer sa durée validée de 2,5 % par trimestre supplémentaire travaillé au delà de 65 ans (la durée validée à terme étant arrondie au trimestre supérieur).

Dans le cas général la limitation prévue est liée au fait que la durée validée grâce à ces surplus trimestriels ne peut dépasser la durée de référence fixée en fonction de l'année de naissance.

Mais contrairement aux salariés du Privé et de la Fonction Publique, pour les PH (régis par des dispositions législatives et réglementaires propres), travailler au-delà de 65 ans dans le cadre de la Loi Fillon est possible même si le nombre de trimestres validés dans le régime général (SS) dépasse la durée de référence requise pour avoir une retraite à taux plein.

Par contre un article (135) perdu dans la Loi 2004-806 du 9 août 04 relative à la politique de Santé Publique (!) limite cette possibilité pour les PH (et autres médecins

hospitaliers : assistants, attachés...) à 3 ans maximum (donc jusqu'à 68 ans) et sous réserve d'une aptitude médicale.

Les conditions d'application de cette mesure ont été précisées par le décret 2005-207 du 1er mars 05 : les PH sont maintenus dans toutes leurs prérogatives sauf le droit à avancement (donc restant à l'échelon atteint à 65 ans, si tant est qu'il ne soit pas le dernier), le prolongement d'activité est prononcé sur décision de l'autorité ayant pouvoir de nomination après avis motivé de la CME et du CA, l'intéressé devant produire un certificat d'aptitude physique et mentale établi par un médecin agréé. Le prolongement demandé pour une période de 6 mois (minimum) à 12 mois (maximum) est renouvelable pour la même durée par tacite reconduction après préavis de un mois.

En cas de travail au-delà de 65 ans dans le cadre général de la Loi Fillon, la réglementation de l'IRCANTEC (contrairement celle de l'ARRCO/AGIRC) ne prévoit pas d'y rester assujéti, donc en principe il n'y a pas acquisition de points de retraite supplémentaires. Toutefois, par dérogation, les PH sont admis à continuer à cotiser à l'IRCANTEC au-delà de 65 ans (dans la limite de 36 mois) si cette prolongation résulte d'un arrêté ministériel (Ministère de la Santé et/ou DASS). Dès lors les cotisations versées sont attributives de points selon les mêmes modalités que pour les moins de 65 ans.

Cette disposition particulière de la réforme Fillon **se surajoute** aux deux possibilités (non caduques) qu'ont les PH de rempiler au titre de l'article 46 de la Loi 87-588 du 30 juillet 1987 (et sa circulaire d'application 215 du 13 octobre 87) soit pour simple raison de famille soit pour enfant tardivement à charge.

- les PH ayant élevé au moins 3 enfants (encore vivants lorsque le PH atteint 50 ans) peuvent demander à poursuivre leur activité (sous réserve d'aptitude médicale : avis de la CME et du CA) ce jusqu'à 66 ans (soit une année supplémentaire).

- les PH ayant encore des enfants fiscalement à charge à 65 ans peuvent poursuivre leur activité d'une année supplémentaire par enfant (dans la limite de 3 années soit au maximum jusqu'à 68 ans). Le recul reste acquis même si un ou plusieurs enfants cessent d'être à charge après 65 ans ; inversement l'entrée au foyer d'un enfant postérieurement à cette date reste sans influence.

14 - le rachat de la durée des études supérieures (sauf en cas de travail simultané pour financer ses études) **ou des années civiles partiellement cotisées** (en cas d'attribution de moins de 4 trimestres) est désormais possible pour les salariés dans la limite de 12 trimestres.

En l'occurrence, pour les PH, le rachat au titre des années d'études pourrait concerner les 2 ans du PCEM et les deux premières années du DCEM.

Quant au rachat au titre des années civiles partiellement cotisées il pourrait concerner les périodes d'étudiantat hospitalier : sachant que pour valider 1 trimestre SS il faut avoir perçu un salaire annuel de 200 fois le SMIC horaire (donc 800 fois pour 4 trimestres), les étudiants hospitaliers (DCEM 2-3-4) affiliés ne peuvent en principe valider sur cette période là que 1 trimestre par an (calcul tenant compte du décalage entre année universitaire et année civile) hormis travail estival surajouté juste avant D2 ou internat dès la fin de D4.

Le rachat sera possible entre 20 ans (peu intéressant à cet âge vu le manque de visibilité) et 60 ans. Provisoirement, à l'ouverture du dispositif en 2004, la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse n'acceptait que les demandes venant de salariés âgés d'au moins 54 ans (pour éviter l'engorgement des caisses).

Depuis le décret 2006-879 du 17 juillet 06 a étendu cette possibilité à tous les assurés (âgés entre 20 et 60 ans) et établis les tarifs correspondants. Afin de tenir compte de ce décalage dans l'ouverture du droit, pour ceux qui avaient moins de 54 ans en 2004 et qui

feront leur demande en 2006, le tarif appliqué sera celui correspondant à leur âge diminué de 2 ans.

Le rachat peut se faire selon deux options (rachat possible en plusieurs temps mais option choisie au départ irrévocable) :

- soit pour augmenter le taux de liquidation (pour obtenir le nombre de trimestres nécessaire à une retraite à taux plein)
- soit pour augmenter à la fois le taux et la durée d'assurance (nombre de trimestres validés).

Le coût du rachat dépend de l'option choisie (l'option mixte est près de 50 % plus chère que l'option taux seul), de l'âge du PH (à la date de la demande de rachat) et de ses revenus professionnels (salariés et libéraux) des 2 années précédant celle de la demande. En fait pour les PH les revenus ne sont pas une variable car le rachat est établi sur un salaire plafonné (PASS) qui est en principe largement dépassé.

Le coût du rachat proposé est actuariellement neutre (pour la CNAV) donc en clair, pour le salarié, plus il rachètera tard dans sa carrière (mais meilleure sera sa visibilité), plus le coût sera élevé.

Le coût actuel du rachat d'un trimestre avec l'option " Taux seul " est compris entre 1.200 euros (20 ans) et 3.800 euros (60 ans) : par exemple 3.570 euros à 56 ans.

Et avec l'option " Taux & Durée " il est compris entre 1.800 euros (20 ans) et 5.700 euros (60 ans) : par exemple 5.290 euros à 56 ans.

Le coût est donc non négligeable mais le rachat est fiscalement déductible des revenus imposables. En cas de rachat de plusieurs trimestres un échelonnement de paiement est possible : sur 1 ou 3 ans (si rachat de 2 à 8 trimestres) ou bien sur 1, 3 ou 5 ans (si rachat de 9 à 12 trimestres).

Cette possibilité de rachat est un avantage certain pour les PH vu leurs revenus élevés (alors que le coût du rachat est lui plafonné) et en particulier pour les TP sans SP du fait de l'important effet de levier au niveau de l'IRCANTEC (la retraite complémentaire d'un TP sans SP représentant près des $\frac{3}{4}$ de la pension globale versée). De plus le coût réel du rachat est d'autant moins élevé que le PH est lourdement imposé.

Par contre en terme de rendement (optimisation du rachat) l'option mixte, beaucoup plus onéreuse, est à déconseiller absolument aux Temps partiel (très faible effet de levier vu la modicité de la retraite complémentaire) et n'est pas vraiment à recommander aux Temps plein (l'option mixte n'augmente pas l'effet de levier).

Ainsi avec l'option Taux seul, le rachat pour un PH sans SP (avec 35 ans de carrière) est certes amorti en 13 ans $\frac{1}{2}$ au regard de la seule pension SS mais surtout **amorti en 5 ans** au regard de la retraite globale servie (très fort effet de levier au niveau de l'IRCANTEC) ...et cela sans même tenir compte de la déductibilité fiscale du rachat.

Par contre avec l'option mixte le rachat est amorti seulement en 14 ans $\frac{2}{3}$ au regard de la seule pension SS et 6 ans $\frac{1}{2}$ au regard de la retraite globale.

15 - les conditions de versement de la **retraite de réversion** (à hauteur de 54 % de la pension de base c'est à dire avant éventuelle minoration d'anticipation) sont nettement améliorées : elle sera désormais attribuée sans conditions d'âge, de durée de mariage et même si un remariage a eu lieu

(voir l'article spécifique du même auteur sur les pensions de réversion, paru dans le numéro de mai 06 de TOUT PREVOIR, périodique de l'AGMF-GPM, mutuelle de prévoyance confraternelle).

16 - le **cumul-emploi retraite**, extrêmement réglementé depuis l'ordonnance du 30 mars 1982 (chômage oblige), est nettement assoupli (pénurie de certains professionnels oblige, en particulier dans le secteur Santé) : il est possible de cumuler sa pension avec le revenu d'une activité relevant d'un autre régime et surtout la réforme Fillon a supprimé l'interdiction de reprendre un travail salarié chez l'ancien employeur ce qui est désormais possible après une interruption d'activité d'au moins 6 mois.

En outre les conditions de cumul en ont été précisées dans deux décrets (2004-1130 et 1131 du 19 octobre 04) et une circulaire (2006-18 du 21 février 06) : le montant de ses nouvelles ressources de salarié (revenus découlant de cette reprise ajoutés au total des pensions de retraite de base et complémentaire) ne devra pas dépasser le montant du dernier salaire d'activité (moyenne des 3 derniers mois). En cas de dépassement le versement des pensions est suspendu.

• **la retraite IRCANTEC**

Alors que l'ARRCO et l'AGIRC (caisses de retraite complémentaire des salariés et des cadres du secteur privé) avaient déjà été profondément réformées suite aux accords d'avril 1996 (avec forte minoration des pensions et tentative de suppression des majorations familiales), l'IRCANTEC, depuis 1992, n'avait fait l'objet d'aucune modification majeure jusque qu'en 2003.

Un arrêté du 26 décembre 2003 visant à transposer dans ce régime complémentaire les principales orientations de la réforme des retraites du 21 août 2003 a officialisé plusieurs mesures proposées par le CA de l'IRCANTEC :

- un **allongement de 150 à 160 trimestres de la durée d'assurance** nécessaire pour ne pas se voir appliquer un coefficient de minoration, allongement non progressif à effet immédiat par alignement sur la durée de référence évolutive prévue par la loi.
- une **indexation** des retraites (valeur de point) sur les prix à la consommation et non plus sur les salaires (PASS).
- un **assouplissement du cumul emploi-retraite** (sans que les cotisations IRCANTEC perçues pendant la période de retraite soient attributives de points)
- la **disparition de la discrimination** vis à vis des veufs en matière de pension de réversion.

Le projet du CA comprenait aussi d'initier une baisse du taux de rendement du régime (considéré comme trop généreux) par une augmentation rapide du salaire de référence (le diviseur de la formule de calcul des points attribués chaque année) avec l'objectif d'aligner ce rendement sur celui des régimes ARRCO/AGIRC des cadres du Privé à savoir de passer progressivement de 15 à 8 % (en proposant de le fixer à 14 % pour 2004) : ce point auquel les partenaires sociaux se sont fortement opposés fut abandonné : la suite allait montrer que, plus qu'un enterrement, c'était un sursis.

A noter que le texte ne parlait pas de rachat des années d'études alors que le principe venait d'en être admis dans les régimes ARRCO/AGIRC : l'accord signé le 13 novembre 2003 permettait, dans chacun des 2 régimes, le rachat de 70 points par années d'études (dans la limite de 12 trimestres) sous réserve que l'affilié ait demandé le rachat pour les mêmes périodes dans le régime de base.

C) Evolution des pré retraites statutaires

La palette de pré retraites offre 3 possibilités supplémentaires de retraite à la carte.

• **la cessation progressive d'exercice (CPE)**

Jusqu'alors cette possibilité était ouverte à partir de 55 ans (sous réserve des nécessités du service et sous réserve d'avoir 25 ans de services civils ou militaires à titre de fonctionnaire ou d'agent public et de ne pouvoir disposer d'une retraite à taux plein).

Permettant d'exercer à mi temps (soit 5 demi journées), elle permettait d'obtenir en sus de la moitié de sa rémunération de PH temps plein et de la moitié de l'indemnité d'engagement de service public exclusif, une indemnité exceptionnelle de 30 % (non soumise à cotisation IRCANTEC)

Ce dispositif présentait trois inconvénients : l'option (exclusive de toute autre activité) était irrévocable si elle est acceptée, la mise hors assiette IRCANTEC de l'indemnité de 30 % faisait perdre pas mal de points en tranche B et le départ en retraite à 60 ans était obligatoire (avec éventuelle décote en cas de manque de trimestres requis).

La transposition aux PH de la CPA des salariés prévue par la loi Fillon, entérinée par le décret 2006-717 du 9 juin 06, rend le dispositif pérenne et lui apporte quelques améliorations : l'octroi sera désormais ouvert à partir de 57 ans sous réserve d'avoir 33 ans de durée cotisée tous régimes confondus dont 25 au titre de fonctionnaire ou d'agent public (et de ne pas remplir les conditions requise pour une retraite à taux plein : ce qui pour les PH ne peut advenir qu'en cas d'invalidité) et toujours sous réserve des nécessités du service.

Deux options d'exercice sont possibles : soit fixe (50 % d'activité avec 60 % de rémunération globale) soit dégressive (80 % d'activité rémunérée au 6/7 - soit 85,7 % - du salaire temps plein pendant 2 ans, puis au delà 60 % d'activité rémunérée 70 %).

Point important, l'obligation d'un départ en retraite à 60 ans devient caduque : le bénéficiaire de ce dispositif est désormais acquis jusqu'à 65 ans (voire 68 ans).

Toutefois l'option est irrévocable jusqu'à l'âge d'ouverture des droits à une retraite à taux plein (au delà la poursuite est au choix du praticien) et l'indemnité spéciale différentielle (5,7 % ou 10 %) reste toujours hors assiette de cotisation IRCANTEC.

• **La Retraite Progressive**

Jusqu'alors cette possibilité, ouverte à partir de 60 ans aux PH ayant au moins 160 trimestres cotisés, permettait un travail réduit à 80 % ou 50 % (exclusif de tout autre activité), sous réserve d'un accord du directeur et de la CME. Le temps réduit devait être effectif avant de présenter sa demande de RP aux caisses de retraite.

En sus du salaire temps plein versé prorata temporis, le PH percevait une partie de sa pension de base (SS) et pension complémentaire (IRCANTEC), majorations familiales comprises : versement de 30 % de la pension théorique si option d'activité à 80 % et de 50 % si option d'activité à 50 %.

Suite au plan de maintien en activité des seniors annoncé par le Premier Ministre en juin 2006, les décrets 2006-668 / 669 du 7 juin 06 sont venus améliorer certains points de la RP : désormais durant sa RP le salarié continuera à acquérir des droits à retraite (en matière de durée d'assurance requise pour une retraite à taux plein) ; à compter du 01.07.2006 jusqu'au 31.12.2008 l'octroi sera ouvert aux salariés justifiant d'au moins 150 trimestres (et non 160) tous régimes confondus. En outre au moment de la liquidation de pension, celle ci ne pourra être inférieure au montant entier ayant servi de base au calcul de sa retraite progressive, le cas échéant revalorisé.

• **le Compte Epargne Temps (CET)**

Créé par décret du 18 novembre 2002 relatif à l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) des PH, le CET peut représenter une pré retraite de fait, particulièrement avantageuse.

Le CET, compte nominatif ouvert pour 10 ans maximum, peut toutefois être prorogé jusqu'au départ à la retraite pour les PH âgés de plus de 55 ans à l'ouverture du compte. On peut y épargner chaque année jusqu'à 20 jours de RTT et 5 jours de congé annuel (le total étant bonifié à hauteur de 10 %) : en faisant valoir de tels droits à congé différés lors de sa retraite programmée, cela peut permettre d'anticiper son départ en retraite effectif de près d'une année, ce tout en étant rémunéré à l'échelon atteint (en principe le 13 ième) et donc en continuant à acquérir autant de points IRCANTEC.

Le seul problème est que ce CET constitue pour les hôpitaux un vrai bombe à retardement tant sur le plan humain que financier : en accélérant le départ massif de la génération de mai 68, ce dispositif va amplifier la paupérisation des hôpitaux en effectifs médicaux.

Les hôpitaux, déjà mis à mal par la faible attractivité actuelle des carrières hospitalières, aux prises avec une démographie médicale préoccupante découlant d'un numerus clausus trop longtemps drastique, si tant est qu'ils arrivent à recruter, devront supporter pour remplacer les partants, la charge de double émoluments.

Des lors on ne peut exclure que ces droits acquis passent un jour à la trappe au travers d'un article noyé dans un texte législatif sur le (ré)aménagement des 35 heures.

D) Menaces planant sur les retraites SS et IRCANTEC

Certaines mesures décidées peinent à entrer en application et de gros nuages noirs assombrissent l'avenir de nos deux régimes de retraite statutaires.

• Retraite SS : menaces sur les possibilités de rachats...

En juin 2006, alors que le Gouvernement lance un "plan pour l'emploi des seniors", l'analyse du comportement des salariés montre qu'ils sont nettement plus demandeurs d'anticipation de retraite que de prolongement d'activité : on note en effet un franc succès de ces coûteux rachats de trimestres (6.800 rachats effectifs depuis 2004 alors même que les seuls dossiers de seniors sont pris en considération et 7000 dossiers de demandeurs de moins de 54 ans en attente), notamment de la part des cadres.

Face à ce succès inattendu les Pouvoirs Publics auraient envisagé d'une part d'empêcher le recours aux rachats pour les salariés voulant bénéficier d'un départ anticipé (par rapport à leur butoir statutaire), d'autre part de relever substantiellement le coût financier des rachats.

Ils semblaient y avoir renoncé face à l'hostilité des syndicats... ce n'était que partie remise !

En effet un décret du 17 juillet 06 (auquel est associé un barème de versements, barème qui sera fixé tous les ans par arrêté ministériel) fait état de tarifs progressivement mais nettement relevés d'ici 2008 : pour 2006 l'augmentation est de 3 % (correspondant à l'évolution du PASS) mais celle programmée pour 2008 serait de 6 % en sus de l'augmentation des salaires (PASS). De plus, désormais le tarif dépendra de l'âge du PH non plus au moment du dépôt de sa demande mais lors de l'acceptation de la proposition qui lui est faite.

Rappelons que pour les PH les rachats sont d'autant plus intéressants que les salaires sont élevés (le coût du rachat est calculé sur la part de salaire plafonnée au PASS), qu'il y a en corollaire un fort effet de levier sur la pension IRCANTEC et que ces rachats sont déductibles des revenus imposables.

Mais le risque est de voir les Pouvoirs publics, pour freiner le recours à un dispositif ayant trop de succès, notablement augmenter au fil des ans le coût du rachat, coût dont la progression n'a pas été prévue légalement en fonction d'un indice.

Toutefois on peut noter que les Pouvoirs publics, au travers du "Plan d'action concertée 2006-2010 pour l'emploi des seniors" annoncé en juin 2006 par le premier ministre, prévoient, pour inciter les salariés à retarder l'âge de leur retraite effective, que la surcote passerait à 4 % la 2^o année de dépassement et 5 % la 3^o année : il reste à voir si cette mesure détaillée dans le courant de l'été 06 et favorable aux salariés se traduira dans les textes.

- **Retraite IRCANTEC : non respect du protocole d'accord de mars 2005 ?**

Le relevé de décisions signé le 31 mars 2005 dans le cadre de la modernisation de l'hôpital entre Philippe Douste-Blazy, Ministre de la Santé, et deux des organisations syndicales (SNAM-HP et CMH) donnait corps à un aménagement important des statuts de médecins hospitaliers : outre un rapprochement des statuts entre PH temps plein et PH temps partiel et l'ouverture de négociations sur la retraite des HU, ce protocole prévoyait la prise en compte des astreintes (progressivement unifiées au tarif opérationnel) dans l'assiette des cotisations IRCANTEC et la création d'un Centre National de Gestion des carrières dont une des missions serait "l'information sur le dispositif réglementaire de retraite".

Il était prévu que l'intégration des astreintes dans l'assiette IRCANTEC soit progressive, étalée sur 3 ans (1/3 en juillet 05 , 1/3 en juillet 2006 et 1/3 en juillet 2007) : à ce jour les PH sont encore dans l'attente des décrets d'application...

- **Retraite IRCANTEC : un projet de réforme suspendu en décembre 2005**

L'IRCANTEC comprend 15 millions d'affiliés, 2,4 millions de cotisants actifs (auquel il faut rajouter 11 millions de cotisants dormants) et 1,6 millions d'allocataires. Les PH, statutairement considérés comme "non titulaires nommés à titre permanent" (sic), y sont donc affiliés.

La durée moyenne d'affiliation des cotisants est de 8 ans 11 mois (la plupart des affiliés sortant du régime soit par titularisation dans l'une des 3 fonctions publiques soit par choix du privé) ; les 35 000 PH représentant 1,5 % des affiliés actifs sont quasiment les seuls à y cotiser durant toute leur carrière ce qui, rapporté à leur nombre, en fait les plus gros contributeurs en poids de cotisations (environ 16 % des 1,87 milliards de cotisations encaissés en 2005). Pourtant, malgré leur demande insistante, ils ne sont pas représentés es qualité au Conseil d'Administration de leur Caisse complémentaire (dont la gestion reste opaque) alors même qu'ils seraient les plus touchés en cas de réforme. Le seul PH administrateur actuel (par ailleurs SG du Syndicat des Médecins Urgentistes de France) l'est seulement au titre de la CGT, l'une des grandes centrales syndicales considérées comme représentatives.

Alors que l'on nous disait la situation assainie et les équilibres retrouvés depuis les mesures prises en 1992, on découvre brutalement, courant 2005, que la pérennité du régime ne serait plus assurée à moyen terme : les projections, tant démographiques du Conseil d'Orientation des Retraites (COR) que financières de la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC), augureraient des déficit techniques à partir de 2013 et un épuisement des réserves en 2026.

Où l'on feint de découvrir, 35 ans après la création de cette caisse, que le taux de rendement du régime (15,1 %), très supérieur à son taux de rendement d'équilibre

actuariel (9 %) fait bénéficier ses affiliés d'un temps de recouvrement des cotisations particulièrement favorable (6 ans ½), alors même qu'actuellement l'espérance de vie à 65 ans est de 17 ans pour les hommes et 21 ans 1/3 pour les femmes.

Fort de ces expertises (non soumises à débats contradictoires comme avec le projet Fillon de réforme des retraites de base) les quatre Ministères de Tutelle de l'IRCANTEC (Fonction publique, Finances, Intérieur, Affaires Sociales/Santé), en août 2005, ont fait pression sur son Conseil d'Administration pour qu'il mette en chantier une réforme majeure visant à un retour à l'équilibre en 4 ans. Le projet était en fait piloté par Yvan Jacob, Ministre de la Fonction Publique qui avait pour objectif de passer en force avant la fin de l'année pour une application au 1^{er} janvier 2006.

Ce projet prévoyait, par dérogations aux règles usuelles d'indexation, une évolution programmée temporaire (2006-2009) des 3 paramètres clés du régime IRCANTEC :

- forte sur indexation des taux de cotisations (par rapport aux taux d'appels et taux théoriques en vigueur depuis 1992), augmentant à terme, pour le salarié, de 39 % pour la tranche A et 19 % pour la tranche B
- très forte sur indexation du salaire de référence (valeur d'achat du point) augmentant à terme de 88 % et entraînant une sévère minoration des points restant à acquérir.
- sous indexation de la valeur du point (augmentation annuelle limitée à 2/3 de l'inflation) influant sur le montant des pensions servies.

Cela aboutissait, à l'instar de ce qui avait été réalisé 10 ans auparavant pour le régime complémentaire des cadres et salariés du privé, à faire passer le rendement théorique du régime de 15,1 % à 9 % et le rendement effectif de 12,1 à 7,2 % (ce dernier étant à comparer aux chiffres de l'ARRCO/AGIRC).

Pour les PH juniors les conséquences de cette réforme projetée étaient particulièrement sévères : ainsi un PH nommé en 2010, après 35 ans de carrière, verrait sa retraite IRCANTEC amputée de 32 % s'il est Temps partiel) ou de 38 % s'il est Temps plein. En plein chantier de modernisation d'un hôpital en crise prolongée de vocations, c'était là rendre encore moins attractives les carrières hospitalières ! Et on s'éloigne à grand pas de l'objectif déclaré de la réforme Fillon d'assurer à tous un taux minimal de remplacement (pension versée en comparaison du dernier salaire) d'au moins 66 %.

Par contre pour les PH seniors (PH prenant leur retraite en 2010) la pension servie ne serait amoindrie que de 2 %, preuve que la solidarité inter générationnelle (pacte social des retraites par répartition) était encore une fois bafouée, en la circonstance par l'égoïsme de la génération de mai 68, actuellement aux affaires. Si des sacrifices sont incontournables ils doivent être équitablement partagés.

Il aurait été beaucoup plus juste à mon sens de faire porter le poids de cette réforme en priorité et pour l'essentiel sur la valeur du point.

Outre l'injustice manifeste, ce projet s'avérait contre productif, si tant est que le Ministère souhaite vraiment, en ces temps de pénurie médicale, attirer les spécialistes nouvellement formés vers les carrières hospitalières.

Ne pouvant accepter un projet aussi dévastateur, les syndicats de médecins hospitaliers ont alors réclamé le gel de toute décision prise dans la précipitation avec, en préalable aux discussions à venir, un audit réalisé par d'autres organismes compétents : l'indépendance et la fiabilité des travaux des experts du COR et de la CDC (bras séculier de l'Etat qui reste le principal employeur des affiliés à l'IRCANTEC) leur paraissaient en effet sujettes à caution.

Le ministre de la Santé, Xavier Bertrand, restant sourd à leur grogne grandissante, les syndicats de médecins hospitaliers se sont alors tournés vers Matignon. Le Premier Ministre, déjà aux prises avec le feu dans les banlieues, n'a pas voulu qu'il s'étende aux hôpitaux : le 7 décembre 2005, à la veille d'une grève, il a ordonné le retrait sine die du projet avec promesse que le chantier IRCANTEC serait spécifiquement repris avec les représentants des PH au cours du premier semestre 2006.

Les PH ont en outre gagné sur un autre point : au titre d'une amélioration de gouvernance de la caisse dont le CA est paritaire (30 membres dont 15 représentant des employeurs et 15 représentants des grandes centrales syndicales) , le principe d'une représentation au CA de l'IRCANTEC des collectivités hospitalières en tant que telles et des médecins hospitaliers es qualité est désormais acquis ...sous réserve, comme toujours, de voir paraître les décrets d'application.

Sur le fond le pire a été évité mais la menace est toujours là !

C'est seulement le 12 juin 06 qu'a pu avoir lieu une réunion (informelle) entre la DHOS et les 4 intersyndicales de praticiens sur l'IRCANTEC, avec reprise des négociations le 8 septembre. Nos représentants se voient toujours opposer un refus à leur demande unanime d'audit de la caisse par des actuaires indépendants. Les discussions ont porté entre autres sur un frein à la baisse projetée du niveau de retraite des PH par 3 mesures qui devraient être arbitrées dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 :

1 - intégration des astreintes dans l'assiette IRCANTEC : c'est là oublier bien vite que ce point était déjà acté dans un protocole d'accord antérieur au projet (accord Douste-Blazy de mai 05).

2 - intégration des primes dans l'assiette IRCANTEC : en particulier de la prime d'engagement de service public exclusif, voire (mais ce n'est pas acté) de la future indemnité sectorielle et de liaison (psychiatres ; gériatres ?) et de la nouvelle part complémentaire variable (encore réservée à ce jour aux seuls chirurgiens et psychiatres ...mais qui pourraient être rapidement étendue aux anesthésistes-réanimateurs)

3 - extension statutaire de l'assiette IRCANTEC des PH Tpa , portée de 66 % à 100 % (et il en serait de même pour les attachés ...mais toujours pas pour les TP avec SP).

Les chiffrages de la DHOS (optimistes) que nous avons revus, conduiraient à une moindre chute de la retraite complémentaire, la baisse passant de - 38 % à - 25 % pour un TP sans SP, de - 38 % à - 33 % pour un TP avec SP.

Et pour les Temps partiel la baisse serait plus qu'enrayée, avec une pension IRCANTEC qui passerait de - 32 % à + 75 % : ils semblent à priori les grands gagnants de ces négociations !

Il s'agit toutefois d'estimations grossières et moyennes ne pouvant que masquer des extrêmes, cela étant donné la disparité des spécialités (plus ou moins astreignantes).

Il fut en outre question d'un troisième étage de retraite (dite sur complémentaire) à la demande de certains syndicats d'hospitaliers (INPH et CHG) qui souhaitent la création d'un "régime additionnel obligatoire" abondé par l'employeur, fonctionnant par "répartition provisionnée", un principe récemment utilisé (notamment pour le Régime Additionnel de la Fonction Publique auquel désormais les praticiens HU cotisent sur leurs primes) : ce non sens commode est une subtilité sémantique permettant de ne pas prononcer le terme de "capitalisation collective", histoire de ne pas froisser, vu l'allergie aux fonds de pension, les susceptibilités politico-syndicales.

Cela ne reviendrait-il pas à créer, aux frais des PH, un cache misère qui ne résoudrait en rien le problème de l'IRCANTEC, un régime dans lequel les 36.000 PH ont, tout au moins moralement, plus de droits que la plupart des autres affiliés ?

De plus parmi les produits proposés comme (sur)complémentaire, certes facultatifs, le CREF (auquel a fait suite le COREM) est de funeste mémoire, le CGOS présente des tares peu engageantes (pseudo contrat de capitalisation avec un engagement de versement des rentes limité à 5 ans) et la PREFON, pourtant largement diffusée, est loin d'être exemplaire (gestion syndicale opaque...). Et on verra plus loin que l'ASV, (sur)complémentaire obligatoire des libéraux, s'est révélé être un miroir aux alouettes.

Aussi il paraît difficile d'être convaincu de l'intérêt pour les PH d'une telle création (le cas des HU est bien différent car, là, c'était à l'époque un moyen détourné de pallier – partiellement – à l'absence de retraite sur leur part hospitalière ; depuis les discussions semblent s'orienter vers un émargement des HU à l'IRCANTEC !).

A l'heure de la retraite à la carte prônée par la Loi Fillon, si un effort majeur doit être consenti par les PH, autant qu'il le soit au travers d'investissements personnels facultatifs (PERP, PEA...).

2 - LA RETRAITE DES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Désormais, pour les 4100 PU-PH et les 2000 MCU-PH, personnels titulaires de l'Education Nationale, les paramètres qui déterminent leur pension (universitaire) ne dépendent plus de l'année du départ en retraite mais de l'année où le praticien HU atteint ses 60 ans (donc en fait de sa date de naissance) : il s'agit là d'un point capital de la retraite des fonctionnaires, conséquence de la réforme Fillon du 21 août 2003 qui visait d'abord et surtout à aligner les salariés du Public sur ceux du Privé quant à la durée d'assurance requise pour une retraite à taux plein et à harmoniser certains points annexes.

En outre, à la différence des PH et salariés du privé, pour les fonctionnaires des trois Fonctions Publiques - d'Etat, Hospitalière et Territoriale - la réforme Fillon apporte deux évolutions majeures : une modification sensible de l'attribution des bonifications pour enfants et la création d'un régime additionnel prenant en compte une partie des primes.

L'harmonisation amorcée entre tous les régimes de retraite est loin d'être complète et il résulte de tout cela que la retraite des HU, autrefois d'une grande simplicité, est devenue au contraire d'une complexité inouïe.

De plus ceux ayant cotisé successivement ou simultanément au titre d'activités relevant de différents régimes de retraite percevront plusieurs pensions servies par autant de régimes de base et complémentaires : dans la pratique les HU toucheront donc une retraite SS et IRCANTEC correspondant notamment aux années d'Internat et Clinicat (si elles n'ont pas été rachetées), aux éventuelles années de fonction PH ...et aux jobs d'été.

A) La situation des PU-PH et MCU-PH avant 2004 : les points importants

Les HU qui relèvent du statut de la Fonction Publique d'Etat (2,3 millions de cotisants) n'ont pas de caisse de retraite mais dépendent du Service des Pensions Civiles et Militaires (et de son code : CPCM), service sous tutelle du Ministère des Finances, délocalisé à Nantes. Les pensions versées proviennent donc directement du Budget de l'Etat (c'est à dire des impôts de tous les français qu'ils soient ou non fonctionnaires) ce qui, pour un système de retraite dit par répartition, représente une perversion institutionnalisée.

La cotisation versée par les fonctionnaires pour leur pension de retraite est, depuis 1991, de 7,85 % du salaire brut indiciaire.

Ayant une double appartenance hospitalo-universitaire ils n'ont droit qu'à une retraite universitaire en application du décret du 29 octobre 1936 modifié relatif au cumul des retraites, situation qui constitue un véritable déni de justice étant donné que leur double fonction est statutaire.

Ainsi, faute d'une retraite hospitalière, la pension obtenue pour une carrière HU classique, exprimée en taux de recouvrement, avoisine seulement 40 % des derniers émoluments hospitalo-universitaires.

L'indemnité spéciale instaurée en 1982 (décret du 29 décembre 82) pour les HU sans activité libérale (de montant équivalent à l'indemnité d'engagement de service public exclusif versée aux PH TP sans SP) était en principe destinée à compenser l'absence de retraite des HU sur leur part hospitalière. A cela il fallait rajouter le fait que l'absence d'un prélèvement de quelques 9 % (en moyenne) de cotisations vieillesse sur le salaire hospitalier augmentait d'autant le salaire net, différentiel que le HU avait le loisir d'affecter à un système de retraite optionnel de type Prefon ou autres.

Le Code des pensions civiles et militaires est un système de retraite unique (pas de caisse complémentaire) fonctionnant par annuités et non par points : la retraite de base est de 2 % du dernier salaire universitaire (salaire brut moyen des 6 derniers mois, hors primes et/ou indemnités : supplément familial...) par annuité validée (cotisée ou assimilée) avec un maximum de 37 ans $\frac{1}{2}$ pris en compte (soit au mieux 75 % du dernier salaire).

Pour toucher une retraite de la fonction publique il faut justifier d'au moins de 15 ans de services effectifs (donc hors bonifications de durée) - sauf si invalidité - et d'un âge minimum (60 ans pour un emploi sédentaire ; pas de minimum d'âge pour les fonctionnaires mères d'au moins trois enfants) et il n'existe jusqu'alors aucun système de pénalités (coefficients de minoration) en cas de retraite précoce.

Si à terme le HU n'a pas 15 ans de services effectifs, il est considéré au regard de la Fonction publique comme "titulaire sans droits", ses droits à pension étant dès lors transférés conjointement dans le régime général de la SS et dans le régime complémentaire de l'IRCANTEC.

Certaines périodes sont assimilées à des services effectifs : service militaire (même antérieur à l'emploi fonctionnaire), congé maladie, maternité ou d'invalidité.

Pour les HU l'âge statutaire de départ à la retraite est fixé à 65 ans, avec toutefois possibilité (limité) de consultant jusqu'à 68 ans.

En outre une prolongation au delà de l'âge statutaire est possible au titre de l'article 4 de la loi du 18 août 1936 soit pour simple raison de famille soit pour enfant tardivement à charge, les deux possibilités n'étant pas cumulables.

- les fonctionnaires ayant élevé au moins 3 enfants (encore vivants lorsqu'il atteint 50 ans) peuvent demander à poursuivre leur activité pendant un an (sous réserve d'être reconnu apte) :

- les fonctionnaires ayant encore des enfants fiscalement à charge à 65 ans peuvent poursuivre leur activité d'une année supplémentaire par enfant (dans la limite de 3 années soit au maximum jusqu'à 68 ans). Le recul reste acquis même si un ou plusieurs enfants cessent d'être à charge après 65 ans ; inversement l'entrée au foyer d'un enfant postérieurement à cette date reste sans influence.

Les femmes ont droit à une bonification de mère de famille d'une annuité supplémentaire par enfant mis au monde (ou élevé pendant au moins 9 ans avant l'âge de 21 ans s'il s'agit d'un enfant adopté ou recueilli), ce sans autres conditions notamment par rapport au statut de fonctionnaire au moment des naissances ou adoptions : la

retraite maximale, bonifications comprises ne peut dépasser 40 annuités (soit au mieux 80 % du dernier salaire).

A la pension de base (éventuellement bonifiée) s'ajoute, tant pour les hommes que pour les femmes, une majoration familiale très favorable de 10 % pour 3 enfants élevés et 5 % de plus par enfant supplémentaire. La pension bonifiée et majorée ne peut dépasser 100 % du salaire de base.

A noter enfin une indexation des pensions sur les salaires et non sur les prix.

La pension de réversion, à hauteur de 50 %, est versée au conjoint survivant sans conditions d'âge ni de revenus (mais avec condition de durée minimale de mariage ou d'enfant né du mariage et condition de non-remariage ou non-concubinage). En outre chaque orphelin a droit jusqu'à 21 ans à une pension égale à 10 % (sans pouvoir dépasser le montant de la pension avant réversion sinon il y a réduction de la part de chaque enfant).

- **L'onde de choc provoqué par la jurisprudence Griesmar**

Joseph GRIESMAR, magistrat français alors en poste à Bruxelles et père de 3 enfants, en son nom personnel et au titre de l'égalité des sexes, a revendiqué au moment de prendre sa retraite une bonification paternelle. La revendication de ce fonctionnaire d'Etat s'est manifestée par une saisie du Conseil d'Etat (septembre 92) suivie d'une requête devant la Cour de Justice des Communautés Européennes (juillet 99).

Suite au jugement favorable de la CJCE (novembre 01) qui faisait jurisprudence, les pères fonctionnaires pouvaient se voir accorder les mêmes droits (sans restrictions quant à l'interruption ou non d'activité professionnelle) ...mais l'Etat, comme attendu, s'est refusé à généraliser cette mesure au coût non négligeable.

Afin de couper court à l'inflation de recours intentés par nombre de fonctionnaires masculins demandant à bénéficier de cette jurisprudence Griesmar, les Pouvoirs publics se sont alors empressés, par voie législative ...d'aligner par le bas la bonification jusqu'alors accordée aux seules femmes fonctionnaires (une annuité par enfant soit 2 % du dernier salaire) en liant la bonification - désormais parentale - à une obligation d'interruption professionnelle.

B) Conséquences de la réforme Fillon sur la retraite des HU

- Les mesures défavorables

1 - La durée d'assurance requise pour une retraite à taux plein (75 % du dernier salaire) qui jusqu'en 2003 était de 37 ans ½ de services validés : 150 trimestres) va passer progressivement à 40 ans d'ici 2008 en augmentant de 2 trimestres par an :

152 trimestres en 2004 avec un droit acquis par trimestre de 0,49342 % du dernier salaire, constitutif du taux de liquidation) ,

154 en 2005 (DA par T : 0,48701 %) , 156 en 2006 (DA par T : 0,48077 %)

158 en 2007 (DA par T : 0,47468 %) , 160 en 2008 (DA pat T : 0,46875 %)

Ensuite, comme pour les PH et salariés du privé, la durée de cotisation requise pour une retraite à taux plein passera progressivement à 41 ans en 2012 , voire 42 ans en 2020.

161 en 2009 (DA par T : 0,46584 %) , 162 en 2010 (DA par T : 0,46296 %)

163 en 2011 (DA par T : 0,446012 %) , 164 en 2012 (DA pat T : 0,45732 %)

A noter que toute fraction de trimestre égale ou supérieure à 45 jours est validée pour un trimestre. Cette comptabilisation entière des trimestres entamés est une mesure bienvenue pour les enseignants (années scolaires en décalage avec les années civiles).

Les trimestres retenus pour le calcul de la pension sont les mêmes que ceux retenus pour évaluer la durée d'assurance requise, sauf pour ce qui est des périodes cotisées à temps partiel (assimilées à du temps plein pour la durée d'assurance requise mais pas pour le taux de liquidation, sauf si c'est au titre de l'élevage d'un enfant) et des éventuels rachats de trimestres (au titre de la durée de services seule).

La durée d'assurance requise selon l'âge s'entend tous régimes de base confondus.

Désormais c'est l'année d'ouverture de ses droits à retraite qui détermine la durée d'assurance requise pour bénéficier d'une pension de retraite à taux plein (75 % du dernier salaire hors primes).

La date d'ouverture de ses droits à retraite est la date à laquelle le fonctionnaire remplit toutes les conditions pour pouvoir bénéficier immédiatement de sa pension, à commencer par réunir au moins 15 ans de services effectifs : dans la majorité des cas c'est 60 ans (âge légal de la retraite) mais pour un emploi actif ce peut être 55 ans voire 50 ans ...et même beaucoup moins pour les mères de 3 enfants (l'année de ses 15 ans de services ou l'année de naissance de son 3^o enfant selon celle de ces deux conditions nécessaires qui est atteinte en second, ce sous réserve d'une limitation datant de 2005 et exposée plus loin).

Autrefois simple calcul de pension (P) en un temps

P initiale = DTI x TL (soit ASV x 2 %)

DTI : dernier traitement indiciaire (versé depuis au moins 6 mois) , hors primes
TL : taux de liquidation (au maximum de 75 % , voire 80 % après bonifications)
ASV : annuités de services validés (périodes effectivement cotisées + bonifications)

Désormais le calcul de pension (P) se fait en 2 temps :

P initiale = DTI x TL (soit TSV x DAT en %)

DTI : dernier traitement indiciaire (versé depuis au moins 6 mois) , hors primes
TL : taux de liquidation (au maximum de 75 % ou 80 % après bonifications)
TSV : trimestres de services validés (périodes effectivement cotisées + bonifications)
DAT : droits acquis par trimestre (au taux correspondant à celui de l'année de ses 60 ans ou de l'âge de sa retraite statutaire s'il est inférieur), au mieux de 0,5 %

P définitive = P initiale x [1 ou (1 - (DC x dm)) ou (1 + (SC x ds))]

application éventuelle d'une décote (DC) en fonction de la durée manquante retenue (dm)
ou d'une surcote (SC) en fonction de la durée supplémentaire plafonnée (ds)

selon la durée d'assurance acquise (tous régimes de base confondus)
comparée à la durée d'assurance requise en fonction de son âge (année de ses 60 ans)
ou d'un emploi non sédentaire ou de l'avantage mère (voire père) de 3 enfants

Pour les Tpa ou T incomplets le DTI correspond à celui d'un emploi temps plein
et la DSV est calculée au prorata de la durée réelle (sauf
versement d'un supplément de cotisation à compter de 2004)

2 - l'indexation des pensions est désormais basée sur l'évolution de l'indice des prix à la consommation et non plus sur celle des salaires indiciaires des personnels en activité.

3 - Si la durée d'assurance validée (trimestres cotisés, assimilés ou bonifiés, tous régimes confondus) est inférieure au nombre de trimestres requis pour une retraite à taux plein, il y a désormais **application d'une pénalité (décote)** dont le taux va augmenter régulièrement en 10 ans (2006-2015) selon un système complexe associant plusieurs mesures transitoires (âge au delà duquel la décote ne s'applique pas ; nombre maximal de trimestres manquants effectivement retenus : franchise).

Le taux de décote du fonctionnaire dépend en premier lieu de l'année d'ouverture de ses droits à la retraite.

Les trimestres manquants sont comptés selon deux méthodes dont la plus favorable au fonctionnaire est retenue : soit par rapport à la durée d'assurance requise pour une retraite à taux plein, soit par rapport à l'âge au delà duquel la décote ne s'applique plus. Et en tout état de cause le chiffre obtenu ne peut dépasser la franchise.

Le taux de décote par trimestre manquant dépend de l'année d'ouverture des ses droits à retraite, passant de 0,125 % en 2006 à 1,250 % en 2015.

Au terme du dispositif en 2020 la décote sera de 1,25 % par trimestre manquant (dans la limite de 20 trimestres) et ne s'appliquera pas si le fonctionnaire, selon son emploi, atteint 65 ans (emploi sédentaire) ou 60 ans (emploi actif).

Toutefois il y a une limite à la décote, correspondant à la valeur du minimum garanti : ce minimum est fixé à la valeur de l'indice majoré 227 au 01.01.2004, revalorisé tous les ans selon l'indice INSEE des prix à la consommation, ce pour les fonctionnaires ayant au moins 40 ans de services effectifs ; pour celui qui n'a que 15 ans de services effectifs (bonifications comprises) le minimum sera égal à 57,5 % de ce chiffre, augmenté de 2,5 % par année de 15 à 30 ans et de 0,5 % par année de 30 à 40 ans ...mais avec en plus des dispositions transitoires jusqu'en 2013. Un pur chef-d'œuvre tout droit sorti de l'imagination fertile de nos technocrates !

4 - La bonification de mère de famille (une annuité par enfant sans conditions autre que d'avoir élevé un enfant pendant au moins 9 ans avant l'âge de 21 ans) est modifiée à compter des naissances postérieures à 2003, les quelques 2,7 millions de femmes fonctionnaires (parmi lesquelles nos infirmières ...et nos consoeurs HU) étant victimes de la réaction compréhensible des Pouvoirs publics face à la jurisprudence Joseph Griesmar.

C'est ainsi que les conditions d'attribution de la bonification maternelle sont devenues pour elles très restrictives : désormais au delà d'une prime d'accouchement (majoration au titre de la durée d'assurance de 2 trimestres par enfant né après le recrutement de la mère), ce pour ne pas pénaliser les femmes qui font le choix de continuer de travailler, la bonification de durée d'assurance sera seulement accordée au prorata de l'interruption d'activité professionnelle (congé post-natal, congé de présence parentale pour enfant gravement malade, disponibilité ou période à temps partiel pour élever un enfant de moins de 8 ans ...), dans la limite de 3 ans et seulement pour les enfants nés ou adoptés à compter du 01.01.2004 (autres enfants à charge exclus).

Et pour les mères d'enfants commencés à être élevés avant 2004, la bonification d'une annuité est maintenue à titre dérogatoire, seulement s'ils ont été mis au monde, adoptés ou recueillis après l'entrée de leur mère dans la fonction publique ou durant les années d'études directement en relation avec un emploi fonctionnaire occupé dans les 2 ans après le diplôme nécessaire pour se présenter au concours de recrutement (mais le cas des années d'études ne s'applique pas aux enfants adoptées ou recueillis à charge). Cette bonification est alors acquise à la fois au titre de la durée d'assurance et du taux de liquidation

Le fait de lier la bonification maternelle à l'interruption d'activité dessert manifestement nos consoeurs HU dont les triples responsabilités professionnelles ne les incitent pas à une interruption prolongée.

5 - La possibilité pour les fonctionnaires mères d'au moins 3 enfants (ou d'un seul enfant lourdement handicapé avec invalidité supérieure ou égale à 80 %) de pouvoir faire valoir leur droit à retraite dès 15 ans de services effectifs représente une opportunité largement utilisée (environ 5000 départs anticipés annuels), notamment par

nos infirmières : cette mesure, pourtant très critiquée, n'a finalement pas été remise en cause par la réforme Fillon.

Les enfants donnant droit correspondent aux enfants vivants légitimes, naturels ou adoptés ; ou s'ils sont décédés ils doivent avoir été élevés pendant au moins 9 ans avant l'âge de 16 ans (fin de la période légale d'éducation) ou de 20 ans (c'est à dire jusqu'à la fin de versement des prestations familiales).

A noter, et c'est capital, que même s'il n'y a pas départ en retraite immédiat, la mesure joue très favorablement sur la date d'ouverture de leurs droits à retraite (et donc sur le nombre de trimestres requis et sur les droits acquis par trimestres).

Toutefois, et là encore suite à la jurisprudence Griesmar, l'article 136 de la Loi de finances rectificative du 30 décembre 2004 et son décret d'application 2005-449 du 10 mai 2005 étend aux pères de 3 enfants cette possibilité mais, en corollaire, ajoute désormais aux deux conditions sus dites une condition d'interruption d'activité périnatale ou adoptive (interruption continue d'au moins 2 mois) ce qui en principe ne pose pas problème pour les femmes ayant été en congé maternité ou en congé d'adoption.

Les ambiguïtés du décret de mai 05 ont été levées par la circulaire 2093 du 5 juillet 2005 et ses modalités d'application ont été précisées par instruction du service des pensions de Nantes (note 797 du 19 mai 2006).

Ces textes précisent bien que les trois enfants en question peuvent être nés ou avoir été adoptés alors que l'agent n'avait pas le statut de fonctionnaire (ce qui est donc moins restrictif que pour la bonification parentale), mais par contre précisent que, compte tenu de la date de parution de ces nouvelles modalités, l'année d'ouverture de leurs droits à retraite ne pourra être antérieure à 2005 même si les trois conditions de base étaient antérieurement remplies ...ce qui rend l'avantage moins substantiel pour les seniors.

Toutefois à titre dérogatoire (vu les interprétations divergentes des différentes administrations ayant perduré) il est admis que cette nouvelle doctrine ne s'appliquerait qu'à compter du 01.01.2007 : cela va certainement créer un afflux de demandes de mise à la retraite d'ici la fin 2006 ...et nous risquons d'avoir encore moins d'infirmières dans nos hôpitaux !

- Les mesures neutres (statu quo)

6 - La substantielle majoration familiale n'est pas remise en cause : majoration de 10 % pour 3 enfants (+ 5 % par enfant supplémentaire) biologiques, adoptés ou à charge, élevés pendant au moins 9 ans avant leur 16^e anniversaire (où jusqu'à l'âge où il ne sont plus à charge).

Le montant de la pension majoré ne doit toujours pas dépasser 100 % du salaire d'activité, plus exactement du traitement de base indiciaire .

7 - L'assiette de calcul de la pension qui initialement devait être élargie au salaire moyen des 3 dernières années, suite à l'hostilité des syndicats qui s'est manifestée, demeure toujours assise sur le dernier salaire indiciaire (celui versé depuis au moins depuis 6 mois ou à défaut le précédent) : il persiste ainsi une différence flagrante avec les salariés du privé (assiette basée sur le salaire moyen des 25 meilleures années).

8 - Pour la Fonction Publique, à la différence des salariés du Privé (et des PH assimilés) la réforme Fillon n'a rien changé les conditions d'attribution de la retraite de réversion qui reste soumise à des conditions de mariage et suspendue en cas de remariage ou concubinage.

(voir l'article spécifique du même auteur sur les pensions de réversion, paru dans le numéro de mai 06 de TOUT PREVOIR, périodique de l'AGMF-GPM, mutuelle de prévoyance confraternelle).

- Les mesures favorables

9- Les fonctionnaires travaillant à temps partiel ou incomplet (périodes retenues pour leur durée réelle quant à la durée des services, sauf celles accordées pour élever un enfant) verront désormais leurs années travaillées à temps incomplet compter à plein pour la constitution du droit à pension (minimum des 15 ans effectifs) et pour la durée d'assurance (calcul de la décote). Ce point est intéressant à connaître pour les CCA...

En outre les périodes effectués à temps partiel à partir du 01.01.2004 pourront être prises en compte comme du temps plein au titre de la durée des services si le fonctionnaire s'acquitte d'une surcotisation établie sur l'assiette de l'emploi à temps plein (la retenue, supérieure au taux normal de 7,85 %, est fixée par décret) mais cette possibilité est accordée seulement dans la limite de 4 trimestres supplémentaires (donc surcotisation d'un temps partiel 2 ans maximum) et de plus le coût de cette mesure (au départ favorable dans son principe) est prohibitif, le fonctionnaire devant en effet s'acquitter de la part patronale de cotisation.

10 - les services effectués comme non titulaires (auxiliaires, stagiaires, contractuels) peuvent être pris en compte (validés) sous réserve que la demande intervienne dans les deux années suivant la date de titularisation (à titre dérogatoire si celle-ci est intervenue avant le 01.01.2004, la demande sera recevable jusqu'au 31.12.2008) : cette validation doit porter sur la totalité des périodes concernées (tout ou rien) en s'acquittant rétroactivement des cotisations calculées sur le traitement indiciaire à la date de la demande (7,85 %), déductions faites de celles déjà versées à la SS (6,55 % plafonnés + 0,10 % déplafonnés) et à l'IRCANTEC (2,25 % en tranche A + 5,95 % en tranche B)

Les PU-PH et MCU-PH peuvent (et c'est bien évidemment leur intérêt) demander une "**validation de services auxiliaires**" c'est à dire faire valider, au titre de leur retraite de fonctionnaire, leur clinicat (CCA) et leur éventuel assistanat (AHU), c'est à dire leur périodes temps partiel hospitalier. Point favorable, depuis semble-t-il 2003 et par dérogation, l'internat (pourtant temps plein hospitalier donc sans statut partiel universitaire) est assimilé (en temps que période de formation) à du service auxiliaire validable s'il a bien été réalisé dans un établissement de soins public (donc l'internat en hôpital privé ou centre anti cancéreux - même à statut PSPH – n'est pas validable). Par ailleurs les éventuelles fonctions de PH ne peuvent être validées et les HU dans ce cas percevront accessoirement une pension SS et IRCANTEC.

9 - Un système de retraite complémentaire est instauré, en place depuis le 01.01.2005 : **Régime de Retraite Additionnel de la Fonction Publique** (RAFP) dont la gestion paritaire est confiée à un établissement de droit public (CDC). Il s'agit d'un régime obligatoire fonctionnant par répartition provisionnée (en fait capitalisation collective) prenant en compte pour partie les éléments de rémunérations non soumis à cotisations (primes et indemnités), ce dans la limite de 20 % du traitement indiciaire brut annuel (pour les HU salaire universitaire). Les cotisations salariales et patronales (prélevées annuellement) sont fixées pour les deux parties à 5 % et attributives de points.

Pour les Hospitalo-Universitaires ce point permettait de satisfaire indirectement, au moins en partie, leur vieille revendication concernant l'intégration de la part hospitalière dans le calcul de la retraite, les primes hospitalières (indemnité d'engagement d'exercice public exclusif...) - qui émargeront bien à ce nouveau dispositif - étant nettement plus substantielles que les primes universitaires (supplément familial...) ; depuis se sont ajoutées les nouvelles primes universitaires, déjà versées aux enseignants-chercheurs (prime de charges administratives, prime d'encadrement doctoral et de recherche, prime de responsabilités pédagogiques) et tout récemment étendues aux HU (décret du 3 juillet 2006).

10 – la réforme prévoit au delà de 60 ans pour les fonctionnaires (tant en emploi sédentaire qu'en emploi actif) justifiant alors de la durée d'assurance requise pour une retraite à taux plein (*), un « **dispositif d'incitation au maintien d'activité** » sous forme d'un bonus de 3 % de la pension liquidable par année supplémentaire (**surcote** de 0,75 % par trimestre) dans la limite de 5 ans. Cette surcote ne s'applique qu'aux trimestres accomplis à compter du 01.01.2004

() comprend donc les trimestres cotisés (tous régimes de base confondus : donc y compris notamment le RB de la CARMF) et les trimestres assimilés (en particulier service militaire) ou bonifiés (majorations diverses).*

Afin de permettre de faire ce choix la possibilité de mise à la retraite (forcée) à l'initiative de l'employeur a été reportée de 60 à 65 ans

11 – Introduction d'un **nouveau mécanisme de prolongation d'activité au-delà de la limite d'âge statutaire** (article 69 de la loi du 21 août 2003) à savoir 65 ans pour les HU.

Outre la possibilité de prolonger son activité au delà de sa limite d'âge statutaire (au titre de l'article 4 de la Loi du 18 août 1936 pour simple raison de famille ou pour enfant tardivement à charge) qui perdure, la loi Fillon étend désormais les possibilités de recul à deux nouvelles situations :

- soit au titre du manque de trimestres requis pour une retraite à taux plein (ou pour l'ouverture des droits à pension) : si le fonctionnaire n'a pas la durée de services (bonifications comprises) pour obtenir le taux plein de 75 % ou s'il a moins de 15 ans de services effectifs, il peut demander (sous réserve de l'intérêt du service et de l'aptitude physique) à prolonger dans la limite de 2 ans ½ (10 trimestres) et dans la mesure où ce nombre ne dépasse pas la durée d'assurance (tous régimes confondus) requise pour une retraite à taux plein.

- soit au titre du maintien en fonction dans l'intérêt du service (cas par exemple des enseignants terminant l'année scolaire ou universitaire) dont la durée n'est pas limitée dans le temps : les trimestres supplémentaires effectués dans la limite de la durée requise pour une pension à taux plein sont pris en compte pour la constitution du droit à pension et pour la durée de services ; ceux effectués au delà ne sont pris en compte que pour la surcote au titre de la durée d'assurance.

Ces deux nouvelles possibilités peuvent, le cas échéant, être accordée après le recul de limite d'âge pour enfant à charge.

12 - le **rachat de la durée des études supérieures** (sauf en cas de travail simultané pour financer ses études) **ou des années civiles partiellement cotisées** (en cas d'attribution de moins de 4 trimestres) est désormais possible pour les fonctionnaires dans la limite de 12 trimestres.

En l'occurrence, pour les HU, le rachat au titre des années d'études pourrait concerner les 2 ans du PCEM et les deux premières années du DCEM.

Quant au rachat au titre des années civiles partiellement cotisées il pourrait concerner les périodes d'étudiant hospitalier : sachant que pour valider 1 trimestre SS il faut avoir perçu un salaire annuel de 200 fois le SMIC horaire (donc 800 fois pour 4 trimestres), les étudiants hospitaliers (DCEM 2-3-4) affiliés ne peuvent en principe valider sur cette période là que 1 trimestre par an (calcul tenant compte du décalage entre année universitaire et année civile), hormis travail estival surajouté juste avant D2 ou internat dès la fin de D4.

Le rachat est possible entre 20 ans (peu intéressant à cet âge vu le manque de visibilité) et 60 ans (à la date du dépôt de la demande).

Le rachat peut se faire pour les fonctionnaires selon trois options (rachat possible en plusieurs temps mais option choisie au départ irrévocable) :

- soit au titre de la durée des services (trimestres de service validés) ainsi d'ailleurs que de l'ouverture de ses droits à retraite (atteindre le minimum des 15 ans de services effectifs).
- soit au titre de la durée d'assurance tous régimes confondus (pour obtenir le nombre de trimestres nécessaires à une retraite à taux plein) qui influe sur la décote ou la surcote
- soit à tous les niveaux : pour atteindre ses droits à retraite, augmenter la durée de services (taux de liquidation) et augmenter la durée d'assurance (retraite à taux plein).

Le coût du rachat dépend de l'option choisie, de l'âge du fonctionnaire (à la date de la demande de rachat) et de son traitement indiciaire brut (hors bonification indiciaire) lors de la date d'acceptation. Le rachat proposé étant actuariellement neutre, plus le salarié rachètera tard dans sa carrière (mais meilleure sera sa visibilité), plus le coût sera élevé.

Par exemple le coût actuel du rachat d'un trimestre, exprimé en pourcentage du TIB

- avec l'option " Durée de service " est compris entre 3,2 % (20 ans) et 9,8 % (59 ans) : par exemple 9,4 % à 56 ans
- avec l'option " Durée d'assurance " il est compris entre 6,7 % (20 ans) et 20,6 % (59 ans) : par exemple 19,8 % à 56 ans
- avec l'option mixte " DA & DS " il est compris entre 10,0 % (20 ans) et 30,6 % (59 ans) : par exemple 29,3 % à 56 ans

Certes le rachat est fiscalement déductible des revenus imposables mais son coût est s'avère non négligeable. En cas de rachat de plusieurs trimestres un échelonnement de paiement est possible : sur 1 ou 3 ans (si rachat de 2 à 4 trimestres) ou sur 5 ans (si rachat de 4 à 8 trimestres) ou sur 7 ans (si rachat de plus de 8 trimestres).

Pour un MCU-PH terminant au 9° échelon de la Classe Normale (avec une rémunération globale quasi équivalente à celle d'un PH Temps Plein 13° échelon) le coût du rachat d'un trimestre à 56 ans serait de 4.100 euros (option DS) , 8.800 euros (option DA) ou 13.000 euros (option DS+DA).

Et le coût pour un PU-PH en Première Classe 3° échelon rachetant à 59 ans en choisissant l'option mixte serait de 19.200 euros

L'intérêt du rachat pour un HU (particulièrement onéreux) est donc nettement moins évident que pour un PH car pour le premier d'une part le rachat n'est pas basé sur un salaire plafonné et d'autre part il n'y a pas d'effet de levier étant donné l'absence de véritable caisse complémentaire.

13 – une majoration pour congé parental d'éducation est instituée. Cette majoration (de durée d'assurance) est octroyée pour les enfants nés, adoptés ou recueillis depuis le 01.01.2004 : il s'agissait là d'étendre aux pères la bonification de mères de famille (conséquence directe de l'arrêt Griesmar) ...mais au prorata de l'interruption d'activité professionnelle (pendant une période continue d'au moins 2 mois, les périodes à temps partiel n'étant pas prises en compte) : majoration égale à la durée du congé (arrondie au trimestre supérieur) dans la limite de 8 trimestres.

Cette restriction de cessation d'activité rend la mesure sans réelle portée pratique pour la plupart des PH. Les femmes y ont droit si elle est plus favorable que la majoration pour enfant élevé.

Conséquence directe de l'arrêt Griesmar, pour les enfants nés, adoptés ou à charge avant le 01.01.2004 et élevés pendant au moins 9 ans avant leur 21° anniversaire, une bonification paternelle de une annuité (4 trimestres) est accordée seulement s'il y a eu

interruption d'activité professionnelle (pendant une période continue d'au moins 2 mois et hors temps partiel octroyé pour élever un enfant).

14 - une nouvelle majoration pour les parents d'enfants handicapés est mise en place : majoration de 1 trimestre de durée d'assurance par période d'éducation de 30 mois (dans la limite de 8 trimestres) d'un enfant de moins de 20 ans lourdement handicapé (invalidité d'au moins 80 %) élevé à domicile. Cette majoration, accordée au père comme à la mère, se cumule avec les deux précédentes.

15 - le cumul-emploi retraite, extrêmement réglementé depuis l'ordonnance du 30 mars 1982 (chômage oblige), est nettement assoupli (pénurie de certains professionnels oblige, en particulier dans le secteur Santé) : il est possible de cumuler sa pension avec le revenu d'une activité exercée dans le Privé et surtout la réforme Fillon a supprimé l'interdiction de reprendre sous certaines conditions un travail salarié dans la Fonction Publique (y compris chez l'ancien employeur ce qui est désormais possible après une interruption d'activité d'au moins 6 mois).

Les retraités de la Fonction publique peuvent poursuivre ou entreprendre une activité salariée relevant du régime général de la SS, une activité artistique ou intellectuelle rémunérée en droits d'auteur ou un activité d'élus local ou régional ou de juge de proximité ce qui reste sans incidence sur le versement de la pension de fonctionnaire.

En outre ils peuvent reprendre un emploi dans la Fonction Publique d'Etat, Hospitalière ou Territoriale sous trois conditions : d'être embauché comme agent non titulaire, de ne pas travailler au delà de 65 ans et que le revenu tiré de cette activité ne dépasse pas le tiers de leur pension (sinon il y a pas suspension de versement de pension mais écrêtement : le surplus est déduit de la pension versée après minoration par application d'un abattement égal à la moitié du minimum garanti – établi à la valeur de l'indice majoré 227 – soit après déduction d'une somme de 6.127 euros pour 2006).

C) L'ouverture de négociations pour une retraite hospitalière

Dans le cadre des accords du 16 mai 2003 entre le Ministère de la Santé (DHOS) et les syndicats d'Hospitalo-Universitaires, le principe d'une nécessaire évolution de la retraite pour les nouvelles générations de HU était acté et plusieurs scénarios devaient être étudiés ; quant aux seniors (HU de plus de 50 ans ne pouvant prétendre pouvoir se constituer alors un complément de retraite décent en moins de 15 ans), ces accords prévoyaient de s'orienter vers une Indemnité Compensatrice d'Absence de Retraite (ICARE) sur la part hospitalière, admettant ainsi que d'avoir assimilé la rémunération hospitalière à une prime (hospitalo)universitaire pouvant émarger au RAFP (plafonné à 20 % de la rémunération universitaire) n'était qu'un pis aller.

En outre le relevé de décisions signé le 31 mars 05 dans le cadre de la modernisation de l'hôpital (nouvelle gouvernance...) entre Philippe Douste-Blazy, Ministre de la Santé, et deux des organisations syndicales (SNAM-HP et CMH) donnait enfin le départ officiel de l'ouverture de négociations approfondies (quant aux aspects techniques) sur la retraite hospitalière des HU.

Parmi les syndicats HU, certains estimaient que cette ICARE (fondée sur le volontariat avec engagement des HU seniors d'assurer leur plan de retraite, au demeurant fiscalement déductible) devrait avoisiner 200 000 euros.

Au fil des mois et face au veto de Bercy, certains ont alors proposé (mars 2006) de créer 3 échelons supplémentaires de fin de carrière, mais outre qu'une telle création pouvait difficilement se concevoir à titre transitoire (jusqu'au départ en retraite de tous les HU âgés d'au moins 50 ans en 2006), elle aurait, en touchant aux plus hauts échelons de la sacro-sainte grille indiciaire des fonctionnaires, ouvert la porte à de multiples

revendications similaires de la part des grands Corps de l'Etat : c'était là revendication illusoire.

Dans le prolongement des entretiens de Matignon, des réunions interministérielles (Santé, Education, Universités, Fonction publique) ont eu lieu, entérinant la décision du gouvernement de mettre (enfin) en place pour les HU un nouveau système de retraite, ce dès 2007. Les syndicats HU en ont été informé lors d'une réunion au Ministère de la Santé le 27 juillet 06.

1 - le principe de la création d'un régime de retraite additionnelle spécifique par affiliation des HU à l'IRCANTEC pour leur part hospitalière est acté mais ne pourra se faire que lorsque certaines conditions législatives seront remplies. Cette affiliation augmenterait sensiblement le poids des hospitaliers "permanents" dans cette caisse (1,75 % des effectifs représentant 20 % des cotisations)

2 - En attendant, il y aurait création au 1^{er} janvier 07 d'une retraite par capitalisation (non obligatoire mais avec abondement de l'employeur et fiscalement déductible) qui pourrait se faire auprès de diverses institutions de retraite (PREFON, CGOS, UMR...). D'ores et déjà la cotisation annuelle à de tels organismes serait placée sous les mêmes règles que celles qui pourraient résulter d'une affiliation à l'IRCANTEC, ce afin de faciliter l'évolution ultérieure vers cette institution : Ceci implique que le plafond des cotisations abondées (d'autant) serait limité à 2000 euros ou 5 % des émoluments hospitaliers, libre au HU d'aller au-delà sans abondement de l'employeur. Une décote en cas d'activité libérale reste à l'étude.

Au terme de 25 ans cotisés au plafond, la retraite complémentaire estimée serait d'environ 8.000 euros/an, permettant de compenser le différentiel de retraite entre la moyenne des HU et la moyenne des PH ce qui était l'objectif des pouvoirs publics lors des négociations.

3 – Quant à la question d'une "prime de départ" (ICARE) pour les HU proches de la retraite dont de telles cotisations ne sauraient apporter une retraite significative en quelques années, la réponse sur ce point (qui faisait partie des accords de 2003) reste nuancée ... le ministère indiquant prudemment que le sujet est encore à l'étude.

En fait on sait que Bercy n'y est pas favorable et que de plus l'Administration centrale semble craindre le précédent ainsi créé, pouvant susciter de toutes parts des demandes reconventionnelles.

3 - CAS DES PH ET DES HU AYANT UNE ACTIVITE LIBERALE

Les PH ayant une activité libérale (TP avec SP et Temps partiel installés en ville) et les HU avec SP, sont assujettis aux trois régimes de la CARMF : Régime de Base (RB), régime Complémentaire Vieillesse (RCV) et Allocation Supplémentaire Vieillesse (ASV).

Le propos portera surtout sur le Régime de Base (au regard de la réforme Fillon d'août 2003) et sur l'Allocation Supplémentaire Vieillesse (ASV) dont la situation est (depuis trop longtemps) préoccupante.

A) La retraite de la CARMF avant 2004

- **Régime de Base (RB)**

Ce régime s'appuie sur une cotisation mixte avec une part forfaitaire (donnant droit à 4 points annuels) et une part proportionnelle au revenu libéral net (cotisation au taux de 1,4 % de l'ensemble des revenus non salariés nets de N-2), non attributive de points eu égard à la compensation entre régimes de retraite.

La compensation est double, à la fois nationale (au profit surtout des agriculteurs et des commerçants-artisans) et inter-professionnelle (entre les 13 caisses de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Professions Libérales dont 7 sont déficitaires : agents généraux d'assurances, pharmaciens, sage-femmes, notaires...) : cette compensation était alors injuste dans son calcul et très lourde (jusqu'en 2002, pour les médecins, elle détournait près de 40 % des cotisations du RB de la CARMF).

Le Président Maudrux, ayant réussi, par une politique volontariste et opiniâtre, à faire admettre une minoration de la compensation nationale, la CARMF a pu en 2002 abaisser de 9 % la cotisation forfaitaire au RB.

La pension maximale correspondait à 150 points (soit 37 ans $\frac{1}{2}$), les médecins encore en exercice au delà de 65 ans étant exemptés de cotisation. Il n'y a pas de majoration familiale de pension pour enfants élevés mais il est prévu une majoration pour conjoint à charge ne percevant pas de pension SS.

La pension versée à 65 ans (ou plus) est toujours à taux plein, quelle que soit la durée d'assurance. Il existe une possibilité de retraite anticipée à partir de 60 ans (avec coefficient de minoration de 1,25 % par trimestre d'anticipation) sous réserve que l'affilié justifie au moins de 37 ans $\frac{1}{2}$ de cotisation.

Les femmes médecins bénéficiaient certes d'une exonération de cotisation d'un trimestre en cas d'accouchement mais sans bonification maternelle (pas d'attribution de points).

La pension de réversion, à hauteur de 50 %, est alors versée seulement à partir de 65 ans

- **Régime Complémentaire Vieillesse (RCV)**

Seul régime pleinement géré par la CARMF et assaini par la réforme de 1995.

La cotisation est depuis entièrement proportionnelle au revenu libéral net (cotisation au taux de 9 % des revenus non salariés nets de N-2).

Est associé au RCV un régime de prévoyance Invalidité-décès (cotisation forfaitaire) dont le niveau de prestations (notamment en cas de décès) a été notablement amélioré en 2005 (grâce aux fonds dégagés par la baisse de la cotisation d'Allocation de Remplacement de Revenu, du fait de l'extinction progressive des bénéficiaires du MICA : voir ci après)

La pension versée à 65 ans (ou plus) est toujours à taux plein quelle que soit la durée d'assurance. Là encore il existe une possibilité de retraite anticipée à partir de 60 ans (avec coefficient de minoration de 1,25 % par trimestre d'anticipation) sous réserve que l'affilié justifie au moins de 37 ans $\frac{1}{2}$ de cotisation.

La pension est versée avec une majoration familiale de 10 % si au moins 3 enfants élevés.

La pension de réversion, à hauteur de 60 %, est versée dès 60 ans

Il existe plusieurs possibilités de rachat

Possibilité pour les hommes d'un rachat des périodes militaires dans le cadre du RCV et à titre onéreux (possible dès l'âge de 45 ans) : rachat d'un point par trimestre passés sous les drapeaux avec un abondement de la CARMF (pour chaque point racheté à titre onéreux, attribution de 0,33 point gratuit).

Mais attention ce rachat n'est possible que tout autant qu'ils ne bénéficient pas d'un avantage de même nature alloué par un autre régime de retraite complémentaire (en

pratique il s'agit là de l'IRCANTEC, régime qui lui propose une validation à titre gratuit).

Possibilité pour les femmes, dès l'âge de 45 ans, d'un rachat des périodes gravides au titre du RCV et à titre onéreux : rachat de deux trimestres (2 points) pour chaque enfant né pendant les périodes d'exercice professionnel et élevé pendant 9 ans avant son 16^e anniversaire, ce aux mêmes conditions que le rachat des périodes militaires pour les hommes.

Pour la CARMF les périodes d'exercice professionnel mentionnées ne se limitent pas strictement aux périodes d'affiliation et s'entendent au sens large, englobant donc a priori l'internat et le clinicat voire les études médicales.

Le CA de la CARMF a voté en 2000 la possibilité pour elles d'étendre le rachat à 3 trimestres par enfant mais les tutelles, à ce jour, n'ont pas avalisé cette proposition.

Là encore ce rachat n'est possible que tout autant qu'elles ne bénéficient pas d'un avantage de même nature alloué par un régime de retraite autre que la SS (en pratique pour les femmes médecins la réserve correspondait – autrefois - à l'IRCANTEC, caisse qui octroyait avant 1993 une bonification maternelle).

Par contre pour nos consoeurs HU la CARMF semble ne mettre aucune réserve à un cumul éventuel avec la bonification mère de famille (gratuite) du régime de retraite de la Fonction Publique

L'intérêt personnel d'un tel rachat en RCV doit être analysé sans tarder (sans attendre sa fin de carrière) car le coût d'acquisition se fait au taux de cotisation de l'année de la demande, la valeur de rachat du point augmentant inexorablement au fil des ans. Ainsi le coût d'un point racheté en 2006 est de 965 € alors que sa valeur d'achat était de 686 euros en 1996 soit une augmentation de 41 % en 10 ans. A noter que le rachat est fiscalement déductible.

Pour un TP avec SP ou un Libéral Tpa voulant racheter son Service militaire (1 an) l'alternative est donc la suivante :

- avec la CARMF le coût actuel est de 3 860 € pour un supplément annuel de retraite de 377 €
- avec l'IRCANTEC, pour un coût nul, le supplément de retraite pour un PH ayant 30 à 35 ans de carrière serait de 480 à 520 € (cas d'un TP avec SP) ou 180 à 190 € (cas d'un libéral Tpa).

Ainsi choisir un rachat au titre de la CARMF ne devrait s'envisager à mon avis que pour un Libéral Tpa rentré tard dans la carrière hospitalière, plutôt non ancien chef de clinique, et lourdement imposé.

- **Régime Allocation Supplémentaire Vieillesse (ASV)**

Au départ (1960) facultatif et géré en quasi capitalisation, ce régime devenu obligatoire en 1972 fût initialement dénommé Avantage Social Vieillesse. Etant structurellement affecté de plusieurs tares constitutionnelles, une génération après, sa pérennité s'est avéré lourdement compromise, les réserves étant passées en 3 décennies de 22 ans à moins de 6 mois.

Pour les médecins exerçant en secteur I conventionnel (77,5 % de médecins libéraux en 2003), les 2/3 de la cotisation forfaitaire (basée sur la valeur du C) sont payés par les Caisses SS (honoraires "différés" en contrepartie d'un blocage des honoraires consenti par les syndicats médicaux lors de la Convention de 1972). Ce régime est piloté conjointement par les caisses SS et les syndicats médicaux, la CARMF en étant seulement le gestionnaire technique.

Cette administration duale est à l'origine de tous les maux dont souffre l'ASV : par une gestion laxiste fondée sur des critères plus politiques qu'actuariels (faible niveau des cotisations appelées ; large distribution de points gratuits en particulier en 1972 et 1981 ...deux années où Jacques Barrot était Ministre des Affaires Sociales), ces responsables en ont ainsi épuisé les réserves.

La gestion s'est toujours faite à courte vue, malgré les avertissements réitérés de la CARMF : en particulier la SS, assurant la moitié du financement du régime, renâclait aux incontournables augmentations, exerçant un chantage à chaque nouvelle convention. Les responsables ont avalisé, au fil des années, des modifications ponctuelles (avec de surprenants mouvements de yo-yo dans les cotisations et valeurs de point) ne réglant en rien les défauts structurels.

En 2002 les cotisations, augmentaient de 14 % (la valeur du C ayant été portée à 20 euros) après avoir subi deux augmentations brutales de 20 % en 1999 et 1994. En sus la valeur du point de retraite ASV restait bloquée depuis 1999 (alors que depuis la valeur du point RB progressait de 12,5 % et celle du point RCV de 5,1 %)

C'est aussi en 1999 qu'un glissement sémantique très significatif a officiellement fait tomber les illusions : l'Avantage Social est devenue Allocation Supplémentaire !

La cotisation forfaitaire (à hauteur de 180 C depuis 1999) donne droit à 27 points annuels, des points gratuits n'étant plus octroyés depuis 1992.

La pension versée à 65 ans (ou plus) est toujours à taux plein quelle que soit la durée d'assurance. Il existe une possibilité de retraite anticipée à partir de 60 ans (avec coefficient de minoration de 1,25 % par trimestre d'anticipation) sous réserve que l'affilié justifie au moins de 37 ans ½ de cotisation.

Une cotisation d'Allocation de Remplacement de Revenu des médecins conventionnés (finançant pour partie un mécanisme d'incitation à la cessation d'activité : MICA ouvert en 1988) était toujours associée à ce régime (cotisation proportionnelle de 0,525 % du revenu conventionnel net de l'année N-2), ce alors que l'ouverture des droits au MICA n'était plus possible à compter du 01.10.2003 !

La pension est versée avec une majoration familiale de 10 % si au moins 3 enfants ont été élevés.

La pension de réversion, à hauteur de 50 %, est versée dès 60 ans

- **Cumul emploi-retraite**

En contrepartie de la perte d'accès à la préretraite (MICA) la possibilité de cumul emploi-retraite a été assouplie pour 2003 avec désormais possibilité de cumul de la retraite globale CARMF avec un revenu accessoire tiré d'une activité libérale mais plafonnée.

Suite à la Loi de financement de la SS pour 2003 une circulaire ministérielle (rédigée sans concertation avec la CARMF) permettait jusqu'au 31.12.03 de cumuler retraite CARMF et revenus tirés d'une activité libérale (notamment remplacements) à deux conditions :

- d'exercer dans un département à faible densité en médecins libéraux (inférieure à 210 / 100.000 habitants)
- de percevoir des revenus ne dépassant pas 50 % de la pension CARMF globale, le trop perçu éventuel étant déduit des allocations retraite.

B) Conséquences de la réforme Fillon d'août 2003 sur la retraite des médecins libéraux

La première conséquence fut une accélération des chantiers en cours et la prise en considération de certains dossiers bloqués depuis plusieurs années par les Tutelles.

- **Régime de Base**

Le principe général « à revenu égal, même cotisation et même droit », longtemps réclamé par la CARMF auprès de la CNAVPL et des Tutelles, est enfin admis et mis en application. Cela gomme ainsi les inégalités de cotisations entre affiliés des 13 caisses des professions libérales et par voie de conséquence fait disparaître la compensation inter professionnelle que versait notamment la CARMF.

Désormais la CNAVPL (où les médecins représentent 28,3 % des 444.000 cotisants mais n'en ont pas la présidence) devient la caisse unique des professions libérales avec 11 sections (les avocats, à cette occasion, ne réintégrant toutefois pas son giron), assurant la gestion du RB et des réserves.

La cotisation au RB devient entièrement proportionnelle (aux revenus non salariés nets de l'année N-2) et pleinement attributive de points (équivalent de 5,5 points annuels au mieux au lieu de 4 anciens), assise sur 2 tranches pour ne pas pénaliser les bas revenus.

Tranche 1 : assiette correspondant aux revenus < 85 % du Plafond annuel SS

taux de cotisation 8,6 % en 2006

attribution de 450 (nouveaux) points au maximum (*)

Tranche 2 (tranche de compensation nationale)

assiette correspondant aux revenus compris entre 85 % et 500 % du PASS

taux de cotisation 1,6 %

attribution de 100 (nouveaux) points au maximum (*)

(*) après multiplication des points acquis au 31.12.2003 par 100

L'âge de la retraite pour ne pas se voir appliqué de minoration, fixé jusqu'alors à 65 ans, suit désormais les principes de la réforme Fillon des retraites de base : possibilité de départ à la retraite à 60 ans sans minoration si le médecin réunit le nombre de trimestres d'assurance (tous régimes de base confondus) requis par la Loi Fillon soit 160 trimestres jusqu'en 2008, durée progressivement élevée à 164 entre 2009 et 2012. La retraite à 65 ans reste toujours calculée à taux plein quelle que soit la durée d'assurance.

En cas de retraite anticipée sans avoir validé le nombre de trimestres requis selon son âge, sauf cas d'inaptitude (invalidité), il y a application d'une minoration de 1,25 % par trimestre manquant calculée de 2 façons : soit par rapport aux 65 ans, soit par rapport aux nombre de trimestres requis, la condition la plus favorable étant retenue.

Si par contre, au delà de l'âge de 60 ans, la durée d'assurance est supérieure au nombre de trimestres requis, une bonification est acquise sous forme d'une majoration de 0,75 % par trimestre supplémentaire cotisé après le 01.01.2004.

L'exonération de cotisation pour accouchement est supprimée mais les femmes se verront enfin attribuer une bonification de maternité sous forme de points gratuits pour chaque grossesse : 100 points supplémentaires au titre du trimestre civil de l'accouchement.

Pour permettre de compléter au mieux la durée d'assurance requise, il y désormais possibilité de rachat des années d'études supérieures ou des années partiellement cotisées (externat, début d'exercice...) dans la limite de 12 trimestres, rachat possible au

titre du RB de la CARMF seulement si cette caisse représente le premier régime d'affiliation après l'obtention du diplôme.

Le rachat (fiscalement déductible) est possible avec deux options et des coûts variant selon l'âge et les revenus :

- soit au titre de la Durée seule (trimestres d'assurance) : par exemple coût de 2.100 à 2.500 € par trimestre racheté à 56 ans, 2.300 € à 2.700 € à 60 ans

- soit au titre de la Durée & des Points (supplémentaires) : par exemple coût de 3.200 à 3.600 € par trimestre racheté à 56 ans, avec attribution d'une centaine de points RB par trimestre supplémentaire, 3.500 € à 4.000 € à 60 ans

Dans la pratique cela ne peut donc concerner que des PH temps partiel ayant secondairement opté pour une carrière hospitalière. On note qu'ils ont alors intérêt à privilégier (s'ils le peuvent) le rachat au titre du RB de la CARMF, tout au moins s'ils choisissent l'option Durée seule (tous régimes de base confondus) car son coût est plus avantageux que celui du rachat au titre du régime général de la SS (coût moindre d'environ un tiers).

Enfin la pension de réversion du RB est passée à 54 % (alignée sur le taux du régime général de la SS).

- **Régime Complémentaire Vieillesse**

On ne constate pas de changement particulier : à noter que l'âge de la retraite pour ne pas se voir appliqué de minoration, à ce jour, reste fixé à 65 ans pour le RCV (ainsi d'ailleurs que pour l'ASV) avec application du coefficient de minoration en cas de retraite anticipée, ce même si le médecin justifie du nombre de trimestres requis au titre du Régime de Base.

- **Régime Allocation Supplémentaire Vieillesse et privilège du MICA**

La pension ASV représente une part très importante de la retraite CARMF moyenne (29.200 euros) d'un médecin libéral retraité en 2005 à savoir 39 % (11.400 euros), la part du RB étant de 19 % (5.400 euros) et celle du RCV de 42 % (12.400 euros).

Le rendement actuel du régime ASV est de 35 % en secteur I et 11,7 % en secteur II avec un temps d'amortissement des cotisations respectivement de 8,6 ans et 2,8 ans.

Bloquer la valeur du point ASV (ce qui est le cas depuis 1999) revient, par le jeu de l'inflation, à diminuer insidieusement la pension correspondante de moitié en une génération. L'absence de réforme est une réforme qui ne dit pas son nom !

Excédé de l'in vraisemblable gestion de l'ASV par les Caisses et les Syndicats et des coupables erreurs accumulées de 1972 à 1990, Maudrux, le pugnace Président de la CARMF, a proposé dès l'automne 2000 un projet de réforme de cette ASV exsangue.

Le projet ASV défendu par Maudrux prévoyait la fermeture de ce régime avec maintien des droits acquis. En corollaire il était proposé que la cotisation correspondante non versée puisse être réaffectée pour partie en surcotisation RCV obligatoire (au taux de 1 ou 2 %) et pour partie en cotisation facultative à un système de capitalisation optionnel en euros tel que Capimed.

D'une part une telle solution ne coûterait pas plus cher à la SS (que le dispositif conventionnel actuel), d'autre part comment croire que dans les décennies à venir les Caisses d'Assurance Maladie (lourdement déficitaires) seront encore disposées à financer une bonne part de la retraite de médecins ...qui auront par ailleurs

vraisemblablement avec leur RCV la plus riche caisse complémentaire du pays... On sait en effet que la garantie de paiement des 2/3 par les Caisses n'est inscrite dans aucun texte législatif et que la Loi de 2004 permet aux Caisses de moduler leur part de cotisation ASV entre 1 et 100 %, le taux pouvant être remis en question à chaque convention.

Le projet Maudrux, étayé par plusieurs audits privés (actuaire), financièrement très argumenté et largement expliqué aux médecins fut démocratiquement soumis au vote des affiliés.

Avalisé tant par quelques 600 délégués de la CARMF (lors de l'Assemblée Générale de juin 2001, 80,4 % se prononçant pour la fermeture) que par référendum auprès des adhérents (avril 2002), consultation dont les résultats étaient sans ambiguïté (73,4 % des quelques 61.300 votants pour la fermeture), ce projet a pourtant été rejeté par Pouvoirs Publics au terme d'une mission de l'IGAS en octobre 2003 et d'un rapport de la Cour des Comptes (dont le président n'était autre que Philippe Seguin) en 2005, organismes dont les conclusions respectives sont certainement non dénuées d'arrière-pensées politiques.

Prenant acte du refus des Tutelles, la CARMF militait dès lors pour que, dans la mesure où la cotisation finançant le MICA était maintenue (cotisation d'Allocation de Remplacement de Revenus – ADR - avec abondement des Caisses SS de plus des 2/3) dans le cadre d'un dispositif en voie d'extinction sur 7 ans, il y ait récupération des excédents gérés par le FORMEL (Fonds de Réorientation et de Modernisation de la Médecine Libérale) par le régime ASV ce qui aurait repoussé les difficultés majeures à 2015 : les Pouvoirs Publics, qui semblaient au départ admettre ce schéma (acté par une loi du 20 décembre 2002), après revirement, ont opté pour une diminution de la cotisation ADR (progressivement passée pour l'affilié de 0,64 % en 2002 à 0,255 % en 2006) ce qui revenait à détourner la loi et mettre un peu plus en difficulté le régime ASV. Faute de la manne des excédents du MICA une réforme structurelle de ce régime moribond devenait d'une impérieuse nécessité.

L'accès au MICA (dispositif de cessation anticipée d'activité ouvert en 1988) n'est plus possible depuis le 01.10.2003 : les affiliés actuels apprécieront de cotiser à fonds perdu (0,255 % en 2006 pour le médecin conventionné) au principal bénéfice de quelques 10.500 confrères - très privilégiés - âgés de 57 à 65 ans au bon moment ! En 2004, quelques 3.200 confrères en bénéficiaient encore, touchant une allocation moyenne de 35 000 euros dont 5 600 euros de prise en charge des cotisations.

Le MICA, voulu par les Pouvoirs Publics avec l'aval des Caisses et des Syndicats dans l'optique d'une réduction de l'offre de soins, s'est révélé un dispositif inepte se traduisant par un échec cuisant : non seulement la croissance des dépenses de santé n'a nullement été enrayerée mais cela a abouti à créer de profondes inégalités entre affiliés quant au départ en retraite et au niveau des revenus de remplacement et a contribué à accélérer la désertification médicale.

L'audit de l'IGAS sur l'ASV a en particulier confirmé la terrible vérité des chiffres avancés par la CARMF : si rien n'est fait, les réserves étant quasi épuisées, à la prochaine génération (2040), le déficit serait de 39 milliards d'euros soit 325.000 euros par cotisant. Mais l'IGAS a refusé de rendre publiques les conclusions explosives – politiquement incorrectes - de son audit, la CARMF n'en n'ayant pas eu communication officielle.

Malgré l'opposition clairement manifestée de la CARMF (mais non partagée par la plupart des syndicats de la médecine libérale), cela n'a pas empêché l'IGAS de préconiser, la non fermeture de l'ASV et de proposer fin 2005 une réforme de l'ASV, ce projet qui s'est concrétisé au travers d'un article de la Loi pour le financement 2006 de la Sécurité Sociale (article 77 de la loi 2005-1579 du 19 décembre 05)

Ce projet IGAS de réforme de l'ASV comporte deux volets :

- pour les 28.700 allocataires (pensions déjà liquidées) à savoir 28.700 retraités et 15.000 veuves ou veufs (pension de réversion) : blocage de la valeur du point à la valeur actuelle (15,55 euros) pendant 20 ans ce qui conduit à terme à une baisse des pensions de 30 % par le biais de l'inflation.
- pour les 126.600 cotisants : d'abord instauration d'une différenciation de la valeur du point selon leur date d'acquisition (pour neutraliser les distributions gratuites) : 5,30 euros pour les points acquis avant 1992 (donc comptés que pour le 1/3 environ), 10,50 euros pour les points acquis entre 1992 et 2005 (donc comptés que pour les 2/3 environ) et 8,2 euros pour les nouveaux points acquis ...soit une nouvelle baisse de la valeur du point de 47 % !

Ensuite la cotisation, déconnectée de la lettre clé, serait gelée et il serait instauré une surcotisation non attributive de points, cotisation dite d'ajustement (avec semble-t-il augmentation immédiate à hauteur de 30 voire 45 %) qui progresserait au fil du temps en fonction des besoins avec au final un probable doublement en 20 ans.

A terme cela reviendrait, pour un doublement de la cotisation, à une division par deux de la retraite ASV ...qui ne représenterait plus alors que 20 % de la pension globale CARMF. En admettant la perte de l'avantage conventionnel (que l'on peut craindre à terme vu l'état des finances de la SS), le rendement du régime tomberait à 3,1 % et le temps d'amortissement serait repoussé à 32 ans ½ !

En définitive ce serait **payer 2 fois plus pour toucher 2 fois moins**, ce alors que nos aînés retraités, pourtant particulièrement favorisés lorsqu'ils étaient cotisants, verraient seulement leur pension amputée du tiers. Un tel projet, inacceptable, n'a pourtant soulevé aucun tollé de la part des libéraux, alors qu'au même moment les hospitaliers ont énergiquement manifesté pour bloquer le projet de réforme inique de l'IRCANTEC. On ne peut que s'en étonner...

En outre si l'on compare à francs constants (hors effet de l'inflation) la retraite ASV d'un cotisant de la première heure (1960) retraité en 1995 avec celle d'un cotisant de 2006 retraité en 2041 après avoir subi la dite réforme IGAS on aboutirait pour la nouvelle génération à une retraite 2,3 fois moindre pour une cotisation 18,8 fois plus lourde.

Certains syndicats (CSMF...) proposent pour assurer le sauvetage de l'ASV, entre autres mesures, d'y reverser la part de cotisation RB affectée à la compensation nationale (persistant au profit surtout des agriculteurs et artisans-commerçants), une proposition qui a peu de chance d'aboutir...

A ce jour on est encore dans l'attente de parution des décrets d'application : il est possible que les syndicats de libéraux tentent d'ici là de faire modifier les chiffres annoncés mais ce ne pourra être au mieux qu'à la marge...

Mais confronté à un mal né moribond, adhérer pour l'ASV à un tel projet, c'est vouloir faire de l'acharnement thérapeutique à un coût exorbitant !

- **Cumul emploi-retraite**

A partir de 2004, la loi portant réforme des retraites permet toujours au retraité CARMF d'exercer à titre libéral une activité rémunérée plafonnée mais les conditions de ce cumul sont notablement différentes : disparition du numerus clausus départemental, le plafond de revenus pouvant être cumulés avec le versement de la pension de base est fixé au PASS, et désormais en cas de dépassement le versement de la pension de base est suspendue.

Mais attention, tant que les statuts du RCV et de l'ASV n'auront pas été modifiés, le cumul ne sera pas possible au titre de ces 2 régimes.

En matière de retraite l'avenir n'est pas radieux pour la génération qui entre dans la carrière hospitalière (tant en CH qu'en CHU) et encore moins pour celle qui franchit les portes de l'Université : la réforme des retraites de base présente certes des points positifs, mais globalement ce sera cotiser plus longtemps pour percevoir sensiblement moins que nos aînés. A cela se surajoute les réformes en suspens de l'IRCANTEC et de l'ASV qui risquent d'être sévères, avec une pension à terme pouvant être moitié moindre qu'actuellement. Dès lors il faudra de plus en plus explorer des pistes facultatives.

- **La chasse au trimestres**

En premier lieu il est conseillé de faire très tôt la chasse aux trimestres en profitant de la règle très favorable qui permet de valider (forfaitairement) un trimestre de durée d'assurance pour un salaire brut de 200 fois le SMIC horaire (soit 1606 euros pour 2006). Cela veut dire en pratique de ne pas hésiter à faire des jobs d'été (bien évidemment non payés au noir) avant ou pendant son étudianat hospitalier.

- **Les contrats de capitalisation et le PERP en particulier**

Puis, une fois établi en ayant pignon sur hôpital, il faudra faire l'effort de se constituer sans tarder une épargne retraite personnelle, tant qu'à faire à cotisations fiscalement déductibles :

- pour ceux qui ont une activité libérale il existe de nombreux outils défiscalisés de type Madelin (Capimed de la CARMF, Altiscore de l'AGMF/GPM...), la difficulté étant de bien choisir le gestionnaire d'un tel contrat avec sortie en rente viagère et non en capital.

- en cas d'exercice public exclusif, le choix des produits défiscalisés était jusqu'à présent limité : pour ceux qui souhaitent la sécurité, la PREFON (retraite facultative des fonctionnaires, gérée par la CNP) reste une alternative à étudier mais la retraite CGOS (proposée aux personnels hospitaliers, gérée par les AGF) est à fuir sans hésiter.

Conséquence directe de la réforme Fillon d'août, la retraite facultative a été encouragée par création du **Plan d'Epargne Retraite Populaire (PERP)** et de sa variante entreprise (PERCO, Plan d'Epargne Retraite Collectif avec abondement de l'employeur), véritables fonds de pension à la française dont les décrets d'application, ayant notamment imposé des règles prudentielles (différents ratios obligations/actions à respecter selon l'âge de l'affilié) datent du printemps 2004.

Le PERP, ouvert à toutes les catégories professionnelles (y compris les sans emploi), à versements libres (tant en montant qu'en rythme) est basé sur des cotisations fiscalement déductibles du revenu imposable net de frais professionnels, ce dans la limite de 10 % des revenus et d'un plafond global (s'appliquant sur tous les produits d'épargne défiscalisés souscrits : Madelin, Prefon...) qui est actuellement de 23.770 euros.

Sans vouloir les comparer, on peut toutefois citer le PERP aPERF (Association Nationale pour l'Epargne Retraite des Fonctionnaires) géré par la Fédération continentale (filiale de Generali) qui a la particularité d'avoir été créé de concert par les Hospitalo-Universitaires du SNAM-HP et les agents des Grands Corps de l'Etat (Polytechnique, ENA...).

Un des inconvénients est, qu'en cas de décès, les sommes versées échappent aux héritiers (sauf à souscrire en complément des garanties de réversion au conjoint ou de rente éducation grevant quelque peu la rentabilité du produit) ; par contre les versements n'entrent pas dans l'assiette ISF (contrairement au PEA).

La sortie, lors du départ en retraite ou au plus tard à 60 ans, se fait, là encore, uniquement en rente viagère. Le fait est que le rendement à terme est impossible à

anticiper, dépendant à la fois des performances du gestionnaire au fil des ans en matière de placements et au final du taux de conversion du capital en rente (de moins en moins favorable eu égard à l'allongement de la durée de vie). Tout le problème est de savoir ce que l'on récoltera à la sortie du tunnel, après avoir été dans le noir pendant toute la phase d'épargne. Dès lors il est très important de savoir à qui l'on accorde sa confiance pour autant d'années...

- **Le rachat de trimestres**

L'autre placement retraite facultatif offert par la loi Fillon est le rachat de trimestres : un tel placement fiscalement déductible, n'a d'intérêt pour les hospitaliers qu'en cas de retraite programmée avant 65 ans ; bien qu'il soit difficilement envisageable en début de carrière vu le manque de visibilité, il représente pour les PH une option intéressante voire un atout maître en raison du fort effet de levier sur la retraite complémentaire.

- **Le Plan d'Epargne en Actions**

Enfin il est un outil de retraite facultatif à ne surtout pas négliger voire à privilégier : c'est le Plan d'Epargne en Actions (PEA) dont la sortie est possible, au choix du souscripteur, soit en capital soit en rente viagère. Il s'agit d'ailleurs du seul produit financier dont la rente viagère est quasi défiscalisée (c'est à dire à la CSG près).

Créé en 1992 c'est un des derniers paradis fiscaux ...sans le risque de l'exotisme. Certes son émargement à la CSG et la quasi disparition de l'avoir fiscal ont depuis sensiblement écorné son rendement mais il permet encore, sur plusieurs décennies, de faire pleinement fructifier ses économies, ce dans la transparence la plus totale.

Les médecins ne sont-ils pas bien placés pour connaître certaines grandes valeurs de la cote et les acheter au meilleur moment ? On peut citer là Sanofi-Aventis, Air liquide (de plus en plus présent dans la santé), Essilor, Biomerieux...

Ainsi un anesthésiste-réanimateur qui aurait investi il y a 30 ans dans AIR LIQUIDE, le leader des gaz industriels et médicaux bien connu pour sa régularité boursière et le respect de ses actionnaires, aurait fait, en participant à toutes les augmentations de capital préférentielles, une plus value de 1470 %, dividendes compris. Largement de quoi faire face à l'inflation et préserver son capital !

D'ailleurs Benoît Potier, son PDG actuel, ne vient-il pas de déclarer le 8 septembre dernier, interrogé sur les actionnaires individuels de sa société " *Si l'action Air Liquide a toujours été considérée comme une valeur de père de famille, nous allons davantage communiquer en direction des générations suivantes. Le futur actionnaire de moins de 50 ans désireux de se préparer une retraite, et qui attend de la performance dans la durée, nous intéresse particulièrement.*". On peut dire que l'intérêt est réciproque pour nombre d'investisseurs avisés.

Le sujet des retraites, l'une des grandes préoccupations des français à la veille des Présidentielles à ce qu'il paraît, est bien dans l'air du temps !

Dr Olivier Oulès
CH du Puy-en-Velay
25 septembre 2006