



Inspection générale
des affaires sociales

RM 2011-020P

Inspection générale
de l'administration de l'éducation
nationale et de la recherche

2011-008

Mission relative à la retraite des hospitalo-universitaires

RAPPORT

Établi par

M. Michel DURAFFOURG

M. Jacques-Bertrand de REBOUL

Membres de l'Inspection générale des
affaires sociales

M. Patrice BLEMONT

M. François DONTENWILLE

Membres de l'Inspection générale de
l'administration de l'éducation nationale et
de la recherche

Synthèse

- [1] La situation des hospitalo-universitaires en matière de retraite est originale du fait de leur « bi-appartenance ». Bénéficiaires de deux éléments de rémunération principaux, un traitement de la fonction publique et des émoluments hospitaliers versés par le centre hospitalier universitaire au sein duquel ils exercent, ils ne cotisent que sur leur traitement de fonctionnaire et, en l'absence de prélèvement sur les émoluments, n'acquièrent aucun droit à retraite au titre de leur activité hospitalière.

L'amélioration de leurs droits à la retraite est une revendication ancienne des hospitalo-universitaires.

- [2] L'importance des émoluments hospitaliers dans le total de leurs revenus, soit un montant proche voire supérieur à leur traitement indiciaire, rend aujourd'hui profondément inéquitable aux yeux des hospitalo-universitaires l'absence d'avantage vieillesse constitué sur cette partie essentielle de leur rémunération. A la suite des protocoles d'accord signés en 2003 et 2005 entre le ministère chargé de la santé et les organisations syndicales représentatives, un groupe de travail piloté par les cabinets a examiné plusieurs solutions destinées à améliorer la retraite des hospitalo-universitaires : nouvelle bonification indiciaire, repyramidage des corps, affiliation des hospitalo-universitaires au régime général et à l'IRCANTEC pour leur rémunération hospitalière, épargne retraite facultative avec participation des hôpitaux. Dans la suite des options retenues par la réforme des retraites de 2003, et au regard du coût pour les finances publiques d'une affiliation de droit commun, c'est ce dispositif qui a été choisi, d'autant plus que la réforme de l'IRCANTEC ne permettait pas à l'époque d'envisager à court terme l'élargissement de sa base contributive. La perspective d'une adhésion des hospitalo-universitaires une fois la réforme réalisée restait néanmoins ouverte.

Le dispositif de retraite facultatif par capitalisation, mis en place en 2006 pour répondre au moins temporairement à ces revendications, a rencontré un réel succès auprès des hospitalo-universitaires.

- [3] Le dispositif mis en place par la loi et un décret donne au PU-PH ou au MCU-PH la faculté de désigner un organisme assureur relevant de la branche 26 ; l'hôpital verse à cet organisme un abondement hospitalier à hauteur du versement effectué par l'intéressé lui-même, plafonné à 5 % du montant des émoluments hospitaliers dans la limite de 2 000 €
- [4] Ce dispositif, garantissant une protection sociale supplémentaire en matière de retraite, avec participation financière de l'employeur, au bénéfice d'agents titulaires de l'Etat, est un cas unique.
- [5] Il a connu dès la première année de mise en œuvre un succès important. Aujourd'hui, 54,48 % de la population visée a adhéré à ce système : 59,40 % pour les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH), 44,47 % pour les maîtres de conférences-praticiens hospitaliers (MCU-PH). PREFON et COREM dominent le marché en couvrant à eux seuls près de 60 % des hospitalo-universitaires. Les contrats proposés aux hospitalo-universitaires, non spécifiques, sont souples et sécurisés, même s'ils souffrent d'une certaine opacité quant à la lisibilité des modalités de calcul des droits et au rendement des contrats pour les intéressés.

Le protocole signé le 7 juillet 2010 avec les organisations syndicales des praticiens exerçant à l'hôpital relance la réflexion sur une évolution des droits à la retraite des hospitalo-universitaires.

- [6] Le protocole du 7 juillet 2010 signé avec les organisations syndicales des praticiens exerçant à l'hôpital élargit l'assiette des cotisations des praticiens hospitaliers, ce qui vient compenser la baisse du rendement programmé de l'IRCANTEC d'ici 2017. Il a accessoirement pour conséquence d'accroître l'écart entre les praticiens hospitaliers et les hospitalo-universitaires au regard de leurs droits à retraite.
- [7] Le protocole prévoit que soient étudiées les modalités d'une meilleure prise en compte de la part hospitalière pour la retraite des personnels hospitalo-universitaires. Il précise que l'hypothèse d'une affiliation au régime de la sécurité sociale et à l'IRCANTEC, pour la part hospitalière de la rémunération, pourra notamment être étudiée.

L'impact de la suppression de la validation des services auxiliaires, intervenue dans le cadre de la réforme des retraites de 2010, risque de renforcer les revendications d'une évolution du dispositif actuel.

- [8] La suppression de la validation des services auxiliaires à compter du 1^{er} janvier 2015 aura en effet un impact important sur les droits à retraite des hospitalo-universitaires, compte tenu de leur âge de titularisation tardif (42 ans en moyenne pour les PU-PH et 37 ans pour les MCU-PH). Elle conduit les intéressés à devenir poly-pensionnés dans des conditions défavorables, dans la mesure où les années d'activité de non-titulaire dans le régime général et à l'IRCANTEC ne correspondent pas, pour une partie d'entre elles, à des périodes de hautes rémunérations : internat, assistantat, chefs de clinique, etc. De plus, elle réduit la pension d'Etat du fait de la diminution mécanique de la durée d'assurance qui résulte de l'absence de transfert des périodes accomplies au titre des services de non-titulaire.

La mission a examiné plusieurs scénarios d'évolution pour la retraite des hospitalo-universitaires.

- [9] Dans ses constats, la mission montre que le dispositif actuel fonctionne. Quant aux représentants de la profession, ils considèrent ce dispositif souple comme adapté à leur attente tout en reconnaissant que l'adhésion au régime général et à l'IRCANTEC, initialement jugée préférable, générerait des prélèvements de nature à réduire leur rémunération nette.
- [10] En l'absence de revendication unanime de professionnels soucieux d'optimiser leur choix, y compris d'épargne, l'importance des enjeux financiers et les contraintes juridiques fortes liées au statut de la fonction publique conduisent à présenter plusieurs scénarios, une fois indiqué que l'hypothèse d'une inclusion des émoluments hospitaliers dans l'assiette de la cotisation servant à fonder la pension d'Etat est présentée pour ordre.

➤ Affilier les hospitalo-universitaires au régime général et à l'IRCANTEC pour la partie hospitalière de leur rémunération

- [11] La mise en place d'un prélèvement sur les émoluments hospitaliers conduit à un système original de double pension. Ce type de système, qui aurait une légitimité au regard de l'importance de la perte de ressources que subissent les hospitalo-universitaires au moment de la retraite, nécessite de modifier de manière très substantielle les textes du droit de la sécurité sociale relatifs à la coordination des régimes de retraite. Il rencontre également des obstacles juridiques forts, d'ordre statutaire, dans la mesure où, en l'état actuel du droit, un fonctionnaire ne peut ni exercer une double activité professionnelle, ni être simultanément titulaire et non-titulaire, et donc être affilié simultanément, avec constitution de droits, à un autre régime social que le régime de la fonction publique.

- [12] En outre, compte tenu de l'impact sur les rémunérations des hospitalo-universitaires, qui subiraient une baisse de rémunération nette de l'ordre de 7 %, il s'agit d'un scénario qui suppose une adhésion forte des intéressés à un mécanisme privilégiant la constitution d'un avantage retraite sur la rémunération immédiate.
- [13] Il implique enfin un effort financier significatif à la charge des hôpitaux, chiffré à 63 M€
- [14] Pour ces raisons, la mission estime que ce scénario doit désormais être écarté.
- [15] Des évaluations précises de ce scénario figurent néanmoins dans le corps du rapport et en annexes.
- Mobiliser le régime de la retraite additionnelle de la fonction publique dans un cadre rénové
- [16] La mobilisation du RAFP doit être envisagée. Ce régime apparaît aujourd'hui comme un dispositif condamné à verser des allocations d'un montant faible, en raison du taux de cotisation très bas et du plafonnement de l'assiette à hauteur de 20 % du traitement indiciaire brut. Or, par la sécurité qu'il apporte, le RAFP est de nature à apporter une solution pérenne à des acteurs qui procèdent davantage à des stratégies d'optimisation qu'à la formulation de revendications sur leur pouvoir d'achat. Une évolution du plafond du RAFP présenterait par ailleurs l'avantage de consister en une mesure non pas catégorielle, mais générale à l'ensemble de la fonction publique. Ce scénario pourrait être mis en place dans le cadre de la réforme en cours des pensions de la fonction publique, en réponse aux craintes que fait courir, sur le niveau des pensions à servir, la fermeture du régime de validation des périodes effectuées en tant que non-titulaire.
- Augmenter l'abondement de l'employeur dans le cadre du dispositif facultatif en vigueur
- [17] Si le scénario d'une évolution du RAFP a de l'intérêt, il s'agit d'une hypothèse qui suppose de multiples arbitrages compte tenu de son champ d'application qui s'étend à toute la fonction publique d'Etat. Une autre solution permettant d'améliorer le niveau de pension des hospitalo-universitaires peut être envisagée, qui consisterait, dans le cadre du dispositif actuel, à augmenter le montant de l'abondement de l'employeur. Cette évolution pourrait intervenir selon deux modalités :
- soit en accordant cette augmentation à l'ensemble des PU-PH et MCU-PH. Cette solution apparaît simple à mettre en œuvre, limitée dans sa portée juridique et son impact sur les finances des établissements ;
 - soit en ciblant l'augmentation de l'abondement sur les praticiens n'ayant pas d'activité libérale. Cette solution peut apparaître légitime, mais présente néanmoins un certain nombre d'inconvénients pratiques et de principe soulignés par la mission.
- [18] Confortant le dispositif en vigueur, l'une ou l'autre solution pourrait s'accompagner de l'élargissement du périmètre des contrats que les hospitalo-universitaires seraient susceptibles de souscrire, au-delà donc des seuls contrats relevant de la branche 26. Ce scénario pourrait enfin se combiner avec le scénario précédent.

Sommaire

SYNTHESE	3
SOMMAIRE.....	7
INTRODUCTION.....	11
1. SITUATION DU PROBLEME.....	12
1.1. <i>La retraite des hospitalo-universitaires avant la réforme de 2006 fait appel à plusieurs types de dispositifs.....</i>	12
1.1.1. Comme les autres universitaires, les hospitalo-universitaires bénéficient d'une retraite de la fonction publique	12
1.1.2. Les hospitalo-universitaires bénéficient en outre de dispositifs de retraite spécifiques liés à leurs activités de soins	13
1.1.2.1. L'activité hospitalière est très partiellement prise en compte pour les droits à la retraite des hospitalo-universitaires.....	13
1.1.2.2. La retraite des hospitalo-universitaires ayant une activité libérale.....	14
1.2. <i>L'historique des revendications et protocoles signés avec la profession sur la retraite des hospitalo-universitaires (2003-2005) souligne la difficulté de dégager une solution uniforme .</i>	15
1.3. <i>Les solutions envisagées en 2006 et le choix de la mise en place d'un dispositif facultatif par capitalisation avec abondement de l'employeur illustrent un éventail de choix originaux..</i>	18
1.3.1. Des choix multiples	18
1.3.2. Le choix d'un dispositif original comme compromis acceptable mais transitoire	19
1.4. <i>Le protocole du 6 juillet 2010 signé avec les représentants des praticiens hospitaliers relance la réflexion autour d'une affiliation à l'IRCANTEC</i>	20
2. DIAGNOSTIC DU SYSTEME DE RETRAITE FACULTATIF PAR CAPITALISATION	21
2.1. <i>Le dispositif mis en place est original.....</i>	21
2.2. <i>L'analyse de l'application du dispositif montre son succès et l'adhésion des parties prenantes</i>	23
2.2.1. Les personnels hospitalo-universitaires ont eu largement recours au dispositif.....	23
2.2.2. Les contrats proposés aux hospitalo-universitaires, non spécifiques, sont souples et « sécurisés »	27
2.2.3. Les rendements affichés des contrats sont variables d'un organisme à l'autre	28
2.3. <i>L'appréciation du dispositif doit tenir compte à moyen terme d'un horizon des retraites brouillé</i>	31
2.3.1. Une souplesse appréciée de la profession, mais un abondement de l'employeur jugé insuffisant	31
2.3.2. L'absence d'effet d'entraînement sur d'autres professions	32
2.3.3. Un dispositif que ne fait pas de distinction selon que le professionnel exerce ou non une activité libérale	33
2.3.4. L'impact à venir sur le niveau de pension des hospitalo-universitaires de la suppression de la validation des services auxiliaires par la réforme des retraite de 2010 constitue un fait nouveau	33
3. LES PISTES D'EVOLUTION	36
3.1. <i>La solution consistant à intégrer l'ensemble des primes relatives à l'activité hospitalière des hospitalo-universitaires dans le calcul de la pension d'Etat semble devoir être écartée</i>	36

3.2. <i>L'affiliation au régime général et à l'IRCANTEC suppose de passer d'un dispositif facultatif individuel géré en capitalisation à un dispositif obligatoire collectif géré en répartition</i>	38
3.2.1. Une solution déjà envisagée en 2006, avant la réforme de l'IRCANTEC	38
3.2.2. Les enjeux sont importants et soulèvent des questions de principe.....	38
3.2.3. La description du dispositif laisse peu de marge de manœuvre	39
3.2.4. Les contraintes juridiques sont fortes	40
3.2.5. Un basculement techniquement délicat dans l'hypothèse d'un transfert des droits accumulés vers l'IRCANTEC	42
3.2.6. L'impact financier pour les bénéficiaires	42
3.2.7. L'impact financier pour les établissements	43
3.2.8. Eléments de synthèse sur le rapprochement des résultats du dispositif facultatif par capitalisation et de l'affiliation au régime général et à l'IRCANTEC.....	44
3.3. <i>L'horizon de la réforme des retraites peut conduire à intégrer une réforme des retraites des hospitalo-universitaires dans le cadre plus large d'une évolution du droit à pension des fonctionnaires</i>	46
3.3.1. Le relèvement général du plafond de la retraite additionnelle mérite d'être exploré	46
3.3.2. Le déplafonnement du RAFP a pour intérêt d'éviter une mesure spécifique, sans effet d'entraînement.....	49
3.4. <i>Dans le cadre du dispositif actuel, l'augmentation de l'abondement de l'employeur constitue une solution qui aurait les faveurs des hospitalo-universitaires</i>	50
3.4.1. Option n°1 : augmenter l'abondement de l'employeur pour tous les hospitalo-universitaires.....	50
3.4.2. Option n°2 : réserver l'augmentation de l'abondement aux hospitalo-universitaires n'ayant pas d'activité libérale	51
3.4.3. Envisager d'ouvrir la possibilité de souscrire des contrats autres que ceux de la branche 26.....	53
LETTRE DE MISSION	55
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	57
SIGLES UTILISES	61
LISTE DES ANNEXES	63
ANNEXE 1 : PROTOCOLE D'ACCORD DU 6 JUILLET 2010 ENTRE LA MINISTRE DE LA SANTE ET DES SPORTS, LES INTERSYNDICALES DE PRATICIENS HOSPITALIERS ET L'INTER-SYNDICAT NATIONAL DES INTERNES DES HOPITAUX	65
ANNEXE 2 : RELEVÉ DE DECISION DU 31 MARS 2005 ENTRE LA MINISTRE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, LE PRESIDENT DE LA COORDINATION MEDICALE HOSPITALIERE ET LE PRESIDENT DU SYNDICAT NATIONAL DES MEDECINS, CHIRURGIENS, SPECIALISTES ET BIOLOGISTES DES HOPITAUX PUBLICS	75
ANNEXE 3 : PROTOCOLE D'ACCORD DU 16 MAI 2003 ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, LE MINISTRE DE LA JEUNESSE, DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE ET LES ORGANISATIONS SYNDICALES REPRESENTANT LES PERSONNELS ENSEIGNANTS ET HOSPITALIERS TITULAIRES	89
ANNEXE 4 : ARRET DU CONSEIL D'ETAT N° 179766 DU 24 SEPTEMBRE 1999	97

ANNEXE 5 : ARRETE DU 12 JUILLET 2010 RELATIF AUX EMOLUMENTS, REMUNERATIONS OU INDEMNITES DES PERSONNELS MEDICAUX EXERÇANT LEURS FONCTIONS A TEMPS PLEIN OU A TEMPS PARTIEL DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE	101
ANNEXE 6 : NOTE A L'ATTENTION DES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES DE LA CONFEDERATION SYNDICALE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE SUR LES PROPOSITIONS DES ASSUREURS SUSCEPTIBLES DE PROPOSER UN CONTRAT DE RETRAITE DE LA BRANCHE 26, 2007	103
ANNEXE 7 : RESULTATS COMPLETS DE L'ENQUETE REALISEE PAR LA MISSION AUPRES DES DIRECTEURS DES AFFAIRES MEDICALES DES CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES DE METROPOLE SUR LA MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF DE RETRAITE FACULTATIVE PAR CAPITALISATION, DECEMBRE 2010.....	109
ANNEXE 8 : SIMULATIONS DE PENSIONS SUR CAS TYPE DE PH, MCU-PH ET PU-PH, IRCANTEC, DECEMBRE 2010.....	121
ANNEXE 9 : L'IMPACT FINANCIER POUR LES BENEFICIAIRES D'UNE AFFILIATION DES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES AU REGIME GENERAL ET A L'IRCANTEC, REALISE PAR LA MISSION SUR LA BASE DES DONNEES IRCANTEC, JANVIER 2011	133
ANNEXE 10 : SIMULATIONS DE RENTES POUR LES PERSONNELS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES DANS LE CADRE DU REGIME PREFON RETRAITE – ETUDE DE CAS-TYPES, CNP, DECEMBRE 2010	139
ANNEXE 11 : SIMULATIONS DE RENTES POUR LES PERSONNELS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES DANS LE CADRE DU REGIME COREM – ETUDE DE CAS-TYPES, COREM, DECEMBRE 2010	145
ANNEXE 12 : SIMULATIONS DE RENTES POUR LES PERSONNELS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES DANS LE CADRE DE LA RETRAITE ADDITIONNELLE DE LA FONCTION PUBLIQUE – ETUDE DE CAS-TYPES, ERAFP, JANVIER 2011	167
ANNEXE 13 : NOTE D'INFORMATION DE LA DGAFP SUR LE REGIME DE RETRAITE DES PERSONNELS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES TITULAIRES, JANVIER 2011	173
ANNEXE 14 : ELEMENTS DE DEMOGRAPHIE DES PERSONNELS MEDICAUX HOSPITALO-UNIVERSITAIRES ET DES ENSEIGNANTS CHERCHEURS D'AUTRES DISCIPLINES, MESR/DGRH A1-1, DECEMBRE 2010	179
ANNEXE 15 : LES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES AU SEIN DE L'UNIVERSITE, FICHE REALISEE PAR LA MISSION, DECEMBRE 2010	191

Introduction

- [19] Par une lettre de mission du 6 octobre 2010, les ministres en charge respectivement de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche ont demandé à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) de réaliser une mission commune ayant pour objectif :
- d'établir un diagnostic précis des forces et faiblesses du dispositif actuellement en place pour permettre aux personnels médicaux hospitalo-universitaires de se constituer des droits à retraite sur leur rémunération hospitalière en adhérant à un régime d'assurance vieillesse facultatif avec participation de l'employeur ;
 - d'étudier, sur la base de ce diagnostic, la faisabilité et l'opportunité d'une affiliation des personnels visés au régime général et à l'IRCANTEC.
- [20] Pour appuyer son diagnostic, et en l'absence de données centralisées sur le déploiement du dispositif facultatif mis en place à compter de 2007, la mission a réalisé, avec le concours de la direction générale de l'offre de soins, une enquête auprès de l'ensemble des centres hospitaliers universitaires de métropole afin d'évaluer dans quelle mesure les hospitalo-universitaires y ont recours : taux de couverture, montants versés par les bénéficiaires, encours des abondements à la charge des hôpitaux, analyse de la progression des contrats dans le temps. Elle a par ailleurs rencontré et recueillies des données quantitatives et qualitatives auprès des deux organismes auxquels ont eu le plus souvent recours les intéressés : PREFON et COREM.
- [21] La mission a examiné plusieurs scénarios permettant, conformément aux attentes exprimées par les cabinets des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche lors du cadrage de la mission, d'améliorer les droits à la retraite des hospitalo-universitaires :
- l'affiliation au régime général et à l'IRCANTEC selon les principes du droit commun, conformément à la demande de la lettre de mission des ministres ;
 - l'utilisation du régime de la retraite additionnelle de la fonction publique dans un cadre rénové ;
 - l'augmentation de l'abondement de l'employeur, général ou réservé aux praticiens n'exerçant pas dans un cadre libéral.
- [22] La mission évoque pour mémoire la solution consistant à intégrer l'ensemble des indemnités relatives à l'activité hospitalière des hospitalo-universitaires dans le calcul de la pension d'Etat.

1. SITUATION DU PROBLEME

1.1. La retraite des hospitalo-universitaires avant la réforme de 2006 fait appel à plusieurs types de dispositifs

1.1.1. Comme les autres universitaires, les hospitalo-universitaires bénéficient d'une retraite de la fonction publique

[23] Les médecins hospitalo-universitaires (HU) font partie de la fonction publique de l'Etat. Ils appartiennent aux différents grades universitaires d'enseignants-chercheurs : soit professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH), soit maître de conférences-praticien hospitalier (MCU-PH). L'article 3 du décret n° 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires précise qu'ils « *constituent des corps distincts des autres corps enseignants des universités et des praticiens hospitaliers* » mais « *demeurent soumis, dans la mesure où il n'y est pas dérogé par le présent décret, aux dispositions statutaires applicables au personnel titulaire des corps enseignants des universités et aux praticiens hospitaliers.* » On comptait, en 2010, 6 064 hospitalo-universitaires de médecine et d'odontologie et 7 903 au total, en incluant la pharmacie.

Tableau 1 : Effectifs des hospitalo-universitaires en 2010

	MCU-PH	PU-PH	TOTAL
Médecine	1 674	3 845	5 519
Odontologie	418	127	545
TOTAL	2 092	3 972	6 064
Pharmacie¹	1 267	572	1 839
TOTAL	3 359	4 544	7 903

Source : MESR/DGRH A1-1, novembre 2010

[24] Ils perçoivent pendant leur période d'activité, au titre de leurs fonctions universitaires, un traitement indiciaire dont la grille est fixée par voie réglementaire, puis, lorsqu'ils prennent leur retraite, une pension en application du code des pensions civiles et militaires de retraite. Ils ne se différencient donc pas, de ce point de vue, des universitaires, quelles que soient leurs disciplines d'appartenance.

[25] Les médecins hospitalo-universitaires bénéficient en outre, comme tous les autres fonctionnaires, du régime additionnel de la fonction publique (RAFP) mis en place en 2003, dont l'assiette est constituée des primes annuelles plafonnées à 20 % du traitement indiciaire brut total perçu au cours de l'année. Pour des raisons que l'on verra *infra*, ces universitaires saturent sans difficulté toutes les bases de cotisation possibles à ce dispositif additionnel général.

¹ Les pharmaciens ont accédé au statut de PU-PH et MCU-PH à compter de 2008.

1.1.2. Les hospitalo-universitaires bénéficient en outre de dispositifs de retraite spécifiques liés à leurs activités de soins

1.1.2.1. L'activité hospitalière est très partiellement prise en compte pour les droits à la retraite des hospitalo-universitaires

[26] Contrairement aux autres universitaires, les hospitalo-universitaires n'ont pas seulement une double mais une triple mission : ils exercent « *des fonctions d'enseignement pour la formation initiale et continue, des fonctions de recherche et des fonctions hospitalières* » (article 3 du statut de 1984). Les médecins hospitalo-universitaires reçoivent ainsi une rémunération complémentaire au titre de leur activité hospitalière, les « *émoluments hospitaliers* »², dont le montant est comparable voire supérieur à leur traitement d'universitaires³ (cf. annexe 5).

[27] L'article 38 du statut des hospitalo-universitaires de 1984 dispose ainsi que les hospitalo-universitaires perçoivent « *des émoluments hospitaliers non soumis à d'autres retenues pour pension que celles opérées au titre du régime public de retraite additionnel institué par la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, dus au titre des activités exercées pour le compte de l'établissement hospitalier et variables selon l'ancienneté de service. Le montant de ces émoluments est fixé par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur, de la santé et du budget et suit l'évolution des traitements de la fonction publique. Ces émoluments peuvent être accrus, le cas échéant, des indemnités suivantes :*

- a) *Des indemnités de participation à la permanence des soins ;*
- b) *Des indemnités visant à développer le travail en réseau ;*
- c) *Une indemnité correspondant à une part complémentaire variable des émoluments hospitaliers, subordonnée au respect d'un engagement contractuel déterminant des objectifs de qualité et d'activité mesurés par des indicateurs définis par arrêté des ministres chargés de la santé et du budget ;*
- d) *Une indemnité d'engagement de service public exclusif versée aux personnels titulaires qui s'engagent, pour une période de trois ans renouvelable, à ne pas exercer une activité libérale ».*

[28] Cette « *part hospitalière* » est considérée comme une rémunération accessoire, au sens où le sont les primes des fonctionnaires. Elle n'est donc pas soumise à cotisation et n'ouvre pas droit à une pension de retraite.

² Les praticiens hospitaliers reçoivent également des « *émoluments hospitaliers* » (R. 6152-23 du code de la santé publique), qui évoluent selon les mêmes modalités, et dont le montant est fixé par le même arrêté. Ils constituent leur rémunération principale, et leur montant est par conséquent plus élevé que ceux perçus par les PU-HP et les MCU-PH.

³ Arrêté du 12 juillet 2010 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé.

- [29] Ces émoluments permettent néanmoins d'élargir l'assiette du régime additionnel propre à la fonction publique, puisque l'article 38 du statut précise qu'ils sont soumis à retenues pour pension au titre du régime public de retraite additionnel. L'article 11 I. du décret n° 2004-569 du 18 juin 2004 relatif à la retraite additionnelle de la fonction publique dispose que « *les éléments de rémunération entrant dans l'assiette de cotisation [...] versés par un employeur qui ne sert pas de traitement indiciaire ne donnent pas lieu à cotisation.* » Ce qui devrait conduire à écarter les émoluments hospitaliers versés par les centres hospitaliers universitaires (CHU) de l'assiette du RAFP. Mais le II. du même article dispose que « *lorsque l'application de cette disposition conduit à soumettre à cotisation un montant inférieur à celui correspondant à l'ensemble des rémunérations entrant dans l'assiette [...], dans la limite de 20 % du traitement indiciaire total perçu par le bénéficiaire, une régularisation est opérée de façon à atteindre ce dernier montant. Le complément de cotisation est réparti entre les employeurs au prorata des éléments de rémunération entrant dans l'assiette de cotisation [...] qui n'ont pas donné lieu à cotisation.* » Compte tenu du montant des émoluments hospitaliers, leur prise en compte dans l'assiette du RAFP les amène à saturer le plafond des 20 % dès leur titularisation, que ce soit pour les PU-PH ou les MCU-PH.
- [30] Au-delà du RAFP, dont les droits ouverts sont aujourd'hui limités, l'absence de droits à la retraite au titre de l'activité hospitalière, alors même que ces émoluments représentent la part majoritaire de leur rémunération, explique les revendications anciennes et continues des hospitalo-universitaires dans ce domaine.

1.1.2.2. La retraite des hospitalo-universitaires ayant une activité libérale

- [31] Les médecins hospitalo-universitaires, comme les praticiens hospitaliers, peuvent exercer, en sus de leurs obligations de service public liées à leur statut de fonctionnaire de l'Etat, une activité libérale à l'hôpital. Instituée par l'ordonnance du 11 décembre 1958, cette possibilité visait à permettre aux praticiens hospitaliers de conserver leur patientèle constituée antérieurement, à leur offrir une diversité de cas d'examen et également un complément de revenu. L'article L. 6154-2 du code de la santé publique dispose que l'activité libérale peut être exercée « *à la triple condition : 1° que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ; 2° que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ; 3° que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.* »
- [32] Les hospitalo-universitaires cotisent, comme tous les médecins exerçant une activité libérale, à la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF), pour les rémunérations liées à cette activité. La CARMF gère un régime de base, un régime complémentaire et une allocation supplémentaire de vieillesse. Ils en retirent un avantage retraite une fois la liquidation demandée, à l'issue de leur carrière.
- [33] Cette activité n'est pas générale et se fait en fonction du choix individuel, lui-même lié aux convictions de chacun d'une part, des possibilités de la spécialité d'autre part. Nombre de spécialités ne permettent pas d'exercer, parce qu'elles ne s'y prêtent pas ou pour des raisons de simple déontologie personnelle, une activité libérale. Par ailleurs, les formes de cette activité sont souvent très différentes selon les spécialités et les endroits où elle s'exerce. Nombre de médecins universitaires affirment exercer leurs droits à activité libérale à l'hôpital universitaire précisément pour se constituer un complément de retraite.

1.2. *L'historique des revendications et protocoles signés avec la profession sur la retraite des hospitalo-universitaires (2003-2005) souligne la difficulté de dégager une solution uniforme*

- [34] Compte tenu de l'importance de la rémunération hospitalière dans le total de leur rémunération, sa prise en compte pour l'ouverture de droits à la retraite est une revendication ancienne des hospitalo-universitaires. Ceci d'autant plus que les praticiens hospitaliers et les hospitalo-universitaires sont amenés à travailler ensemble au quotidien dans les CHU, et que leur activité de soins est parfois comparable. Cela conduit naturellement ces deux populations à comparer leurs statuts respectifs et les avantages qui y sont associés : rémunération, droits à pension et taux de remplacement. A ce titre, les hospitalo-universitaires soulignent l'écart important entre leur dernière rémunération et le niveau de leur pension, et le faible taux de remplacement qui en résulte.

La singularité des hospitalo-universitaires, fruit d'une longue histoire

Le ressenti des hospitalo-universitaires sur leurs conditions de retraite s'explique principalement du fait de la particularité des médecins hospitalo-universitaires d'assumer une triple mission d'enseignement, de recherche et de soins. Cette triple mission s'explique notamment par le fait que professer la médecine se fait plus, notamment dans les disciplines cliniques, « au lit du malade » que dans les amphithéâtres des universités. Et la recherche en médecine nécessite files actives et cohortes de malades. En sorte que les personnels concernés ressentent comme un mélange intrinsèque ces trois missions qu'ils ne voient guère comment dissocier. Certes, un discours administratif officiel explique que ces universitaires ont une activité clinique qui est subordonnée aux obligations du statut, lesquelles priorisent bien le fait de rechercher et d'enseigner ; et que c'est à ce titre qu'ils sont rémunérés sur un cadre d'emploi de la fonction publique de l'Etat. Ce qui renvoie à une rémunération qualifiée « d'accessoire » pour cette « part hospitalière », qu'ils perçoivent en sus des émoluments d'universitaires pour dédommager le grand investissement accompli au service des malades. Car ce sont bien les HU qui prennent en charge dans les centres hospitaliers universitaires, et ils le revendiquent, les cas cliniques les plus complexes, cas pour lesquels il est bien plus souvent question de leur mission de médecin que de celles d'enseignant ou de chercheur. Enfin, est affirmé avec force pour ces universitaires le fait qu'ils accomplissent un métier spécifique qui n'est pas celui de praticien hospitalier. Ce point est d'importance car c'est au corps des praticiens hospitaliers que se comparent en permanence les hospitalo-universitaires, et non pas à leurs propres collègues universitaires, parmi lesquels ils sont regardés comme les plus avantagés.

C'est une histoire compliquée et très sédimentée qui explique ce mélange des statuts. En effet, jusqu'à la grande réforme de l'ordonnance dite « Debré » du 31 décembre 1958, le médecin intervenant à l'hôpital était peu, voire pas rémunéré, par ce dernier. L'objectif de cette réforme perçue par les universitaires de médecine comme une sorte d'âge d'or était de « re-médicaliser les hôpitaux », tant il est vrai que les hôpitaux étaient alors plus des hospices pour nécessiteux que des lieux de pointe pour une activité clinique de haut niveau. Le médecin se trouvait d'abord dans les cliniques privées, et accessoirement seulement à l'hôpital. Le médecin à l'hôpital d'alors, c'était un praticien d'abord libéral qui « passait » voir ses patients à l'hôpital. Ce modèle existe encore dans plusieurs pays européens d'ailleurs.

Un tel modèle se concevait pour sauvegarder l'indépendance du praticien insusceptible de quelque lien de subordination que ce soit à une administration hospitalière quelle qu'elle soit. L'ordonnance de 1958 a posé le principe d'un temps plein hospitalier et hospitalo-universitaire, qui s'est mis en place progressivement. Ce modèle de statut public dans un corps prestigieux de fonctionnaires a dû toutefois composer avec une pratique libérale ancrée dans l'art médical, laquelle activité libérale fournissait aux médecins des revenus sans commune mesure avec la rémunération hospitalière. Par souci de ménager alors les transitions entre le modèle ancien et le modèle nouveau, puis plus tard pour ménager l'attractivité des hôpitaux *versus* les cliniques privées rémunératrices, on a conservé cette ambivalence. Laquelle est reçue comme une ambiguïté troublante et difficile à justifier aux yeux de bien des tenants du « service public » à l'hôpital.

Dès les années 50, la jurisprudence avait d'ailleurs commencé à évoluer sur le statut du médecin à l'hôpital, passant progressivement d'une position considérant que l'exercice médical et l'indépendance du médecin étaient totalement incompatibles avec l'existence d'un lien de subordination (d'où aurait découlé une affiliation à un régime de protection sociale salarié) à une position admettant un lien de subordination dans les limites de l'exercice de l'art médical.

C'est d'ailleurs pourquoi les praticiens ont conservé un système de rémunération sur « masse d'honoraires » pendant de nombreuses années (le paiement à l'acte n'a complètement disparu qu'en 1982). L'activité libérale avait été instaurée pour les praticiens temps plein au début des années 60, universitaires ou non, pour compenser la faiblesse du niveau des revenus hospitaliers et leur procurer une retraite « libérale » décente, c'est-à-dire, à cette époque, une retraite tout court. Sachant que le modèle de l'avant 1958 était aussi, voire parfois surtout, celui du praticien hospitalier à temps partiel. Avec une activité clinique principale dans un établissement privé et des malades à l'hôpital public dans le cadre d'un statut à temps partiel. Il fallait donc bien un dispositif attractif pour en convaincre certains de rejoindre à temps plein les rangs de l'exercice à l'hôpital public. Ce qui, pour partie, explique encore aujourd'hui pourquoi les praticiens hospitaliers (PH) ont refusé d'être des fonctionnaires. Ils disposent d'un statut particulier et sont agents publics mais pas fonctionnaires. Les statuts de 1984 (hospitaliers et hospitalo-universitaires) et leurs évolutions successives ont en grande partie inversé cette situation en misant beaucoup plus sur le temps plein hospitalier, sans qu'en soient tirées toutes les conséquences sur l'activité libérale et sur la retraite. Les universitaires n'ont pas échappé à ce contexte. Outre le prestige incontestable de leur fonction, il fallait aussi des éléments d'attractivité pour fixer et retenir tous ces talents.

[35] A titre d'illustration, et afin de tenter d'objectiver l'écart entre ces deux populations, la mission a cherché, sur la base de cas-types théoriques simples, à simuler le niveau de pension et le taux de remplacement des PH, des PU-PH et des MCU-PH.

[36] Les hypothèses retenues pour les cas-types sont les suivantes :

- PU-PH, bénéficiant d'une pension à taux plein, prenant sa retraite à 68 ans au grade de PU-PH de 1^{ère} classe, 3^{ème} échelon, 3^{ème} chevron, indice nouveau majoré (INM) de 1164 (correspondant à 37,7 % des cas observés sur la période 2005-2009), n'ayant pas exercé dans un cadre libéral, percevant au moment de son départ en retraite, outre sa rémunération de fonctionnaire, des émoluments hospitaliers, l'indemnité d'engagement de service public exclusif et quatre indemnités de temps de travail additionnel pour quatre gardes hospitalo-universitaires sur 11 mois ;
- MCU-PH, bénéficiant d'une pension à taux plein, prenant sa retraite à 65 ans au grade de MCU-PH hors classe, 6^{ème} échelon, 3^{ème} chevron, INM de 963 (correspondant à 29 % des cas observés sur la période 2000-2009), n'ayant pas exercé dans un cadre libéral, percevant au moment de son départ en retraite, outre sa rémunération de fonctionnaire, des émoluments hospitaliers, l'indemnité d'engagement de service public exclusif et quatre indemnités de temps de travail additionnel pour quatre gardes hospitalo-universitaires sur 11 mois ;

- PH, bénéficiant d'une retraite à taux plein, prenant sa retraite à 65 ans, avec une rémunération moyenne brute sur 25 ans de 75 012 €(valeur 2010).

Tableau 2 : Simulation de pensions théoriques sur la base de cas-types en 2011, en euros

	Rémunération brute mensuelle de la FP fin de carrière	Rémunération hospitalière brute théorique mensuelle	Rémunération théorique brute mensuelle totale	Pension théorique brute mensuelle	Taux de remplacement théorique du dernier salaire brut
PU-PH	5 389,65	6 850,48	12 240,13	4 042,24	33,02 %
MCU-PH	4 458,97	5 933,53	10 392,50	3 344,23	32,18 %
PH	-	8 382,82	8 382,82	4 333,92	51,70 %

Source : IRCANTEC pour les données concernant les PH, calculs de la mission pour les données concernant les hospitalo-universitaires recueillies auprès du MESR/DGRH/A1-1

- [37] Le tableau fait apparaître un écart important entre le taux de remplacement des PH et des hospitalo-universitaires, proche des éléments quantitatifs dont les organisations syndicales ont fait part lors des entretiens organisés par la mission⁴. A noter néanmoins que la réforme de l'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques (IRCANTEC) devrait avoir pour impact une baisse du taux de remplacement des PH. En prenant les paramètres issus de la réforme à l'horizon 2017, toujours sur la base des mêmes hypothèses, le taux de remplacement devrait ainsi baisser à 44,1 % du dernier salaire brut.
- [38] Par ailleurs, les hospitalo-universitaires mettent en avant la durée de leurs études, l'implication et la disponibilité qu'elles exigent, avec souvent une période de recherche effectuée à l'étranger, le surcroît de travail et de responsabilités dans les établissements lié à leur activité d'enseignement, de recherche et aux publications qui y sont associées, avant et après leur titularisation, pour souligner « l'injustice » de cette situation et de ces écarts.
- [39] Depuis 2003, une série de protocoles entre les organisations syndicales représentatives des intéressés et les ministres en charge de la santé successifs a pris acte de la nécessité d'ouvrir le chantier de la « retraite hospitalière » de ces personnels.
- [40] En 2002, une note de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) soulignaient que « la retraite hospitalière constitue depuis des années la revendication majeure des personnels HU titulaires » et évoque la « mise en place d'un dispositif visant à financer un complément de rémunération sous la forme d'un fond de retraite obligatoire par capitalisation »⁵. La note rappelle que l'article 38 de leur statut prévoit que les émoluments hospitaliers ne sont pas soumis à retenue pour pension, cette piste ayant été « écartée pour des raisons techniques ».

⁴ Le taux de remplacement est calculé en faisant abstraction du différentiel de charges entre revenus d'activité et pensions de retraite.

⁵ Note interne de la DHOS du 26 septembre 2002.

- [41] Elle fait notamment référence à l'arrêt du Conseil d'Etat du 24 septembre 1999 (cf. annexe 4) qui a rejeté une demande d'abrogation de l'article 38 du statut de 1984 en tant qu'il exclut les émoluments hospitaliers de toute retenue pour pension. Pour écarter cette demande, le Conseil d'Etat s'est appuyé sur l'article 5 de l'ordonnance du 30 décembre 1958 : « *Les membres du personnel médical et scientifique des [CHU] exercent conjointement les fonctions universitaires et hospitalières* », et sur l'article 8 de la même ordonnance qui dispose que « *des décrets en Conseil d'Etat déterminent [...] notamment : le statut et les conditions de rémunération du personnel médical et scientifique, enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires [...]* ». Le Conseil a estimé que « *eu égard aux conditions de service de ces personnels, qui appartiennent à un corps de la fonction publique de l'Etat et sont statutairement tenus d'exercer de manière indissociable des fonctions d'enseignement et des activités hospitalières dans un centre hospitalier et universitaire* », le législateur a autorisé le gouvernement à déroger aux règles régissant la fixation de la rémunération des agents publics et de leurs droits à pension. Ainsi, le gouvernement n'avait pas excédé les limites de la compétence qui lui était reconnue en écartant les émoluments hospitaliers du calcul de leurs droits à pension.
- [42] Le protocole d'accord du 16 mai 2003 (cf. annexe 3) signé entre le ministre et les organisations syndicales des personnels enseignants et hospitaliers titulaires stipulait que « *conscients de la préoccupation majeure que représente ce dossier prioritaire pour les personnels hospitalo-universitaires titulaires, les signataires conviennent que la question spécifique de la « retraite hospitalière » fera l'objet d'une étude et de négociations au sein du comité de suivi du présent protocole, dans le cadre et selon le calendrier défini pour la réforme générale des retraites. Dans le cadre de cette démarche, une attention particulière sera portée à la situation des personnels hospitalo-universitaires titulaires les plus avancés dans la carrière* ».
- [43] Le relevé de décision du 31 mars 2005 (cf. annexe 2), signé par le ministre en charge de la santé et les organisations syndicales représentant les praticiens exerçant à l'hôpital, annonçait quant à lui une « consultation élargie » au cours du premier semestre 2005 devant déboucher sur des propositions de mesures aux ministres chargés de la santé et de la recherche et de l'enseignement supérieur en vue « *d'une prise en compte significativement améliorée de la part hospitalière pour la retraite des personnels hospitalo-universitaires* ».
- [44] Un groupe de travail technique a ainsi été réuni en 2005 et 2006, sous la double présidence des cabinets du ministère chargé de la santé et de l'enseignement supérieur, regroupant les signataires des protocoles et des relevés de décisions et l'ensemble des organisations syndicales représentant les praticiens hospitaliers et les personnels hospitalo-universitaires. Soulignant, une fois encore, l'écart entre la pension moyenne de retraite d'un PU-PH (estimée alors à 38 000 €) et celle d'un praticien hospitalier (estimée à 55 000 €), les travaux du groupe concluaient à la nécessité d'un traitement particulier des hospitalo-universitaires titulaires.

1.3. Les solutions envisagées en 2006 et le choix de la mise en place d'un dispositif facultatif par capitalisation avec abondement de l'employeur illustrent un éventail de choix originaux

1.3.1. Des choix multiples

- [45] Plusieurs solutions ont été envisagées par le groupe de travail :
- la revalorisation de la carrière hospitalière ramenant la carrière des deux corps de MCU-PH et PU-PH à 15 ans, écartée car jugée insuffisamment lisible et ne permettant pas de garantir une réservation du complément de rémunération à des fins de constitution de droits complémentaires à pension de retraite ;

- la mise en place d'un dispositif compensatoire type « nouvelle bonification indiciaire » (NBI), correspondant bien à l'idée de compenser une responsabilité particulière des hospitalo-universitaires, mais, étant assise sur le traitement indiciaire universitaire, nécessitant un transfert de charge financière avec le ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche ;
- l'affiliation au régime général et à l'IRCANTEC pour la part de rémunération hospitalière. Selon les conclusions des travaux du groupe, cette affiliation nécessitant une expertise démographique approfondie, imposait un calendrier de moyen terme et n'était pas en conséquence retenu prioritairement par le groupe. Elle était néanmoins jugée « *la réponse la plus adaptée à la demande formulée [...]. Cette solution correspond mieux au système en vigueur, elle est plus favorable pour les affiliés et elle évite de susciter des demandes d'extension à d'autres catégories. Elle présente également l'avantage de consolider l'IRCANTEC, à condition que celui-ci soit préalablement réformé* ». La réforme du régime est effectivement intervenue en 2008, avec une baisse progressive du rendement sur la période 2011-2017 ;
- l'adhésion facultative à un fonds de retraite par capitalisation, existant ou à créer ;
- la mise en place, enfin, d'une indemnité compensatoire d'absence de retraite hospitalière sous la forme d'un abondement de l'employeur conditionnée à la souscription d'un contrat d'assurance vieillesse complémentaire, qui est apparue la solution à privilégier par les membres du groupe.

[46] La solution finalement retenue en 2006 est une combinaison des deux dernières propositions⁶.

1.3.2. Le choix d'un dispositif original comme compromis acceptable mais transitoire

[47] La solution retenue par le gouvernement a consisté en un dispositif facultatif, consistant en une indemnité avec emploi obligatoire pour constituer une retraite par capitalisation, avec un apport de 50 % par l'intéressé et de 50 % par l'employeur.

[48] L'article 112 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale (LFSS) met ainsi en place une participation de l'employeur à la constitution de droits à retraite pour les personnels enseignants et hospitaliers universitaires, dont les modalités de mise en œuvre sont précisées par le décret n° 2007-527 du 5 avril 2007.

[49] Il est important de relever que ce dispositif avait vocation à être temporaire, l'objectif d'affiliation à terme à l'IRCANTEC étant maintenu, correspondant à la préférence des intéressés déjà exprimée en 2005.

⁶ Deux dispositifs alternatifs ont été écartés : l'adossment à l'Etablissement de retraite additionnelle de la fonction publique (ERAFP), dans la mesure où elle comportait des risques de demandes reconventionnelles des fonctionnaires et qu'elle était contradictoire avec la volonté d'affilier à terme les HU à l'IRCANTEC ; un dispositif de « soulte » de sortie de carrière, sorte d'indemnité de départ pour compenser l'absence de pension de retraite sur la « part hospitalière », solution jugée contraire aux principes généraux de la pension des agents publics.

1.4. Le protocole du 6 juillet 2010 signé avec les représentants des praticiens hospitaliers relance la réflexion autour d'une affiliation à l'IRCANTEC

- [50] Le protocole d'accord du 6 juillet 2010 (cf. annexe 1) signé entre la ministre de la santé et des sports, les intersyndicales de praticiens hospitaliers et l'intersyndicale nationale des internes des hôpitaux demande à nouveau que soit étudiée l'hypothèse d'une affiliation des hospitalo-universitaires au régime de la sécurité sociale et à l'IRCANTEC : « *Les parties signataires s'engagent à mener des travaux complémentaires entre septembre 2010 et juin 2011, concernant les thèmes suivants : les modalités d'une meilleure prise en compte de la part hospitalière pour la retraite des personnels hospitalo-universitaires. L'hypothèse d'une affiliation au régime de la sécurité sociale et à l'IRCANTEC, pour la part hospitalière de la rémunération, pourra notamment être étudiée [...]* ».
- [51] Ce protocole porte essentiellement sur les praticiens hospitaliers, qui relèvent du régime général et de l'IRCANTEC, dont il élargit de manière significative l'assiette des cotisations retraite. De nouvelles rémunérations vont désormais être soumises à cotisation :
- l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) ;
 - l'indemnité sectorielle de liaison (réservée aux psychiatres de secteur) ;
 - l'indemnité multi-établissements (destinée en particulier à favoriser des consultations avancées ou des services de proximité dans les hôpitaux dits « périphériques ») ;
 - la prime de chef de pôle (liée à la réforme de la nouvelle gouvernance de l'ordonnance du 2 mai 2005) ;
 - l'indemnité de présidence ou de vice-présidence de commission médicale d'établissement et de membre du directoire ;
 - et, surtout, la totalité des astreintes à domicile.
- [52] Une telle décision est favorable au régime IRCANTEC, dont 18 % des ressources proviennent déjà des PH, qui ne représentent pourtant que 6 % des cotisants. A ce titre, l'enjeu pour l'IRCANTEC de voir arriver les médecins universitaires en sus n'est certainement pas négligeable en regard de la confortation de ce régime un temps menacé.
- [53] Le régime des universitaires, surtout celui des MCU-PH, n'en apparaît désormais que plus défavorable encore. Car c'est aux praticiens hospitaliers, avec qui ils partagent le quotidien des soins aux malades et les responsabilités à l'hôpital, que les universitaires se comparent, et pas à leurs autres collègues universitaires. Certes, les MCU-PH disposent d'un échelon exceptionnel qui permet à ceux qui l'obtiennent de terminer leur carrière comme un PU-PH au 2^{ème} échelon. Mais tous ne l'obtiennent pas, loin s'en faut, et la comparaison avec leurs collègues PH est ressentie par eux comme très défavorable.
- [54] Au surplus, les universitaires, soucieux d'honorer leur statut et se vivant comme cadres dirigeants à l'hôpital universitaire, n'ont pas souhaité entrer dans la négociation sur la réduction du temps de travail : ils accomplissent toujours 11 demi-journées par semaine, dont la quotité horaire n'est pas vraiment définie, et non pas 10 demi-journées limitées à 48 heures maximum comme les PH. Ceux-ci disposent en sus d'un compte-épargne temps (CET) représentant 20 jours par an, qui peuvent se cumuler. Ils peuvent même y placer 10 jours supplémentaires, issus de récupérations de travail additionnel par exemple. Souvent ces journées ont fait l'objet dans un passé récent d'un paiement anticipé, pour éviter un cumul qui désorganiserait l'hôpital. Ce dispositif est jugé par les médecins universitaires bien plus avantageux que le droit à mission temporaire prévue par l'article 34 du statut de 1984 : durée de trois mois maximum par période de deux ans pendant laquelle ils conservent la totalité de leur rémunération universitaire et hospitalière ou, après une période de huit années, et sur projet évalué, possibilité pour ceux qui n'ont pas utilisé tout ou partie de leurs droits de bénéficier dans les mêmes conditions d'une durée égale au nombre de mois, semaines et jours non utilisés à ce titre.

[55] Enfin, on notera que les PH disposent du même droit à activité libérale que celui des universitaires, même si dans les faits ces secteurs situés souvent dans les hôpitaux généraux sont malgré tout moins rémunérateurs.

2. DIAGNOSTIC DU SYSTEME DE RETRAITE FACULTATIF PAR CAPITALISATION

2.1. *Le dispositif mis en place est original*

[56] L'article 112 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale permet aux personnels hospitalo-universitaires de se constituer des droits à la retraite en adhérant à un organisme assureur de leur choix :

[57] « *Les établissements publics de santé et les autres établissements de santé ou organismes publics ou privés associés par convention [...] participent à la constitution de droits à retraite dans le cadre d'opérations régies par l'article L. 441-1 du code des assurances, par l'article L. 932-24 du code de la sécurité sociale ou par l'article L. 222-1 du code de la mutualité, au bénéfice des personnels enseignants et hospitaliers titulaires [...] qui ne sont pas assujettis à cotisations dans le régime de retraite complémentaire dont bénéficient les agents non titulaires de la fonction publique, sous réserve que ces personnels acquittent au titre de ces opérations un montant minimal de cotisations.*

[58] *Cette participation est assise sur les émoluments hospitaliers versés ou pris en charge par ces établissements ou organismes dans des limites fixées par décret, notamment en fonction des cotisations personnelles des bénéficiaires. Elle est à la charge des établissements ou organismes versant les émoluments sur lesquels elle est assise ».*

[59] Le décret n° 2007-527 du 5 avril 2007 fixe le montant des cotisations : pour déclencher l'abondement de l'employeur, les cotisations versées par l'intéressé ne peuvent pas être inférieures à 500 €. Les cotisations à la charge des hôpitaux sont fixées sur la base d'une attestation transmise par l'intéressé. Au début de chaque année civile, le praticien adresse à la direction de l'hôpital dont il relève une attestation de versement des cotisations effectué au cours de l'année précédente, fournie par l'organisme assureur choisi⁷. Au vu de cette attestation, l'hôpital verse à l'organisme des « cotisations employeur » dont le montant est fixé à 5 % des émoluments hospitaliers bruts perçus au cours de l'année civile, dans la limite du montant des propres cotisations versées par le praticien et d'un plafond fixé à 2 000 €. En pratique, les cotisations à la charge des hôpitaux sont donc comprises entre 500 et 2 000 €.

[60] Il s'agit là d'un dispositif souple, facultatif, adapté à une population de dimension modeste, et d'une ampleur somme toute limitée.

[61] Le dispositif, mis en place après une longue phase de négociations, est original pour plusieurs raisons :

- d'abord, parce qu'il constitue une exception dans le cadre des régimes de retraite des fonctionnaires titulaires, qui traduit la singularité de la situation des personnels hospitalo-universitaires. Ce dispositif, garantissant une protection sociale supplémentaire en matière de retraite, avec participation financière de l'employeur, au bénéfice d'agents titulaires de l'Etat, est un cas unique ;
- ensuite, dans la mesure où, par rapport aux accords de prévoyance traditionnels, il ne se fonde pas sur un véritable accord collectif au sens du code de la sécurité sociale⁸ ;

⁷ L'attestation prévue à l'article 2 du décret du 5 avril 2007 doit mentionner, outre le montant des cotisations, les périodes auxquelles elles correspondent ainsi que les coordonnées précises permettant d'identifier l'organisme.

⁸ Articles L. 911-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

- enfin, parce qu'il oblige l'hôpital employeur à verser sa participation à l'organisme assureur désigné sur une simple déclaration du médecin concerné ; situation originale en particulier si l'on fait une comparaison par exemple avec les plans d'épargne pour la retraite collectifs (PERCO), mis en place par l'entreprise au profit de l'ensemble de ses salariés.

[62] Tous ces éléments expliquent qu'il ait fallu un texte législatif pour l'organiser : pour la première fois, le gouvernement a choisi de mettre en place pour des fonctionnaires d'Etat un régime collectif de retraite par capitalisation. Sans doute le contexte de la réforme des retraites de 2003, marqué par l'orientation donnée pour la constitution de plan d'épargne retraite – plans d'épargne retraite populaires (PERP) et PERCO –, explique-t-il ce choix.

[63] Sur le plan technique, les régimes choisis sont des régimes collectifs de retraite par capitalisation. Les opérations relèvent respectivement du code des assurances lorsqu'elles sont effectuées par des assureurs, du code de la sécurité sociale lorsqu'elles sont effectuées par des institutions de prévoyance, et du code de la mutualité lorsqu'il s'agit de mutuelles. Il s'agit de régimes qui ont la particularité de fonctionner comme les régimes complémentaires AGIRC ARRCO selon une technique par points. Auparavant identifiés par référence au code des assurances « L. 441 », ces régimes sont aujourd'hui définis comme relevant de la branche 26 qui désigne, dans les directives européennes d'assurance, les opérations d'assurance retraite caractérisées par une capitalisation collective avec des droits exprimés en unités de rente.

[64] Un document de travail du Conseil d'orientation des retraites (COR) sur les régimes de retraite de la branche 26 décrit les principales caractéristiques de ces produits qui « *offrent à la collectivité formée des membres participants un complément retraite, exprimé en points et géré en capitalisation* »⁹.

[65] Les opérations collectives de la branche 26 ont pour objet exclusif « *l'acquisition ou la jouissance de droits en cas de vie* ». L'article L. 441-1 du code des assurances dispose qu'« *il est établi un lien entre la revalorisation des primes et celle des droits en cas de vie précédemment acquis* ». Le pilotage du régime est donc déterminé par son rendement, défini comme le rapport entre valeur de service et valeur d'acquisition du point retraite. « *Les actifs et les droits sont isolés de ceux des autres assurés* ». Les actifs sont donc cantonnés : un organisme assureur ne peut pas vendre des actifs de ce fonds pour payer des prestations d'un autre régime de retraite supplémentaire¹⁰.

[66] Il s'agit de contrats collectifs, ce qui se traduit notamment par l'exigence d'un nombre minimal d'adhérents – 1000 –, par le caractère collectif de la provision mathématique théorique, c'est-à-dire de la somme des prestations futures probables actualisées, par la valeur de service qui est la même pour tous, les revalorisations bénéficiant uniformément à tous les rentiers du régime. Ils sont gérés par capitalisation.

[67] La valeur d'acquisition du point peut varier en fonction de l'âge du bénéficiaire, et c'est en effet le cas dans la plupart des contrats.

[68] Ces régimes de retraite à cotisations définies bénéficient du statut et des avantages sociaux et fiscaux attachés à ce type de produits :

- la contribution des employeurs au régime de retraite est assujettie à la contribution sociale généralisée (CSG) et à la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) ;
- les cotisations versées par les intéressés sont déductibles de l'assiette du calcul de l'impôt sur le revenu dans la limite de 10 % des revenus professionnels, plafonnés à huit fois le plafond de la sécurité sociale¹¹.

⁹ Conseil d'orientation des retraites, Document de travail de la séance du 16 juin 2010, « *Les régimes de retraite de la branche 26* », Direction de la sécurité sociale.

¹⁰ Idem.

¹¹ Par assimilation au statut fiscal du PERP.

2.2. *L'analyse de l'application du dispositif montre son succès et l'adhésion des parties prenantes*

2.2.1. **Les personnels hospitalo-universitaires ont eu largement recours au dispositif**

[69] Afin d'évaluer dans quelle mesure le personnel médical hospitalo-universitaire a eu recours au dispositif facultatif de retraite par capitalisation, la mission a effectué, en l'absence de données centralisées par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), une enquête auprès de l'ensemble des CHU de métropole. Les données exhaustives recueillies, détaillées par établissement, sont jointes en annexe 7. La totalité des CHU n'a pas répondu à toutes les questions posées. Les données des tableaux ci-dessous retracent la situation dans 25 CHU sur 29 en métropole, représentant 5 598 HU sur un total de 6 064 hors pharmacie, et 7 903 en incluant la pharmacie¹². La liste des établissements concernés figure dans les données jointes en annexe.

[70] Le taux de couverture des hospitalo-universitaires s'élève en 2009 à 54,48 %. Il est nettement plus élevé pour les PU-PH (59,40 %) que pour les MCU-PH (44,47 %). Cet écart s'explique sans doute par le niveau de rémunération plus faible des MCU-PH, se traduisant par une propension moindre à épargner.

Tableau 3 : Taux de couverture des personnels hospitalo-universitaires par le dispositif facultatif de retraite par capitalisation, en 2009

Nombre de PU-PH ayant souscrit	2 230
Nombre total de PU-PH	3 754
Taux de couverture des PU-PH	59,40 %
Nombre de MCU-PH ayant souscrit	820
Nombre total de MCU-PH	1 844
Taux de couverture des MCU-PH	44,47 %
Nombre de HU ayant souscrit	3 050
Nombre total de HU	5 598
Taux de couverture des HU	54,48 %

Source : Enquête mission auprès des CHU de métropole - sur 25 CHU ayant répondu

[71] Le niveau du taux de couverture est très variable d'un établissement à l'autre, avec des écarts importants, allant de 39,15 % des HU couverts au CHU de Nancy, à 82,76 % à Saint-Etienne et 80,85 % à Besançon. A l'AP-HP, le taux de couverture est proche de la moyenne, avec 54,51 % des hospitalo-universitaires couverts.

[72] Les écarts d'un établissement à l'autre peuvent s'expliquer par un niveau d'information des professionnels inégal, mais également par une mobilisation des organismes de retraite par capitalisation variable selon les CHU. Certains établissements ont par ailleurs noué des contacts directs, voire passé des conventions, avec ces organismes afin de faciliter le traitement administratif des dossiers et d'organiser la procédure de transmission des informations. C'est le cas par exemple entre COREM et l'AP-HP. Ces contacts institutionnels ont probablement un impact sur le taux de couverture du personnel de l'établissement.

¹² Source : MESR, DGRH-A1-1, novembre 2010.

Tableau 4 : Taux de couverture des personnels hospitalo-universitaires par le dispositif facultatif de retraite par capitalisation, par établissement, en 2009

	MCUPH + PUPH		
	2009		
	Nbre total	Ayant souscrit	%
Amiens	102	69	67,65 %
Angers	102	53	51,96 %
APHM	374	185	49,47 %
APHP	1 842	1 004	54,51 %
Besançon	94	76	80,85 %
Caen	102	48	47,06 %
Clermont	147	71	48,30 %
Dijon	107	55	51,40 %
Grenoble	155	64	41,29 %
HCL	364	202	55,49 %
Lille	229	141	61,57 %
Limoges	90	48	53,33 %
Montpellier	197	96	48,73 %
Nancy	189	74	39,15 %
Nantes	157	74	47,13 %
Nice	111	62	55,86 %
Nîmes	46	32	69,57 %
Poitiers	98	53	54,08 %
Reims	121	63	52,07 %
Rennes	155	95	61,29 %
Rouen	110	59	53,64 %
St-Etienne	87	72	82,76 %
Strasbourg	254	118	46,46 %
Toulouse	241	176	73,03 %
Tours	124	60	48,39 %
TOTAL	5 598	3 050	54,48 %

Source : Enquête mission auprès des CHU de métropole - sur 25 CHU ayant répondu

- [73] Dès 2007, année de son entrée en vigueur, le dispositif a connu un succès réel, pour les PU-PH comme pour les MCU-PH. Avec 52,28 % des hospitalo-universitaires couverts en 2007, le taux de couverture était déjà proche de celui de 2009. D'emblée, le dispositif est donc apparu attractif et a atteint presque aussitôt son niveau de développement actuel.

Tableau 5 : Evolution du taux de couverture des personnels hospitalo-universitaires par le dispositif facultatif de retraite par capitalisation sur la période 2007-2009

Taux de couverture PU-PH	2007	58,08 %
	2008	61,60 %
	2009	60,30 %
Taux de couverture MCU-PH	2007	41,16 %
	2008	43,35 %
	2009	43,16 %
Taux de couverture HU	2007	52,28 %
	2008	55,36 %
	2009	54,48 %

Source : Enquête mission auprès des CHU de métropole - sur 25 CHU ayant répondu

- [74] L'âge moyen des hospitalo-universitaires ayant souscrit un contrat de retraite par capitalisation est légèrement supérieur à celui de la population des hospitalo-universitaires. Compte tenu de leurs âges de départ en retraite respectifs (68 ans en moyenne pour les PU-PH et 65 ans pour les MCU-PH), et en prenant pour hypothèse qu'ils maintiennent leur effort d'épargne, la durée de cotisation moyenne potentielle pour les deux catégories est de 14 ans.

Tableau 6 : Âge moyen des personnels hospitalo-universitaires ayant souscrit un contrat de retraite par capitalisation, en 2009

	Âge moyen des HU ayant souscrit un contrat	Âge moyen des HU en médecine
Âge moyen des PU-PH	54 ans 5 mois	53 ans 9 mois
Âge moyen des MCU-PH	51 ans 10 mois	49 ans 5 mois

Source : Enquête mission auprès des CHU de métropole - sur 24 CHU ayant répondu et MESR/DGRH A1-1, novembre 2010

- [75] Le tableau suivant retrace, à titre d'exemple, la répartition par âge en 2009 des hospitalo-universitaires exerçant à l'AP-HP et ayant souscrit un contrat de retraite facultatif. La moyenne d'âge des PU-PH ayant souscrit est de 54 ans, et celle des MCU-PH est de 53 ans. On observe qu'un quart des personnes ayant souscrit a plus de 60 ans. Ils épargneront sur une durée courte, inférieure à dix ans.

Tableau 7 : Répartition par âge des personnels hospitalo-universitaires ayant souscrit un contrat de retraite par capitalisation à l'AP-HP en 2009

MCU-PH			PU-PH			Total HU		
Âge	Nombre	%	Âge	Nombre	%	Âge	Nombre	%
35-45 ans	70	24,48 %	37-45 ans	91	12,67 %	35-45 ans	161	16,04 %
46-55 ans	69	24,13 %	46-55 ans	299	41,64 %	46-55 ans	368	36,65 %
56-60 ans	67	23,43 %	56-60 ans	157	21,87 %	56-60 ans	224	22,31 %
Plus de 60 ans	80	27,97 %	Plus de 60 ans	171	23,82 %	Plus de 60 ans	251	25,00 %
Total	286		Total	718		Total	1 004	

Source : Enquête mission auprès des CHU de métropole

[76] Le montant moyen versé par les bénéficiaires est légèrement supérieur au montant maximum fixé pour l'abondement de l'hôpital. Une analyse plus fine des montants moyens versés montre néanmoins que la plupart des hospitalo-universitaires versent effectivement la somme de 2 000 € afin de bénéficier à plein de l'abondement de l'employeur. Certains, peu nombreux, versent des sommes beaucoup plus importantes, profitant, outre de l'abondement de l'employeur, des déductions fiscales offertes pour ce type de produit financier.

Tableau 8 : Montant annuel moyen versé par les HU ayant souscrit un contrat de retraite par capitalisation, en 2009

	Montant en €
Montant moyen versé par PU-PH (hors AP-HP)	2 608,84
Montant moyen versé par MCU-PH (hors AP-HP)	2 177,27

Source : Enquête mission auprès des CHU de métropole - sur 24 CHU ayant répondu

[77] Le montant moyen annuel versé par les établissements hospitaliers pour chaque hospitalo-universitaire est logiquement légèrement inférieur au montant plafond de 2 000 €, certains ne versant pas de cotisations à hauteur du plafond, d'autres ne pouvant bénéficier d'un abondement à cette hauteur compte tenu du plafond de 5 % des émoluments hospitaliers.

Tableau 9 : Montant annuel moyen versé par les établissements au titre de l'abondement de l'employeur par HU ayant souscrit un contrat de retraite par capitalisation, en 2009

	Montant en €
Coût moyen pour l'établissement pour un PU-PH	1 864,99
Coût moyen pour l'établissement pour un MCU-PH	1 622,36

Source : Enquête mission auprès des CHU de métropole - sur 25 CHU ayant répondu

[78] Quatre organismes couvrent un peu plus de 90 % de la population des hospitalo-universitaires sur les 25 CHU ayant répondu au questionnaire de la mission : PREFON couvre près du tiers des hospitalo-universitaires (32,07 %)¹³, COREM 26,39 %, la MACSF et AGIPI/AXA respectivement 16,3 % et 14,48 %. PREFON et COREM couvrent à eux seuls près de 60 % des hospitalo-universitaires.

¹³ En 2010, selon la CNP, 1 417 hospitalo-universitaires bénéficient d'un contrat PREFON avec abondement de l'employeur.

- [79] Le positionnement de PREFON s'explique notamment par le fait que les contrats proposés par les différents organismes aux hospitalo-universitaires ne leur sont pas spécifiques. Ceux qui avaient déjà souscrit un contrat auprès de PREFON ont pu utiliser leur contrat préexistant pour effectuer le versement et profiter de l'abondement de l'employeur sans avoir à souscrire de nouveau contrat.

Tableau 10 : Répartition des personnels hospitalo-universitaires ayant souscrit un contrat, par organisme, en 2009

	Nombre de HU	%
PREFON	978	32,07 %
COREM	805	26,39 %
MACSF	497	16,30 %
SHAM/AG2R	2	0,07 %
AGIPI/AXA	472	15,48 %
Monceau retraite	18	0,59 %
aPERF sérénité	103	3,38 %
AGF Vie (Allianz)	80	2,62 %
HSBC	1	0,03 %
APPA	94	3,08 %
TOTAL ayant souscrit	3050	
TOTAL de HU	5598	
% de HU ayant souscrit	54,48 %	

Source : Enquête mission auprès des CHU de métropole - sur 25 CHU ayant répondu.

2.2.2. Les contrats proposés aux hospitalo-universitaires, non spécifiques, sont souples et « sécurisés »

- [80] Le choix de réserver le dispositif aux contrats de retraite de la branche 26 limite le nombre d'organismes auxquels sont susceptibles de recourir les intéressés. Quatre organismes ont ainsi été choisis dans des proportions variables : PREFON, COREM, MACSF, AGIPI.
- [81] On peut supposer qu'à côté des plans d'épargne retraite, qui bénéficient des mêmes caractéristiques, les contrats proposés offrent l'avantage d'un système d'acquisition de points qui a le double mérite de la clarté et de la ressemblance avec les systèmes de retraite complémentaire du type de l'IRCANTEC.
- [82] Malgré les différences qui peuvent exister entre les dispositions propres aux trois codes visés, ces contrats, qui fonctionnent selon des principes de provisionnement intégral des engagements, assurent aux souscripteurs des avantages vieillesse sous forme de rente. Depuis 2004, il est interdit aux organismes régis par le code des assurances de diminuer la valeur de service de l'unité de rente (article R. 441-19 du code des assurances), c'est-à-dire qu'il n'est pas possible d'amoinrir le niveau des pensions en euros courants : il y a une garantie sur la valeur de service. En ce sens, malgré leur opacité, il s'agit de contrats « sécurisés » pour lesquels le montant relativement limité de l'avantage servi est compensé par l'absence de risque¹⁴. Néanmoins, cette interdiction ne figure ni dans le code de la sécurité sociale ni dans le code de la mutualité.

¹⁴ Le niveau de la rente est effectivement difficile à appréhender compte tenu des ajustements de la valeur du point.

- [83] En outre, on a vu que les régimes de branche 26 étaient isolés des autres engagements de l'assureur par le cantonnement des actifs, ce qui constitue un autre élément de sécurisation. De plus, les droits acquis font l'objet d'une provision mathématique théorique : les engagements actualisés doivent être intégralement provisionnés.
- [84] Par ailleurs, ces contrats sont souples : les versements des intéressés peuvent être mensuels ou annuels et les montants varier d'une année sur l'autre ou en cours d'année, avec la faculté de suspendre les versements sans être pénalisé ; l'abondement de l'hôpital ne revêt aucune obligation contractuelle, sa disparition ou la modification de son montant n'entraînant aucun effet sur la nature du contrat. Les bénéficiaires peuvent demander à anticiper ou au contraire retarder la date de liquidation de leurs droits. En cas d'anticipation, les contrats prévoient en général un abattement du nombre des unités de rente (application d'un coefficient d'anticipation). Au contraire, en cas d'ajournement, les contrats peuvent prévoir une augmentation du nombre d'unités de rente (application d'un coefficient d'ajournement).
- [85] Les rentes servies peuvent être réversibles, si les contrats le prévoient, avec un impact sur la valeur d'acquisition du point.
- [86] En principe, la « transférabilité » des contrats vers d'autres contrats *de même nature* est possible dans les conditions fixées par le code des assurances. L'article L. 132-23 dispose que « *les droits individuels résultant des contrats d'assurance de groupe en cas de vie dont les prestations sont liées à la cessation d'activité professionnelle [...] sont transférables, dans des conditions fixées par décret* ». L'article D. 441-22 du code des assurances précise les modalités pratiques de transfert des droits.
- [87] Dans cette perspective, la solution adoptée préserve la liberté contractuelle et autorise un véritable choix, situation assez largement conforme aux attentes des intéressés.

2.2.3. Les rendements affichés des contrats sont variables d'un organisme à l'autre

- [88] A la suite de la mise en place du dispositif, la Confédération syndicale hospitalo-universitaire¹⁵ a établi un document comparatif des principaux organismes offrant des contrats de la branche 26. Destiné aux hospitalo-universitaires, il visait à les aider à opérer un choix entre les différentes possibilités offertes ? en mettant en évidence le montant des frais de gestion et les différents paramètres susceptibles d'influer sur le rendement de ces régimes (*cf.* annexe 6).
- [89] Si la comparaison des rendements des contrats ne rentrait pas dans les objectifs de la mission, la mission a néanmoins cherché à donner une indication des droits ouverts aux hospitalo-universitaires dans le cadre de ces contrats.
- [90] La mission a ainsi demandé aux deux principaux organismes auxquels ont recours les hospitalo-universitaires (PREFON et COREM) de lui communiquer les conditions contractuelles proposées aux bénéficiaires et d'effectuer un certain nombre de simulations.
- [91] Les éléments fournis par les organismes assureurs ont permis de vérifier que les frais de gestion, bien que variables d'un organisme à l'autre, étaient identifiables par les contractants et ne comportaient pas d'éléments de nature à perturber leur choix.
- [92] A titre d'exemple, pour les deux organismes rencontrés par la mission, les charges de fonctionnement des deux régimes s'établissent comme suit :

¹⁵ La Confédération syndicale hospitalo-universitaire regroupait en 2007 le SNHU, le SNMB-CHU et le SNPHU.

Tableau 11 : Frais de gestion sur les contrats branche 26 COREM et PREFON en 2010

	COREM	PREFON
Prélèvement sur les cotisations versées annuellement	3,5 % des cotisations encaissées annuellement	3,9 % des cotisations encaissées annuellement <i>1,2 % destinés à couvrir les frais relatifs à la gestion administrative effectuée par la CNP</i> <i>0,75 % destinés à la PREFON pour la couverture des frais qui lui incombent</i> <i>1,95 % destinés aux dépenses nécessaires pour la promotion et la commercialisation du régime</i>
Prélèvement sur l'encours	0,1 % du montant moyen de la provision technique spéciale chaque année	0,49 % de l'encours des provisions techniques net de provision de gestion de fon d'exercice 2 % des produits financiers des actifs détenus en représentation de la provision technique spéciale 0,25 % de l'encours de la provision de gestion de fin d'exercice
Autres	Des frais de gestion de 2 % sont précomptés sur la rente brute avant versement	

Source : COREM, PREFON, décembre 2010

- [93] Là encore sans chercher à comparer les rendements des régimes entre eux, la mission a voulu donner une indication du niveau de rente attendu pour les bénéficiaires dans le cadre de ces régimes en fonction des montants versés annuellement.
- [94] La comparaison des rendements de ces régimes est en effet particulièrement difficile à effectuer de manière fiable sur le moyen terme en raison des incertitudes pesant sur l'évolution de la valeur d'achat et de service du point et sur les rendements de leurs actifs constituant les provisions. Elle est en outre délicate dans la mesure où la structure même des actifs est très différente d'un organisme à l'autre. Les « risques » portés par ces organismes sont donc également variables, avec un impact évident sur les rendements escomptés. Les résultats de simulations sur longue période sont donc à interpréter avec une grande prudence.
- [95] La mission a demandé aux deux principaux organismes auxquels ont recours les hospitalo-universitaires d'effectuer un certain nombre de simulations en fonction de l'âge de souscription du contrat et de l'âge de liquidation des droits. Elle a retenu pour ces simulations des « cas-types » correspondants aux différentes situations dans lesquelles se trouvent les MCU-PH et les PU-PH lors de la souscription de ces contrats : souscription d'un contrat pour un MCU-PH à 37 ans, à 45, 50, 55 et 60 ans, avec liquidation des droits à 65 ans (âge moyen de départ en retraite) ; souscription d'un contrat par un PU-PH à 42 ans, à 45, 50,55 et 60 ans avec liquidation des droits à 68 ans (âge moyen de départ en retraite).

[96] Les simulations effectuées reposent sur les valeurs d'achat et de service du point connus en 2010 pour chaque régime pour une souscription en 2011, le montant et la structure actuels des frais de gestion, des montants de versement fixes dans la durée. Pour PREFON, il s'agit du niveau de rente minimale garantie ; une estimation avec une revalorisation de la valeur de service de 1 % a également été communiquée à la mission. Le détail des études sur cas-type réalisées est joint en annexes 10 et 11. Les tableaux ci-dessous font la synthèse des résultats de ces simulations, en notant que COREM a pris pour hypothèse que les intéressés ne cotisaient pas l'année de leur départ en retraite.

Tableau 12 : Simulation de droits pour le régime PREFON – situations d'un MCU-PH

	Age de souscription	37 ans	45 ans	50 ans	55 ans	60 ans
	Nombre de versements effectués par l'adhérent	29	21	16	11	6
	Age de liquidation	65 ans				
2 000 € sans abondement de l'employeur	Rente mensuelle à 65 ans	279,58 €	191,58 €	140,58 €	92,67 €	47,58 €
	Rente annuelle à 65 ans	3 355,00 €	2 299,00 €	1 687,00 €	1 112,00 €	571,00 €
2 000 € avec abondement de l'employeur de 2 000 €	Rente mensuelle à 65 ans	559,17 €	383,17 €	281,25 €	185,25 €	95,25 €
	Rente annuelle à 65 ans	6 710,00 €	4 598,00 €	3 375,00 €	2 223,00 €	1 143,00 €

Source : Simulation réalisée par la CNP à la demande de la mission, décembre 2010

Tableau 13 : Simulation de droits pour le régime COREM – situations d'un MCU-PH

	Age de souscription	37 ans	45 ans	50 ans	55 ans	60 ans
	Nombre de versements effectués par l'adhérent	28	20	15	10	5
	Age de liquidation	65 ans				
2 000 € sans abondement de l'employeur	Rente mensuelle à 65 ans	360,87 €	228,91 €	158,51 €	96,98 €	43,70 €
	Rente annuelle à 65 ans	4 330,44 €	2 746,92 €	1 902,12 €	1 163,76 €	524,40 €
2 000 € avec abondement de l'employeur	Rente mensuelle à 65 ans	713,28 €	452,54 €	313,47 €	192,16 €	88,59 €
	Rente annuelle à 65 ans	8 559,36 €	5 430,48 €	3 761,64 €	2 305,92 €	1 063,08 €

Source : Simulation réalisée par COREM à la demande de la mission, décembre 2010

Tableau 14 : Simulation de droits pour le régime PREFON – situations d'un PU-PH

	Age de souscription	42 ans	45 ans	50 ans	55 ans	60 ans
	Nombre de versements effectués par l'adhérent	27	24	19	14	9
	Age de liquidation des droits	68 ans				
2 000 € sans abondement de l'employeur	Rente mensuelle à 68 ans	307,58 €	267,33 €	203,17 €	142,67 €	86,00 €
	Rente annuelle à 68 ans	3 691 €	3 208 €	2 438 €	1 712 €	1 032 €
2 000 € avec abondement de l'employeur de 2 000 €	Rente mensuelle à 68 ans	615,25 €	534,58 €	406,25 €	285,33 €	171,92 €
	Rente annuelle à 68 ans	7 383 €	6 415 €	4 875 €	3 424 €	2 063 €

Source : Simulation réalisée par la CNP à la demande de la mission, décembre 2010

Tableau 15 : Simulation de droits pour le régime COREM – situations d'un PU-PH

	Age de souscription	42 ans	45 ans	50 ans	55 ans	60 ans
	Nombre de versements effectués par l'adhérent	26	23	18	13	8
	Age de liquidation des droits	68 ans				
2 000 € sans abondement de l'employeur	Rente mensuelle à 68 ans	347,55 €	292,45 €	209,05 €	136,16 €	73,05 €
	Rente annuelle à 68 ans	4 170,60 €	3 509,40 €	2 508,60 €	1 633,92 €	876,60 €
2 000 € avec abondement de l'employeur de 2 000 €	Rente mensuelle à 68 ans	686,72 €	577,84 €	413,10 €	269,40 €	148,23 €
	Rente annuelle à 68 ans	8 240,64 €	6 934,08 €	4 957,20 €	3 232,80 €	1 778,76 €

Source : Simulation réalisée par COREM à la demande de la mission, décembre 2010

2.3. *L'appréciation du dispositif doit tenir compte à moyen terme d'un horizon des retraites brouillé*

2.3.1. **Une souplesse appréciée de la profession, mais un abondement de l'employeur jugé insuffisant**

[97] Les rencontres menées avec les représentants des personnels enseignants et universitaires¹⁶ ont souligné l'intérêt que les intéressés portent au système de 2007.

¹⁶ Confédération nationale des syndicats hospitalo-universitaires, Syndicat national des hospitalo-universitaires, Syndicat national des médecins et spécialistes et biologistes des hôpitaux publics.

- [98] Globalement, même s'ils considèrent que ce dispositif ne constitue pas encore un véritable dispositif de retraite, ils le jugent d'une manière positive et bien adapté à leurs besoins. Parmi ses attraits, figurent en particulier sa souplesse qui permet de s'adapter aux capacités contributives de chacun, et l'ouverture faite pour offrir une gamme de contrats dans le cadre d'une véritable concurrence. Le fait de bénéficier d'un dispositif original est apprécié et jugé correspondre à une situation elle-même originale. La perspective de disposer à terme d'une rente est bien acceptée, les intéressés connaissant parfaitement l'ensemble des instruments d'épargne¹⁷.
- [99] La principale critique se situe naturellement dans le regret manifesté au sujet du plafonnement de l'abondement à la charge de l'hôpital.
- [100] Le plafonnement de la part de l'hôpital à 2 000 € est critiqué pour trois raisons principales :
- parce que le mode de calcul initial est jugé obscur, assez largement éloigné de ce que pourrait être une cotisation retraite de droit commun : régime de base et complémentaire ;
 - parce que le montant n'a pas été indexé et est donc resté le même depuis 2007 ;
 - dans la mesure enfin où, après le protocole de juillet 2010 qui a réglé de manière positive la question de l'assiette des cotisations propres aux praticiens hospitaliers, le maintien d'un plafond de faible niveau traduit un désavantage relatif.
- [101] Dans ces conditions, la principale demande des syndicats, en concurrence avec le souci de voir bâtir un véritable dispositif de prélèvement retraite sur les émoluments hospitaliers, est celle de la revalorisation de l'abondement hospitalier¹⁸.

2.3.2. L'absence d'effet d'entraînement sur d'autres professions

- [102] Le dispositif propre aux hospitalo-universitaires est peu connu en dehors de la population hospitalière.
- [103] Il s'agit d'un dispositif « singulier » caractérisé, comme il l'a été relevé plus haut, par le fait que l'abondement de l'employeur se fonde sur l'existence d'un contrat facultatif individuel librement choisi par l'intéressé. Il y a là une situation qui n'a pas d'équivalent dans le domaine de la prévoyance collective auquel ce type de situation échappe puisque, par principe (en dehors des cas de désignation unilatérale de l'employeur), la prévoyance collective est conventionnelle et obligatoire. Peut-être faut-il relever ici l'influence de la loi de réforme des retraites de 2003 et ses efforts pour favoriser des solutions d'adhésion individuelle à des dispositifs d'épargne retraite individuelle ; comme on pourrait aussi considérer que ce choix préserve les intérêts des régimes de la branche 26 déjà existants et dominant le marché.
- [104] Réservé à une catégorie spécifique d'agents publics ayant une double activité parfaitement identifiée, le dispositif mis en place par la loi du 21 décembre 2006 bénéficie encore aujourd'hui d'une certaine discrétion qui explique qu'il n'a pas produit d'effet d'entraînement pour d'autres catégories de fonctionnaires. On peut d'ailleurs s'interroger sur la réalité de la crainte d'un effet de ce type, tant est originale la situation des hospitalo-universitaires aussi bien par la dualité des employeurs que par le montant désormais élevé des émoluments hospitaliers, qui peuvent généralement approcher et dépasser l'équivalent des rémunérations universitaires nettes¹⁹.

¹⁷ Dans le secteur privé les choix sont plus larges. Le salarié qui souhaite constituer un complément de retraite peut choisir un PERCO, pour profiter de l'abondement de l'entreprise sans compromettre son pouvoir d'achat, ou préférer, s'il possède des revenus importants, un dispositif individuel tel que le PERP pour bénéficier de ses avantages fiscaux à court terme tout en préparant sa retraite.

¹⁸ S'agissant du PERCO, l'abondement de l'employeur est limité au triple du versement du salarié, et à 16 % du plafond annuel de la sécurité sociale : 33 352 € en 2011 soit 5 336,32 €

¹⁹ 55 000 € d'émoluments pour les professeurs ayant 12 ans d'ancienneté sans les indemnités de gardes et astreintes, évaluées pour leur part à 20 000 € soit un total de 75 000 € nets, à mettre en relation avec une rémunération nette annuelle hors primes de 58 900 € en hors échelle D3.

2.3.3. Un dispositif que ne fait pas de distinction selon que le professionnel exerce ou non une activité libérale

- [105] L'évolution des modes d'exercice à l'hôpital a vu la mise en place d'une indemnité d'engagement de service public exclusif destinée à compenser l'absence de rémunération liée à une activité privée. Cette indemnité de service public exclusif s'élève en 2010 à 5 856 €par an.
- [106] S'agissant des praticiens hospitaliers, le décret n° 2010-142 du 29 septembre 2010 relatif à l'assiette des cotisations distingue les situations en fonction de l'exercice d'une activité libérale. Pour les praticiens qui n'exercent pas d'activité libérale, l'assiette des cotisations est constituée de la totalité de leurs émoluments hospitaliers à l'exception d'une indemnité spécifique liée à un engagement de servir pendant cinq ans dans un établissement prioritaire²⁰. En revanche, pour ceux qui exercent une activité libérale, l'assiette des cotisations n'est que des deux tiers des émoluments hospitaliers.
- [107] Ces exemples mettent en évidence le souci de l'administration d'aborder de manière différenciée les situations dans lesquelles se trouvent placées les différentes catégories de praticiens au regard de l'activité libérale.
- [108] Le dispositif de retraite facultatif des PU-PH mis en place en 2006 est au contraire général et n'opère pas de distinction selon que les praticiens exercent ou non une activité libérale. Le choix d'une telle stratégie s'explique sans doute par le souci de ne pas avoir à justifier devant le Parlement une différence de traitement entre les hospitalo-universitaires ayant une activité libérale et ceux qui n'en ont pas.

2.3.4. L'impact à venir sur le niveau de pension des hospitalo-universitaires de la suppression de la validation des services auxiliaires par la réforme des retraite de 2010 constitue un fait nouveau

- [109] Selon les statistiques données par le ministère en charge de la recherche, les professeurs des universités sont titularisés en moyenne à 44 ans et 5 mois sur la base des recrutements 2009-2010. Pour les disciplines médicales, pour lesquelles il n'existe pas de filière de recrutement supposant une carrière antérieure d'enseignant titulaire (professeurs titulaires du second degré par exemple pour les lettres ou les sciences), la titularisation est précédée d'une large période de services en tant que non-titulaire. Or, pour les fonctionnaires, il existe une possibilité, au moment de la titularisation, de valider les services accomplis en tant que non-titulaire afin d'augmenter le nombre d'annuités pris en compte dans le calcul de la pension.
- [110] Ce sont ces services qui font l'objet d'une validation au terme d'une procédure complexe dont l'économie est résumée dans l'encadré qui figure ci-dessous, issu des rapports sur les pensions de retraite de la fonction publique annexés aux projets de loi de finances pour 2010 et 2011.

²⁰ La liste des indemnités et allocations est fixée par l'article D. 6152-23-1 du code de la santé publique.

La validation des services auxiliaires

« La validation des services auxiliaires est une opération facultative qui permet aux fonctionnaires et aux militaires de faire transférer des cotisations versées initialement au régime général et à l'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques (IRCANTEC) vers le régime de retraite des fonctionnaires. Elle constitue donc le corollaire de la condition de fidélité, dont elle vise à atténuer les effets.

« Les agents disposent de deux ans pour déposer leur demande après leur titularisation et d'un an pour accepter la validation. Lors de la validation des services, l'agent paie des cotisations rétroactives dont sont déduites les cotisations déjà versées au titre du régime général de retraite et de l'IRCANTEC. Les sommes dues sont égalisées à l'aide d'une soulte. Pour les régimes de retraites, les montants en jeu sont significatifs : en 2007, l'IRCANTEC a ainsi transféré 120 M€ de cotisations aux régimes de fonctionnaires, soit près de 6 % des cotisations reçues la même année.

« Le maintien du principe de ces validations se pose à plusieurs titres :

- la cohérence avec le principe d'organisation entre systèmes de retraite ;
- la convergence des paramètres des différents régimes de retraite, notamment du régime général et de ceux des fonctionnaires, rend faible l'intérêt de tels dispositifs qui sont, en outre, très coûteux en gestion. »

Extrait du *Rapport sur les pensions de retraite de la fonction publique annexé au projet de loi de finances pour 2010.*

« La validation des services se définit comme une possibilité laissée au fonctionnaire de l'État, au magistrat ou au militaire, d'obtenir la prise en compte, pour la constitution de ses droits à pension, des services accomplis en qualité d'agents non titulaires, que ces services aient été continus ou discontinus, rendus à temps complet ou incomplet.

« La validation des services se traduit par le remplacement de la durée d'assurance acquise auprès du régime général de la sécurité sociale (RG), exprimée en trimestres en fonction des salaires alors soumis à cotisations, par la durée réelle des services travaillés. Corrélativement, la validation des services entraîne l'annulation des points de retraite acquis à l'IRCANTEC.

« En vertu de l'article R. 7 modifié du code des pensions civiles et militaires, la durée des services validés est exprimée en trimestres, la fraction de trimestre inférieure à 45 jours étant négligée dans le décompte final.

« La procédure de validation concerne un agent sur deux et a pour effet d'augmenter la durée moyenne liquidée de 4 ans et 5 mois.

« La validation des services impose à l'agent de s'acquitter de cotisations rétroactives pour pension civile correspondant à la durée validée, calculées sur le traitement indiciaire perçu à la date de la demande. De ce montant sont toutefois déduites les cotisations, non actualisées, versées au régime général de l'assurance vieillesse et au régime de retraite complémentaire obligatoire des agents non titulaires (IRCANTEC) au cours des périodes validées.

« Les difficultés rencontrées dans l'obtention d'informations, liées à la diversité des employeurs potentiels, à une tenue des archives inégale et aux durées relativement courtes des périodes visées, rendent la constitution des dossiers particulièrement difficile.

« L'Inspection générale des finances a ainsi pu estimer que la procédure de validation de services mobilisait au moins 400 agents, notamment dans les ministères de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche.

« Toutefois, au regard des contraintes de gestion, la loi de 2003 portant réforme des retraites a limité les délais de dépôt de demande : celle-ci doit être faite dans les deux ans suivant la date de leur titularisation, en vertu de l'article L. 5 du code des pensions civiles et militaires de retraite ; pour les fonctionnaires titularisés avant cette date, une procédure transitoire leur a permis de déposer une demande jusqu'au 31 décembre 2008. »

Extrait du *Rapport sur les pensions de retraite de la fonction publique annexé au projet de loi de finances pour 2011.*

- [111] La loi de réforme des retraites du mois de juillet 2010 ferme ce dispositif à compter de 2015. L'article 53 V de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 modifie l'article L. 5 du code des pensions en réservant aux fonctionnaires dont la titularisation est antérieure au 1^{er} janvier 2013 la faculté de demander la validation des services effectués dans une administration d'Etat ou un établissement public de l'Etat pendant encore deux ans.
- [112] Cette modification des conditions de validation est importante pour l'évolution des droits à retraite des hospitalo-universitaires. Tout d'abord, elle conduit les intéressés à devenir poly-pensionnés dans des conditions défavorables dans la mesure où les années d'activité de non-titulaire dans le régime général et à l'IRCANTEC ne correspondent pas, pour une partie d'entre elles, à des périodes de hautes rémunérations : internat, assistanat, chefs de clinique, etc. Ensuite, elle réduit la pension d'Etat du fait de la diminution mécanique de la durée d'assurance qui résulte de l'absence de transfert des périodes accomplies au titre des services de non titulaires.
- [113] Le tableau suivant vise à donner un ordre de grandeur de l'impact de la suppression de la validation des services auxiliaires sur les PU-PH et MCU-PH, sur la base de cas-types correspondant aux hypothèses suivantes :
- PU-PH titularisé à 42 ans, prenant sa retraite à 68 ans au grade de PU-PH de 1^{ère} classe 3^{ème} échelon 3^{ème} chevron INM 1164, n'ayant pas exercé dans un cadre libéral, ayant été interne à 25 ans, ayant fait cinq ans d'internat, deux ans de clinicat, deux ans comme praticien attaché, un an comme praticien contractuel, sept ans comme praticien-hospitalier ;
 - MCU-PH titularisé à 37 ans, prenant sa retraite à 65 ans au grade de MCU-PH hors classe 6^{ème} échelon 3^{ème} chevron INM 963, n'ayant pas exercé dans un cadre libéral, ayant été interne à 25 ans, ayant fait cinq ans d'internat, deux ans de clinicat, deux ans comme praticien attaché, trois ans comme praticien contractuel ;
 - les niveaux de rémunération et de pension théoriques de la fonction publique sont ceux de 2011, les rémunérations ne prennent pas en compte les indemnités universitaires, les paramètres RG et IRCANTEC sont ceux connus au 1^{er} janvier 2011 en simulant une titularisation dans la fonction publique en 2013.

Tableau 16 : Simulation de pension en l'absence de validation de services auxiliaires sur la base de cas-types théoriques pour un PU-PH et un MCU-PH, en euros

	Nombre de trimestres cotisés pour une retraite à taux plein dans la Fonction publique en 2011	Nombre de trimestres cotisés dans la Fonction publique	Rémunération théorique brute fin de carrière	Pension théorique brute de la FP à taux plein	Pension théorique brute de la FP sans VSA	Droits RG + IRCANTEC	Pension mensuelle théorique totale sans VSA
PUPH	163	108	64 675,80	48 506,88	32 139,53	14 030,00	46 169,53
MCUPH	163	116	53 507,64	40 130,76	28 559,31	8 169,00	36 728,31

Source : Mission, sur la base des données IRCANTEC pour les droits RG+IRCANTEC

- [114] Le « manque à gagner » annuel de la suppression de la validation des services auxiliaires, tel qu'il ressort de la simulation sur cas-type, s'élève à 2 337 € annuels pour les PU-PH et 3 402 € pour les MCU-PH. On mesure ainsi l'impact de cette réforme sur le niveau de pension des hospitalo-universitaires : pour les MCU-PH, ce manque à gagner représente un peu plus d'un mois de pension, sur la base de la pension théorique brute de la fonction publique perçue aujourd'hui.
- [115] Mais plus encore, en réactivant l'intérêt de l'affiliation au régime général et surtout à l'IRCANTEC, la fermeture du dispositif de validation relance la revendication d'une évolution du système vers un assujettissement de droit commun des émoluments hospitaliers, dans la mesure où, désormais, les HU bénéficieront dans tous les cas d'une pension du régime général et de l'IRCANTEC.

3. LES PISTES D'EVOLUTION

- [116] La mission a examiné trois scénarios alternatifs permettant, conformément à la lettre de mission, d'améliorer les droits à la retraite des hospitalo-universitaires :
- l'affiliation au régime général et à l'IRCANTEC selon les principes du droit commun ;
 - l'utilisation du RAFP dans un cadre rénové ;
 - l'augmentation de l'abondement de l'employeur, général ou réservé aux praticiens n'exerçant pas dans un cadre libéral.
- [117] La mission évoque pour mémoire la solution consistant à intégrer l'ensemble des indemnités relatives à l'activité hospitalière des hospitalo-universitaires dans le calcul de la pension d'Etat.

3.1. *La solution consistant à intégrer l'ensemble des primes relatives à l'activité hospitalière des hospitalo-universitaires dans le calcul de la pension d'Etat semble devoir être écartée*

- [118] Rechercher un dispositif compensatoire de l'absence de cotisations sur les primes ne peut s'imaginer indépendamment d'un examen du sujet pour l'ensemble de la fonction publique. Il s'agit là d'une question fort ancienne qui concerne directement deux types de population et, indirectement, met en relief le sort d'un troisième type de population :

- les PU-PH ne peuvent être dissociés des autres fonctionnaires dont les carrières se terminent hors-échelle et qui reçoivent des primes saturant le plafond du régime de la retraite additionnelle de la fonction publique (20 % du traitement indiciaire). Le taux moyen de primes rapporté au traitement indiciaire est en effet de 51 % pour les magistrats, de 56 % pour les administrateurs civils, de 59 % pour les officiers, de 64 % pour les emplois de direction et de 68 % pour les ingénieurs des grands corps techniques²¹ ;
- on ne peut faire abstraction de corps particuliers, d'essence régaliennne pour l'essentiel, qui au-delà de la catégorie A+ bénéficient de régimes de primes substantiels. Il s'agit, notamment, des agents des finances, de la police et de la pénitentiaire (46 % pour les cadres intermédiaires de ces deux dernières catégories et 39 % pour les agents de base) ;
- le raisonnement sur les primes fait en outre apparaître un bloc majeur, celui des enseignants, qui n'en bénéficie guère (autour de 10 %). Ce bloc constitue à lui seul près de la moitié de la fonction publique d'Etat et, à cet égard, il n'y a guère de différence entre les corps du premier degré (instituteurs et professeurs des écoles), du second degré (certifiés et agrégés) et du supérieur (maîtres de conférences et professeurs) pour les disciplines juridiques, littéraires et scientifiques. Seuls les PU-PH font exception.

[119] Cette double dichotomie, entre les PU-PH et les autres enseignants du supérieur d'une part, entre les corps bénéficiant de fortes primes – y compris les PU-PH – et la grande masse des enseignants des écoles et du second degré d'autre part, ne peut être ignorée.

[120] Dans ce cadre, on aurait pu imaginer une solution consistant à intégrer l'ensemble des émoluments hospitaliers dans le calcul de la pension d'Etat. En principe²², le calcul de la pension s'effectue sur la base du seul traitement indiciaire. Pour autant, plusieurs dérogations à ce principe existent : indemnité de sujétion spéciale pour les policiers (115 000 fonctionnaires, taux de 10 à 22 % du traitement indiciaire suivant les grades), les gendarmes et les agents de l'administration pénitentiaire (23 500 fonctionnaires, taux de 17 à 22 %), indemnité de risque pour les agents de surveillance de la douane (8 000 fonctionnaires), indemnité de technicité pour les agents des finances, sans parler de la nouvelle bonification indiciaire qui, elle, est d'application générale.

[121] Juridiquement et techniquement, il est donc possible de trouver une solution homologue à celle adoptée pour des « corps régaliens », corps à forts effectifs.

[122] Cette option aurait d'ailleurs une légitimité certaine. L'ordonnance du 30 décembre 1958 dispose que les hospitalo-universitaires « *exercent conjointement les fonctions universitaires et hospitalières* ». Dans son arrêt du 24 septembre 1999 précité, le Conseil d'Etat a rappelé qu'ils étaient « *statutairement tenus d'exercer de manière indissociable des fonctions d'enseignement et des activités hospitalières dans un centre hospitalier et universitaire* ». Dès lors, il peut apparaître contestable qu'une partie de la rémunération de l'activité principale de cette catégorie de personnel soit traitée comme la rémunération accessoire d'une activité accessoire. Au contraire, il y aurait une certaine cohérence à traiter les émoluments comme une partie de leur rémunération principale, et à ce titre à les prendre en compte pour les droits à la retraite comme leur traitement indiciaire.

[123] Cependant les dispositifs retenus dans le passé ont fait l'objet de vives critiques de la Cour des comptes²³. La Cour a fait observer que ces dispositifs étaient opaques (articles de lois introduits par voie d'amendement et non incorporés au code des pensions, décrets d'application non publiés au Journal officiel), ne relevaient que d'une pure logique catégorielle, n'avaient pas de réelles contreparties en termes de retenues pour pensions²⁴.

²¹ Sources : *Faits et chiffres 2008-2009, Rapport annuel sur la fonction publique*, p. 607.

²² Art. L. 15 du code des pensions civiles et militaires.

²³ *Les pensions des fonctionnaires civils de l'État*, Cour des comptes, 2003, p. 149.

²⁴ On notera cependant que, nonobstant ces réserves de la Cour des comptes, le législateur (article 37 de la LFSS pour 2004 et décrets du 18 mars 2004) a intégré les primes des aides-soignants (170 000 fonctionnaires hospitaliers) dans l'assiette retenue pour le calcul de la pension ; ceci permet, à terme, une augmentation de 10 % de la pension des intéressés.

- [124] Par ailleurs, l'importance du montant des émoluments hospitaliers conduirait à des cotisations sans doute excessives au regard de l'avantage vieillesse, compte tenu du taux élevé de contribution employeur supporté par l'Etat (65,39 % en 2011).
- [125] Enfin, et pour mémoire, d'une part cette piste a été écartée en 2002 par l'administration, à la suite notamment de l'arrêt du Conseil d'Etat du 24 septembre 1999 (cf. 1.2 et arrêt en annexe 4), et d'autre part la dualité des employeurs est de nature à la mettre en échec ; l'Etat d'un côté, l'hôpital, financé par l'assurance maladie, de l'autre.

3.2. *L'affiliation au régime général et à l'IRCANTEC suppose de passer d'un dispositif facultatif individuel géré en capitalisation à un dispositif obligatoire collectif géré en répartition*

3.2.1. Une solution déjà envisagée en 2006, avant la réforme de l'IRCANTEC

- [126] L'affiliation au régime général et à l'IRCANTEC était en 2006 la solution privilégiée par les participants au groupe de travail technique réuni préalablement à la mise en place du dispositif de retraite facultative par capitalisation. Ce dispositif avait vocation à être temporaire dans la perspective d'une affiliation à terme à l'IRCANTEC.
- [127] Ce régime couvre l'ensemble des praticiens hospitaliers, qui représentent 18 % de ses ressources et 6 % des cotisants. Il couvre également les hospitalo-universitaires non titulaires. Il s'agit d'un régime de retraite complémentaire par points, géré par répartition : les cotisations annuelles sont converties en points retraite, qui seront eux-mêmes transformés en pension de retraite le moment venu. La valeur du point retraite est revue chaque année.
- [128] Au vu de sa situation financière devenue critique, une réforme de l'IRCANTEC est intervenue en 2008, modifiant notamment les modalités de gouvernance et les critères de solvabilité de l'institution²⁵. Ainsi le rendement du régime passe progressivement de 12,09 % en 2008 à 7,75 % en 2017. Cet ajustement progressif s'effectue par relèvement de la valeur d'achat du point retraite. Afin néanmoins de maintenir un nombre de points significatifs, les cotisations augmentent progressivement durant la période 2011-2017. Les taux de cotisation (taux d'appel, salarié et employeur) passent ainsi pour la tranche de revenu inférieure au plafond de la sécurité sociale de 4,38 % en 2010 à 7 % en 2017 et, pour la tranche de revenu supérieure au plafond, de 15,63 % à 19,50 %.
- [129] L'impact de la réforme tant sur le rendement du régime que sur le niveau des cotisations justifie que soit réexaminé avec attention ce scénario.

3.2.2. Les enjeux sont importants et soulèvent des questions de principe

- [130] Sur le plan des principes, un tel scénario doit tenir compte des stratégies d'optimisation qui président au choix des intéressés. Stratégies d'autant plus fortes qu'elles s'adosent à la fiscalité directe dès lors que le système de retraite facultatif avec abondement de l'hôpital s'analyse en première intention comme un système d'épargne, certes modeste, mais déductible en partie de l'assiette du calcul de l'impôt sur le revenu.
- [131] Au surplus la question du choix d'un mode de contribution est assez largement lié, en termes de logique d'acteur, à un arbitrage entre l'épargne individuelle et le prélèvement social. Dans cette logique, la préférence pour l'assurance retraite varie fortement en fonction de l'âge des personnes qui peuvent, selon l'intérêt qu'ils voient à rentrer dans un dispositif, manifester ou non un choix pour le futur. Rien ne permet à ce stade de savoir quel pourrait être collectivement l'intérêt des hospitalo-universitaires.

²⁵ Cf. Arrêté du 30 décembre 1970 relatif aux modalités de fonctionnement du régime de retraites complémentaire des assurances sociales institué par le décret du 23 décembre 1970.

- [132] Si l'on se réfère au débat qui a précédé la décision de 2007, le souci manifesté par les syndicats de voir prise en compte la problématique spécifique des personnes les plus avancées dans la carrière hospitalo-universitaire, et l'absence de réponse, laissent penser que, pour les plus âgés d'entre elles, le basculement dans le droit commun n'aura qu'un effet relatif par rapport au système actuel.
- [133] Ensuite, il est clair que l'arbitrage entre capitalisation et répartition sera posé autour de deux questions. La première portera sur l'intérêt d'échanger un contrat facultatif souple, plus ou moins solidaire, assorti d'un rendement plus ou moins visible, contre une adhésion obligatoire à un système de retraite par répartition qui sera probablement revu en 2013 et qui, pour la partie IRCANTEC, verra son rendement, hier attractif, revu à la baisse d'ici 2017. La seconde question aura trait à la singularité d'une décision mettant fin à une retraite supplémentaire avec abondement au moment même où, après la réforme des retraites de 2010, l'épargne retraite semble apparaître comme un élément substantiel du système des retraites à venir²⁶.
- [134] Naturellement, la hauteur du prélèvement destiné à alimenter une retraite de droit commun est un enjeu essentiel : avec une cotisation « salarié » au régime général en 2010 de 6,65 % (+0,10 % déplafonnée) et une cotisation à l'IRCANTEC de 2,25 % sous plafond et 5,95 % au-dessus du plafond, le montant global des cotisations s'élève à 8,9 % sous plafond et 6,05 % au-dessus. Rapporté au montant des émoluments hospitaliers qui constitueraient l'assiette des prélèvements sociaux, le montant des cotisations à la charge des hospitalo-universitaires et venant en déduction de leur rémunération hospitalière aura un impact significatif sur la rémunération hospitalière nette. On donnera plus loin une indication de l'impact sur la rémunération des hospitalo-universitaires et sur les hôpitaux des prélèvements qui seraient alors à leur charge (cf. 3.2.6).
- [135] Au titre des enjeux, le dernier point porte sur la question du caractère généralisable ou non de la solution avancée. Même s'il existe en fait peu de situations comparables à celle des personnels hospitalo-universitaires, d'autres catégories d'universitaires pourraient néanmoins tirer argument de ce précédent pour demander un traitement similaire.

3.2.3. La description du dispositif laisse peu de marge de manœuvre

- [136] L'assiette des nouveaux prélèvements supportés directement par les intéressés serait constituée sur la même base que celle des praticiens hospitaliers telle qu'elle ressort du protocole d'accord du 6 juillet 2010, avec en particulier les émoluments hospitaliers, l'indemnité de service public exclusif, les indemnités de garde. On voit mal en effet, après la signature de ce protocole propre aux praticiens hospitaliers et la parution du décret les concernant²⁷, une solution différente applicable aux seuls HU. A noter néanmoins que l'article 7 du décret du 23 décembre 1970 portant création de l'IRCANTEC²⁸ dispose qu'à l'égard « *de certaines catégories d'agents et par dérogation [...], l'assiette des cotisations peut être limitée à un pourcentage de tout ou partie des éléments de rémunération soit par les statuts particuliers de ces personnels, soit par arrêté du ministre chargé du budget, du ministre chargé de la sécurité sociale et des ministres intéressés.* »

²⁶ Comme le soutient Bruno Serizay dans un article paru le 7 septembre 2009 dans la semaine sociale Lamy sous le titre : « *La retraite supplémentaire vecteur d'équité sociale* ».

²⁷ Décret n° 2010-142 du 29 septembre 2010 relatif à l'assiette des cotisations de certains membres du corps médical des établissements publics de santé.

²⁸ Décret n° 70-1277 du 23 décembre 1970 portant création d'un régime de retraites complémentaire des assurances sociales en faveur des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques.

- [137] De la même manière, il n'existe pas en droit de la sécurité sociale d'autre solution que d'inclure les rémunérations dans l'assiette des cotisations du régime général de sécurité sociale pour la part sous le plafond (article L. 241-3) et à l'IRCANTEC pour la part au-dessus. Il y a ici la combinaison traditionnelle du régime de base et du régime complémentaire telle qu'elle s'applique depuis la loi du 29 décembre 1972 qui a généralisé les régimes de retraite complémentaire. L'article 1^{er} du décret du 23 décembre 1970 précise que le régime bénéficie aux agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques « *à titre complémentaire du régime général ou du régime agricole des assurances sociales* ».
- [138] S'agissant des contrats souscrits, la disparition de l'abondement à la charge des hôpitaux n'aurait aucun effet sur le contrat. Le praticien peut maintenir son contrat, comme il peut cesser de l'alimenter sans être pénalisé. En revanche, il ne peut retirer son épargne ; les contrats ne sont pas « rachetables » (article L. 441-2 du code des assurances), sauf cas exceptionnels énumérés à l'article L. 132-23 du même code.

3.2.4. Les contraintes juridiques sont fortes

- [139] L'examen de la possibilité pour les fonctionnaires de la fonction publique d'Etat de cotiser simultanément à deux régimes obligatoires pour des activités au service de l'Etat et d'un établissement public soulève plusieurs questions qui ont trait au système général de coordination entre régimes de sécurité sociale et au statut de la fonction publique.
- [140] Afin de régler la question des doubles activités, le code de la sécurité sociale organise dans ses articles L. 171-1 et D. 171-2 et suivants la répartition des cotisations et des droits acquis entre les régimes à l'occasion d'une activité simultanée.
- [141] S'agissant d'une activité concomitante entre un régime spécial et le régime général²⁹, le principe est celui du non cumul de droits et la primauté de la couverture au titre du régime spécial : au titre du régime général, le salarié est dispensé de toute cotisation d'assurance vieillesse et n'acquiert aucun droit à la retraite ; seule la cotisation à la charge de l'employeur est prélevée.
- [142] S'agissant d'une activité concomitante pour des fonctionnaires de la fonction publique de l'Etat ou de la fonction publique territoriale qui exercent une « *activité accessoire au service de l'Etat, d'un département, d'une commune ou d'un établissement public* », l'article D. 171-11 du code de la sécurité sociale³⁰ pose le principe selon lequel aucune cotisation n'est prélevée au titre de l'activité accessoire ; le salarié relève uniquement du régime de l'employeur principal.
- [143] Ces dispositions sont cohérentes avec le fait que les hospitalo-universitaires ne cotisent pas à l'assurance vieillesse au titre de leur rémunération hospitalière (article 38 du décret du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires).

²⁹ Article D. 171-4 : « *Les travailleurs mentionnés à l'article D. 171-2 qui bénéficient pour tout ou partie des risques d'un régime spécial de sécurité sociale, sont, lorsqu'ils exercent simultanément et à titre accessoire une activité salariée ou assimilée, relevant du régime général de sécurité sociale, dispensés au titre de cette activité de la cotisation d'assurance vieillesse incombant au salarié en vertu de l'article L. 241-3. Ils n'ont droit qu'aux prestations prévues par le régime auquel ils sont affiliés au titre de leur activité principale.* »

³⁰ Article D. 171-11 : « *Les dispositions des articles D. 171-3 à D. 171-10 ne sont pas applicables aux fonctionnaires titulaires et stagiaires de l'Etat et aux agents permanents des collectivités locales ne relevant pas, au titre de leur activité principale, des dispositions du livre IV du présent code, lorsqu'ils exercent une activité accessoire au service de l'Etat, d'un département, d'une commune ou d'un établissement public. Dans ce cas, aucune cotisation n'est due, au titre de l'activité accessoire par l'administration, la collectivité ou l'établissement employeur, ni par l'intéressé. Ce dernier n'a droit qu'aux prestations prévues par le régime dont il relève du fait de son activité principale. Les accidents survenus dans l'activité accessoire sont réparés comme s'ils étaient survenus dans l'activité principale.* »

- [144] Le basculement vers le régime général et l'IRCANTEC supposerait donc de modifier les règles de coordination telles qu'elles sont organisées par l'article D. 171-11, et sans doute tout le dispositif par effet d'entraînement. Cette modification visant la population spécifique des hospitalo-universitaires comporte un risque significatif de demandes reconventionnelles d'autres catégories de fonctionnaires. Elle ouvrirait une brèche d'une grande portée dans l'état du droit applicable aujourd'hui, en ne faisant plus prévaloir le principe de prédominance du régime spécial.
- [145] Une fois cette question réglée, reste la question de l'organisation pour des fonctionnaires d'Etat d'un double système de retraite.
- [146] Interrogée par la mission, la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) a mis en avant des obstacles statutaires venant s'opposer à une telle double affiliation (cf. note de la DGAFP en annexe 13). Elle rappelle qu'aux termes du statut général de la fonction publique, un fonctionnaire doit se consacrer uniquement, ou du moins principalement, à ses fonctions. Il est donc exclu qu'il puisse avoir une autre activité professionnelle, sauf exceptions dûment prévues par la loi statutaire ; de même, un fonctionnaire ne peut, au moment où il exerce ses fonctions, être recruté comme agent non titulaire, sauf dans le cas où cette activité correspond à une activité accessoire. On a vu que dans ce cas, lorsque l'activité accessoire est exercée pour le compte d'un autre employeur public, aucune cotisation n'est due sur la rémunération accessoire (cf. D. 171-11 du code de la sécurité sociale).
- [147] Sur la base d'un argumentaire particulièrement restrictif, la DGAFP en conclut qu'« *un fonctionnaire ne pouvant ni exercer une double activité professionnelle, ni être simultanément titulaire et non titulaire, il n'est pas concevable qu'il puisse être affilié simultanément (avec constitution de droits) à un autre régime social que son régime spécial. Les PU-PH et MCU-PH, malgré les aspects de leur statut évoqués ci-dessus (deux employeurs, une double rémunération) qui pourraient laisser à penser qu'ils exercent deux activités de nature différente dont l'une relèverait du régime spécial des fonctionnaires – leur activité d'enseignement et de recherche – et l'autre du régime général – leur activité de praticien hospitalier –, sont des fonctionnaires de l'Etat et, à ce titre, relèvent du seul régime spécial des fonctionnaires.* »
- [148] Selon la DGAFP, une loi pourrait seule autoriser un double statut de fonctionnaire et contractuel, en considérant que les hospitalo-universitaires exerceraient deux activités à temps partiel : l'une de professeur des universités ou maître de conférences, l'autre de praticien hospitalier. Elle souligne que cela constituerait une dérogation unique au droit commun de la fonction publique et risquerait de remettre en cause le régime actuel de l'activité accessoire. De plus, dans ce cadre (deux activités à temps partiel, l'une de titulaire, l'autre de non titulaire), et sauf à créer un nouveau régime spécial, l'affiliation au régime général devrait être réalisée pour l'ensemble des risques.
- [149] Par ailleurs, mais de manière secondaire par rapport aux contraintes juridiques développées plus haut, une affiliation au régime général et à l'IRCANTEC, quelles qu'en soient les modalités retenues (deux activités à temps partiel ou activité accessoire ouvrant des droits à la retraite), exigerait en tout état de cause une modification du statut des hospitalo-universitaires, qui prévoit les conditions d'exercice de leurs missions et les modalités de leur rémunération.
- [150] Elle rendrait également nécessaire une évolution du décret du 23 décembre 1970 portant création de l'IRCANTEC. Celui-ci dispose que le régime bénéficie *aux agents non titulaires de l'Etat*, ou aux agents titulaires des départements, des communes et des établissements publics départementaux ou communaux qui ne relèvent pas de la caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales. Les émoluments hospitaliers n'entreraient naturellement plus dans l'assiette du RAFP. L'article 5 du décret de 1970 précise que, pour bénéficier du régime, les agents ne doivent pas être affiliés « *pour les mêmes services, à l'un des régimes légaux de retraite institué en faveur des agents de l'Etat ou à un régime de retraite institué en faveur des agents des collectivités locales* ».

3.2.5. Un basculement techniquement délicat dans l'hypothèse d'un transfert des droits accumulés vers l'IRCANTEC

- [151] Le fait qu'il s'agisse dans les deux cas de régimes par points semble rendre théoriquement possible un transfert des droits accumulés des contrats de la branche 26 vers l'IRCANTEC. S'agissant de régimes par points, la transférabilité des points acquis dans un régime vers un autre régime est effectivement envisageable : c'est le principe même qui existe dans les régimes de l'AGIRC et de l'ARRCO. Il faut cependant relever que cette faculté n'est, dans la pratique, offerte qu'au titre des régimes de même nature³¹.
- [152] A supposer que l'on s'intéresse à un transfert de droits, la question qui se pose est d'abord celle de la position de l'IRCANTEC, à qui reviendra la charge de négocier le taux de conversion des points retraite acquis au titre des contrats par capitalisation et ceux propres à son régime.
- [153] Théoriquement, et si l'on fait abstraction de la différence de nature des régimes, un dispositif de conversion n'est pas impossible dès lors qu'il n'a pas un caractère obligatoire mais reste une simple faculté offerte aux intéressés. Cependant, en pratique, aucune passerelle n'existe en matière de transfert de droits entre l'IRCANTEC, institution de retraite par répartition fonctionnant selon un régime par points, et les contrats de la branche 26 visés par la loi de 2007. Ce transfert supposerait pour être effectif un transfert de provisions. En effet, à partir du moment où les droits constitués dans les régimes de la branche 26 sont provisionnés sur la base de provisions techniques représentant la valeur des engagements, on doit supposer que le transfert de droits implique sous une forme ou sous une autre la mobilisation des actifs représentant les provisions techniques. Or, quel que soit le code visé (code des assurances, code de la sécurité sociale ou encore code de la mutualité) les provisions techniques constituées appartiennent aux régimes et partant aux assurés. En principe, elles ne peuvent donc pas être transférées, sauf à imaginer un texte législatif dont la constitutionnalité serait sans aucun doute soulevée par les parties prenantes comme une atteinte au droit de propriété.
- [154] Au total, outre l'atteinte au droit de propriété qu'un tel transfert pourrait représenter s'il avait un caractère général et obligatoire, et plus encore que la conversion des droits exprimés en points, la complexité d'un transfert des actifs constituant les provisions rend très hasardeuse une telle opération. Aucun des interlocuteurs rencontrés par la mission n'a présenté un argument contraire à cette position.
- [155] Un dernier élément mérite enfin d'être mentionné. Il s'agit de la position des organismes assureurs eux-mêmes par rapport à ce scénario qui suppose de leur part, à moins d'y être contraint avec les risques juridiques soulignés plus haut, un minimum d'adhésion à une manœuvre les privant à la fois de leurs adhérents et des actifs financiers représentant les engagements souscrits pour les rentes à venir. Là encore, aucun des interlocuteurs rencontrés par la mission n'a manifesté sa compréhension d'une telle opération.

3.2.6. L'impact financier pour les bénéficiaires

- [156] Afin d'avoir une estimation des droits qu'ouvrirait l'affiliation au régime général et à l'IRCANTEC des hospitalo-universitaires pour les émoluments hospitaliers, la mission a demandé à l'IRCANTEC d'effectuer un certain nombre de simulations sur la base de « cas-types » théoriques, dont le détail est joint en annexes 8 et 9.
- [157] La simulation sur cas-type met en évidence le fait que les droits ouverts au titre du régime général et de l'IRCANTEC apportent un surcroît de pension substantiel pour les PU-PH et les MCU-PH, y compris pour ceux dont l'affiliation intervient à un âge avancé. Pour une affiliation à l'IRCANTEC à 60 ans, le surcroît de pension brute s'élève à 665 € mensuels pour les PU-PH et 943 € pour les MCU-PH.

³¹ Le règlement général de l'ARRCO règle cette question au titre des transferts d'adhésion entre régimes similaires : Accord National Interprofessionnel du 8 décembre 1961, annexe B III.

[158] Sur la base des mêmes cas-types, toutes choses égales par ailleurs, pour une carrière complète, et en prenant pour hypothèse une titularisation des PU-PH et MCU-PH à respectivement 42 et 37 ans, le taux de remplacement théorique serait porté à 58,78 % pour les PU-PH et 62,69 % pour les MCU-PH.

Tableau 17 : Taux de remplacement théoriques comparés dans le cas d'une affiliation des hospitalo-universitaires au régime général et à l'IRCANTEC

	Rémunération brute mensuelle fin de carrière	Rém. hospitalière brute théorique mensuelle	Rém. théorique brute mensuelle totale	Pension théorique brute mensuelle de la FP	Taux de remplacement théorique du dernier salaire brut	Droits RG + IRCANTEC si affiliation pour émoluments	Total pension	Taux de remplacement si affiliation IRCANTEC
PU-PH	5 389,65	6 850,48	12 240,13	4 042,24	33,02 %	3 153,00	7 195,24	58,78 %
MCU-PH	4 458,97	5 933,53	10 392,50	3 344,23	32,18 %	3 171,00	6 515,23	62,69 %

Source : Mission sur la base de données IRCANTEC pour les droits RG+IRCANTEC

[159] Le montant des pensions théoriques doit par ailleurs être rapproché du montant des cotisations versées à la fois par les intéressés et par leurs employeurs dans l'hypothèse d'une affiliation au régime générale et à l'IRCANTEC.

[160] La baisse de la rémunération nette hospitalière liée à l'application des taux de cotisations en vigueur au régime général et à l'IRCANTEC serait ainsi d'un peu plus de 7 % pour les deux catégories. La réforme de l'IRCANTEC visant à faire diminuer le rendement du régime conduira par ailleurs à une augmentation des taux de cotisations sur la période 2011-2018. Leur impact sur la rémunération nette hospitalière des hospitalo-universitaires serait par conséquent amené à augmenter encore à l'avenir.

3.2.7. L'impact financier pour les établissements

[161] Alors que dans le dispositif actuel l'employeur décaisse le même montant que celui versé par le bénéficiaire dans la limite d'un plafond, l'affiliation à l'IRCANTEC aurait naturellement pour conséquence le versement par les établissements de cotisations employeur dont le montant serait proportionnel aux revenus.

Tableau 18 : Estimation du coût total à la charge des établissements d'une affiliation au régime général et à l'IRCANTEC des hospitalo-universitaires, en euros

	Emoluments	IESPE	Gardes	Total	Cotisation employeur RG + IRCANTEC	Effectifs	Coût total à la charge des établissements
MCU-PH	44 490,31	5 856,00	20 856,00	71 202,31	9 436,79	2 092	19 741 758,24
PU-PH	55 487,80	5 856,00	20 856,00	82 199,80	10 888,46	3 972	43 248 945,64

Source : Mission, données IRCANTEC.

- [162] Le tableau ci-dessus met en évidence, sur la base des paramètres en vigueur au 1^{er} janvier 2011, le montant des cotisations employeur pour des PU-PH et MCU-PH en fin de carrière dans le cas d'une affiliation au régime général et à l'IRCANTEC (cf. annexes 8 et 9 pour les données détaillées). L'augmentation des taux de cotisations IRCANTEC, programmée sur la période 2011-2017, viendra augmenter les montants à verser.
- [163] Le coût total à la charge des établissements (hors pharmacie) représenterait 63 M€, soit 13,2 % du total des rémunérations visées.
- [164] Ces montants sont également à rapprocher des abondements moyens versés annuellement par les établissements pour les PU-PH et les MCU-PH en 2009, qui sont respectivement de 1 864,99 € et 1 622,36 €, soit un coût total de l'ordre de 10,8 M€ (7,4 M€ pour les PU-PH et 3,4 M€ pour les MCU-PH).

3.2.8. Eléments de synthèse sur le rapprochement des résultats du dispositif facultatif par capitalisation et de l'affiliation au régime général et à l'IRCANTEC

- [165] La comparaison des rendements de régimes par capitalisation et par répartition, même en points, est hasardeuse compte tenu de leurs caractéristiques propres.
- [166] Parmi d'autres facteurs rendant délicate cette comparaison, on peut citer notamment les suivants :
- les paramètres d'évolution de la valeur du point sont fondamentalement différents. Dans un régime par répartition, les cotisations versées par les actifs sont immédiatement utilisées pour payer les pensions des retraités. L'équilibre financier dépend du rapport entre le nombre de cotisants et celui des retraités. Par conséquent, le taux de croissance économique, le taux de croissance des revenus et l'évolution de la population active relevant du régime constituent les deux principaux facteurs d'évolution. A ce titre, l'arrivée des hospitalo-universitaires dans le champ de l'IRCANTEC serait un facteur favorable pour le régime. Dans le cadre d'un régime par capitalisation, les actifs épargnent en vue de leur propre retraite. Le montant des « cotisations » fait l'objet de placements financiers et immobiliers, dont le rendement dépend essentiellement de l'évolution des taux d'intérêt. Le rendement des régimes dépend donc de la structure des actifs et de leur rendement. En outre, pour l'IRCANTEC, le rendement de 7,75 % annoncé à l'issue de la réforme en cours apparaît encore élevé au regard d'autres régimes, ce qui doit là aussi conduire à relativiser les résultats obtenus ;
 - dans le cas des régimes de la branche 26, le coût d'achat du point varie selon l'âge du bénéficiaire au moment du versement et le montant de la rente est variable selon l'âge de la demande de liquidation des droits. La rentabilité de ces régimes n'est donc pas la même selon l'âge de l'hospitalo-universitaire lors de la souscription du contrat. Au contraire, dans le cadre du régime général et de l'IRCANTEC, le taux de cotisation est uniforme, quel que soit l'âge de l'affilié ;
 - les versements effectués dans le cadre des contrats de la branche 26 bénéficient d'avantages fiscaux qui viennent diminuer le taux d'effort, en minimisant la cotisation annuelle nette³² ;
 - les possibilités de réversion offertes par les différents régimes, et plus largement les différents avantages familiaux auxquels ils donnent droit, notamment dans les régimes par répartition, ont un impact sur la rentabilité des régimes. Chaque contrat de la branche 26 offre, par exemple, la possibilité de choisir entre différentes solutions de réversion, ayant un impact sur la rentabilité du contrat souscrit.

³² La note de la Confédération syndicale hospitalo-universitaire de 2007 (cf. annexe 6) indique que pour un versement du bénéficiaire de 2 000 €, avec un taux d'imposition de 35 %, la cotisation nette n'est plus que de l'ordre de 1 300 €

[167] Dans ces conditions, la portée d'un rapprochement du montant des cotisations et des montants de retraite ou de rente annoncés ne doit pas être surestimée. En fonction des contrats souscrits et de la situation propre à chaque intéressé, la rentabilité relative des deux types de couverture est variable.

[168] Au total, au-delà des rendements respectifs des deux systèmes, la comparaison entre les deux types de régimes conduit à souligner deux points :

- le choix entre l'affiliation au régime général/IRCANTEC et la souscription de contrats de la branche 26 pose la question de l'arbitrage entre revenu immédiat et revenu différé au moment de la retraite. Si les droits ouverts sur la base des paramètres connus aujourd'hui pour l'IRCANTEC apparaissent supérieurs à ceux de PREFON au regard des cotisations versées, l'impact sur la rémunération hospitalière nette est en revanche bien plus fort ; cet élément est d'autant plus important que l'affiliation à l'IRCANTEC, et donc le versement de cotisations, seraient désormais obligatoires. L'arbitrage en faveur d'un revenu différé engagerait l'ensemble de la communauté des hospitalo-universitaires, tandis que cet arbitrage est aujourd'hui renvoyé à la responsabilité individuelle de chacun selon son âge, ses revenus, universitaires et d'origines autres, son activité libérale, son patrimoine, sa situation familiale, etc. Aujourd'hui, selon les résultats de l'enquête réalisée par la mission auprès des CHU, 45 % des hospitalo-universitaires n'ont pas souscrit de contrat de retraite facultative malgré la possibilité de bénéficier d'un abondement de l'employeur, par manque d'information, par défaut de prévoyance, ou bien par choix délibéré compte tenu de produits d'épargne ou contrats d'assurance vie qu'ils peuvent avoir souscrit, des biens immobiliers dont ils disposent, ou plus simplement d'une préférence pour la consommation immédiate. Certains peuvent également avoir jugé, des MCU-PH en particulier, que leur rémunération d'activité ne leur permettait pas d'épargner *pour la retraite* 2 000 € par an. Le caractère obligatoire de l'affiliation à l'IRCANTEC oblige à poser clairement les termes de ce choix collectif visant à privilégier soit un revenu immédiat soit un niveau de pension de retraite ;
- le coût pour les établissements serait fonction du niveau de rémunération, et serait bien supérieur dans le cadre d'une affiliation à l'IRCANTEC à ce qu'il est aujourd'hui dans le cadre de l'abondement de l'employeur, avec le double plafond des 5 % des émoluments hospitaliers et de 2 000 €. Ceci d'autant plus que, l'affiliation au régime général et à l'IRCANTEC étant obligatoire, le coût supplémentaire par bénéficiaire s'appliquerait à l'ensemble de la population des hospitalo-universitaires tandis que l'abondement de l'employeur n'est aujourd'hui versé qu'à ceux qui ont fait le choix de souscrire un contrat de retraite facultative.

3.3. *L'horizon de la réforme des retraites peut conduire à intégrer une réforme des retraites des hospitalo-universitaires dans le cadre plus large d'une évolution du droit à pension des fonctionnaires*

3.3.1. **Le relèvement général du plafond de la retraite additionnelle mérite d'être exploré**

- [169] Le régime de la retraite additionnelle de la fonction publique (RAFP) a été mis en place par l'article 76 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites. Son objectif visait précisément à corriger l'écart important entre le traitement indiciaire et les rémunérations liées aux primes et avantages en nature sur lesquels les fonctionnaires ne cotisent pas. La retraite additionnelle permet de cotiser sur une assiette composée des primes, indemnités, heures supplémentaires et avantages en nature : « *L'assiette de cotisation est constituée par les éléments de rémunération de toute nature perçus de leurs employeurs par les bénéficiaires au cours de l'année civile mentionnés à l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale [c'est-à-dire soumis à la CSG], à l'exception de ceux qui entrent dans l'assiette de calcul des pensions dans le régime des pensions civiles et militaires de retraite ou dans le régime de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales* » (article 2 du décret du 18 juin 2004 relatif à la retraite additionnelle de la fonction publique). Le décret précise que ces éléments sont pris en compte dans la limite de 20 % du traitement indiciaire brut total perçu au cours de l'année considérée. La cotisation est prélevée, sur la base de cette assiette, au taux de 10 %, répartis à parts égales entre le fonctionnaire et son employeur.
- [170] Le RAFP est un régime géré par capitalisation avec une couverture intégrale des engagements par des actifs d'un montant au moins équivalent. Les prestations versées par le régime sont directement fonction de deux paramètres : le nombre de points accumulés au fil de la carrière et la valeur de service du point, fixée chaque année par le conseil d'administration.
- [171] Le coût du déplafonnement intégral du RAFP mérite d'être évalué en prenant en compte le montant moyen de primes par corps. Pour autant, dans la perspective d'un approfondissement de la réforme des retraites de la fonction publique, il semble difficile de maintenir un cantonnement du régime additionnel à un niveau aussi bas. Le plafonnement a été choisi à l'origine en fonction de l'observation d'un taux moyen des primes globalement proche de 22 %, mais avec des écarts importants au dessus de cette moyenne : 35 % pour le ministère des finances, 33 % pour l'intérieur, 29 % pour la fonction publique hospitalière.
- [172] Le relèvement du plafond du RAFP pose effectivement une question de principe : il aura pour conséquence d'améliorer les droits à la retraite pour une partie seulement des agents de la fonction publique, ceux dont le niveau de primes permet aujourd'hui de saturer le plafond. En l'espèce, il crée un déséquilibre en faveur des PU-PH au détriment des autres enseignants du supérieur.
- [173] Afin de donner une indication du niveau des montants de la retraite additionnelle auxquels peuvent avoir droit aujourd'hui les MCU-PH et les PU-PH, la mission a demandé à l'Etablissement de retraite additionnelle de la fonction publique (ERAFP) de réaliser un certain nombre de simulations sur cas-type (cf. annexe 12). Les hypothèses de rémunérations retenues au cours de la carrière sont détaillées en annexe, sur la base de données transmises par la direction générale des ressources humaines (DGRH) du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (MESR). Les niveaux de rémunération retenus par tranches d'âge pour la simulation sont ceux observés en moyenne en 2009-2010.
- [174] Là encore, des précautions importantes de lecture des résultats doivent être soulignées. Les simulations ont été établies par l'ERAFP sur la base d'hypothèses prudentes :
- un rendement technique égal à 4,075 % pendant toute la période de cotisation, à rapprocher d'un rendement annoncé de 10,15 % par l'IRCANTEC en 2011, et encore de 7,75 % à l'issue de la réforme en 2017. Le rendement de l'AGIRC est de l'ordre de 6,7 % en 2010 et celui de l'ARRCO de 6,6 % ;

- une croissance du prix d'achat du point d'une part et une revalorisation de la valeur du point de service d'autre part plafonnées à 0,5 % par an.

[175] L'ERAFP met en avant cette prudence et ce souci de l'équité intergénérationnelle au profit des cotisants pour expliquer un rendement affiché moins favorable que dans d'autres régimes, ainsi qu'un délai de récupération plus long. Le souci d'assurer une « soutenabilité » du régime explique le fait qu'il ait été décidé, à sa création, qu'un point acheté un euro ouvrirait droit à une rente viagère de 4 centimes d'euro (soit un rendement de 4 %). Depuis, le conseil d'administration de l'ERAFP détermine chaque année l'augmentation de la valeur d'achat et, parallèlement, la majoration de la valeur de service du point en veillant jusque là à limiter l'évolution de la valeur d'achat pour tenir compte des capacités contributives limitées des jeunes cotisants. Aujourd'hui, le rendement technique du RAFP correspond à une espérance de vie implicite de 25 ans, en cohérence avec l'espérance de vie moyenne réelle de la population du RAFP.

[176] De même, le taux d'actualisation utilisé pour le calcul de ses provisions, dont le niveau maximal est déterminé par « le rendement prudemment estimé de l'actif du régime », reflète le souci de prudence affiché par l'ERAFP. Le taux retenu de 1,8 % a été fixé au vu des baisses de taux enregistrées sur les obligations, et compte tenu des incertitudes qui entourent la solvabilité de certains émetteurs. Malgré un provisionnement prudent, le RAFP affiche un taux de couverture de ses engagements de l'ordre de 119 %, dont le niveau est justifié notamment par l'objectif de garantir une revalorisation des prestations en cohérence avec l'objectif d'une inflation inférieure à 2 %.

[177] Les comparaisons avec les simulations réalisées par d'autres régimes doivent donc être interprétées à cette aune.

[178] Pour une carrière complète d'un PU-PH qui serait titularisé à 42 ans et partirait en retraite à 68 ans, et sur la base des hypothèses retenues pour la simulation, le niveau de rente est de 1 636 € annuels, soit 136 € par mois. Pour un MCU-PH, titularisé à 37 ans et partant en retraite à 65 ans, le niveau de rente est de 878 €, soit 73 € par mois. On voit bien que le RAFP, compte tenu des paramètres actuels (plafond et taux de cotisation), n'est pas de nature à constituer à lui seul une solution pour améliorer les droits à la retraite des hospitalo-universitaires.

[179] C'est d'autant plus le cas pour les hospitalo-universitaires plus avancés dans le déroulement de leur carrière, pour lesquels l'effet de la retraite additionnelle est quasiment négligeable. Les deux tableaux suivants donnent le niveau de rente, sur la base des mêmes hypothèses, de MCU-PH et PU-PH en fonction de leur âge en 2011.

Tableau 19 : Simulation de droits à la retraite additionnelle de la fonction publique sur cas-type d'un MCU-PH en fonction de son âge en 2011

Âge en 2011	45 ans	50 ans	55 ans	60 ans
Montant de la rente annuelle (€) à 65 ans	878	696	475	234
Montant de la rente mensuelle (€) à 65 ans	73	58	40	20

Source : ERAFP, janvier 2011

Tableau 20 : Simulation de droits à la retraite additionnelle de la fonction publique sur cas-type d'un PU-PH en fonction de son âge en 2011

Âge en 2011	45 ans	50 ans	55 ans	60 ans
Montant de la rente annuelle à 68 ans (€)	1 636	1 327	989	620
Montant de la rente mensuelle à 68 ans (€)	136	111	82	52

Source : ERAFP, janvier 2011

- [180] Un déplafonnement du RAFP permettrait, malgré le faible taux de cotisation qui demeure très limitant, d'augmenter les droits ouverts. A la demande de la mission, l'ERAFP a réalisé une simulation sur les mêmes hypothèses que précédemment, en retenant un plafond non plus de 20 % du traitement indiciaire brut mais de 30, 40 et 50 %. Dans tous les cas, compte tenu du montant des émoluments hospitaliers, les PU-PH et les MCU-PH satureraient le plafond.

Tableau 21 : Simulations de droits au titre du RAFP sur la base de différents plafonds – MCU-PH

Plafonds du traitement indiciaire brute		20 %	30 %	40 %	50 %
Âge en 2011	Périodicité	Montants de rente en € à 65 ans			
45 ans en 2011	Rente annuelle	878	1 317	1 756	2 195
	Rente mensuelle	73	110	146	183
50 ans en 2011	Rente annuelle	696	1 044	1 392	1 740
	Rente mensuelle	58	87	116	145
55 ans en 2011	Rente annuelle	475	712	949	1 186
	Rente mensuelle	40	59	79	99
60 ans en 2011	Rente annuelle	234	352	469	586
	Rente mensuelle	20	29	39	49

Source : Données ERAFP, janvier 2011

Tableau 22 : Simulations de droits à la retraite additionnelle sur la base de différents plafonds – PU-PH

Plafonds du traitement indiciaire brut		20 %	30 %	40 %	50 %
Âge en 2011	Périodicité	Montants de rente en € à 68 ans			
45 ans	Rente annuelle	1 636	2 368	3 158	3 947
	Rente mensuelle	136	197	263	329
50 ans	Rente annuelle	1 327	1 990	2 654	3 317
	Rente mensuelle	111	166	221	276
55 ans	Rente annuelle	989	1 484	1 978	2 473
	Rente mensuelle	82	124	165	206
60 ans	Rente annuelle	620	931	1 241	1 551
	Rente mensuelle	52	78	103	129

Source : Données ERAFP, janvier 2011

- [181] L'augmentation, certes modérée au regard du niveau de leur rémunération, des droits ouverts au titre du RAFP avec un plafond de 50 % donnerait plus de portée à ce dispositif, complémentaire de la retraite facultative par capitalisation avec abondement de l'employeur.
- [182] Au regard de ses responsabilités, la DGAFP pourrait utilement approfondir cette piste afin de proposer un schéma alternatif aux scénarios proposés et examinés dans le corps du présent rapport. Ce n'est qu'à cette condition qu'il pourra être répondu aux demandes des hospitalo-universitaires qui ne voient aujourd'hui dans le régime additionnel qu'un dispositif condamné à verser des allocations d'un montant extrêmement faible, de toute façon contraire aux optimisations auxquelles les intéressés procèdent par rapport à leur dispositif de retraite par capitalisation.

[183] En d'autres termes, il y a dans la négociation à venir avec les représentants des hospitalo-universitaires une véritable obligation à explorer la piste d'un déplafonnement du RAFP. Choix stratégique qui n'avait pas encore de sens après la réforme de 2003, alors que le RAFP venait à peine d'être mis en place, mais qui prend toute sa dimension après le vote de la réforme des retraites de 2010, qui comporte à terme une profonde modification de l'équilibre du système des pensions de l'Etat.

3.3.2. Le déplafonnement du RAFP a pour intérêt d'éviter une mesure spécifique, sans effet d'entraînement

[184] Si, au nom du statut, l'on met en avant l'appartenance des hospitalo-universitaires à la fonction publique, appartenance revendiquée naturellement par les intéressés eux-mêmes, et les conséquences qui doivent en être tirées quant à l'unicité de leur système de retraite, il faut chercher dans l'évolution même du système de retraite de la fonction publique une solution au problème posé par les hospitalo-universitaires.

[185] La recherche d'une solution de ce type est d'autant plus intéressante que le dispositif mis en place en 2007 en faveur de cette population semble, pour certaines administrations, constituer un pis-aller qui doit être limité tant en volume que pour le champ d'application, et qui n'a donc pas vocation à constituer un véritable avantage vieillesse.

[186] De plus, comme le montre l'enquête réalisée auprès des CHU, l'intérêt du dispositif par capitalisation avec abondement hospitalier vaut davantage pour les agents qui ont un taux d'épargne élevé (PU-PH) que pour l'ensemble de la population concernée (PU-PH et MCU-PH).

[187] La solution d'un déplafonnement du RAFP mérite donc d'autant plus d'être examinée que l'extinction du dispositif de validation des services de non-titulaires en 2015, période à laquelle une partie du dispositif de la réforme des pensions de l'Etat sera bien avancée, rendra très difficile pour le gouvernement l'absence de solution de bon niveau au problème que posera pour l'attractivité des fonctions hospitalo-universitaires la faiblesse des avantages retraites liés à un système de poly-pensionnés.

[188] En effet, au regard des observations faites sur les carrières des enseignants du supérieur, dont les âges de titularisation sont, en dehors des professeurs des disciplines juridiques et économiques, assez similaires à celles des médecins³³, et donc tardifs, il serait de bonne administration que la DGFAP anticipe dès maintenant le problème global que posera, pour ces catégories de fonctionnaires, l'extinction du dispositif de validation et le désavantage du système des doubles pensions. Les éléments de chiffrage qui figurent dans la deuxième partie du rapport montrent le désavantage que produiront à la fois l'abaissement du niveau de la pension, du fait de l'absence de carrière complète dans le régime de la fonction publique, l'appel à une pension régime général/IRCANTEC, pour laquelle le calcul de l'avantage vieillesse se fait sur les 25 meilleures années correspondant en l'espèce à des périodes pour lesquelles les revenus ne sont pas parmi les plus élevés, et la baisse de l'avantage relatif lié à une durée d'activité élevée selon les paramètres de la réforme des retraites de 2010 (âge d'ouverture des droits porté à 62 ans en 2018, annulation de la décote à 67 ans en 2023, etc.) (cf. 2.4.1).

[189] Il est clair cependant qu'un tel choix suppose des arbitrages plus généraux qui portent sur le traitement des rémunérations accessoires au regard de la retraite.

³³ Sous la réserve que la titularisation des enseignants en Sciences et en Lettres dans l'enseignement supérieur succède souvent à une carrière de titulaire du second degré.

3.4. Dans le cadre du dispositif actuel, l'augmentation de l'abondement de l'employeur constitue une solution qui aurait les faveurs des hospitalo-universitaires

[190] Une autre solution permettant d'améliorer le niveau de pension des hospitalo-universitaires peut être envisagée consistant, dans le cadre du dispositif actuel, à augmenter le montant de l'abondement de l'employeur. Cette solution de court terme pourrait être combinée avec une évolution du dispositif actuel de la retraite additionnelle de la fonction publique.

[191] Ce scénario pourrait être réalisé selon deux modalités :

- soit en accordant cette augmentation à l'ensemble des PU-PH et MCU-PH ;
- soit en réservant l'augmentation de l'abondement aux praticiens n'ayant pas d'activité libérale.

[192] L'une ou l'autre solution, confortant le dispositif en vigueur, pourrait en outre s'accompagner de l'élargissement du périmètre des contrats que les hospitalo-universitaires seraient susceptibles de souscrire au-delà des seuls contrats relevant de la branche 26.

3.4.1. Option n°1 : augmenter l'abondement de l'employeur pour tous les hospitalo-universitaires

[193] L'augmentation de l'abondement de l'employeur dans le cadre du dispositif facultatif actuel apparaît la solution la plus simple à mettre en œuvre pour améliorer la retraite des hospitalo-universitaires.

[194] Sur le plan juridique, cette évolution suppose la modification du décret du 5 avril 2007 qui fixe le montant des plafonds :

- soit en supprimant ou en augmentant le plafond de 5 % des émoluments hospitaliers. Compte tenu du montant de ces émoluments, ce plafond vient aujourd'hui réduire l'abondement de l'employeur jusque 15 ans après la titularisation des MCU-PH (en fait 12 ans compte tenu de la reprise d'ancienneté lors de leur titularisation) et jusque 6 ans après leur titularisation pour les PU-PH (en fait 3 ans) ;
- soit en supprimant ou en augmentant le plafond de 2 000 euros, qui plafonne le montant de l'abondement de l'employeur au-delà de 15 ans pour les MCU-PH et de 6 ans pour les PU-PH ;
- soit en combinant les deux.

[195] L'impact financier d'une augmentation modérée du plafond serait en tout état de cause maîtrisé. La seule suppression du plafond de 2 000 € porterait l'abondement de l'employeur à 2 224 € pour les MCU-PH dans la tranche la plus haute des émoluments hospitaliers, et à 2 774 € pour les PU-PH. Le relèvement de ce plafond, compte tenu de la population concernée (7 903 hospitalo-universitaires en incluant la pharmacie), aurait un coût limité.

[196] Dans la mesure où le dispositif existe déjà et qu'il est spécifique, au sein de l'université et plus largement dans la fonction publique, aux seuls hospitalo-universitaires, le risque d'un effet d'entraînement sur d'autres catégories de fonctionnaires apparaît en outre limité.

[197] Il permettrait enfin d'apporter une compensation à l'impact de la suppression de la validation des services auxiliaires sur le niveau des pensions des hospitalo-universitaires. On a vu qu'ils étaient pénalisés plus que d'autres par cette réforme compte tenu de leur âge de titularisation tardif.

3.4.2. Option n°2 : réserver l'augmentation de l'abondement aux hospitalo-universitaires n'ayant pas d'activité libérale

- [198] Les travaux préparatoires du groupe de travail technique mis en place en 2006 et ayant abouti à la mise en place du dispositif de retraite par capitalisation évoquent la mise en place « *d'une indemnité compensatrice d'absence de retraite hospitalière* ». Ils précisent que les organisations syndicales ont alors exprimé « *leur accord pour que le dispositif retenu permette un traitement différencié selon que les personnels hospitalo-universitaires exercent ou non une activité libérale, en fonction de l'ancienneté dans la carrière et selon le corps d'appartenance* ». Au final, « *dans la mesure où il s'adresse à une population située en haut de l'échelle des revenus* », le dispositif à définir devait « *tenir compte, par le biais d'une modulation de la mesure, de l'exercice ou non, par les intéressés, d'une activité libérale* ».
- [199] Pour autant, le dispositif finalement mis en place n'a pas retenu le principe d'une modulation de l'abondement de l'employeur en fonction de l'exercice ou non d'une activité libérale. Les personnels médicaux hospitalo-universitaires peuvent en effet, comme les praticiens hospitaliers, exercer parallèlement à leur activité hospitalière dans un cadre libéral. La durée de l'activité libérale ne doit pas dépasser 20 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens. Ils versent alors à la CARMF des cotisations retraite assises sur leurs honoraires, qui leur ouvrent des droits à la retraite.
- [200] La nécessité d'améliorer leurs droits à la retraite est souvent mise en avant par les PU-PH pour justifier l'exercice dans un cadre libéral. Les hospitalo-universitaires qui renoncent à exercer une activité libérale perçoivent, comme les praticiens hospitaliers, une indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE), mais sur laquelle ils ne cotisent pas pour la retraite.
- [201] Dès lors, dans la mesure où ceux ayant une activité libérale peuvent d'ores et déjà améliorer leurs droits à la retraite, il peut apparaître légitime de ne chercher à augmenter l'aide à la retraite, et donc l'augmentation de l'abondement de l'employeur, que pour ceux qui n'en ont pas. Cette solution peut ainsi paraître « juste », en favorisant plus spécifiquement ceux qui ne se créent aucun droit à la retraite supplémentaire au-delà de la retraite de la fonction publique, et en particulier ceux dont l'activité se prête mal, par nature, à une activité libérale à l'extérieur de l'établissement.
- [202] Consultées sur cette question, les organisations syndicales d'hospitalo-universitaires rencontrées par la mission se sont dites ouvertes à cette possibilité.
- [203] Sur le plan juridique, une telle augmentation ciblée pourrait probablement être réalisée par la modification du seul décret du 5 avril 2007, l'article 112 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 disposant que « *cette participation est assise sur les émoluments hospitaliers versés ou pris en charge par ces établissements ou organismes dans des limites fixées par décret, notamment en fonction des cotisations personnelles des bénéficiaires.* »
- [204] Sur le plan technique, dans la mesure où les hospitalo-universitaires exerçant parallèlement dans un cadre libéral doivent nécessairement passer un contrat d'activité libérale avec l'établissement de santé, il est facile pour ce dernier de distinguer, parmi les praticiens qui ont souscrit un contrat de retraite facultative par capitalisation, ceux qui ont une activité libérale et ceux qui n'en ont pas, afin d'opérer une distinction dans les montants versés.
- [205] A ce titre, dans le cadre de son enquête auprès des CHU, la mission a cherché à connaître la part des hospitalo-universitaires ayant souscrit un contrat facultatif de retraite par capitalisation et qui ont une activité libérale. Sur les 20 CHU ayant répondu moins de 20 % du total des hospitalo-universitaires ayant souscrit un contrat de retraite ont une activité libérale : 5,25 % seulement des MCU-PH et 25,43 % des PU-PH.

Tableau 23 : Part des personnels hospitalo-universitaires ayant souscrit un contrat de retraite et ayant une activité libérale sur la période 2007-2009

	2007	2008	2009
Nombre de PU-PH ayant souscrit un contrat	1 753	1 877	1 880
dont nombre de PU-PH ayant une activité libérale	448	499	478
Part de PU-PH ayant souscrit, avec activité libérale	25,56 %	26,58 %	25,43 %
Nombre de MCU-PH ayant souscrit un contrat	688	711	725
dont nombre de MCU-PH ayant une activité libérale	38	35	38
Part de MCU-PH ayant souscrit, avec activité libérale	5,52 %	4,92 %	5,24 %
Nombre de HU ayant souscrit un contrat	2 441	2 588	2 605
dont nombre de HU ayant une activité libérale	486	534	516
Part de HU ayant souscrit, avec activité libérale	19,91 %	20,63 %	19,81 %

Source : Enquête mission auprès des CHU de métropole - sur 20 CHU ayant répondu

- [206] Cette seconde option présente néanmoins un certain nombre d'inconvénients pratiques et de principe.
- [207] Certains hospitalo-universitaires contestent cette option en mettant en avant l'argument selon lequel il n'est pas légitime de désavantager des médecins qui, à travers leur activité libérale, participent au rayonnement de leur établissement et génèrent en son sein une activité supplémentaire en attirant un certain nombre de patients supplémentaires.
- [208] Au-delà de cette opposition de principe, doit être pris en compte le fait que le volume d'activité libérale, et les revenus qu'ils en tirent, sont très variables d'un praticien à un autre. Un praticien ayant une très faible activité libérale se verrait alors pénalisé par rapport à un praticien n'ayant pas d'activité libérale mais percevant l'IESPE et bénéficiant d'un abondement de l'employeur plus important dans le cadre du dispositif de retraite facultative. Il s'agirait alors d'opérer une distinction au sein des médecins ayant une activité libérale selon le niveau de leurs revenus issus de cette activité. Outre le risque d'effets de seuils importants, la mise en œuvre de cette distinction par les établissements risque d'être lourde et complexe, même si, les praticiens étant tenus de transmettre au directeur de l'hôpital un état récapitulatif de leur activité libérale précisant les honoraires correspondants et le cas échéant les dépassements, les établissements connaissent au moins en théorie la rémunération des hospitalo-universitaires au titre de leur activité libérale.
- [209] Au surplus, une telle option de différenciation conduirait à introduire un effet de seuil presque symbolique, à savoir à partir de quand un médecin universitaire est dans une catégorie ou dans une autre, et le regard que l'on peut porter sur lui alors qu'il ne fait qu'exercer un droit reconnu. Il est probable qu'une telle option, même si elle ne paraît pas inenvisageable juridiquement parlant, n'en demeurerait pas moins très fragile et susceptible d'être attaquée au contentieux sur le fondement de l'égalité de traitement. Elle ajouterait un sujet d'irritation à un moment où la question de l'attractivité des carrières universitaires de haut niveau est posée.

3.4.3. Envisager d'ouvrir la possibilité de souscrire des contrats autres que ceux de la branche 26

- [210] Dans le cadre de la réforme de 2007, le choix d'un dispositif de retraite organisé dans le cadre des régimes de la branche 26 s'explique principalement par l'existence, dans le domaine des contrats collectifs proposant des produits destinés à la retraite, de deux régimes traditionnellement réservés aux agents public : PREFON et COREM (ex-CREF)³⁴. Ces régimes, créés à l'origine pour permettre aux fonctionnaires dont la pension est calculée hors primes et qui ne disposent pas d'un régime de retraite complémentaire cofinancé par l'employeur, apparaissaient clairement comme des véhicules adaptés à la mise en place d'un dispositif facultatif de retraite par capitalisation avec l'originalité de bénéficier de la participation de l'employeur.
- [211] Dès lors que ces deux régimes par capitalisation dominaient ce marché, il aurait été impossible de leur réserver nominativement le bénéfice de l'abondement de l'employeur ; la mention explicite des régimes « de la branche 26 » permettait d'ouvrir le choix des organismes tout en assurant la place des régimes traditionnels. Accessoirement, la similitude avec les régimes de retraite obligatoires en points pouvait ouvrir la voie, sur la base d'une compréhension commune des principes de fonctionnement, à un processus pouvant assurer une transition vers une adhésion à l'IRCANTEC avec conversion des points acquis.
- [212] On a vu plus haut qu'une telle option, en théorie praticable, se heurtait à une série de difficultés qui supposaient, pour les surmonter, un véhicule législatif difficile à construire en droit de l'assurance et au regard des intérêts en jeu.
- [213] Par ailleurs, les paramètres techniques qui gouvernent les régimes en points (taux d'intérêt, rendement des actifs, valeur d'achat, valeur de service) sont ensemble suffisamment complexes pour réduire la lisibilité du rendement, tout particulièrement sur des durées longues³⁵.
- [214] Dans ces conditions, il est logique de s'interroger sur la capacité d'ouvrir plus largement le champ des contrats d'épargne retraite susceptibles d'être utilisés et de bénéficier d'un abondement hospitalier.
- [215] Sauf à en modifier les contours, il n'est sans doute pas opportun de rechercher dans cet exercice à utiliser des contrats supposant une sortie en capital, qui s'inscrivent davantage dans une logique d'épargne salariale. C'est ainsi que le plan d'épargne pour la retraite collectif (PERCO), qui suppose qu'il existe au sein de l'entreprise un plan d'épargne d'entreprise (PEE), n'est pas adapté à la situation d'employeurs publics.
- [216] Sans doute n'est-il pas utile de s'interroger, malgré leur intérêt, sur les dispositifs d'épargne retraite dits « de l'article 83 » du code général des impôts, qui permettent à l'employeur et au salarié d'alimenter des comptes d'épargne retraite individuels. Ces contrats reposent sur un contrat de travail, ce qui n'est pas le cas dans la relation qui lie l'hôpital et l'hospitalo-universitaire titulaire et, surtout, ils sont obligatoires pour les catégories de salariés qui peuvent en bénéficier.
- [217] Le même raisonnement doit être appliqué à l'assurance vie. Même s'il y a peu de différence entre les contrats d'assurance vie en euros et les contrats d'épargne retraite, les premiers se rapprochent trop de dispositifs d'épargne pour bénéficier d'une participation de l'employeur.
- [218] En revanche, on voit mal les obstacles qui interdiraient de recourir aux autres dispositifs d'épargne retraite dès lors que le dispositif de 2007 est lui-même suffisamment exceptionnel puisqu'il met en place, en dehors de toutes les règles habituelles, un abondement de l'employeur pour un contrat d'épargne retraite collective souscrit à l'initiative du salarié.

³⁴ Le contrat retraite du CGOS aurait pu être aussi cité s'il avait été assuré de servir une rente de même niveau.

³⁵ L'apport récent de 200 M€ des assureurs participant au régime PREFON est une illustration de la difficulté du pilotage de ce type de régime. Cf. *Les Echos* du mardi 28 décembre 2010.

[219] C'est ainsi qu'il ne serait pas absurde, dès lors que les contrats autorisés en 2007 sont en fait une forme de PERP collectif, d'autoriser les plans d'épargne retraite populaire (PERP) à rentrer dans le dispositif de 2007. Une telle solution serait d'autant plus légitime que la situation des hospitalo-universitaires échappe pour les raisons mentionnées plus haut aux solutions classiques des produits d'épargne retraite collective propres aux entreprises³⁶.

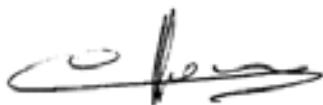
*

* *

Au total, l'hypothèse d'une affiliation au régime général et à l'IRCANTEC rencontre des obstacles juridiques forts, qui ont été soulignés par les directions techniques en charge respectivement de la sécurité sociale et de la fonction publique. Une affiliation de droit commun entraînerait en outre une baisse significative de la rémunération nette des intéressés, du fait des cotisations salariales qu'ils devraient supporter, et représenterait une charge bien plus lourde que le dispositif actuel pour les hôpitaux : de l'ordre de 63 millions d'euros contre moins de 10 millions aujourd'hui. Pour ces raisons, la mission estime que ce scénario doit désormais être écarté.

[220] Dans ces conditions, et dans la perspective de la réforme des retraites du secteur public, l'utilisation du régime de la retraite additionnelle de la fonction publique devrait être privilégiée, malgré ses limites, liées notamment au faible niveau des cotisations. Les hospitalo-universitaires ne voient aujourd'hui dans le régime additionnel qu'un dispositif condamné à verser des allocations d'un montant extrêmement faible, compte tenu de son assiette limitée et du taux de cotisation de seulement 10 %. Dans la perspective d'un approfondissement de la réforme des retraites de la fonction publique, il semble difficile de maintenir un cantonnement du régime additionnel à un niveau aussi bas. La solution d'un déplafonnement du RAFP mérite en outre d'autant plus d'être examinée que l'extinction du dispositif de validation des services de non-titulaires en 2015, période à laquelle une partie du dispositif de la réforme des pensions de l'Etat sera bien avancée, rendra très difficile pour le gouvernement l'absence de solution de bon niveau au problème que posera, pour l'attractivité des fonctions hospitalo-universitaires, la faiblesse des avantages retraites liés à un système de poly-pensionnés.

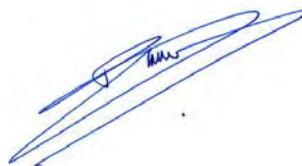
[221] Par ailleurs, dans le cadre du dispositif actuel, l'augmentation de l'abondement de l'employeur constitue une solution simple, de portée juridique et financière limitée, qui aurait les faveurs des hospitalo-universitaires. Cette solution de court terme pourrait naturellement être combinée avec une évolution du dispositif actuel de la retraite additionnelle de la fonction publique.



Michel DURAFFOURG



Jacques-Bertrand de REBOUL



Patrice BLEMONT



François DONTENWILLE

³⁶ Le seul inconvénient de cet élargissement est de savoir s'il pourra être réservé à la population visée dès lors que la participation de l'employeur à un PERP suppose de modifier la loi. La Direction générale du trésor devrait faire valoir des arguments contre cette proposition.

Lettre de mission



Inspection Générale Des Affaires Sociales
06 OCT. 2010
N° 659

Ministère de la Santé et des Sports

*Ministère de l'enseignement
supérieur et de la recherche*

CAB3 BE/MRD – Me. D.10.8197

Note à l'attention de
Monsieur le chef de l'inspection générale des affaires sociales,

Monsieur le chef de l'inspection générale
de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche,

Objet : lettre de mission relative au régime de retraite des personnels médicaux hospitalo-universitaires

Le protocole d'accord du 6 juillet 2010 signé par le ministre de santé et des sports avec quatre organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers a pour objet d'élargir l'assiette de cotisations à certaines primes et indemnités, dont l'indemnité d'astreinte, qui constituait une demande forte de la communauté médicale. Ce protocole prévoit en perspective complémentaire une réflexion, à débiter dès la rentrée 2010, relative au régime de retraite des praticiens hospitalo-universitaires.

Cette réflexion avait déjà été souhaitée dès 2003 dans le cadre du protocole d'accord du 16 mai 2003 signé par le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées et le ministre de la jeunesse de l'éducation nationale et de la recherche avec les organisations syndicales représentatives des personnels enseignants et hospitaliers. En effet, l'attente légitime de ces personnels est de pouvoir bénéficier d'une retraite calculée à la fois sur le traitement indiciaire lié à leur activité d'enseignement, et sur leurs émoluments hospitaliers, traditionnellement considérés comme rémunération accessoire, mais qui ont pris au fil des années une importance grandissante.

La mise en place du Régime additionnel de la fonction publique (RAFP) en 2005 répond partiellement à la prise en compte des émoluments hospitaliers au titre de la retraite. Un groupe de travail, constitué courant 2005 suite au relevé de décisions du 31 mars 2005 établi par ces mêmes organisations syndicales conjointement avec le ministère de la santé, a privilégié dans ses conclusions la mise en place d'un régime d'assurance vieillesse facultative avec participation de l'employeur. Cette option, mise en place à compter du 1^{er} janvier 2007 à titre transitoire, est aujourd'hui toujours en vigueur. En effet, la solution initialement envisagée consistait en l'affiliation des personnels hospitalo-universitaires au régime général ainsi qu'à l'Institution de retraite des agents non titulaires et des collectivités locales (IRCANTEC). Cette solution, écartée en 2006 dans l'attente de la stabilisation du régime de l'IRCANTEC, nécessite aujourd'hui d'être réexaminée en vue de répondre aux besoins exprimés par la communauté médicale.

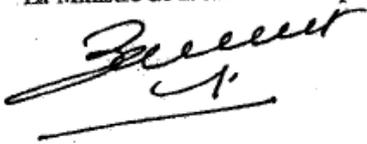
En conséquence, il vous est demandé d'établir un diagnostic précis des forces et faiblesses du dispositif en place, en établissant un bilan quantitatif et qualitatif du dispositif d'assurance vieillesse facultative.

A partir de ce diagnostic, vous envisagerez la faisabilité et l'opportunité d'une affiliation des personnels hospitalo-universitaire au régime général et à l'IRCANTEC tant en terme financier que juridique.

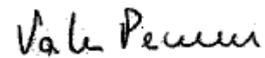
Afin de mener à bien cette mission, dont les conclusions devront nous être remises au plus tard le 14 janvier 2011, l'IGAS et l'IGAENR pourront disposer en tant que de besoin de la collaboration des services de nos deux ministères.

Paris, le 05 OCT. 2010

La Ministre de la santé et des sports



La Ministre de l'Enseignement
supérieur et de la recherche



Liste des personnes rencontrées

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche

Cabinet de la Ministre

Professeur Pierre-Louis Fagniez, conseiller auprès de la ministre

Direction générale des ressources humaines

Claudine Mesclon, sous-directrice

Nathalie Raibaut, chargée de mission

Marc Bidault, bureau des études statutaires et réglementaires

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé

Cabinet de la Ministre

Yann Bubien, directeur adjoint

Direction générale de l'offre de soins

Emmanuelle Quillet, sous-directrice

Maud Lambert Fénéry, chef de bureau

Djihane Bendaira, chargée de mission

Direction de la sécurité sociale

Benjamin Laurent, chef de bureau

Cédric Paris, chef de bureau

Denis Soulatges, actuaire Mission Nationale de Contrôle

Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat

Direction générale du trésor

Sébastien Raspiller, chef de bureau

Ivan Amosse, adjoint au Chef de Bureau

Direction générale de l'administration et de la fonction publique

Thomas Andrieu, directeur, adjoint au directeur général

Myriam Bernard, sous-directrice

Nicolas de Saussure, chef de bureau

Conseil d'orientation des retraites

Yves Guégano, secrétaire général
Guillaume Destré, chargé de mission

Etablissement de la retraite additionnelle de la fonction publique

Philippe Desfossés, directeur

Syndicats Hospitaliers**Syndicat national des médecins chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics (SNAM-HP)**

Professeur Roland Rymer, président

Coordination médicale hospitalière (CMH)

Docteur François Thuillier, administrateur de l'IRCANTEC

Syndicat national des professeurs hospitalo-universitaires (SNPHU)

Professeur Frédéric Bargo, président

Coordination HU – Syndicat autonome de la médecine hospitalo-universitaires et de la recherche (Coordination SAMHUR)

Professeur Alain Autret, secrétaire général
Professeur Jean-Claude Peragut, vice-président

Syndicat national des hospitalo-universitaires (SNHU)

Professeur Bertrand Diquet, président
Docteur Sylvie Brailly-Tabard, secrétaire générale

Syndicat national des médecins biologistes des CHU (SNMB-CHU)

Professeur Jean-Luc Wautier, président
Docteur Colas

Caisse des dépôts et consignations**Direction des retraites**

Régis Péliissier, responsable de la cellule Recherche & Développement de la direction des retraites
Arnaud de la Morinerie, cellule Recherche & Développement de la direction des retraites

Etablissement d'Angers

Jean-Michel Bacquer, directeur de l'établissement d'Angers de la Caisse des dépôts et consignations chargé de la gestion de l'IRCANTEC
Philippe Treilhou, direction de la gouvernance, service pilotage des fonds/actuariat et études statistiques

CNP

Thomas Behar, directeur comptable France, directeur de programme roadmap finances
Marie-Françoise Resve, responsable actuariat produits collectifs
Alexandre Rohic

COREM

Charles Vaquier, directeur général
Françoise Louarn, directeur général adjoint, gestion et finances
Romain Rouquette, secrétaire général, directeur du développement
Caroline Salaun, responsable du service gestion

AG2R La mondiale

Jean Castagné, président du conseil d'administration
Pierre Aurelly, directeur technique
Patrice Bonin, membre du comité de direction générale

Sigles utilisés

AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ARRCO	Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés
CARMF	Caisse autonome de retraite des médecins de France
CET	Compte épargne temps
CHU	Centre hospitalier universitaire
COR	Conseil d'orientation des retraites
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DGAFP	Direction générale de l'administration et de la fonction publique
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGRH	Direction générale des ressources humaines (Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche)
DSS	Direction de la sécurité sociale
ERAFP	Etablissement de retraite additionnelle de la fonction publique
HU	Hospitalo-universitaire
IESPE	Indemnité d'engagement de service public exclusif
INM	Indice nouveau majoré
IRCANTEC	Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MESR	Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche
MCU-PH	Maître de conférence des universités-praticien hospitalier
NBI	Nouvelle bonification indiciaire
PERCO	Plan d'épargne pour la retraite collectif
PERP	Plan d'épargne retraite populaire
PH	Praticiens hospitaliers
PSS	Plafond de la sécurité sociale
PU-PH	Professeur des universités-praticien hospitalier
RAFP	Régime additionnel de la fonction publique des collectivités publiques
RG	Régime général
CSG	Contribution sociale généralisée
CRDS	Contribution pour le remboursement de la dette sociale
VSA	Validation des services auxiliaires

Liste des annexes

1. Protocole d'accord du 6 juillet 2010 entre la Ministre de la santé des sports, les intersyndicales de praticiens hospitaliers et l'inter-syndicat national des internes des hôpitaux
2. Relevé de décision du 31 mars 2005 entre la Ministre des solidarités, de la santé et de la famille, le Président de la Coordination médicale hospitalière et le Président du syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics
3. Protocole d'accord du 16 mai 2003 entre le Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le Ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche et les organisations syndicales représentant les personnels enseignants et hospitaliers titulaires
4. Arrêt du Conseil d'Etat n° 179766 du 24 septembre 1999, sur l'article 38 du décret du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires écartant les émoluments hospitaliers du calcul de leurs droits à pension
5. Arrêté du 12 juillet 2010 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé
6. Note à l'attention des hospitalo-universitaires de la Confédération syndicale hospitalo-universitaire sur les propositions des assureurs susceptibles de proposer un contrat de retraite de la branche 26, 2007
7. Résultats complets de l'enquête réalisée par la mission auprès des Directeurs des affaires médicales des centres hospitaliers universitaires de métropole sur la mise en œuvre du dispositif de retraite facultative par capitalisation, décembre 2010
8. Simulations de pensions sur cas type de PH, MCU-PH et PU-PH, IRCANTEC, décembre 2010
9. L'impact financier pour les bénéficiaires d'une affiliation des hospitalo-universitaires au régime général et à l'IRCANTEC, réalisé par la mission sur la base des données IRCANTEC, janvier 2011
10. Simulations de rentes pour les personnels hospitalo-universitaires dans le cadre du régime PREFON retraite – Etude de cas-types, CNP, décembre 2010
11. Simulations de rentes pour les personnels hospitalo-universitaires dans le cadre du régime COREM – Etude de cas-types, COREM, décembre 2010
12. Simulations de rentes pour les personnels hospitalo-universitaires dans le cadre de la retraite additionnelle de la fonction publique – Etude de cas-types, ERAFP, janvier 2011
13. Note d'information de la DGAFP sur le régime de retraite des personnels hospitalo-universitaires titulaires, janvier 2011
14. Eléments de démographie des personnels médicaux hospitalo-universitaires et des enseignants chercheurs d'autres disciplines, MESR/DGRH A1-1, décembre 2010
15. Les hospitalo-universitaires au sein de l'Université, fiche réalisée par la mission, décembre 2010

**Annexe 1 : Protocole d'accord du 6 juillet 2010
entre la Ministre de la santé et des sports, les
intersyndicales de praticiens hospitaliers et l'inter-
syndicat national des internes des hôpitaux**



Protocole d'accord
entre la Ministre de la santé et des sports,
les intersyndicales de praticiens hospitaliers
et l'intersyndicat national des internes des hôpitaux

La Ministre de la santé et des sports et les organisations syndicales représentant les praticiens exerçant à l'hôpital affirment leur attachement à la préservation de la capacité de l'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques (IRCANTEC) à honorer le service des prestations pour lesquelles les assurés ont cotisé.

Les mesures générales suivantes, prévues dans la réforme votée par le conseil d'administration de l'IRCANTEC en 2008 compte tenu du déficit technique prévisionnel du régime entre 2012 et 2016, permettront d'assurer la pérennité du régime :

- la réduction progressive du rendement du régime d'ici à 2017, restant cependant, à l'issue du processus, supérieur à celui des autres régimes complémentaires
- la hausse étalée des cotisations (agent et employeur) entre 2011 et 2017
- l'instauration de critères de solvabilité

Les signataires du présent relevé de décisions, conscients de la nécessité de cette réforme, reconnaissent que les praticiens exerçant à l'hôpital, particulièrement les praticiens hospitaliers statutaires, constituent une catégorie particulière d'affiliés de l'IRCANTEC en raison :

- de leur longue durée de cotisations au régime de l'IRCANTEC alors que ce régime constitue, pour l'essentiel des autres assurés, un régime dit « de passage » ;
- de la part très importante que constitue la pension IRCANTEC dans la retraite globale d'un praticien.

Cette situation spécifique, dans le cadre de la modification des paramètres du régime de l'IRCANTEC, appelle des mesures d'accompagnement adaptées à cette catégorie socioprofessionnelle.

Les signataires sont par ailleurs déterminés à préserver l'attractivité des professions médicales, pharmaceutiques et odontologiques à l'hôpital.

Ils constatent les mesures déjà intervenues dans le cadre de la réforme de l'IRCANTEC - avec l'entrée au sein de son conseil d'administration d'un représentant des praticiens hospitaliers, et la mise en place d'une majoration de pension sous conditions - et prennent acte de l'augmentation réalisée des émoluments des praticiens des hôpitaux à temps partiel.

Ils conviennent par ailleurs de la mise en œuvre concomitante de mesures d'accompagnement spécifiques aux praticiens exerçant à l'hôpital.

I. Mesures intervenues antérieurement à la signature du protocole

A. Mesures générales de pérennisation du régime inscrites dans la réforme de l'IRCANTEC en 2008

1/ Une modification des modalités de gouvernance de l'Institution

La réforme prévoit la signature d'une convention d'objectifs et de gestion (COG) tripartite (État, Président du conseil d'administration de l'IRCANTEC et Caisse des Dépôts). La COG 2010-2012 de l'IRCANTEC a été signée fin juin 2010.

En outre, cette partie de la réforme concerne le Conseil d'administration de l'Institution dans :

1) son fonctionnement

Création d'un bureau, d'un conseil des tutelles et nomination d'un commissaire de gouvernement.

2) sa responsabilité étendue, à terme, dans le domaine du pilotage du régime à long terme

Conseil d'administration chargé de garantir le respect des règles de solvabilité et donc de réajuster les prévisions et paramètres le cas échéant.

3) sa composition

Conseil d'administration de trente-quatre membres, dont deux personnalités qualifiées désignées par arrêté conjoint des ministres représentés au conseil de tutelle, l'une de ces personnalités qualifiées étant désignée parmi les praticiens statutaires visés à l'article L. 6152-1 du code de la santé publique (Article 1 de l'arrêté du 30 décembre 1970).

Ainsi, les praticiens hospitaliers sont désormais représentés par un administrateur, au sein d'un conseil d'administration aux compétences étendues.

2/ Une évolution de certaines règles de fonctionnement du régime

Parmi ces règles, l'instauration à compter du 1er janvier 2010 d'une *surcote* avec un taux plus élevé au-delà de soixante-cinq ans **permet une majoration de la pension** selon les modalités prévues par l'arrêté du 30 décembre 1970 (Article 16 de l'arrêté du 30 décembre 1970).

Ces mesures concernent tous les cotisants, dont les praticiens exerçant à l'hôpital.

B. Relèvement de la rémunération des praticiens des hôpitaux à temps partiel

L'augmentation des émoluments des praticiens des hôpitaux à temps partiel, demande ancienne des praticiens, est effective depuis le 1^{er} juillet 2009. ***Elle majore le salaire et par conséquent les droits à retraite des agents.***

II. Mesures d'accompagnement spécifiques aux praticiens exerçant à l'hôpital, actées par le présent relevé de décisions : Une meilleure prise en compte des rémunérations perçues par les praticiens permettant une acquisition de points IRCANTEC accrue

Les mesures suivantes seront mises en œuvre progressivement sur la période 2010-2017. Elles concernent les praticiens affiliés à l'IRCANTEC dont les statuts sont inscrits dans le code de la santé publique.

A. Elargissement de l'assujettissement des rémunérations pour certains praticiens

- Elargissement de l'assujettissement des rémunérations des praticiens attachés à hauteur de 70 % ;
- Elargissement de l'assujettissement des rémunérations des praticiens des hôpitaux à temps partiel à hauteur de 70 %.

B. Assujettissement de certaines indemnités

- Assujettissement de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) ;
- Assujettissement de l'indemnité d'activité sectorielle et de liaison ;
- Assujettissement de l'indemnité « multi-établissements » ;
- Assujettissement de la prime de chef de pôle ;
- Assujettissement de l'indemnité de fonction versée au président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire.

C. Assujettissement de la totalité des astreintes à domicile

III. Mise en œuvre du protocole d'accord

A. Calendrier (annexe 1)

Les mesures d'accompagnement spécifiques aux praticiens exerçant à l'hôpital, actées par le présent relevé de décisions, nécessitent la publication de décrets en Conseil d'Etat et de décrets simples ; la publication de ces décrets est prévue dans les semaines à venir.

B. Clause de revoyure

Les mesures actées dans le présent protocole pourront être réactualisées tous les ans, en tenant compte du bilan de leur application, ainsi que de la situation des finances publiques et des régimes de retraite.

IV. Perspectives complémentaires

Les parties signataires s'engagent à mener des travaux complémentaires entre septembre 2010 et juin 2011, concernant les thèmes suivants :

- Les modalités d'une meilleure prise en compte de la part hospitalière pour la retraite des personnels hospitalo-universitaires

L'hypothèse d'une affiliation au régime de la sécurité sociale et à l'IRCANTEC, pour la part hospitalière de la rémunération, pourra notamment être étudiée.

Cette réflexion devra associer le Ministre en charge de l'enseignement supérieur, le Ministre en charge de la sécurité sociale et le Ministre en charge du budget.

- L'exercice médical à l'hôpital (temps de travail, aménagement de fin de carrière, conditions de travail, modalités d'exercice, conditions particulières d'exercice, modes de rémunération...)

- L'évolution des comptes épargne-temps (diversification des modalités d'utilisation, monétisation immédiate ou différée...)

* *
*

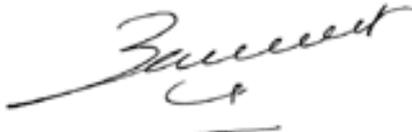
Conclusion :

Au total, ces mesures d'accompagnement constituent un effort de près de 80 M€ pour les employeurs hospitaliers.

Cet effort vient en complément de l'accompagnement de 100 M€ induits par la hausse de la cotisation employeur prévue dans le cadre de l'évolution générale des paramètres de l'IRCANTEC.

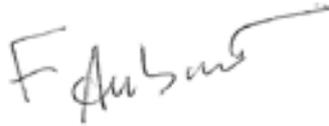
Fait à Paris, le 6 juillet 2010

La Ministre de la santé et des sports



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Le Président de la Coordination Médicale
Hospitalière



Docteur François AUBART

La Présidente de l'Intersyndicat National
des Praticiens Hospitaliers



Docteur Rachel BOCHER

Le Président du Syndicat national des
médecins, chirurgiens, spécialistes et
biologistes des Hôpitaux Publics



Professeur Roland RYMER

Le Président de l'intersyndicat national
des internes des hôpitaux



Docteur Grégory MURCIER

Annexe 1 au protocole du 6 juillet 2010**Calendrier de mise en œuvre des mesures d'accompagnement**

Les mesures d'accompagnement en faveur des praticiens exerçant à l'hôpital, dont les statuts sont inscrits dans le code de la santé publique, seront instaurées selon le calendrier suivant :

1. Assujettissement de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) : à compter de septembre 2010 en quatre années ;
2. Assujettissement de la totalité des astreintes à domicile : à compter de septembre 2010 en sept années ;
3. Elargissement de l'assujettissement des rémunérations des praticiens des hôpitaux à temps partiel à hauteur de 70% : à compter de septembre 2010 en une année ;
4. Elargissement de l'assujettissement des rémunérations des praticiens attachés à hauteur de 70 % : à compter de septembre 2010 en une année ;
5. Assujettissement de l'indemnité d'activité sectorielle et de liaison : à compter de septembre 2010 en une année ;
6. Assujettissement de l'indemnité « multi-établissements » : à compter de septembre 2010 en une année ;
7. Assujettissement de la prime de chef de pôle : à compter de janvier 2011 en une année ;
8. Assujettissement de l'indemnité de fonction versée au président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire : à compter de janvier 2011 en une année.

**Annexe 2 : Relevé de décision du 31 mars 2005
entre la Ministre des solidarités, de la santé et de la
famille, le Président de la coordination médicale
hospitalière et le Président du syndicat national
des médecins, chirurgiens, spécialistes et
biologistes des hôpitaux publics**



RELEVÉ DE DÉCISIONS

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

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

Acteurs indispensables à la prise en charge des patients, les praticiens hospitaliers exerçant à l'hôpital, garants, pour la part qui les concerne, de la qualité et de la sécurité des soins, sont engagés pour sa meilleure efficacité dans le respect de la déontologie médicale et des missions de service public hospitalier. Cet engagement s'inscrit dans le plan de modernisation de l'hôpital exprimé, notamment, au travers des plans « psychiatrie et santé mentale », « chirurgie » et « personnes âgées » et dans la continuité des accords portant sur la mise en œuvre de l'ARTT médical à l'hôpital et de l'accord d'assouplissement du 13 janvier 2003. Il s'attache à :

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

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille et les organisations syndicales représentant les praticiens exerçant à l'hôpital s'accordent pour rendre la carrière plus attractive et assurer la reconnaissance morale et financière des praticiens sur les principes suivants qui guideront les travaux du comité national de suivi constitué avec les signataires du présent relevé de décisions.

I - Revalorisation de l'astreinte

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

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

Les signataires du présent relevé de décisions conviennent d'organiser ainsi qu'il suit le régime des astreintes à compter du 1^{er} janvier 2005 et d'en déterminer les modalités d'indemnisation au niveau national. Il est créé :

- une indemnisation de participation à l'astreinte pour tous les praticiens concernés exerçant à l'hôpital. Dans ce cas, les astreintes de sécurité sont portées au tarif de l'astreinte opérationnelle revalorisée dans le cadre d'un dispositif visant la convergence à terme.

- une indemnisation complémentaire tenant compte du nombre de déplacements constatés et du niveau d'activité réalisé. Les modalités de prise en compte de l'activité seront définies, avec le comité national de suivi, au plus tard à la fin du 1^{er} semestre 2006. En attendant, cette indemnité complémentaire porte sur la revalorisation de l'indemnité du déplacement qui est de 62,11 € au 1^{er} janvier 2005 pour le premier déplacement et qui passe à 70 € à compter du 2^{ème} déplacement réalisé, soit une progression de 12,7%.

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

L'effort national de revalorisation de l'enveloppe de la permanence des soins sera poursuivi en 2006 et 2007.

L'effort de réorganisation et de diminution du nombre des permanences médicales dans lequel les praticiens se sont engagés depuis 2002, une fois constaté, contribuera également à la revalorisation des tarifs d'indemnisation des astreintes, sous l'égide du comité national de suivi.

Le schéma des tarifs de ces indemnisations est fixé comme suit :

Eléments du dispositif	Situation antérieure (au 1 ^{er} janvier 2005)	Situation nouvelle avec effet au 1 ^{er} janvier 2005	2006	2007
Astreinte de sécurité	24,06 €	29,00 € (au 01/01)	36,00 € (au 01/07)	40,00 € (au 01/07)
Astreinte opérationnelle	36,78 €	40,00 € (au 01/01)	40,00 €	40,00 €
Revalorisation à partir du 2 ^{ème} déplacement	62,11 €	70,00 € (au 01/01)	70,00€	70,00 €
Diminution du nombre d'astreintes de sécurité	100 % =2,6 M	- 2 %	- 25 %	- 22 %
Assiette IRCANTEC	0 %	1/3 au 01/07	1/3 au 01/07	1/3 au 01/07

Ces chiffres correspondent à un montant brut salarié. L'ensemble de ces mesures s'élève à 84,2 M€. Le schéma indiqué permet d'assujettir en totalité à l'IRCANTEC les indemnités liées à la permanence à domicile.

Pour les régions qui ont déjà optimisé leur organisation de permanence des soins, la commission régionale paritaire devra tenir compte de l'effort antérieur de réorganisation ainsi que des contraintes démographiques particulières.

L'établissement définit sur proposition des équipes médicales concernées et après avis de la commission de la permanence des soins, les modalités d'indemnisation des astreintes, soit forfaitisées, soit à l'activité réelle. Pour les activités liées au fonctionnement des blocs opératoires dans les SAU ainsi que dans les établissements dont l'activité le justifie ou dans le cadre du redéploiement des crédits liés à la suppression des lignes de « gardes », si l'établissement et les équipes médicales concernées ont opté pour un régime de forfaitisation de l'astreinte, celui-ci est fixé à 180 € brut salarié à compter du 1^{er} juillet 2005, ce montant suivant l'évolution de la revalorisation des astreintes.

Une évaluation du dispositif de forfaitisation est présentée annuellement à la commission régionale paritaire qui peut proposer des aménagements au directeur de l'ARH au vu des résultats de cette évaluation.

Les résultats de cette évaluation et la synthèse des informations recueillies des établissements sont portées à la commission régionale paritaire. Pour assurer la transparence des informations et faciliter leur recueil, les établissements devront s'attacher à faire évoluer leur système d'information hospitalier.

Les commissions régionales paritaires et le comité national de suivi s'assureront de la réalité des moyens ainsi dégagés depuis 2002 et de leur bonne affectation.

A partir de 60 ans, les praticiens hospitaliers pourront être dispensés du travail de nuit si les nécessités de service le permettent (tableau de service) et s'ils en ont fait expressément la demande. Cette dispense pourra s'appliquer aux femmes enceintes dès la troisième mois ainsi qu'aux praticiens dont l'état de santé le nécessite, sur avis du médecin du travail.

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

II - Part complémentaire variable

En application du point 6 de l'accord national signé unanimement le 2 septembre 2004, le principe de la mise en œuvre de l'attribution d'une part complémentaire variable s'entend pour l'ensemble des praticiens temps plein et temps partiel quelle que soit leur discipline ou spécialité. Cette part complémentaire variable constitue un complément de rémunération au-delà de la rémunération statutaire de base actuelle. Elle ne doit pas remettre en cause l'indépendance professionnelle des praticiens hospitaliers garantie par les dispositions des articles R. 4127-5, R. 4127-95, R. 4127-97, R. 4127-249 et R. 4235-18 du code de la santé publique portant respectivement code de déontologie médicale, code de déontologie des chirurgiens-dentistes et code de déontologie des pharmaciens.

L'attribution d'une part complémentaire variable liée à l'activité est fondée sur trois principes, qui peuvent être cumulés :

- dans un objectif d'engagement dans une démarche d'accréditation des praticiens et/ou d'engagement institutionnel ;
- dans un objectif d'efficience des soins et des actes médico-techniques ;
- dans un objectif d'engagement collectif à effet individuel.

L'engagement contractuel collectif est conclu entre l'équipe médicale concernée et l'établissement. Le contrat fixera des objectifs d'engagement en cohérence avec le contrat de pôle, assortis d'éléments de mesure qualitatifs et/ou quantitatifs élaborés selon des méthodes légalement définies. Le contrat est conclu pour une période de trois ans, renouvelable après évaluation. Une évaluation, sur la base des objectifs de la contractualisation, sera réalisée annuellement. Le résultat de ces évaluations est présenté au conseil exécutif et à la CME. Un groupe de travail national, associant des représentants des organisations syndicales représentatives des praticiens et des sociétés savantes concernées proposera au comité national de suivi les critères qualitatifs et /ou quantitatifs par discipline ou spécialité.

La part complémentaire variable sera mise en place au plus tard au 1^{er} juillet 2005 pour les praticiens engagés dans cette démarche et relevant en particulier des spécialités prioritaires chirurgie et psychiatrie. En cas de difficulté dans l'application de ce dispositif il sera fait appel à la commission régionale paritaire.

Les objectifs d'engagement portent sur :

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

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

La liste des spécialités retenues au titre de la démarche d'accréditation sera progressivement étendue, sur proposition du comité national de suivi.

1-2) un engagement des praticiens pour l'amélioration de l'efficacité des soins, notamment pour la pharmacie et la biologie qui ont initié cette démarche. Cet engagement est établi à partir d'indicateurs facilement identifiables portant sur la charge de travail et la diversité de l'activité publique, concertés avec le comité national de suivi. Cette démarche doit s'appuyer sur les guides de bon usage des soins et sur les recommandations des bonnes pratiques professionnelles élaborés par la Haute autorité de santé.

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

1-4) un engagement des praticiens dans une démarche d'enseignement et de recherche clinique en lien avec le dispositif hospitalo-universitaire.

En 2005 pour se conformer à l'accord national unanime du 2 septembre 2004 en faveur de la chirurgie publique et au plan national psychiatrie et santé mentale, les praticiens des disciplines concernées pourront percevoir une part complémentaire variable individuelle égale à 5% de leur rémunération statutaire à compter du 01/07/05. Elle pourra varier dans la limite de 15 % à compter du 01/07/07. Pour la psychiatrie, l'attribution de la prime multi-sites peut se substituer à la part variable pour les praticiens effectuant un nombre significatif de demi-journées fixé par voie réglementaire ou pour les praticiens affectés dans les zones prioritaires, à compter du 1^{er} juillet 2005.

A partir de 2006 et au plus tard en 2007, ce dispositif sera étendu progressivement à l'ensemble des disciplines dans le cadre d'un financement mutualisé et de la mise en place de la tarification à l'activité et/ou de l'effort de réorganisation des activités médicales et pharmaceutiques.

2) Engagement institutionnel

Les responsables de pôle perçoivent une indemnité de 200 € bruts mensuels à compter du 1^{er} octobre 2006 pour tenir compte de la responsabilité qu'ils prennent dans la contractualisation interne, notamment au regard des délégations qui leur sont confiées.

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

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

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

En complément de l'accord d'assouplissement de l'ARTT médical du 13 janvier 2003, les signataires s'accordent pour examiner, dès 2005, les conditions de rachat des jours RTT qui ne pourront être pris au titre de l'année en cours, après avis des organisations signataires du présent relevé de décisions.

III - Adaptation du statut

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

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

Les acquis des décrets statutaires de 1984 et 1985 relatifs aux praticiens sont confirmés dans le respect des présentes dispositions. Il ne s'agit en aucun cas de la transformation du statut national en un contrat à durée déterminée ou indéterminée.

L'adaptation proposée repose d'une part, sur un assouplissement des règles de recrutement et d'autre part, sur une gestion plus individualisée des praticiens.

Création d'un centre national de gestion (CNG)

Conformément aux missions stratégiques qui lui sont dévolues, l'administration centrale du ministère chargé de la santé (DHOS/DGS) conserve :

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

Pour réaliser pleinement ses missions, elle doit déléguer les actions opérationnelles à un organisme spécifique.

A cet effet, un centre national de gestion est créé pour assurer les opérations de gestion relatives aux praticiens hospitaliers, sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Il permettra la mise en place d'une véritable gestion des ressources humaines. Il disposera, pour la gestion du personnel médical, de relais régionaux en lien avec les ARH, qui recueillent en tant que de besoin l'avis d'une commission régionale paritaire. Quelle que soit la forme juridique adoptée, le principe d'une représentation paritaire des personnels gérés par le CNG est retenu concernant l'instance décisionnelle. Les organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers seront associées à son fonctionnement. Il assurera la gestion des praticiens titulaires à temps plein et à temps partiel. Il sera doté d'une délégation de gestion et agira par délégation du ministre. Il participera à la définition des orientations stratégiques et formulera des propositions au ministre en matière de concours et de gestion prévisionnelle des emplois, des compétences et des spécialités, notamment pour les activités transversales.

Il analysera les données relatives aux emplois et aux praticiens par région, par territoire, par discipline, par spécialité et par activité, afin de dresser une cartographie nationale. Son directeur, nommé par le ministre, assurera la conduite générale du CNG.

Le CNG assurera notamment pour les praticiens hospitaliers :

- l'organisation du concours national ;
- la publication des postes ;
- le suivi et la gestion des carrières ;
- l'information sur le dispositif réglementaire du régime de retraite ;
- le suivi au niveau régional de la mise en œuvre de la médecine du travail et de prévention, en permettant aux praticiens de recourir à des services extérieurs à l'établissement ;
- la gestion des praticiens en recherche d'affectation ;
- le reclassement des praticiens devenus inaptes médicalement à l'exercice de leurs fonctions sur la base des dispositions législatives ou réglementaires ;
- la gestion des procédures statutaires (discipline et insuffisance professionnelle) ;
- la gestion du contentieux individuel ;
- l'organisation des commissions nationales statutaires ;
- la maintenance et l'évolution d'un système d'information et de gestion des médecins hospitaliers, tel que SIGMED.

Le CNG garantit des actions de formation en lien avec les orientations définies par le CNFMCH.

Commission statutaire nationale (CSN)

L'importance du rôle de la CSN est réaffirmée. Le secrétariat de la CSN est assuré par le CNG.

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

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

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

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

Commission régionale paritaire (CRP)

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

Ses compétences sont notamment les suivantes :

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

Simplification du concours

Parce qu'ils sont attachés à la qualité des recrutements des praticiens hospitaliers plein temps et temps partiel et à l'unicité du concours, les signataires du présent relevé de décisions estiment que les modalités du concours doivent être simplifiées.

Le concours national sera organisé par disciplines et spécialités ainsi qu'il suit :

- type I : examen du dossier titres, travaux et services rendus, et entretien pour les personnels relevant de l'actuel type I du concours et ayant exercé ces fonctions depuis moins de 5 ans ;
- type II : examen du dossier titres, travaux et services rendus, entretien et épreuve orale de connaissance professionnelle, pour les autres candidats.

Les autres dispositions réglementaires en vigueur restent inchangées.

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

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

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

Les modalités d'organisation des épreuves orales de connaissances professionnelles seront élaborées avec les organisations syndicales représentatives et les sociétés savantes concernées.

Publication des emplois

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

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

Définition des fonctions : le profil de poste

Ce profil de poste n'est pas un contrat individuel passé entre le praticien hospitalier et l'établissement d'affectation. Il a pour vocation d'expliquer les objectifs à atteindre, les actions à mener et les moyens mis en œuvre, ainsi que les caractéristiques des fonctions dans le cadre du projet de pôle (organisation du travail, valences exercées par le praticien, contraintes particulières - exercice sur plusieurs sites, ...).

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

Il est proposé par le pôle en liaison avec ses structures internes sur la base du projet médical approuvé. Il est soumis à l'avis de la CME puis validé par le conseil exécutif et transmis au CNG dans le cadre de la procédure de recrutement.

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

Ce profil de poste doit permettre au praticien concerné de s'intégrer plus facilement dans l'équipe médicale de l'établissement. Il ne peut être utilisé à des fins disciplinaires.

Simplification de la procédure de nomination et d'affectation

Comme aujourd'hui, la nomination continue de relever du ministre chargé de la santé. Les avis des instances locales habituelles sont requis dans les conditions actuelles.

Des solutions visant à simplifier et alléger les procédures, raccourcir les délais, faciliter l'installation des praticiens doivent être recherchées, tout en garantissant l'indépendance professionnelle des praticiens exerçant à l'hôpital rappelée au paragraphe II du présent relevé de décisions. Ainsi, en ce qui concerne les nominations et mutations lors d'avis locaux convergents, une procédure simplifiée sera établie ; la CSN et le CNG seront tenus informés des décisions prises. En cas de désaccord des instances locales, une possibilité de recours sera prévue au niveau national (avis de la commission statutaire nationale). S'agissant de la psychiatrie, les dispositions actuelles seront maintenues dans le respect des dispositions prévues dans le projet d'ordonnance portant sur la modernisation de l'hôpital.

Pour atteindre ces objectifs, un groupe de travail national, composé des organisations représentatives des praticiens exerçant à l'hôpital, sera chargé de faire des propositions d'adaptation des règles spécifiques à la nomination ainsi qu'à l'affectation pour l'automne 2006.

Traitement des situations individuelles particulières

➤ Redéploiement de l'activité

Tout redéploiement d'activité doit être largement anticipé et porté à la connaissance des instances locales de l'établissement, des praticiens concernés et de la commission régionale paritaire. Un accompagnement social est mis en œuvre pour prendre en compte l'intérêt du praticien, notamment par le biais d'un dispositif de formation. Les signataires s'accordent sur le principe que redéploiement et restructurations d'activités ne doivent pas conduire au licenciement du praticien.

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

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

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

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

➤ Mise en recherche d'affectation

- la mise en situation de « recherche d'affectation » qui doit constituer un dispositif exceptionnel (estimation de 50 postes) est prononcée par décision ministérielle après avis de la CME et de la CSN. Cette position donne des garanties au praticien déterminées par le statut (durée, conditions de maintien de la rémunération, droits à congés, protection sociale, etc.) ;

- le praticien en recherche d'affectation bénéficie d'actions de formation conformes à son projet professionnel ;

- il bénéficie d'une prise en charge spécifique adaptée : aide à la mobilité, etc. ;

- le CNG a l'obligation de faire 3 propositions sur poste vacant ou susceptible d'être créé, tenant compte notamment des besoins dans la spécialité d'exercice du praticien et de sa situation personnelle ;

- le praticien placé dans cette situation pour un délai maximum de deux ans peut, à tout moment et à sa demande, soit être placé en disponibilité d'office, soit être radié des cadres avec indemnités ;

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

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

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

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

Reprise d'ancienneté

Il convient sans désavantager les praticiens qui ont consacré la totalité de leur carrière à l'hôpital public, de rendre l'exercice public plus attractif. Les modalités de ce dispositif seront définies par voie réglementaire après concertation et pourront être appliquées à des praticiens ayant un parcours professionnel reconnu, ou acceptant d'exercer dans des zones géographiques déficitaires ou consécutivement à des restructurations hospitalières. Elle pourra notamment concerner une meilleure prise en compte des services effectués par les praticiens ayant exercé dans d'autres pays européens et par les praticiens-attachés.

Autres dispositions statutaires

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

Valences d'enseignement et de recherche

Le ministre réaffirme son soutien en faveur de la reconnaissance de l'engagement des praticiens hospitaliers pour l'enseignement et la recherche dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux.

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

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

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

19

Enfin, il sera rappelé par circulaire que pour les praticiens dont le nombre d'heures d'enseignement ne dépasse pas 30 heures par an, il n'est pas nécessaire de recourir au dispositif d'activité d'intérêt général, dès lors que le praticien a été autorisé à exercer cette activité.

Médicalisation des hôpitaux

L'effort de médicalisation des hôpitaux en faveur, d'une part, de la psychiatrie dans le cadre du plan « psychiatrie et santé mentale » 2005-2008 qui prévoit, notamment, la création de 186 postes de praticiens hospitaliers et d'autre part, de la gériatrie dans le cadre du dispositif 2004-2008 d'accompagnement à la politique de prise en charge des personnes âgées qui fixe à 275 le nombre de création de postes de praticiens hospitaliers pour développer les équipes mobiles et le court séjour gériatrique, sera garanti pendant la durée du plan d'accompagnement annoncé.

Conseiller général des hôpitaux (CGH)

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

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

Un régime indemnitaire sera attribué en fonction des missions confiées.

Comité national de suivi

Un comité national de suivi constitué par les signataires du présent relevé de décisions se réunira au moins 2 fois par an. Il sera consulté sur l'élaboration de l'ensemble des dispositions réglementaires découlant du présent relevé. Ces dispositions feront l'objet d'une évaluation annuelle.

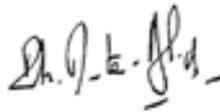
Le présent relevé de décisions s'inscrit également dans le prolongement du relevé de décisions signé le 2 septembre 2004 concernant notamment la chirurgie publique et plus largement des protocoles signés depuis celui du 13 mars 2000.

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

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

Fait à Paris, le 31 mars 2005

Le Ministre des Solidarités,
de la Santé et de la Famille



Philippe DOUSTE-BLAZY

Le Président de la Coordination
Médicale Hospitalière (CMH)



Docteur François AUBART

Le Président du Syndicat National
des médecins, chirurgiens, spécialistes
et biologistes des hôpitaux publics (SNAM-HP)



Professeur Roland RYME

AVENANT AU RELEVÉ DE DÉCISIONS DU 31 MARS 2005

Fait à Paris, le 13 avril 2005

Le Président de l'Union Collégiale
des chirurgiens et de spécialistes français (UCCSF)

A handwritten signature in black ink, consisting of several stylized, overlapping loops and lines, representing the name Jean-Gabriel Brun.

Docteur Jean-Gabriel BRUN

**Annexe 3 : Protocole d'accord du 16 mai 2003
entre le Ministre de la santé, de la famille et des
personnes handicapées, le Ministre de la jeunesse,
de l'éducation nationale et de la recherche et les
organisations syndicales représentant les
personnels enseignants et hospitaliers titulaires**

16 MAI 2003

Protocole d'accord

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,
Le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche

Et les organisations syndicales représentant les personnels enseignants et hospitaliers titulaires
ci-dessous désignées,

Conjointement soucieux :

- de garantir le meilleur niveau possible de qualité des soins donnés aux malades dans les centres hospitaliers universitaires ;
- de préserver le bon équilibre entre les différentes missions imparties aux personnels hospitalo-universitaires titulaires dans leur ensemble dans un contexte hospitalier marqué par de récentes et importantes évolutions dans les processus de travail et dans les droits statutaires des différentes catégories de personnels ;
- de maintenir et développer l'attractivité de la carrière hospitalo-universitaire ;

sont convenus de ce qui suit :

Equilibre entre les différentes fonctions :

- Les personnels hospitalo-universitaires titulaires ont trois missions principales à accomplir qui sont l'enseignement, la recherche et les soins. Conscients que ces missions doivent être poursuivies et garanties dans un partage efficace et équilibré, les signataires conviennent que les dispositions applicables en matière de réduction du temps de travail et d'intégration des gardes dans le temps de travail à d'autres personnels médicaux à statut proche ne peuvent être appliquées aux personnels hospitalo-universitaires titulaires.
- Toutefois, soucieux de conforter un équilibre harmonieux dans les équipes médicales et afin de mieux garantir les missions pédagogiques et de recherche, les mesures suivantes sont proposées :

I. Mesures relevant du champ hospitalier

I. 1) Amélioration de la protection sociale :

Afin de mieux garantir la protection sociale des personnels enseignants et hospitaliers titulaires visés au 1° de l'article 1 du décret n° 84-135 du 24 février 1984 modifié, il a été décidé du maintien des émoluments hospitaliers dans le cas de congés de maladie, maternité, paternité, adoption selon les modalités suivantes :

- Praticiens n'ayant pas d'activité libérale :

- maintien de la totalité des émoluments hospitaliers pendant la durée légale du congé de maternité, d'adoption, de paternité
- maintien de la totalité des émoluments hospitaliers pendant 3 mois au maximum par périodes de 12 mois pour les congés de maladie, de longue maladie et de longue durée.

- Praticiens ayant une activité libérale :

- les émoluments hospitaliers sont maintenus à concurrence des 2/3 de leur montant dans les mêmes conditions que celles définies pour les praticiens n'exerçant pas une activité libérale.

La circulaire n° 585 du 3 décembre 2002 prévoit la mise en application immédiate de cette mesure.

I. 2) Aménagement et prolongation de la carrière :

Les PU-PH qui bénéficient du maintien en surnombre universitaire en application de l'article L952-10 du code de l'éducation pourront poursuivre des fonctions hospitalières pour une même durée, dans la limite maximale de 3 ans. Le maintien de l'intéressé en surnombre permettra le recrutement d'un nouveau PU-PH sur l'emploi ainsi libéré ; un PU-PH pourra ainsi être en position de surnombre universitaire, ou hospitalier et universitaire.

Cette prolongation est uniquement fondée sur le principe du volontariat.

La prolongation des fonctions hospitalières doit correspondre à un apport d'expérience et de compétence auprès de l'établissement hospitalier ou d'un organisme d'intérêt général. Cette mission peut porter notamment sur :

- une mission transversale à l'établissement,
- une mission spécifique dans la dernière structure de rattachement.
- une mission ciblée dans une autre structure de l'établissement.
- une mission confiée auprès d'un organisme d'intérêt général (Etat, Agences...)

Dans tous les cas, cette mission hospitalière doit correspondre à un projet contractualisé, validé par les instances hospitalières compétentes (commission médicale d'établissement et

conseil d'administration) après avis du conseil de l'unité de formation et de recherche de médecine.

Toute décision de refus doit être motivée.

Le financement du dispositif ainsi défini est assuré à partir d'une enveloppe nationale affectée à cette fin.

II. Mesures relevant du champ hospitalier et universitaire

II. 1) Augmentation des effectifs :

Conscients de l'enjeu que représente la démographie médicale à l'hôpital, les signataires sont convenus de s'engager dans une démarche de création *significative* pluriannuelle d'emplois de personnels hospitalo-universitaires, titulaires et temporaires, tels que définis dans le décret n° 84-135 du 24 février 1984 modifié.

D'ores et déjà, les créations suivantes ont pu être actées au titre de la révision des effectifs de l'année 2003 :

Création de postes de professeurs d'université - praticiens hospitaliers :	10
Création de postes de maîtres de conférences des universités - praticiens hospitaliers :	32
Création de postes de chefs de clinique des universités- assistants des hôpitaux et d'assistants hospitaliers universitaires :	12

L'action entreprise chaque année pour renforcer les effectifs des personnels enseignants et hospitalier fera l'objet d'une concertation au sein du comité de suivi prévu par le présent protocole.

II. 2) Régime des autorisations d'absence :

Actuellement de 6 semaines par an, elles peuvent être subordonnées aux nécessités de service. Elles seront mieux garanties avec une mesure nouvelle prévoyant que 2 de ces semaines ne puissent en principe être refusées. Si malgré tout, les nécessités de service étaient invoquées en années N pour empêcher un membre du personnel hospitalo-universitaire de prendre ces 2 semaines, il ne pourrait se voir refuser une autorisation d'absence de même durée sur l'année N +1 quelles que soient les nécessités de service. Cette mesure sera précisée par un arrêté appliquant l'article 4 du décret n° 84-135 du 24 février 1984. Les dispositions de ce texte feront l'objet d'une concertation dans le cadre du comité de suivi prévu au V du présent protocole.

II. 3) Capitalisation des congés non pris au titre de la mission temporaire :

Les congés statutaires pris au titre de la mission temporaire (art. 34 du décret n°84-135 du 24 février 1984) qui permettent actuellement aux personnels d'être placés en position de mission temporaire pour une durée ne pouvant excéder 3 mois par période de 2 ans verront leurs modalités d'application assouplies pour permettre de capitaliser ces congés dans la limite de 8 années par report des congés non consommés, ce qui autorise un congé maximal d'une année

pleine tous les 8 ans. Ce congé sera accordé sur projet. Ce dispositif fera l'objet d'une modification de l'article 34 du statut. En attendant la parution de ce texte, des instructions seront données aux établissements dès la signature du protocole afin de permettre aux personnels hospitalo-universitaires titulaires de commencer à capitaliser leurs congés pour mission à compter du 1^{er} Janvier 2002, ce qui permettra aux intéressés de prendre une année complète de congés rémunérés dès le 1^{er} janvier 2010.

Toute décision de refus doit être motivée.

Le congé pris au titre de cette capitalisation fera l'objet d'un rapport d'activité dans le cadre de l'évaluation quadriennale des personnels hospitalo-universitaires.

III. Mesures relevant du champ universitaire

III. 1) Attribution aux personnels hospitalo-universitaires des indemnités universitaires versées aux autres enseignants-chercheurs :

Il est convenu d'étendre aux personnels hospitalo-universitaires titulaires le bénéfice de certaines des primes universitaires qui sont attribuées aux autres enseignants-chercheurs. Ces primes sont respectivement :

- la prime de charges administratives pour des fonctions autres que celles de directeur d'UFR ;
- la prime de responsabilités pédagogiques ;
- la prime d'encadrement doctoral et de recherche ;

Les conditions techniques de mise en œuvre de cette mesure pour le 1^{er} janvier 2004 sont actuellement étudiées par les services du ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche.

Un dispositif permettant d'évaluer l'attribution de ces différentes primes sera mis en place à l'issue de la première année de bénéfice.

Des propositions détaillées seront prochainement faites aux organisations signataires du présent protocole.

III. 2) Promotion dans les corps de PU-PH et MCU-PH

Le principe d'un «repyramidage» de la carrière universitaire de ces personnels est étudié pour favoriser les promotions dans les classes supérieures des corps concernés.

Des propositions seront également faites aux organisations signataires du présent protocole.

IV. Les chantiers à ouvrir

IV. 1) La retraite hospitalière :

Le chantier général des retraites a été ouvert par le Premier ministre.

Actuellement les personnels hospitalo-universitaires titulaires cotisent au régime des pensions civiles et militaires de l'Etat au titre de leur activité universitaire et perçoivent par ailleurs des émoluments hospitaliers non soumis à retenue pour pension.

Dans ce contexte, conscients de la préoccupation majeure que représente ce dossier prioritaire pour les personnels hospitalo-universitaires titulaires, les signataires conviennent que la question spécifique de la « retraite hospitalière », fera l'objet d'une étude et de négociations au sein du comité de suivi du présent protocole, dans le cadre et selon le calendrier défini pour la réforme générale des retraites. Dans le cadre de cette démarche, une attention particulière sera portée à la situation des personnels hospitalo-universitaires titulaires les plus avancés dans la carrière.

IV. 2) Reclassement hospitalier en cas de nomination en qualité de PU-PH et de MCU-PH :

La prise en compte de services hospitaliers ou hospitalo-universitaires antérieurs est en cours d'étude.

Actuellement, lors de la nomination en qualité de MCU-PH ou de PU-PH, le classement dans la carrière universitaire prend en compte une partie de ces services alors que sur le plan hospitalier, aucun service n'est repris.

Il conviendra d'évaluer le coût global de cette mesure, tant pour les entrants dans la carrière que pour l'ensemble des personnels en fonction dans les deux corps.

IV. 3) La prolongation des fonctions des MCU-PH :

La mise en place d'un dispositif permettant aux MCU-PH de prolonger leurs fonctions au-delà de 65 ans sera étudiée.

IV. 4) Le compte épargne-temps pour les jours de congés non pris :

Sera étudiée la mise en place d'un dispositif permettant aux MCU-PH et aux PU-PH qui n'ont pas pris l'intégralité des congés auxquels ils ont droit, de les reporter dans le cadre d'un compte épargne-temps.

V. Dispositif de suivi du protocole

Un comité national de suivi des accords est institué sous la présidence conjointe du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées et du ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche. Ce comité est composé des organisations signataires du présent protocole.

Ce comité se réunira régulièrement pour examiner toutes les dispositions liées au présent protocole et s'attachera à leur aboutissement. Il sera chargé de veiller à la mise en œuvre effective des dispositions relevant du champ hospitalier qui sont déjà actées et sera associé à la réflexion technique sur les mesures relevant des champs hospitalo-universitaires et universitaires.

Il engagera une réflexion sur les thèmes visés au point IV.

Toutes les mesures du présent protocole s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2003, à l'exception de la capitalisation des congés pour mission temporaire (II-3), à compter du 1^{er} janvier 2002, et de l'attribution des primes (III-1), à compter du 1^{er} janvier 2004.



Le syndicat national des professeurs
hospitalo-universitaires

Le syndicat national des
hospitalo-universitaires



Le syndicat national des médecins,
chirurgiens, spécialistes et biologistes
des hôpitaux publics

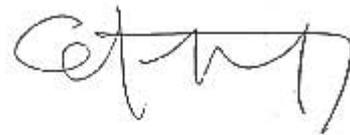
Le syndicat national des
médecins biologistes
des CHU



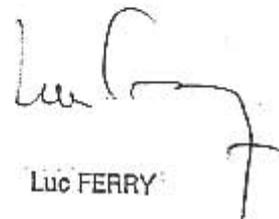
Le syndicat autonome de la médecine
hospitalo-universitaire et de la recherche



La coordination médicale
hospitalière



Jean-Louis MATHÉ.



Luc FERRY

Annexe 4 : Arrêt du Conseil d'Etat n° 179766 du 24 septembre 1999

Le : 17/01/2011

Conseil d'Etat statuant au contentieux

N° 179766

Inédit au recueil Lebon

4 / 1 SSR

M. Olson, rapporteur

Mme Roul, commissaire du gouvernement

lecture du vendredi 24 septembre 1999

REPUBLIQUE FRANCAISE AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

Vu 1°, sous le n° 179766, enregistrés au secrétariat du contentieux du Conseil d'Etat le 6 mai 1996 et le 22 août 1996, la requête sommaire et le mémoire rectificatif présentés pour M. Guy X..., demeurant ... et le SYNDICAT NATIONAL DES MEDECINS, CHIRURGIENS, SPECIALISTES ET BIOLOGISTES DES HOPITAUX PUBLICS (SNAM-HP), dont le siège est ..., représenté par son président en exercice ; M. X... et le SNAM-HP demandent au Conseil d'Etat :

1°) d'annuler la décision implicite de rejet née du silence gardé pendant plus de quatre mois par le ministre du travail et des affaires sociales sur leur demande tendant à l'abrogation de l'article 38 du décret n° 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers universitaires, en tant qu'il exclut les émoluments hospitaliers de toute retenue pour pension ;

2°) de prescrire l'abrogation de ladite disposition, en tant que mesure d'exécution

nécessairement impliquée par l'annulation demandée, sur le fondement de l'article 6-1 de la loi du 16 juillet 1980 dans sa rédaction issue de la loi du 8 février 1995, sous peine d'une astreinte de 500 F par jour de retard au-delà d'un délai de deux mois suivant notification de sa décision ;

3°) de condamner l'Etat à leur verser une somme de 12 000 F sur le fondement des dispositions de l'article 75-I de la loi du 10 juillet 1991 ;

Vu 2°, sous le n° 185607, enregistrée au secrétariat du Contentieux du Conseil d'Etat le 17 février 1997, la requête présentée pour M. Guy X... demeurant ... ; M. X... demande au Conseil d'Etat :

1°) d'annuler la décision implicite de rejet née du silence gardé pendant plus de quatre mois par le ministre du travail et des affaires sociales sur sa demande préalable en date du 12 septembre 1996 tendant au versement d'une indemnité de 1 723 338 F ;

2°) de condamner l'Etat à lui verser une indemnité de 1 723 338 F augmentés des intérêts au taux légal à compter du 16 septembre 1996 ;

3°) de condamner l'Etat à lui verser une somme de 12 000 F sur le fondement de l'article 75-I de la loi du 10 juillet 1991 ;

Vu les autres pièces des dossiers ;

Vu la Constitution ;

Vu le code des pensions civiles et militaires de retraite ;

Vu l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 ;

Vu la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 ;

Vu la loi n° 84-52 du 26 janvier 1984 modifiée ;

Vu le décret n° 84-135 du 24 février 1984 modifié ;

Vu la loi n° 80-539 du 16 juillet 1980 modifiée ;

Vu la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991 ;

Vu l'ordonnance n° 45-1708 du 31 juillet 1945, le décret n° 53-934 du 30 septembre 1953 et la loi n° 87-1127 du 31 décembre 1987 ;

Après avoir entendu en audience publique :

- le rapport de M. Olson, Maître des Requêtes,

- les observations de la SCP Richard, Mandelkern, avocat de M. X... et du SYNDICAT SNAM-HP,

- les conclusions de Mme Roul, Commissaire du gouvernement ;

Considérant que les requêtes susvisées présentent à juger la même question ; qu'il y a lieu de les joindre pour statuer par une seule décision ;

Considérant qu'aux termes de l'article 5 de l'ordonnance du 30 décembre 1958 susvisée, prise sur le fondement de l'article 92 alors en vigueur de la Constitution, et qui a valeur législative : "Les membres du personnel médical et scientifique des centres visés à l'article 1er exercent conjointement les fonctions universitaires et hospitalières ..." ; que l'article 8 de la même ordonnance dispose : "Des décrets en Conseil d'Etat déterminent (...) notamment : le statut et les conditions de rémunération du personnel médical et scientifique, enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires (...)" ; qu'aux termes de l'article 55 de la loi du 26 janvier 1984 susvisée sur l'enseignement supérieur qui définit les domaines dans lesquels s'exercent les fonctions des enseignants-chercheurs : "(...) En outre, les fonctions des personnels hospitalo-universitaires comportent une activité de soins, conformément à l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 précitée" ;

Considérant qu'il résulte des dispositions précitées que le législateur a autorisé le gouvernement à fixer le statut et les conditions de rémunération des personnels enseignants et hospitaliers exerçant dans les centres hospitaliers et universitaires ; qu'eu égard aux conditions de service de ces personnels, qui appartiennent à un corps de la fonction publique de l'Etat et sont statutairement tenus d'exercer de manière indissociable des fonctions d'enseignement et des activités hospitalières dans un centre hospitalier et universitaire, le législateur a en particulier autorisé le gouvernement à déroger aux règles régissant la fixation de la rémunération des agents publics et de leurs droits à pension et résultant notamment du code des pensions civiles et militaires de retraite ; qu'ainsi, en disposant, par l'article 38 du décret du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires, que les émoluments hospitaliers versés aux membres titulaires de ces personnels, en sus de leur rémunération de professeur des universités ou de maître de conférences, au titre des activités exercées pour le compte de l'établissement hospitalier, ne donnent pas lieu à retenue pour pension et n'entrent donc pas dans le calcul de leurs droits à pension, le gouvernement n'a pas excédé les limites de la compétence qui lui était reconnue par l'article 8 de l'ordonnance du 30 décembre 1958 et n'a pas commis d'illégalité ;

Considérant qu'il résulte de ce qui précède que le SYNDICAT NATIONAL DES MEDECINS, CHIRURGIENS, SPECIALISTES ET BIOLOGISTES DES HOPITAUX PUBLICS (SNAM-HP) et M. X... ne sont fondés à demander ni l'annulation de la décision implicite rejetant leur demande tendant à l'abrogation de l'article 38 du décret du 24 février 1984 susvisé, en tant qu'il ne soumet pas à retenue pour pension les émoluments hospitaliers versés aux membres titulaires du personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires, ni par voie de conséquence à ce que sur le fondement de l'article 6-1 de la loi du 16 juillet 1980, il soit enjoint au Premier ministre d'abroger la disposition contestée ;

Considérant qu'il résulte de ce qui précède que les conclusions de M. X... tendant à la réparation du préjudice qu'il aurait subi du fait de la prétendue illégalité fautive de l'article 38 du décret du 24 février 1984 ne peuvent être accueillies ;

Sur les conclusions tendant à l'application des dispositions de l'article 75-I de la loi du 10 juillet 1991 :

Considérant que les dispositions de l'article 75-I de la loi du 10 juillet 1991 font obstacle à

ce que l'Etat, qui n'est pas la partie perdante dans la présente instance, soit condamné à verser au SNAM-HP et à M. X... les sommes qu'ils demandent au titre des frais exposés par eux et non compris dans les dépens ;

Article 1er : Les requêtes du SYNDICAT NATIONAL DES MEDECINS, CHIRURGIENS, SPECIALISTES ET BIOLOGISTES DES HOPITAUX PUBLICS et de M. X... sont rejetées.

Article 2 : La présente décision sera notifiée au SYNDICAT NATIONAL DES MEDECINS, CHIRURGIENS, SPECIALISTES ET BIOLOGISTES DES HOPITAUX PUBLICS, à M. Guy X..., au Premier ministre et au ministre de l'emploi et de la solidarité.

Annexe 5 : Arrêté du 12 juillet 2010 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé

Arrêté du 12 juillet 2010 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé

(Extrait)

ANNEXE I

ÉMOLUMENTS HOSPITALIERS DES PERSONNELS ENSEIGNANTS ET HOSPITALIERS DES CENTRES HOSPITALIERS ET UNIVERSITAIRES

Décret n° 84-135 du 24 février 1984 modifié

Mesures permanentes

PERSONNELS CONCERNÉS	MONTANTS au 1er juillet 2010 (en euros)
I. — Emoluments	
A. — Professeurs des universités-praticiens hospitaliers (montants bruts annuels) :	
Après 12 ans	55 487,80
Après 9 ans	48 895,86
Après 6 ans	41 205,45
Après 3 ans	37 909,50
Avant 3 ans	33 515,06
B. — Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers et chefs de travaux des universités-praticiens hospitaliers (montants bruts annuels) :	
Après 18 ans	44 490,31

Après 15 ans	41 606,60
Après 12 ans	38 613,88
Après 9 ans	35 621,29
Après 6 ans	32 628,59
Après 3 ans	29 627,51
Avant 3 ans	26 606,32
C. — Praticiens hospitaliers universitaires (montants bruts annuels) :	
8e échelon	32 303,53
7e échelon	31 305,97
6e échelon	29 227,76
5e échelon	27 315,72
4e échelon	26 151,89
3e échelon	25 486,91
2e échelon	24 904,91
1er échelon	24 489,30
D. — Chefs de clinique des universités- assistants des hôpitaux et assistants hospitaliers universitaires (montants bruts annuels) :	
2e échelon (après 2 ans de fonctions)	20 437,45
1er échelon (avant 2 ans de fonctions)	17 550,16
II. — Indemnité de service public exclusif pour A, B, C et D (montant brut mensuel)	487,49
III. — Indemnité pour activité exercée sur plusieurs établissements pour A et B (montant brut mensuel)	415,86
IV. — Indemnité d'activité sectorielle et de liaison pour A, B, C et D (montant brut mensuel)	415,86

Annexe 6 : Note à l'attention des hospitalo-universitaires de la Confédération syndicale hospitalo-universitaire sur les propositions des assureurs susceptibles de proposer un contrat de retraite de la branche 26, 2007

CONFEDERATION SYNDICALE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Syndicat National des Hôpitals-Universitaires (S.N.H.U.)
66, chemin du Vallon, 31400 TOULOUSE
☎ 05 62 17 39 20

Syndicat National des Médecins Biologistes des Centres Hôpitals-Universitaires (S.N.M.B. C.H.U.)
I.N.T.S., 6, rue Alexandre Cabanis, 75739 PARIS cedex 15
☎ 01 49 93 64 11

Syndicat National des Professeurs Hôpitals-Universitaires (S.N.P.H.U.)
Groupe Hospitalier Saint-Vincent de Paul, 74-82, avenue Denfert Rochereau, 75014 PARIS
☎ 06 83 44 72 19

Retraite hospitalière des Hôpitals-Universitaires

Depuis la parution des textes, la Confédération Syndicale HU recherche activement parmi les propositions des assureurs celles qui sont de nature à satisfaire au mieux leurs mandats. Nous nous sommes entourés des conseils les plus pertinents et avons consacré beaucoup de temps et d'efforts à cette tâche. En voici les conclusions.

Rappel des dispositions légales instaurant le régime de retraite des HU.

L'article 112 de la loi 2006-1640 de financement de la sécurité sociale a institué une participation des employeurs à la constitution de droits à retraite pour les personnels enseignants et hospitaliers universitaires. Les modalités de mise en oeuvre ont été précisées dans le décret 2007- 527 du 3 avril 2007.

Les personnels hospitaliers et universitaires sont donc fondés à s'adresser à tout organisme assureur dès lors que celui-ci remplit les conditions fixées par l'article 112 de la loi 2006-1640.

En ce qui concerne la participation des employeurs, elle est subordonnée à la production d'un justificatif des versements effectués par le praticien ; ce justificatif mentionnant à la fois les coordonnées de l'organisme assureur et l'identification du bénéficiaire permettra à l'établissement employeur principal de verser sa participation dans un délai maximum de 3 mois à réception de ce document.

Les organismes susceptibles de proposer un tel régime de retraite ne sont pas très nombreux du fait des particularités des articles L441-1 du code des assurances, L931-24 du code de la sécurité sociale et L222-1 du code de la mutualité ; notre recherche en a été facilitée, quoique nous ne puissions garantir que les organismes proposés soient les seuls du marché. En tous cas, s'il en existe d'autres, ils ne se sont pas manifestés.

Une retraite par capitalisation pose le problème du maintien de la valeur des fonds placés pendant une longue période et des aléas de la conjoncture sur les placements. L'appréciation du rendement passé, volontiers donnée par les assureurs, est une indication utile mais ne garantit en rien le futur quand la période s'étend sur 25 ans et plus. Malgré tous nos efforts, il reste une part de hasard dans les conseils que nous donnons et nous ne pouvons prévoir l'avenir.

Comment apprécier une offre de retraite :

Deux paramètres sont essentiels :

Le prélèvement sur les versements

Le prélèvement sur les versements s'applique à chaque versement du bénéficiaire sur son compte et en réduit la valeur, il correspond aux frais de gestion courante de l'assureur pour le recouvrement des fonds (à ce titre, il est parfois réduit en cas de prélèvement automatique) et aux frais commerciaux. Il varie de 3 à 3% selon les compagnies. Si on verse 100€, il ne restera à placer que 97 ou 95€ après ce prélèvement. Toutefois, il ne s'applique qu'une fois au moment du versement.

Le prélèvement sur les encours

Les encours sont les sommes placées augmentées des intérêts capitalisés, c'est-à-dire ce qui assurera à chaque allocataire le paiement de sa retraite, ces sommes sont importantes et représentent le capital constitutif de la rente viagère.

Les prélèvements sur ces sommes servent à gérer le fonds de retraite et sont plus ou moins importantes en fonction des capitaux gérés par l'organisme assureur et de son savoir-faire. Elles varient de 0,1% à 1% dans notre étude. Un seul organisme ne prélève que 0,1% ce qui est remarquablement bas et tient à ses performances de gestionnaire.

Ce prélèvement, apparemment anodin, est pourtant le plus important car il s'applique CHAQUE ANNEE à tout le capital placé. Au-delà de 0,5%, il constitue au bout de 25 ans une sérieuse réfaction des sommes placées.

Synthèse des résultats de l'étude

Simulation sur 25 ans avec un taux d'intérêt à 3,5% en € cotisés	Chargement sur les versements	Chargement sur les Encours	Taux de gestion connus	Montant placé cumulé non chargé sur l'encours	Chargement cumulé sur l'encours	Montant placé cumulé net
COREM	3,50%	0,10%	2,00%	155 608,57 €	1 747,92 €	153 860,65 €
PREFON	3,00%	0,49%	NC	154 963,56 €	8 529,33 €	146 434,23 €
MACSF*	3,50%	0,70%	NC	155 608,57 €	12 235,47 €	143 373,10 €
SHAM/AGIR**	3,00%	0,80%	NC	156 414,83 €	14 055,85 €	142 358,98 €
GENERALI	4,85%	0,90%	NC	153 431,66 €	15 511,25 €	137 920,42 €
AGIPI/AXA	5,00%	1,00%	NC	153 189,79 €	17 207,55 €	135 982,24 €

* la MACSF applique 3% seulement sur les versements au lieu de 3,5% pour prélèvement automatique des versements.

** selon nos informations, SHAM aurait renoncé à diffuser ce produit.

Le tableau ci-dessus présente des résultats simplifiés donnant le montant total obtenu après 25 ans de cotisation au rythme de 4000€ annuels sous l'hypothèse d'un taux d'intérêt annuel constant de 3,5%. Ce taux peut paraître faible au regard de ce qui est souvent avancé, mais sur 25 ans, c'est un bon résultat. On voit l'incidence considérable du prélèvement sur les encours qui réduit parfois de 10% le montant des versements. C'est la variable essentielle du classement des organismes étudiés.

Ces résultats montrent un net avantage pour COREM suivie par PREFON, MACSF, SHAM, GENERALI et AXA.

Il est difficile d'évaluer la rente qui en résulterait puisqu'elle dépend de plusieurs facteurs, notamment l'année de naissance, le taux de réversion choisi par l'allocataire et l'âge de liquidation de la pension. On peut cependant estimer que, sans réversion, elle serait à 65 ans de l'ordre du 1/16^{ème} du capital soit environ 9500€ par an. De ce montant approximatif, il convient de retirer les frais de gestion de 2 à 3%.

Remarque importante

Les renseignements que nous résumons ci-dessus résultent de nombreuses démarches et rencontres avec les organismes assureurs. Il n'est pas impossible que nous ayons été incomplets ou que nous ayons mal interprété certaines réponses ou options. Certains organismes assureurs ont des publicités à la limite de la cohérence et ce n'est pas réellement notre métier. Nous sommes cependant très fermes sur le lauréat de cette conclusion qui a fait l'objet d'une visite approfondie.

Nous avons aussi interrogé des personnes compétentes ET indépendantes qui ont approuvé ce document.

Questions Fréquemment Posées

Q1 Dans quelles conditions peut-on sortir en capital

La sortie en capital est possible si la rente annuelle est inférieure à 72€, ce qui correspond environ à 1 150€ de capital cumulé.

Q2 A-t-on intérêt à souscrire si on est très proche de la retraite :

Le minimum est de 300€, on a toujours intérêt à souscrire car en investissant très peu (compte tenu de la défiscalisation) et de l'abondement par le CHU, on aura une rente modeste mais à durée indéterminée.

Notons au passage que l'on peut toujours cotiser jusqu'à 70 ans (en règle générale) ce qui permet de renforcer sa retraite, même sans l'abondement du CHU.

Q3 Quels sont les risques :

Les risques sont les aléas des marchés et les « mauvais » placements. On ne peut pas les anticiper mais il ne faut pas oublier que la moitié des fonds provient du CHU. Notons également que les instances nationales et européennes sont très attentives à la gestion des fonds et que les gros « crashes » sont peu probables.

Q4 Si on est déjà adhérent d'une des sociétés ci-dessus, doit-on ouvrir une nouvelle retraite auprès des mieux placées pour avoir de meilleures conditions :

C'est un choix personnel ; pour une courte période, ce n'est pas nécessaire mais pour 2 ou 3 ans, c'est préférable.

Q5 Que signifie un taux garanti :

C'est un taux d'intérêt que la compagnie servira au minimum quelles que soient les conditions du marché. Cette clause, assez rare, est très favorable en cas de crise.

Q6 Somme toute, cela ne rapporte pas beaucoup, 9 500€ par an c'est peu

Cette somme est à comparer aux versements effectués. En effet si l'on considère un taux moyen d'imposition de 35%, les versements personnels ne coûtent effectivement que 1300€/an pour 4000€ investis. Voilà donc une somme à rapprocher de ce qu'elle rapportera au bout de 25 ans soit 7,3 fois plus annuellement que le versement qui a permis de la constituer, c'est un bon résultat. Il faut noter également qu'après 25 ans de cotisation, l'allocataire a versé seulement 25x1 300 soit 32 500€ alors que les sommes investies se montent à 100 000€ et arrivent à plus de 150 000 avec les intérêts capitalisés.

Q7 Le versement hospitalier sera-t-il fiscalisé

Tout nous conduit à penser que l'abondement CHU sera défiscalisé. Ce serait en contradiction avec le principe de cette retraite destinée à améliorer la situation des HU. Nous sommes en train d'interroger la Direction de la législation aux Finances et vous ferons part de la réponse avant d'entamer d'éventuelles revendications syndicales.

Q8 Quels sont les niveaux de cotisation des PU-PH et MCU-PH

Ils sont plafonnés à 5% des émoluments hospitaliers, ce qui donne le tableau suivant.

	échelon	émol. annuels	5%
PU-PH	Après 6 ans	40 351,03 €	2 017,55 €
PU-PH	Après 3 ans	37 123,43 €	1 856,17 €
MCU-PH	Après 15 ans	40 743,06 €	2 037,19 €
MCU-PH	Après 12 ans	37 613,19 €	1 890,66 €
MCU-PH	Après 9 ans	34 652,67 €	1 744,13 €
MCU-PH	Après 6 ans	31 932,01 €	1 597,00 €
MCU-PH	Après 3 ans	29 013,16 €	1 450,66 €
MCU-PH	Avant 3 ans	26 034,83 €	1 302,73 €

Les PU ayant atteint l'échelon après 6 ans et les MCU ayant atteint après 15 ans peuvent cotiser au niveau de 2000€/an, les autres sont plafonnés au montant indiqué en colonne 5%.

- Au fur et à mesure que nous répondrons à vos questions, elles seront publiées sur nos sites internet.

Conclusion

La Confédération Syndicale des Hospitalo-universitaires, fondée par nos 3 syndicats, a négocié avec beaucoup de détermination la retraite des HU avec le gouvernement et a remporté un succès sans précédent.

Ce succès, nous le devons à nos mandants et à leur fidèle soutien et aussi à la capacité d'union que nous avons montrée pour arracher cette difficile négociation sans rechercher l'épreuve de force, ni jamais relâcher notre pression. De nombreuses heures de notre temps y ont été consacrées, vous en êtes sûrement conscients.

Nous lançons un vibrant appel à l'adhésion à nos instances syndicales qui ont besoin d'être soutenues par vos adhésions pour renforcer leur audience.

Les présidents de vos syndicats et le délégué général de la Confédération vous remercient par avance de votre soutien et vous prient de croire à leurs sentiments cordialement dévoués,

Professeur Frédéric BARGY,
Président du S.N.P.H.U.

Docteur Pierre FERNET
Délégué général de la Confédération H.U.

Professeur Bertrand DIQUET,
Président du S.N.H.U.

Professeur Jean-Luc WAUTIER,
Président du S.N.M.B.C.H.U.

**Annexe 7 : Résultats complets de l'enquête
réalisée par la mission auprès des Directeurs des
affaires médicales des centres hospitaliers
universitaires de métropole sur la mise en œuvre
du dispositif de retraite facultative par
capitalisation, décembre 2010**

Résultats complets de l'enquête réalisée par la mission auprès des centres hospitaliers universitaires de métropole (CHU), janvier 2011

Données relatives aux PU-PH et MCU-PH ayant souscrit un contrat de retraite facultatif par capitalisation en 2009, par établissement

	Amiens	Angers	APHM	APHP	Besançon	Caen	Clermont	Dijon	Grenoble	HCL	Limoges
PREFON	14	13	57	414	15	15	18	13	23	42	15
COREM	26	19	62	163	24	16	17	21	10	52	10
MACSF	11	12	14	192	6	9	5	6	18	27	4
SHAM/AG2R											
AGIPI/AXA	5	6	41	135	26	2	27	5	2	63	1
Monceau retraite			1	6					3	2	
aPERF sérénité	13		10		5		4				18
AGF Vie (Allianz)		3				6		10	8	16	
HSBC											
APPA				94							
TOTAL	69	53	185	1004	76	48	71	55	64	202	48
% de HU ayant souscrit	67,65%	51,96%	49,47%	54,51%	80,85%	47,06%	48,30%	51,40%	41,29%	55,49%	53,33%

PU ayant souscrit	59	39	128	718	57	38	57	46	51	149	40
<i>Nombre total PUPH</i>	75	70	239	1189	72	75	92	84	111	246	72
Âge moyen	NC	54,5	55	54,3	55	55	53	54	55	55	54,675
Montant moyen versé	1 926,19	3 281,00	2 479,14	NC	2 589,06	1 942,00	2 303,00	1 837,04	2 442,30	3 010,74	2 923,17
Montant moyen versé par	1 849,41	1 832,28	1 910,60	1 882,01	1 904,71	1 942,08	1 799,99	1 837,05	1 888,94	1 890,58	1 861,38
Coût total établissement	109 115,28	71 458,98	244 556,17	1 351 280,13	108 568,70	73 799,00	102 599,67	84 504,13	96 335,88	281 696,76	74 455,19
MCUPH ayant souscrit	10	14	57	286	19	10	14	9	13	53	8
<i>MCUPH</i>	27	32	135	653	22	27	55	23	44	118	18
Âge moyen	NC	51,5	52	53,2	43	49	40	48,5	46	53	45,25
Montant moyen versé	2 049,18	2 467,00	2 751,73	NC	1 810,67	1 479,00	1 757,00	1 526,13	2 522,78	2 428,43	2 173,20
Montant moyen versé par	1 870,41	1 571,68	1 765,90	1 688,55	1 510,71	1 749,20	1 226,50	1 526,13	1 552,38	1 502,28	1 844,68
Coût total établissement	18 704,09	22 003,51	100 656,37	482 925,28	28 703,52	17 492,00	17 171,01	13 735,21	20 181,00	79 620,88	14 757,43
PUPH + MCUPH	102	102	374	1842	94	102	147	107	155	364	90

	Lille	Montpellier	Nancy	Nantes	Nice	Nîmes	Poitiers	Reims	Rennes	Rouen	Saint Etienne
PREFON	57	26	35	19	9	15	11	25	35	35	13
COREM	29	32	10	17	16	7	22	11	26	10	7
MACSF	22	13	22	12	10	2	15	20	10	9	5
SHAM/AG2R						2					
AGIPI/AXA	16	15	5	13	27	6		4	5	5	41
Monceau retraite				1			1				3
aPERF sérénité	17			12					19		
AGF Vie (Allianz)		10	2				4	2			3
HSBC								1			
APPA											
TOTAL	141	96	74	74	62	32	53	63	95	59	72
% de HU ayant souscrit	61,57%	48,73%	39,15%	47,13%	55,86%	69,57%	54,08%	52,07%	61,29%	53,64%	82,76%

PU ayant souscrit	99	70	53	54	47	22	41	46	70	45	54
Nombre total PUPH	159	132	129	101	74	32	69	79	103	86	67
Age moyen	53	53,63	53,6	54	55,7	55	54	53,6	53,5	55	55,38
Montant moyen versé	2 734,00	2 757,61	2 487,90	2 727,98	2 337,96	2 297,09	2 677,21	4 156,08	2 815,00	3 877,00	2 529,97
Montant moyen versé par	1 531,10	1 918,78	1 889,10	1 878,02	1 861,67	1 656,72	1 929,72	1 949,98	1 847,86	1 891,49	1 820,31
Coût total établissement	151 579,29	134 314,79	100 122,24	101 413,11	87 498,70	36 447,89	79 118,56	89 699,06	129 350,00	85 117,00	98 296,68
MCUPH ayant souscrit	42	26	21	20	15	10	12	17	25	14	18
MCUPH	70	65	60	56	37	14	29	42	52	24	20
Age moyen	53	52	53,5	48	52,5	50	52	44,4	53,2	59	46,17
Montant moyen versé	2 240,00	1 436,44	2 191,95	1 942,81	2 724,16	2 271,24	2 379,53	2 162,53	2 295,00	3 289,00	2 367,23
Montant moyen versé par	1 549,99	1 436,44	1 598,60	1 392,41	1 922,30	1 372,67	1 776,11	1 508,10	1 451,44	1 659,07	1 648,69
Coût total établissement	65 099,39	37 347,45	33 570,50	27 848,23	28 834,52	13 726,66	21 313,32	25 637,71	36 286,00	23 227,00	29 676,35
PUPH + MCUPH	229	197	189	157	111	46	98	121	155	110	87

	Strasbourg	Toulouse	Tours	TOTAL
PREFON	32	20	7	978
COREM	42	132	24	805
MACSF	17	14	22	497
SHAM/AG2R				2
AGIPI/AXA	12	9	1	472
Monceau retraite			1	18
aPERF sérénité			5	103
AGF Vie (Allianz)	15	1		80
HSBC				1
APPA				94
TOTAL	118	176	60	3050
% de HU ayant souscrit	46,46%	73,03%	48,39%	54,48%

PU ayant souscrit	85	110	52	2230
<i>Nombre total PUPH</i>	155	150	93	3754
Âge moyen	54,62	55,5	56	
Montant moyen versé	2 292,73	1 905,00	2 723,00	
Montant moyen versé par	1 925,28	1 905,47	1 814,33	1 864,99
Coût total établissement	163 648,54	209 602,00	94 345,00	4 158 922,75
MCUPH ayant souscrit	33	66	8	820
<i>MCUPH</i>	99	91	31	1844
Âge moyen	51,88	54	51	
Montant moyen versé	2 238,42	1 549,00	2 129,00	
Montant moyen versé par	1 712,01	1 548,67	1 638,50	1 622,36
Coût total établissement	56 496,47	102 212,00	13 108,00	1 330 333,90
<i>PUPH + MCUPH</i>	254	241	124	5598

Taux de couverture par un contrat de retraite facultatif par établissement en 2009, par établissement
--

	MCUPH + PUPH		
	2009		
	Nbre total	Ayant souscrit	%
Amiens	102	69	67,65%
Angers	102	53	51,96%
APHM	374	185	49,47%
APHP	1 842	1 004	54,51%
Besançon	94	76	80,85%
Caen	102	48	47,06%
Clermont	147	71	48,30%
Dijon	107	55	51,40%
Grenoble	155	64	41,29%
HCL	364	202	55,49%
Lille	229	141	61,57%
Limoges	90	48	53,33%
Montpellier	197	96	48,73%
Nancy	189	74	39,15%
Nantes	157	74	47,13%
Nice	111	62	55,86%
Nîmes	46	32	69,57%
Poitiers	98	53	54,08%
Reims	121	63	52,07%
Rennes	155	95	61,29%
Rouen	110	59	53,64%
Saint Etienne	87	72	82,76%
Strasbourg	254	118	46,46%
Toulouse	241	176	73,03%
Tours	124	60	48,39%
TOTAL	5 598	3 050	54,48%

Evolution du taux de couverture des PU-PH par un contrat de retraite facultatif par établissement (2007-2009), par établissement

	PUPH								
	2007			2008			2009		
	Nbre total	Ayant souscrit	%	Nbre total	Ayant souscrit	%	Nbre total	Ayant souscrit	%
Amiens	73	47	64%	73	54	74%	75	59	79%
Angers	70	37	53%	68	42	62%	70	39	56%
APHM	229	96	42%	235	113	48%	239	128	54%
APHP	1147	706	62%	1155	734	64%	1189	718	60%
Besançon	73	50	68%	72	56	78%	72	57	79%
Caen	72	39	54%	73	38	52%	75	38	51%
Clermont	84	42	50%	90	54	60%	92	57	62%
Dijon	79	40	51%	77	38	49%	84	46	55%
Grenoble	106	45	42%	110	50	45%	111	51	46%
HCL	238	136	57%	240	147	61%	246	149	61%
Lille	156	79	51%	157	88	56%	159	99	62%
Limoges	67	25	37%	72	38	53%	72	40	56%
Montpellier	114	63	55%	116	73	63%	132	70	53%
Nancy	121	68	56%	125	68	54%	129	53	41%
Nantes	94	43	46%	97	57	59%	101	54	53%
Nice	71	38	54%	74	44	59%	74	47	64%
Nîmes	32	20	63%	33	20	61%	32	22	69%
Poitiers	67	35	52%	69	43	62%	69	41	59%
Reims	79	47	59%	79	49	62%	79	46	58%
Rennes	95	68	72%	96	69	72%	103	70	68%
Rouen	84	50	60%	87	45	52%	86	45	52%
Saint Etienne	65	41	63%	65	51	78%	67	54	81%
Strasbourg	98	95	97%	96	85	89%	99	85	86%
Toulouse	151	99	66%	150	100	67%	150	110	73%
Tours	99	61	62%	100	67	67%	93	52	56%
TOTAL	3564	2070	58%	3609	2223	62%	3698	2230	60%

Evolution du taux de couverture des MCU-PH par un contrat de retraite facultatif par établissement (2007-2009), par établissement

	MCUPH								
	2007			2008			2009		
	Nbre total	Ayant souscrit	%	Nbre total	Ayant souscrit	%	Nbre total	Ayant souscrit	%
Amiens	28	14	50%	28	13	46%	27	10	37%
Angers	30	14	47%	32	17	53%	32	14	44%
APHM	133	52	39%	130	56	43%	135	57	42%
APHP	666	282	42%	657	283	43%	653	286	44%
Besançon	27	16	59%	26	20	77%	22	19	86%
Caen	29	9	31%	29	9	31%	27	10	37%
Clermont	40	15	38%	48	13	27%	55	14	25%
Dijon	24	8	33%	24	7	29%	23	9	39%
Grenoble	39	10	26%	43	15	35%	44	13	30%
HCL	117	42	36%	122	54	44%	118	53	45%
Lille	69	34	49%	70	39	56%	70	42	60%
Limoges	18	3	17%	17	5	29%	18	8	44%
Montpellier	40	19	48%	37	23	62%	65	26	40%
Nancy	60	23	38%	58	24	41%	60	21	35%
Nantes	54	16	30%	57	21	37%	56	20	36%
Nice	39	8	21%	37	11	30%	37	15	41%
Nîmes	13	7	54%	13	8	62%	14	10	71%
Poitiers	25	8	32%	29	10	34%	29	12	41%
Reims	43	16	37%	43	14	33%	42	17	40%
Rennes	50	33	66%	53	21	40%	52	25	48%
Rouen	25	11	44%	24	14	58%	24	14	58%
St Etienne	21	16	76%	21	18	86%	20	18	90%
Strasbourg	152	35	23%	152	36	24%	155	33	21%
Toulouse	89	64	72%	89	66	74%	91	66	73%
Tours	30	11	37%	32	14	44%	31	8	26%
TOTAL	1861	766	41%	1871	811	43%	1900	820	43%

Part des PU-PH ayant une activité libérale parmi ceux ayant souscrit un contrat de retraite par capitalisation (2007-2009), par établissement

	PUPH								
	2007			2008			2009		
	Nombre de praticiens ayant souscrit un contrat "décret de 2007"	Nombre de praticiens parmi les souscripteurs ayant une activité libérale	soit en %	Nombre de praticiens ayant souscrit un contrat "décret de 2007"	Nombre de praticiens parmi les souscripteurs ayant une activité libérale	soit en %	Nombre de praticiens ayant souscrit un contrat "décret de 2007"	Nombre de praticiens parmi les souscripteurs ayant une activité libérale	soit en %
Angers	37	5	13,51%	42	6	14,29%	39	4	10,26%
APHM	96	42	43,75%	113	51	45,13%	128	54	42,19%
APHP	706	150	21,25%	734	166	22,62%	718	160	22,28%
Besançon	50	16	32,00%	56	18	32,14%	57	18	31,58%
Brest	37	4	10,81%	41	4	9,76%	44	4	9,09%
Caen	39	5	12,82%	38	6	15,79%	38	7	18,42%
Clermont	43	14	32,56%	54	16	29,63%	57	16	28,07%
Grenoble	45	14	31,11%	50	16	32,00%	51	15	29,41%
Lille	79	16	20,25%	88	16	18,18%	99	16	16,16%
Montpellier	63	12	19,05%	73	14	19,18%	70	12	17,14%
Nantes	43	13	30,23%	57	15	26,32%	54	14	25,93%
Nîmes	19	7	36,84%	20	7	35,00%	22	7	31,82%
Poitiers	35	9	25,71%	43	11	25,58%	41	10	24,39%
Reims	47	7	14,89%	49	9	18,37%	46	8	17,39%
Rennes	68	8	11,76%	69	7	10,14%	70	11	15,71%
Rouen	50	12	24,00%	47	13	27,66%	45		0,00%
Saint Etienne	41	11	26,83%	51	16	31,37%	54	18	33,33%
Strasbourg	95	66	69,47%	85	67	78,82%	85	65	76,47%
Toulouse	99	24	24,24%	100	25	25,00%	110	25	22,73%
Tours	61	13	21,31%	67	16	23,88%	52	14	26,92%
TOTAL	1753	448	25,56%	1877	499	26,58%	1880	478	25,43%

Part des MCU-PH ayant une activité libérale parmi ceux ayant souscrit un contrat de retraite par capitalisation (2007-2009), par établissement

	MCUPH								
	2007			2008			2009		
	Nombre de praticiens ayant souscrit un contrat "décret de 2007"	Nombre de praticiens parmi les souscripteurs ayant une activité libérale	soit en %	Nombre de praticiens ayant souscrit un contrat "décret de 2007"	Nombre de praticiens parmi les souscripteurs ayant une activité libérale	soit en %	Nombre de praticiens ayant souscrit un contrat "décret de 2007"	Nombre de praticiens parmi les souscripteurs ayant une activité libérale	soit en %
Angers	14	1	7,14%	17	1	5,88%	14	1	7,14%
APHM	52	1	1,92%	56	1	1,79%	57	1	1,75%
APHP	282	29	10,28%	283	26	9,19%	286	29	10,14%
Besançon	16	0	0,00%	20	0	0,00%	19	0	0,00%
Brest	20	0	0,00%	19	0	0,00%	21	1	4,76%
Caen	9	0	0,00%	9	0	0,00%	10	0	0,00%
Clermont	15	0	0,00%	13	0	0,00%	14	0	0,00%
Grenoble	10	0	0,00%	15	0	0,00%	13	0	0,00%
Lille	34	1	2,94%	39	1	2,56%	42	1	2,38%
Montpellier	19	0	0,00%	23	0	0,00%	26	0	0,00%
Nantes	16	2	12,50%	21	2	9,52%	20	1	5,00%
Nîmes	7	0	0,00%	8	0	0,00%	10	1	10,00%
Poitiers	8	0	0,00%	10	0	0,00%	12	0	0,00%
Reims	16	1	6,25%	14	1	7,14%	17	1	5,88%
Rennes	33	0	0,00%	21	0	0,00%	25		0,00%
Rouen	11	0	0,00%	11	0	0,00%	14	0	0,00%
Saint Etienne	16	0	0,00%	18	0	0,00%	18	0	0,00%
Strasbourg	35	2	5,71%	36	2	5,56%	33	1	3,03%
Toulouse	64	1	1,56%	64	1	1,56%	66	1	1,52%
Tours	11	0	0,00%	14	0	0,00%	8	0	0,00%
TOTAL	688	38	5,52%	711	35	4,92%	725	38	5,24%

Annexe 8 : Simulations de pensions sur cas type de PH, MCU-PH et PU-PH, IRCANTEC, décembre 2010

Caisse des dépôts et consignations

DECEMBRE 2010

Etablissement d'Angers, chargé de la gestion de l'IRCANTEC

Direction de la gouvernance - Service Pilotage des Fonds / Actuariat et études statistiques

Objet : calcul de pensions sur cas-types de PH, MCU-PH et PU-PH

Cette note présente les résultats de simulations de pension sur des cas types de PH, MCU-PH et PU-PH. Ces cas-types peuvent être regroupés comme suit :

- 1) Le premier groupe correspond à l'estimation des droits à retraite acquis au titre d'une carrière complète de PH à temps complet sans activité libérale. Deux cas sont évalués, selon que la carrière se déroule avant la réforme de l'Ircantec (départ à la retraite en 2010) ou après (recrutement en 2017).
- 2) Le deuxième groupe correspond à l'estimation des droits à retraite acquis par un MCU-PH ou un PU-PH au titre des périodes cotisées en tant que contractuel dans l'hypothèse d'une titularisation intervenant après le 1^{er} janvier 2013 et ne permettant pas la validation de ces services auxiliaires dans le régime des pensions civiles.
- 3) Le troisième groupe correspond à l'estimation des droits à retraite acquis par un MCU-PH ou un PU-PH au titre de ses émoluments hospitaliers dans l'hypothèse où ceux-ci relèveraient du régime générale et de l'Ircantec à compter de 2011. Plusieurs cas sont évalués, selon que le praticien est titularisé en 2011 ou qu'il atteint l'âge de 45, 50, 55 ou 60 ans cette année là. L'hypothèse est faite que les services accomplis en tant que contractuels sont validés dans le régime des pensions civiles, attendu que la titularisation est antérieure au 1^{er} janvier 2013.
- 4) Le quatrième groupe correspond à la combinaison des morceaux de carrières des deuxième et troisième groupes, c'est-à-dire à l'estimation d'une carrière complète de MCU-PH ou de PU-PH dont la titularisation interviendrait en 2013, dans l'hypothèse où l'affiliation des émoluments hospitaliers de ces catégories relèveraient à compter de 2011 du régime général et de l'Ircantec.

La description des cas-types est précisée à l'annexe 1.

Les hypothèses conventionnelles retenues pour la réalisation de ces cas-types sont les suivantes :

- Les chiffres sont en euros constants 2010 ;
- Les pensions et les taux de remplacement sont calculés brutes de cotisations sociales ;
- Deux variantes d'évolution future³⁷ du plafond de la sécurité sociale (PSS) sont présentées de façon à rappeler l'impact sur les pensions futures de la différence d'évolution existant entre les salaires d'une part et la revalorisation des pensions et des droits portés au compte d'autre part³⁸ :
 - I) Evolution du PSS de +1% par an à compter de 2011 (hypothèse correspondant à l'évolution du PSS sur les vingt dernières années),
 - II) Evolution du PSS comme le salaire moyen par tête en projection dans les scénarios B et C du Conseil d'Orientation des Retraites (COR) : +1,5% par an en tendance ;
- Les rémunérations et indemnités par âge observées en 2010 évoluent dans la passé et le futur de cet exercice comme le PSS, c'est-à-dire que la part de la rémunération au dessus du PSS reste constante à un âge donné quelque soit l'exercice projeté ou reconstitué ;

³⁷ Pour le passé, les valeurs historiques du PSS recalculées en euros constants 2010 sont utilisées.

³⁸ Les pensions et les droits portés au compte sont indexés sur l'inflation hors tabac.

- Les paramètres de l'Ircantec sont stables à compter de 2017, c'est-à-dire que le conseil d'administration est supposé ne prendre aucune décision de modification des paramètres de 2017 à 2060.
- La liquidation se fait au taux plein, et la durée de cotisation augmente selon le mécanisme de la loi portant réforme des retraites d'août 2003 confirmée par la loi de réforme de 2010, soit 41 ans en 2012, 41½ ans à partir de 2018³⁹ ;
- Les paramètres du régime général sont considérés comme stables sur toute la période.

Rappelons que plus la date de départ à la retraite est éloignée dans le futur, plus les hypothèses formulées et les résultats sont fragiles. En effet, la réforme de l'Ircantec prévoit que la fixation des paramètres de ce régime relèvera de la compétence du conseil d'administration à compter de 2017. Ainsi, pour les liquidations jusqu'en 2030, la majorité de la carrière se déroule selon des règles connues tandis que pour les liquidations à partir de 2040, l'essentiel des droits à retraite seront acquis sous l'empire des paramètres fixés par le conseil.

³⁹ Cette augmentation n'a pas d'effet sur les carrières des PU-PH qui valident déjà 43 années de cotisation.

Le détail des pensions brutes et des taux de remplacement en fonction du niveau de rémunération et de l'hypothèse de croissance du PSS sont les suivants :

I) Evolution du PSS de +1% par an en tendance

Cas-types	Type	Départ à la retraite	Début de carrière (RG/IRC)	Trimestres cotisés (RG/IRC)	Pension annuelle			Taux de remplacement			
					RG	IRC	Totale	Du dernier salaire	Du salaire moyen	Du salaire moyen, corrigé de la durée cotisée	
1) Cas standard	a. avant réforme	PH	2010	1 970	162	15 189	36 819	52 007	51,7%	83,4%	83,4%
	b. après réforme		2058	2 017	166	24 585	50 360	74 944	44,1%	69,4%	69,4%
2) Périodes sous contrats maintenues aux RG+IRC (pas de VSA ⁴⁰)	a. titularisation en 2013	MCU-PH	2042	2 001	48	3 722	4 428	8 150	Fin de carrière hors période RG/IRC	22,2%	76,7%
		PU-PH	2039	1 996	68	5 625	8 387	14 012		32,4%	79,2%
	b. recrutement au terme de la réforme ⁴¹	MCU-PH	2058	2 017	48	4 366	4 505	8 871		20,1%	69,4%
		PU-PH	2060	2 017	68	6 936	8 964	15 900		28,1%	68,6%
3) Affiliation RG/IRC pour les émoluments hospitaliers à/c de 2011 ET validation des périodes sous contrats avant 2013	a. titularisation en 2011	MCU-PH	2040	2 011	118	14 610	23 439	38 049	40,0%	48,7%	68,5%
		PU-PH	2037	2 011	104	12 498	25 339	37 837	35,5%	42,3%	67,6%
	b. affiliation à 45 ans	MCU-PH	2032	2 011	86	10 023	17 404	27 427	31,3%	35,3%	68,1%
		PU-PH	2034	2 011	92	10 834	22 722	33 555	32,5%	37,4%	67,5%
	c. affiliation à 50 ans	MCU-PH	2027	2 011	66	7 498	13 403	20 901	25,0%	27,2%	68,3%
		PU-PH	2029	2 011	72	8 263	18 084	26 347	26,8%	29,4%	67,7%
	d. affiliation à 55 ans	MCU-PH	2022	2 011	46	5 094	9 227	14 321	18,0%	19,1%	68,8%
		PU-PH	2024	2 011	52	5 818	12 886	18 703	20,0%	21,4%	68,2%
e. affiliation à 60 ans	MCU-PH	2017	2 011	26	2 825	5 156	7 981	10,6%	11,0%	69,6%	
	PU-PH	2019	2 011	32	3 491	7 826	11 317	15,6%	13,3%	69,1%	
4) Affiliation RG/IRC pour l'ensemble de la carrière	a. titularisation en 2013	MCU-PH	2042	2 001	166	20 966	28 327	49 294	50,9%	73,1%	73,1%
		PU-PH	2039	1 996	172	21 876	34 184	56 060	51,6%	77,5%	74,8%
	b. recrutement au terme de la réforme	MCU-PH	2058	2 017	166	24 585	32 479	57 064	50,2%	71,8%	71,8%
		PU-PH	2060	2 017	172	26 960	40 677	67 637	50,5%	74,7%	72,1%

⁴⁰ Validation de Service Auxiliaire

⁴¹ Le terme du calendrier de la réforme de l'Ircantec est 2017.

2) Evolution du PSS de +1,5% par an en tendance

Cas-types		Type	Départ à la retraite	Début de carrière (RG/IRC)	Trimestres cotisés (RG/IRC)	Pension annuelle			Taux de remplacement		
						RG	IRC	Totale	Du dernier salaire	Du salaire moyen	Du salaire moyen, corrigé de la durée cotisée
1) Cas standard	a. avant réforme	PH	2010	1 970	162	15 189	36 819	52 007	51,7%	83,4%	83,4%
	b. après réforme		2058	2 017	166	29 316	59 484	88 800	41,4%	70,0%	70,0%
2) Périodes sous contrats maintenues aux RG+IRC (pas de VSA)	a. titularisation en 2013	MCU-PH	2042	2 001	48	3 729	4 440	8 169	Fin de carrière hors période RG/IRC	22,2%	76,7%
		PU-PH	2039	1 996	68	5 631	8 399	14 030		32,4%	79,2%
	b. recrutement au terme de la réforme ⁴²	MCU-PH	2058	2 017	48	4 672	4 852	9 524		20,1%	69,4%
		PU-PH	2060	2 017	68	7 523	9 798	17 322		28,1%	68,6%
3) Affiliation RG/IRC pour les émoluments hospitaliers à/c de 2011 ET validation des périodes sous contrats avant 2013	a. titularisation en 2011	MCU-PH	2040	2 011	118	15 940	25 493	41 433	37,8%	48,8%	68,7%
		PU-PH	2037	2 011	104	13 435	27 267	40 702	33,6%	42,4%	67,6%
	b. affiliation à 45 ans	MCU-PH	2032	2 011	86	10 607	18 461	29 068	29,9%	35,2%	68,0%
		PU-PH	2034	2 011	92	11 526	24 215	35 741	30,9%	37,4%	67,5%
	c. affiliation à 50 ans	MCU-PH	2027	2 011	66	7 829	14 014	21 843	24,2%	27,1%	68,3%
		PU-PH	2029	2 011	72	8 674	18 980	27 655	25,7%	29,4%	67,7%
	d. affiliation à 55 ans	MCU-PH	2022	2 011	46	5 251	9 520	14 771	17,6%	19,0%	68,7%
		PU-PH	2024	2 011	52	6 027	13 345	19 372	19,4%	21,3%	68,1%
e. affiliation à 60 ans	MCU-PH	2017	2 011	26	2 874	5 253	8 128	10,4%	11,0%	69,6%	
	PU-PH	2019	2 011	32	3 570	8 002	11 572	15,6%	13,3%	69,0%	
4) Affiliation RG/IRC pour l'ensemble de la carrière	a. titularisation en 2013	MCU-PH	2042	2 001	166	23 102	30 693	53 795	47,6%	73,7%	73,7%
		PU-PH	2039	1 996	172	23 750	36 436	60 186	48,3%	78,0%	75,3%
	b. recrutement au terme de la réforme	MCU-PH	2058	2 017	166	29 316	38 111	67 427	47,0%	72,6%	72,6%
		PU-PH	2060	2 017	172	32 468	48 039	80 506	47,2%	75,6%	73,0%

⁴² Le terme du calendrier de la réforme de l'Ircantec est 2017.

Commentaires associés aux tableaux :

- Les taux de remplacement du dernier salaire sont d'autant plus faibles que l'évolution du PSS est importante. Les pensions versées sont a contrario d'autant plus importantes que l'évolution du PSS est importante. C'est-à-dire que le dernier salaire est plus élevé pour une évolution plus forte des salaires, et que cette augmentation l'emporte au niveau de la pension totale sur la baisse du taux de remplacement du dernier salaire.
- Pour le profil standard de PH (cas n°1), la réforme de l'Ircantec se traduit par une baisse de 7,6 à 10,3 points du taux de remplacement du dernier salaire ; et de 13,5 à 14 points du taux de remplacement du salaire moyen. On remarquera que le taux de remplacement du salaire moyen reste de l'ordre de 70% en sortie de réforme.
- Les taux de remplacement sont d'autant plus faibles que la durée de carrière est faible. Afin de faciliter la comparaison entre les résultats des différents cas-types, il est proposé en dernière colonne des tableaux un taux de remplacement du salaire moyen corrigé de la durée de carrière cotisée au régime général et à l'Ircantec.
- Les taux de remplacement du salaire moyen, une fois corrigés de la durée de cotisation au régime général et à l'Ircantec sont voisins en sortie de réforme pour les cas n°2-b et les cas n°3, de l'ordre de 67,5% à 69,6%. Ils sont inférieurs à 70%.
- Les taux de remplacement du salaire moyen pour les cas n°4-a et n°4-b sont supérieurs à 70% (de 71,8% à 74,8%). Cet écart avec les taux des cas n°2 et n°3 vient du fait qu'une carrière cotisée pleinement au régime général est plus génératrice de droits que la même carrière scindée en deux morceaux distincts. En effet, la scission entraîne le calcul en double du salaire annuel moyen en référence duquel est établie la pension du régime général. C'est-à-dire que les 25 meilleures années sont utilisées pour la deuxième partie de la carrière, alors que les premières années sont utilisées pour la première partie de la carrière. L'écart d'indexation entre droits acquis et salaire ne fait qu'accroître cet effet. Il s'ensuit que la somme des périodes de contractuel maintenues au régime général et à l'Ircantec (absence de VSA à compter de 2013) et des périodes affiliées à compter de 2011 au titre des émoluments hospitaliers de ces catégories renvoie plus de droits à retraite que les deux parties de carrière prises séparément. Entre 82% et 89% des écarts de pensions entre carrière complète et carrière scindée en deux morceaux sont ainsi expliqués par les montants de pension du régime général.
- L'impact de la réforme pour les carrières complètes de MCU-PH et de PU-PH (cas n°4-a et n°4-b) est faible ; de l'ordre de -0,6 à -1 point de taux de remplacement du dernier salaire, et de l'ordre de 1,1 à 2,8 points de taux de remplacement du salaire moyen. Cela vient du fait que le maintien au régime général et à l'Ircantec de la carrière de contractuel cotisée avant titularisation implique que l'affilié n'atteint pas l'âge de sa titularisation avant 2013 (cas n°4-a), ce qui implique que la part de sa carrière la plus rémunérée est déjà cotisée après l'horizon de la réforme. Le recrutement en 2017 (cas n°4-b) ne fait que placer la première partie de la carrière (la moins rémunératrice) dans le champ de la réforme, avec un impact en conséquence faible sur les pensions et les taux de remplacement.
- Les PU-PH ont des taux de remplacement inférieurs à ceux des MCU-PH mais des pensions supérieures. Les taux de remplacement sont inférieurs car le taux de remplacement en tranche A⁴³ est supérieur à celui de la tranche B. Plus la part de la rémunération en tranche B est importante et moins le taux de remplacement est élevé, tous régimes confondus (RG+IRC). L'infériorité du taux de remplacement ne compense pas le fait que le dernier salaire du PU-PH est plus élevé que celui du MCU-PH. A taux de remplacement inférieur, le PU-PH conserve une pension plus élevée que celle du MCU-PH.

⁴³ Tranche de rémunération inférieure au PSS

Annexe 1 : cas-types à réaliser

Source : IGAS, DGOS + CDC pour le point n°4 et les remarques (1) et (2) portée dans le tableau n°1

- 1) **Pension d'un PH ayant une carrière « standard » (1^{ère} colonne du tableau n°1) – (régime général et IRCANTEC)**
 - a. Pension d'un PH partant en retraite en 2010
 - b. Pension d'un PH recruté en 2017

- 2) **Simulation pension [régime général et IRCANTEC] d'un PUPH et d'un MCUH qui ne pourrait plus valider les « services auxiliaires » (2^{ème} et 3^{ème} colonne, partie haute du tableau n°1)**
 - a. Pension d'un PUPH / MCUPH titularisé en 2013
 - b. Pension d'un PUPH / MCUPH recruté en 2017 (respectivement titularisés en 2029 et 2034)

- 3) **Simulation d'une affiliation en 2011 des PUPH et MCUPH au régime général et à l'IRCANTEC (assiette précisée dans le tableau 2, évoluant tout au long de la carrière) :**
 - a. Pension d'un PUPH / MCUPH qui serait titularisé en 2011 (42 ans pour un PUPH, 37 ans pour un MCUPH)
 - b. Pension d'un PUPH/ MCUPH qui aurait 45 ans en 2011
 - c. Pension d'un PUPH/ MCUPH qui aurait 50 ans en 2011
 - d. Pension d'un PUPH/ MCUPH qui aurait 55 ans en 2011
 - e. Pension d'un PUPH/ MCUPH qui aurait 60 ans en 2011

- 4) **Simulation d'une affiliation en 2011 de PUPH et MCUPH au régime général et à l'IRCANTEC (assiette précisée dans le tableau 2, évoluant tout au long de la carrière) qui ne pourrait plus valider les « services auxiliaires » :**
 - a. Pension d'un PUPH / MCUPH qui serait titularisé en 2013 (42 ans pour un PUPH, 37 ans pour un MCUPH)
 - b. Pension d'un PUPH/ MCUPH qui aurait 45 ans en 2011

Rappel des carrières-types :

Carrière type	Pour tous :	Interne à 25 ans - 5 ans d'internat + 2 ans de clinicat
	PH :	le futur PH fait ensuite 2 ans de prat attaché + 1 an de PC - PH à 35 ans - départ à 65 ans
	MCUPH :	le futur MCUPH fait ensuite 2 ans de prat attaché + 3 ans de PC - MCU à 37 ans - départ à 65 ans
	PUPH :	le futur PUPH fait ensuite 2 ans de prat attaché + 1 an de PC + 7 ans de PH - PU à 42 ans - départ à 68 ans

Tableau n°1

	Fonctions	Coût moyen annuel brut salarié (valeur 2010)	PH sans activité libérale		MCUPH sans activité libérale		PUPH sans activité libérale	
			Durée (en années)	Coût total sur la durée	Durée en années	Coût total sur la durée	Durée en années	Coût total sur la durée
Statut d'agent non titulaire - Cotisation à l'IRCANTEC	Internat (1)	22 200	5	111 000	5	111 000	5	111 000
	CCA	18 995	2	37 990	2	37 990	2	37 990
	Assistanat spécialisé	35 000						
	Praticien attaché (10 1/2j, échelon 2)	31 700	2	63 400	2	126 800	2	253 600
	Praticien contractuel (4ème échelon PH +10 %)	57 500	1	57 500	3	172 500	1	172 500
	PH* début de carrière (4ème échelon)	52 300					7	366 100
	PH* carrière complète du 4ème au 13ème (moyenne pondérée selon durée échelons)	75 012	30	2 250 360				
	PH* fin de carrière (13ème échelon)	88 500						
	Années de cotisations		40		12		17	
	Indemnités perçues	<i>IESPE* si pas d'activité libérale (2)</i>	5 856	32	187 392	2	11 712	9
<i>4 indemnités de sujétion pour 4 gardes H sur 11 mois</i>		11 660	33	384 780	5	58 300	10	116 600
<i>4 indemnités de Temps de Travail Additionnel pour 4 gardes HU sur 11 mois</i>		20 856	2	41 712	2	41 712	2	41 712
Statut de HU	Emoluments MCUPH	MCUPH* (valence H) 1er niveau avant 3 ans	26 600					

		MCUPH* carrière complète, entrée à l'échelon 2 (moyenne pondérée selon durée échelons)	39 738			28	1 112 664		
		MCUPH* (valence H) dernier niveau après 18 ans	44 490						
	Emoluments PUPH	PUPH* (valence H) 1er niveau avant 3 ans	33 515						
		PUPH* carrière complète, entrée à l'échelon 2 (moyenne pondérée selon durée échelons)	51 051					26	1 327 326
		PUPH* (valence H) dernier niveau après 12 ans	55 490						
		Années de titulaires				28		26	
	Indemnités perçues	<i>IESPE* si pas d'activité libérale (2)</i>	5 856			28	163 968	26	152 256
		<i>4 indemnités de sujétion pour 4 gardes H intégrés sur 11 mois</i>	11 660						
		<i>4 ind de TTA pour 4 gardes HU sur 11 mois</i>	20 856			28	583 968	26	542 256

(1) La rémunération perçue pendant la période d'internat n'entre qu'au deux-tiers dans l'assiette de cotisation à l'Ircantec.

(2) L'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) est prise en compte dans l'assiette de cotisation à l'Ircantec à compter du 1^{er} octobre 2010 à hauteur de 25%, puis à hauteur de 50%, 75% et 100% respectivement au 1^{er} octobre 2011, 2012 et 2013

(cf. décret n° 2010-1142 du 29 septembre 2010 relatif à l'assiette des cotisations de certains membres du corps médical des établissements publics de santé au régime de retraite complémentaire des assurances sociales institué par le décret n° 70-1277 du 23 décembre 1970 modifié est paru au JO du 30 septembre 2010).

Tableau n°2

Année	Emoluments PUPH	IESPE	Indemnités gardes HU	Total
1	37909,5	5 856,00	20 856,00	64 621,50
2	37909,5	5 856,00	20 856,00	64 621,50
3	37909,5	5 856,00	20 856,00	64 621,50
4	41205,45	5 856,00	20 856,00	67 917,45
5	41205,45	5 856,00	20 856,00	67 917,45
6	41205,45	5 856,00	20 856,00	67 917,45
7	48895,86	5 856,00	20 856,00	75 607,86
8	48895,86	5 856,00	20 856,00	75 607,86
9	48895,86	5 856,00	20 856,00	75 607,86
10	55487,8	5 856,00	20 856,00	82 199,80
11	55487,8	5 856,00	20 856,00	82 199,80
12	55487,8	5 856,00	20 856,00	82 199,80
13	55487,8	5 856,00	20 856,00	82 199,80
14	55487,8	5 856,00	20 856,00	82 199,80
15	55487,8	5 856,00	20 856,00	82 199,80
16	55487,8	5 856,00	20 856,00	82 199,80
17	55487,8	5 856,00	20 856,00	82 199,80
18	55487,8	5 856,00	20 856,00	82 199,80
19	55487,8	5 856,00	20 856,00	82 199,80
20	55487,8	5 856,00	20 856,00	82 199,80
21	55487,8	5 856,00	20 856,00	82 199,80
22	55487,8	5 856,00	20 856,00	82 199,80
23	55487,8	5 856,00	20 856,00	82 199,80
24	55487,8	5 856,00	20 856,00	82 199,80
25	55487,8	5 856,00	20 856,00	82 199,80
26	55487,8	5 856,00	20 856,00	82 199,80

Année	Emoluments MCUPH	IESPE	Indemnités garde HU	Total
1	29627,51	5 856,00	20 856,00	56 339,51
2	29627,51	5 856,00	20 856,00	56 339,51
3	29627,51	5 856,00	20 856,00	56 339,51
4	32628,59	5 856,00	20 856,00	59 340,59
5	32628,59	5 856,00	20 856,00	59 340,59
6	32628,59	5 856,00	20 856,00	59 340,59
7	35621,29	5 856,00	20 856,00	62 333,29
8	35621,29	5 856,00	20 856,00	62 333,29
9	35621,29	5 856,00	20 856,00	62 333,29
10	38613,88	5 856,00	20 856,00	65 325,88
11	38613,88	5 856,00	20 856,00	65 325,88
12	38613,88	5 856,00	20 856,00	65 325,88
13	41606,6	5 856,00	20 856,00	68 318,60
14	41606,6	5 856,00	20 856,00	68 318,60
15	41606,6	5 856,00	20 856,00	68 318,60
16	44490,31	5 856,00	20 856,00	71 202,31
17	44490,31	5 856,00	20 856,00	71 202,31
18	44490,31	5 856,00	20 856,00	71 202,31
19	44490,31	5 856,00	20 856,00	71 202,31
20	44490,31	5 856,00	20 856,00	71 202,31
21	44490,31	5 856,00	20 856,00	71 202,31
22	44490,31	5 856,00	20 856,00	71 202,31
23	44490,31	5 856,00	20 856,00	71 202,31
24	44490,31	5 856,00	20 856,00	71 202,31
25	44490,31	5 856,00	20 856,00	71 202,31
26	44490,31	5 856,00	20 856,00	71 202,31
27	44490,31	5 856,00	20 856,00	71 202,31
28	44490,31	5 856,00	20 856,00	71 202,31

**Annexe 9 : L'impact financier pour les
bénéficiaires d'une affiliation des hospitalo-
universitaires au régime général et à l'IRCANTEC,
réalisé par la mission sur la base des données
IRCANTEC, janvier 2011**

L'impact financier pour les bénéficiaires d'une affiliation au régime général et à l'IRCANTEC pour les émoluments hospitaliers doit être examiné sous deux aspects :

- d'une part les droits ouverts en fonction de la durée de cotisation et du montant des émoluments sur cette durée ;
- d'autre part le montant des cotisations salariales versées, qui viendrait en déduction du montant net des émoluments.

L'ensemble des simulations effectuées pour évaluer les droits et cotisations dans le cadre d'une affiliation au régime général et à l'IRCANTEC retient l'hypothèse que les hospitalo-universitaires continueraient d'exercer une activité d'universitaire à temps plein, et que l'activité hospitalière demeurerait une activité accessoire.

1.1.1.1. Eléments d'évaluation des droits à pension ouverts

Afin d'avoir une estimation des droits qu'ouvrirait l'affiliation au régime général et à l'IRCANTEC des hospitalo-universitaires pour les émoluments hospitaliers, la mission a demandé à l'IRCANTEC d'effectuer un certain nombre de simulations sur la base de « cas-types » théoriques, dont le détail est joint en annexe 8 :

- pour les MCU-PH, ont été retenues pour hypothèses une titularisation à 37 ans et un départ en retraite à 65 ans, sans activité libérale ;
- pour les PU-PH, ont été retenues pour hypothèses une titularisation à 42 ans et un départ en retraite à 68 ans, sans activité libérale.

S'agissant de l'âge d'affiliation, dans la mesure où les droits sont corrélés à la durée de cotisation, plusieurs situations ont été retenues : dans tous les cas, l'affiliation est supposée intervenir en 2011, mais selon les cas l'affiliation intervient à l'âge de titularisation (37 ans pour les MCU-PH et 42 ans pour les PU-PH), à 45, 50, 55 ou 60 ans.

L'assiette des cotisations retenue a été alignée sur celle des praticiens hospitaliers telle qu'elle ressort du protocole du 6 juillet 2010. Une assiette « représentative » a été retenue pour les cas-types, constituée, sur toute la carrière, des émoluments hospitaliers (dont le montant évolue avec l'ancienneté), de l'indemnité d'engagement de service public exclusif et de quatre indemnités de temps de travail additionnel pour quatre gardes hospitalo-universitaires sur 11 mois.

Dans le tableau ci-dessous, les chiffres sont en euros constants 2010. Les pensions et les taux de remplacement sont calculés brutes de cotisations sociales. Deux variantes d'évolution future⁴⁴ du plafond de la sécurité sociale (PSS) ont été présentées par l'IRCANTEC de façon à rappeler l'impact sur les pensions futures de la différence d'évolution existant entre les salaires d'une part et la revalorisation des pensions et des droits portés au compte d'autre part :

- évolution du PSS de +1 % par an à compter de 2011 (hypothèse correspondant à l'évolution du PSS sur les vingt dernières années) ;
- évolution du PSS comme le salaire moyen par tête en projection dans les scénarios B et C du COR : +1,5 % par an en tendance.

Seule la seconde est retenue ici, l'intégralité des résultats figure en annexe 8.

⁴⁴ Pour le passé, les valeurs historiques du PSS recalculées en euros constants 2010 ont été utilisées.

Par ailleurs, certaines précautions de lecture doivent être soulignées au regard des hypothèses retenues pour cet exercice : les rémunérations et indemnités par âge observées en 2010 évoluent dans le passé et le futur de cet exercice comme le PSS, c'est-à-dire que la part de la rémunération au-dessus du PSS reste constante à un âge donné quel que soit l'exercice projeté ou reconstitué. Les paramètres de l'IRCANTEC sont supposés stables à compter de 2017, c'est-à-dire que le conseil d'administration est supposé ne prendre aucune décision de modification des paramètres de 2017 à 2060. Les paramètres du régime général sont considérés comme stables sur toute la période. L'IRCANTEC souligne enfin que plus la date de départ à la retraite est éloignée dans le futur plus les hypothèses formulées et les résultats sont fragiles⁴⁵. « En effet, la réforme de l'IRCANTEC initiée en 2008 prévoit que la fixation des paramètres du régime relèvera de la compétence du conseil d'administration à compter de 2017. Ainsi, pour les liquidations jusqu'en 2030, la majorité de la carrière se déroulera selon des règles connues tandis que pour les liquidations à partir de 2040, l'essentiel des droits à retraite seront acquis sous l'empire des paramètres fixés par le conseil. »

Tableau 24 : Simulation d'une affiliation au régime général et à l'IRCANTEC en 2011 des MCU-PH pour les émoluments hospitaliers

Âge d'affiliation	37	45	50	55	60
Année de départ à la retraite	2040	2032	2027	2022	2017
Trimestres cotisés	118	86	66	46	26
Années	29,5	21,5	16,5	11,5	6,5
Pension mensuelle RG en €	1 218	835	625	425	235
Pension mensuelle IRCANTEC en €	1 953	1 450	1 117	769	430
Pension mensuelle en €2010	3 171	2 286	1 742	1 193	665

Source : Données IRCANTEC, décembre 2010, tableau mission

Tableau 25 : Simulation d'une affiliation au régime général et à l'IRCANTEC en 2011 des PU-PH pour les émoluments hospitaliers

Âge d'affiliation	42	45	50	55	60
Année de départ à la retraite	2037	2034	2029	2024	2019
Trimestres cotisés	104	92	72	52	32
Années	26	23	18	13	8
Pension mensuelle RG en €	1 042	903	689	485	291
Pension mensuelle IRCANTEC en €	2 112	1 894	1 507	1 074	652
Pension mensuelle en €2010	3 153	2 796	2 196	1 559	943

Source : Données IRCANTEC, décembre 2010, tableau mission.

La simulation sur cas-type met en évidence le fait que les droits ouverts au titre du régime général et à l'IRCANTEC apportent un surcroît de pension substantiel pour les PU-PH et les MCU-PH, y compris pour ceux dont l'affiliation intervient à un âge avancé. Pour une affiliation à l'IRCANTEC à 60 ans, le surcroît de pension brute s'élève à 665 € mensuels pour les PU-PH et 943 € pour les MCU-PH.

⁴⁵ Cette question est essentielle et souligne la très grande prudence avec laquelle doivent être prises les hypothèses choisies par le régime, et soulignées par lui, au regard de la baisse programmée des rendements des régimes de retraite.

Sur la base des mêmes cas-types, toutes choses égales par ailleurs, pour une carrière complète, et en prenant pour hypothèse une titularisation des PU-PH et MCU-PH à respectivement 42 et 37 ans, le taux de remplacement théorique serait porté à 58,78 % pour les PU-PH et 62,69 % pour les MCU-PH.

Tableau 26 : Taux de remplacement théoriques comparés dans le cas d'une affiliation des hospitalo-universitaires au régime général et à l'IRCANTEC

	Rémunération brute mensuelle fin de carrière	Rém. hospitalière brute théorique mensuelle	Rém. théorique brute mensuelle totale	Pension théorique brute mensuelle de la FP	Taux de remplacement théorique du dernier salaire brut	Droits RG + IRCANTEC si affiliation pour émoluments	Total pension	Taux de remplacement si affiliation
PU-PH	5 389,65	6 850,48	12 240,13	4 042,24	33,02%	3 153,00	7 195,24	58,78%
MCU-PH	4 458,97	5 933,53	10 392,50	3 344,23	32,18%	3 171,00	6 515,23	62,69%

Source : Mission sur la base de données IRCANTEC pour les droits RG+IRCANTEC

Le montant des pensions théoriques doit par ailleurs être rapproché du montant des cotisations versées à la fois par les intéressés et leurs employeurs dans l'hypothèse d'une affiliation au régime générale et à l'IRCANTEC.

1.1.1.2. Eléments d'évaluation de l'impact des cotisations sur la rémunération hospitalière nette des hospitalo-universitaires

Parmi les enjeux de la réforme visant à affilier les hospitalo-universitaires à l'IRCANTEC pour leur rémunération hospitalière figure le choix à opérer entre un système facultatif, dans lequel le praticien est libre de verser annuellement le montant qu'il souhaite, déclenchant un abondement de l'employeur du même montant dans la limite de 2 000 euros, et un système obligatoire, avec le versement de cotisations dont le taux est le même pour tous et le montant proportionnel aux revenus.

Les deux tableaux suivants retracent, sur la base des paramètres en vigueur au 1^{er} janvier 2011 (plafond de la sécurité sociale, taux de cotisation du régime général, taux de cotisation IRCANTEC, montant des émoluments hospitaliers) ce que serait le niveau des cotisations « retraite » pour le salarié et l'employeur au titre du régime général et de l'IRCANTEC pour les PU-PH et MCU-PH en fonction de leur ancienneté.

Tableau 27 : Simulations de cotisations salariés et employeurs PU-PH en 2011, en euros

Ancienneté*	Emoluments	IESPE	Indemnités de garde	Assiette totale	Cotisation salarié RG + IRCANTEC	Cotisation employeur RG + IRCANTEC
Dans les 3 ans après titularisation	37 909,50	5 856,00	20 856,00	64 621,50	4 956,28	8 568,12
Après 3 ans	41 205,45	5 856,00	20 856,00	67 917,45	5 157,33	9 003,19
Après 6 ans	48 895,86	5 856,00	20 856,00	75 607,86	5 626,45	10 018,32
Après 9 ans	55 487,80	5 856,00	20 856,00	82 199,80	6 028,55	10 888,46

Source : Mission. *compte tenu de la reprise d'ancienneté dont bénéficie les HU lors de leur titularisation

Tableau 28 : Simulations de cotisations salariés et employeurs MCU-PH en 2011, en euros

Ancienneté*	Emoluments	IESPE	Indemnités de garde	Assiette totale	Cotisation salarié RG + IRCANTEC	Cotisation employeur RG + IRCANTEC
Dans les 3 ans après titularisation	29 627,51	5 856,00	20 856,00	56 339,51	4 451,08	7 474,90
Après 3 ans	32 628,59	5 856,00	20 856,00	59 340,59	4 634,14	7 871,04
Après 6 ans	35 621,29	5 856,00	20 856,00	62 333,29	4 816,70	8 266,08
Après 9 ans	38 613,88	5 856,00	20 856,00	65 325,88	4 999,24	8 661,10
Après 12 ans	41 606,60	5 856,00	20 856,00	68 318,60	5 181,80	9 056,14
Après 15 ans	44 490,31	5 856,00	20 856,00	71 202,31	5 357,71	9 436,79

Source : Mission.

*compte tenu de la reprise d'ancienneté dont bénéficie les HU lors de leur titularisation

La baisse de la rémunération nette hospitalière liée à l'application des taux de cotisations en vigueur au régime général et à l'IRCANTEC serait ainsi d'un peu plus de 7 % pour les deux catégories. La réforme de l'IRCANTEC visant à faire diminuer le rendement du régime conduira par ailleurs à une augmentation des taux de cotisations sur la période 2011-2018. Leur impact sur la rémunération nette hospitalière des hospitalo-universitaires serait par conséquent amené à augmenter encore à l'avenir.

Ces montants sont à rapprocher des montants moyens versés annuellement par les PU-PH et les MCU-PH en 2009 selon les résultats de l'enquête menée auprès des CHU par la mission, qui sont respectivement de 2 608,84 € et 2 177,27 €

**Annexe 10 : Simulations de rentes pour les
personnels hospitalo-universitaires dans le cadre
du régime PREFON retraite – Etude de cas-types,
CNP, décembre 2010**

Simulations de rente pour les personnels hospitalo-universitaires, dans le cadre du régime PREFON RETRAITE

Etude de cas-type

CNP

Décembre 2010

1. HYPOTHESES DE SIMULATION

- VA et VS 2011 = VA et VS 2010 (pas de revalorisation prise en compte en 2011)
- Souscription et 1^{er} versement de cotisation en 2011
- Revalorisations au 01/01 à partir de 2012, deux situations simulées :
 - 0% afin de mettre en évidence une rente minimale garantie
 - 1% d'hypothèse de revalorisation
- Augmentation des montants de versement : 0% afin de mettre en évidence une rente minimale garantie
- Âge de liquidation des droits :
 - 65 ans pour la population des MCUPH
 - 68 ans pour la population des PUPH
- Année de souscription : 2011
- Montant du versement annuel d'un adhérent : 2000 euros
- Montant de l'abondement employeur éventuel : 2000 euros

2. POPULATION DES MCUPH

Les différents exemples simulés sont les suivants :

- Exemple n°1 : souscription et premier versement à 37 ans, puis pendant 28 ans
- Exemple n°2 : souscription et premier versement à 45 ans, puis pendant 20 ans
- Exemple n°3 : souscription et premier versement à 50 ans, puis pendant 15 ans
- Exemple n°4 : souscription et premier versement à 55 ans, puis pendant 10 ans
- Exemple n°5 : souscription et premier versement à 60 ans, puis pendant 5 ans

2.1. Hypothèse de revalorisation de 0% :

Les résultats des simulations avec une hypothèse de revalorisation à 0% sont les suivants :

		Exemple n°1	Exemple n°2	Exemple n°3	Exemple n°4	Exemple n°5
Nombre de versements effectués par l'adhérent		29	21	16	11	6
Sans abondement employeur	Montant total versé par l'adhérent	58 000 €	42 000 €	32 000 €	22 000 €	12 000 €
	Rente annuelle à 65 ans	3 355 €	2 299 €	1 687 €	1 112 €	571 €
Avec abondement employeur	Montant total versé, y compris les abondements employeur	116 000 €	84 000 €	64 000 €	44 000 €	24 000 €
	Rente annuelle à 65 ans	6 710 €	4 598 €	3 375 €	2 223 €	1 143 €

2.2. Hypothèse de revalorisation de 1% :

Les résultats des simulations avec une hypothèse de revalorisation à 1% sont les suivants :

		Exemple n°1	Exemple n°2	Exemple n°3	Exemple n°4	Exemple n°5
Nombre de versements effectués par l'adhérent		29	21	16	11	6
Sans abondement employeur	Montant total versé par l'adhérent	58 000 €	42 000 €	32 000 €	22 000 €	12 000 €
	Rente annuelle à 65 ans	3 908 €	2 559 €	1 827 €	1 172 €	586 €
Avec abondement employeur	Montant total versé, y compris les abondements employeur	116 000 €	84 000 €	64 000 €	44 000 €	24 000 €
	Rente annuelle à 65 ans	7 815 €	5 117 €	3 654 €	2 343 €	1 173 €

3. POPULATION DES PUPH :

Les différents exemples simulés sont les suivants :

- Exemple n°1 : souscription et premier versement à 42 ans, puis pendant 26 ans
- Exemple n°2 : souscription et premier versement à 45 ans, puis pendant 23 ans
- Exemple n°3 : souscription et premier versement à 50 ans, puis pendant 18 ans
- Exemple n°4 : souscription et premier versement à 55 ans, puis pendant 13 ans
- Exemple n°5 : souscription et premier versement à 60 ans, puis pendant 8 ans

3.1. Hypothèse de revalorisation de 0% :

Les résultats des simulations avec une hypothèse de revalorisation à 0% sont les suivants :

		Exemple n°1	Exemple n°2	Exemple n°3	Exemple n°4	Exemple n°5
Nombre de versements effectués par l'adhérent		27	24	19	14	9
Sans abondement employeur	Montant total versé par l'adhérent	54 000 €	48 000 €	38 000 €	28 000 €	18 000 €
	Rente annuelle à 68 ans	3 691 €	3 208 €	2 438 €	1 712 €	1 032 €
Avec abondement employeur	Montant total versé, y compris les abondements employeur	108 000 €	96 000 €	76 000 €	56 000 €	36 000 €
	Rente annuelle à 68 ans	7 383 €	6 415 €	4 875 €	3 424 €	2 063 €

3.2. Hypothèse de revalorisation de 1% :

Les résultats des simulations avec une hypothèse de revalorisation à 1% sont les suivants :

		Exemple n°1	Exemple n°2	Exemple n°3	Exemple n°4	Exemple n°5
Nombre de versements effectués par l'adhérent		27	24	19	14	9
Sans abondement employeur	Montant total versé par l'adhérent	54 000 €	48 000 €	38 000 €	28 000 €	18 000 €
	Rente annuelle à 68 ans	4 256 €	3 636 €	2 687 €	1 836 €	1 076 €
Avec abondement employeur	Montant total versé, y compris les abondements employeur	108 000 €	96 000 €	76 000 €	56 000 €	36 000 €
	Rente annuelle à 68 ans	8 512 €	7 272 €	5 373 €	3 671 €	2 152 €

Remarque : Il n'existe aucune classe de cotisation proposant un versement annuel de 2 000 euros.

Simulations non contractuelles, dépendant de l'évolution des paramètres techniques du régime.

**Annexe 11 : Simulations de rentes pour les
personnels hospitalo-universitaires dans le cadre
du régime COREM – Etude de cas-types, COREM,
décembre 2010**

SIMULATIONS DE DROITS - COREM

ESTIMATION DE DROITS MCUPH

Estimation du complément retraite Corem

Programme de versement sur 5 ans à compter du 01/01/2011 avec abondement

Année de versement (jusqu'à vos 65 ans inclus)	Versement annuel	Abondement CHU
Année 2011	2000,00 €	2000,00 €
Année 2012	2000,00 €	2000,00 €
Année 2013	2000,00 €	2000,00 €
Année 2014	2000,00 €	2000,00 €
Année(s) suivante(s)	2000,00 €	2000,00 €
Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 65 ans	1 783,83 points	
Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 59 ans	0,00 points	

Conditions de liquidation de votre complément retraite

Date de liquidation : 65 ans

Age révolu à la liquidation de vos droits : 65 ans

Coefficient d'âge : 1,30

Estimation personnalisée de votre complément retraite

	Rente viagère sans option de réversion
Rente Corem brute mensuelle à 65 ans	88,59 €

ESTIMATION DE DROITS MCUPH

Estimation du complément retraite Corem

Programme de versement sur 5 ans à compter du 01/01/2011 sans abondement

Année de versement (jusqu'à vos 65 ans inclus)	Versement annuel
Année 2011	2000,00 €
Année 2012	2000,00 €
Année 2013	2000,00 €
Année 2014	2000,00 €
Autres années	2000,00 €

Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 65 ans	880,08 points
Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 59 ans	0,00 points

Conditions de liquidation de votre complément retraite

Date de liquidation : 65 ans

Age révolu à la liquidation de vos droits : 65 ans

Coefficient d'âge : 1,30

Estimation personnalisée de votre complément retraite

	Rente viagère sans option de réversion
Rente Corem brute mensuelle à 65 ans	43,70 €

ESTIMATION DE DROITS MCUPH

Estimation du complément retraite Corem

Programme de versement sur 10 ans à compter du 01/01/2011 avec abondement

Année de versement (jusqu'à vos 65 ans inclus)	Versement annuel	Abondement CHU
	Année 2011	2000,00 €
Année 2012	2000,00 €	2000,00 €
Année 2013	2000,00 €	2000,00 €
Année 2014	2000,00 €	2000,00 €
Dernière année	0,00 €	2000,00 €

Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 65 ans	1 951,08 points
Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 59 ans	1 918,41 points

Conditions de liquidation de votre complément retraite

Date de liquidation : 65 ans

Age révolu à la liquidation de vos droits : 65 ans

Coefficient d'âge : 1,30

Estimation personnalisée de votre complément retraite

	Rente viagère sans option de réversion
Rente Corem brute mensuelle à 65 ans	192,16 €

ESTIMATION DE DROITS MCUPH

Estimation du complément retraite Corem

Programme de versement sur 10 ans à compter du 01/01/2011 sans abondement

Année de versement (jusqu'à vos 65 ans inclus)	Versement annuel
Année 2011	2000,00 €
Année 2012	2000,00 €
Année 2013	2000,00 €
Année 2014	2000,00 €
Autres années	2000,00 €

Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 65 ans	880,08 points
Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 59 ans	1 072,73 points

Conditions de liquidation de votre complément retraite

Date de liquidation : 65 ans

Age révolu à la liquidation de vos droits : 65 ans

Coefficient d'âge : 1,30

Estimation personnalisée de votre complément retraite

	Rente viagère sans option de réversion
Rente Corem brute mensuelle à 65 ans	96,98 €

ESTIMATION DE DROITS MCUPH

Estimation du complément retraite Corem

Programme de versement sur 15 ans à compter du 01/01/2011 avec abondement

Année de versement (jusqu'à vos 65 ans inclus)	Versement annuel	Abondement CHU
Année 2011	2000,00 €	0,00 €
Année 2012	2000,00 €	2000,00 €
Année 2013	2000,00 €	2000,00 €
Année 2014	2000,00 €	2000,00 €
Dernière année	0,00 €	2000,00 €

Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 65 ans	1 951,08 points
Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 59 ans	4 360 ,98 points

Conditions de liquidation de votre complément retraite

Date de liquidation : 65 ans

Age révolu à la liquidation de vos droits : 65 ans

Coefficient d'âge : 1,30

Estimation personnalisée de votre complément retraite

	Rente viagère sans option de réversion
Rente Corem brute mensuelle à 65 ans	313,47 €

ESTIMATION DE DROITS MCUPH

Estimation du complément retraite Corem

Programme de versement sur 15 ans à compter du 01/01/2011 sans abondement

Année de versement (jusqu'à vos 65 ans inclus)	Versement annuel
	Année 2011
Année 2012	2000,00 €
Année 2013	2000,00 €
Année 2014	2000,00 €
Autres années	2000,00 €

Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 65 ans	880,08 points
Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 59 ans	2 311,66 points

Conditions de liquidation de votre complément retraite

Date de liquidation : 65 ans

Age révolu à la liquidation de vos droits : 65 ans

Coefficient d'âge : 1,30

Estimation personnalisée de votre complément retraite

	Rente viagère sans option de réversion
Rente Corem brute mensuelle à 65 ans	158,51 €

ESTIMATION DE DROITS MCUPH

Estimation du complément retraite Corem

Programme de versement sur 20 ans à compter du 01/01/2011 avec abondement

Année de versement (jusqu'à vos 65 ans inclus)	Versement annuel	Abondement CHU
Année 2011	2000,00 €	0,00 €
Année 2012	2000,00 €	2000,00 €
Année 2013	2000,00 €	2000,00 €
Année 2014	2000,00 €	2000,00 €
Dernière année	0,00 €	2000,00 €

Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 65 ans	1 951,08 points
Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 59 ans	7 161,40 points

Conditions de liquidation de votre complément retraite

Date de liquidation : 65 ans

Age révolu à la liquidation de vos droits : 65 ans

Coefficient d'âge : 1,30

Estimation personnalisée de votre complément retraite

	Rente viagère sans option de réversion
Rente Corem brute mensuelle à 65 ans	452,54 €

ESTIMATION DE DROITS MCUPH

Estimation du complément retraite Corem

Programme de versement sur 20 ans à compter du 01/01/2011 sans abondement

Année de versement (jusqu'à vos 65 ans inclus)	Versement annuel
	Année 2011
Année 2012	2000,00 €
Année 2013	2000,00 €
Année 2014	2000,00 €
Autres années	2000,00 €

Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 65 ans	880,08 points
Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 59 ans	3 729,29 points

Conditions de liquidation de votre complément retraite

Date de liquidation : 65 ans

Age révolu à la liquidation de vos droits : 65 ans

Coefficient d'âge : 1,30

Estimation personnalisée de votre complément retraite

Rente Corem brute mensuelle à 65 ans	Rente viagère sans option de réversion
	228,91 €

ESTIMATION DE DROITS MCUPH

Estimation du complément retraite Corem

Programme de versement sur 28 ans à compter du 01/01/2011 avec abondement

Année de versement (jusqu'à vos 65 ans inclus)	Versement annuel	Abondement CHU
Année 2011	2000,00 €	0,00 €
Année 2012	2000,00 €	2000,00 €
Année 2013	2000,00 €	2000,00 €
Année 2014	2000,00 €	2000,00 €
Dernière année	0,00 €	2000,00 €

Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 65 ans	1 951,08 points
Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 59 ans	12 411,74 points

Conditions de liquidation de votre complément retraite

Date de liquidation : 65 ans

Age révolu à la liquidation de vos droits : 65 ans

Coefficient d'âge : 1,30

Estimation personnalisée de votre complément retraite

	Rente viagère sans option de réversion
Rente Corem brute mensuelle à 65 ans	713,28 €

ESTIMATION DE DROITS MCUPH

Estimation du complément retraite Corem

Programme de versement sur 28 ans à compter du 01/01/2011 sans abondement

Année de versement (jusqu'à vos 65 ans inclus)	Versement annuel
Année 2011	2000,00 €
Année 2012	2000,00 €
Année 2013	2000,00 €
Année 2014	2000,00 €
Autres années	2000,00 €

Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 65 ans	880,08 points
Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 59 ans	6 386,38 points

Conditions de liquidation de votre complément retraite

Date de liquidation : 65 ans

Age révolu à la liquidation de vos droits : 65 ans

Coefficient d'âge : 1,30

Estimation personnalisée de votre complément retraite

	Rente viagère sans option de réversion
Rente Corem brute mensuelle à 65 ans	360,87 €

ESTIMATION DE DROITS PUPH

Estimation du complément retraite Corem

Programme de versement sur 8 ans à compter du 01/01/2011 avec abondement

Année de versement (jusqu'à vos 65 ans inclus)	Versement annuel	Abondement CHU
Année 2011	2000,00 €	
Année 2012	2000,00 €	2000,00 €
Année 2013	2000,00 €	2000,00 €
Année 2014	2000,00 €	2000,00 €
Dernière année		2000,00 €

Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 68 ans	2 984,89 points
Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 59 ans	0,00 points

Conditions de liquidation de votre complément retraite

Date de liquidation : 68 ans

Age révolu à la liquidation de vos droits : 68 ans

Coefficient d'âge : 1,54

Estimation personnalisée de votre complément retraite

	Rente viagère sans option de réversion
Rente Corem brute mensuelle à 65 ans	148,23 €

ESTIMATION DE DROITS PUPH

Estimation du complément retraite Corem

Programme de versement sur 8 ans à compter du 01/01/2011 sans abondement

Année de versement (jusqu'à vos 65 ans inclus)	Versement annuel
Année 2011	2000,00 €
Année 2012	2000,00 €
Année 2013	2000,00 €
Année 2014	2000,00 €
Autres années	2000,00 €

Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 68 ans	1 471,03 points
Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 59 ans	0,00 points

Conditions de liquidation de votre complément retraite

Date de liquidation : 68 ans

Age révolu à la liquidation de vos droits : 68 ans

Coefficient d'âge : 1,54

Estimation personnalisée de votre complément retraite

	Rente viagère sans option de réversion
Rente Corem brute mensuelle à 65 ans	73,05 €

ESTIMATION DE DROITS PUPH

Estimation du complément retraite Corem

Programme de versement sur 13 ans à compter du 01/01/2011 avec abondement

Année de versement (jusqu'à vos 65 ans inclus)	Versement annuel	Abondement CHU
Année 2011	2000,00 €	
Année 2012	2000,00 €	2000,00 €
Année 2013	2000,00 €	2000,00 €
Année 2014	2000,00 €	2000,00 €
Dernière année		2000,00 €

Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 68 ans	3 152,15 points
Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 59 ans	2 272,58 points

Conditions de liquidation de votre complément retraite

Date de liquidation : 68 ans

Age révolu à la liquidation de vos droits : 68 ans

Coefficient d'âge : 1,54

Estimation personnalisée de votre complément retraite

	Rente viagère sans option de réversion
Rente Corem brute mensuelle à 65 ans	269,40 €

ESTIMATION DE DROITS PUPH

Estimation du complément retraite Corem

Programme de versement sur 13 ans à compter du 01/01/2011 sans abondement

Année de versement (jusqu'à vos 65 ans inclus)	Versement annuel
Année 2011	2000,00 €
Année 2012	2000,00 €
Année 2013	2000,00 €
Année 2014	2000,00 €
Autres années	2000,00 €

Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 68 ans	1 471,03 points
Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 59 ans	1 270,77 points

Conditions de liquidation de votre complément retraite

Date de liquidation : 68 ans

Age révolu à la liquidation de vos droits : 68 ans

Coefficient d'âge : 1,54

Estimation personnalisée de votre complément retraite

	Rente viagère sans option de réversion
Rente Corem brute mensuelle à 65 ans	136,16 €

ESTIMATION DE DROITS PUPH

Estimation du complément retraite Corem

Programme de versement sur 18 ans à compter du 01/01/2011 avec abondement

Année de versement (jusqu'à vos 65 ans inclus)	Versement annuel	Abondement CHU
Année 2011	2000,00 €	
Année 2012	2000,00 €	2000,00 €
Année 2013	2000,00 €	2000,00 €
Année 2014	2000,00 €	2000,00 €
Dernière année		2000,00 €
Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 68 ans	3 152,15 points	
Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 59 ans	5 166,08 points	

Conditions de liquidation de votre complément retraite

Date de liquidation : 68 ans

Age révolu à la liquidation de vos droits : 68 ans

Coefficient d'âge : 1,54

Estimation personnalisée de votre complément retraite

	Rente viagère sans option de réversion
Rente Corem brute mensuelle à 65 ans	413,10 €

ESTIMATION DE DROITS PUPH

Estimation du complément retraite Corem

Programme de versement sur 18 ans à compter du 01/01/2011 sans abondement

Année de versement (jusqu'à vos 65 ans inclus)	Versement annuel
Année 2011	2000,00 €
Année 2012	2000,00 €
Année 2013	2000,00 €
Année 2014	2000,00 €
Autres années	2000,00 €

Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 68 ans	1 471,03 points
Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 59 ans	2 738,42 points

Conditions de liquidation de votre complément retraite

Date de liquidation : 68 ans

Age révolu à la liquidation de vos droits : 68 ans

Coefficient d'âge : 1,54

Estimation personnalisée de votre complément retraite

	Rente viagère sans option de réversion
Rente Corem brute mensuelle à 65 ans	209,05 €

ESTIMATION DE DROITS PUPH

Estimation du complément retraite Corem

Programme de versement sur 23 ans à compter du 01/01/2011 avec abondement

Année de versement (jusqu'à vos 65 ans inclus)		
	Versement annuel	Abondement CHU
Année 2011	2000,00 €	
Année 2012	2000,00 €	2000,00 €
Année 2013	2000,00 €	2000,00 €
Année 2014	2000,00 €	2000,00 €
Dernière année		2000,00 €

Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 68 ans	3 152,15 points
Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 59 ans	8 483,50 points

Conditions de liquidation de votre complément retraite

Date de liquidation : 68 ans

Age révolu à la liquidation de vos droits : 68 ans

Coefficient d'âge : 1,54

Estimation personnalisée de votre complément retraite

	Rente viagère sans option de réversion
Rente Corem brute mensuelle à 65 ans	577,84 €

ESTIMATION DE DROITS PUPH

Estimation du complément retraite Corem

Programme de versement sur 23 ans à compter du 01/01/2011 sans abondement

Année de versement (jusqu'à vos 65 ans inclus)	Versement annuel
	Année 2011
Année 2012	2000,00 €
Année 2013	2000,00 €
Année 2014	2000,00 €
Autres années	2000,00 €

Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 68 ans	1 471,03 points
Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 59 ans	4417,89 points

Conditions de liquidation de votre complément retraite

Date de liquidation : 68 ans

Age révolu à la liquidation de vos droits : 68 ans

Coefficient d'âge : 1,54

Estimation personnalisée de votre complément retraite

Rente Corem brute mensuelle à 65 ans	Rente viagère sans option de réversion
	292,45 €

ESTIMATION DE DROITS PUPH

Estimation du complément retraite Corem

Programme de versement sur 26 ans à compter du 01/01/2011 avec abondement

Année de versement (jusqu'à vos 65 ans inclus)	Versement annuel	Abondement CHU
Année 2011	2000,00 €	
Année 2012	2000,00 €	2000,00 €
Année 2013	2000,00 €	2000,00 €
Année 2014	2000,00 €	2000,00 €
Dernière année		2000,00 €
Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 68 ans	3 152,14 points	
Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 59 ans	10 675,81 points	

Conditions de liquidation de votre complément retraite

Date de liquidation : 68 ans

Age révolu à la liquidation de vos droits : 68 ans

Coefficient d'âge : 1,54

Estimation personnalisée de votre complément retraite

	Rente viagère sans option de réversion
Rente Corem brute mensuelle à 68 ans	686,72 €

ESTIMATION DE DROITS PUPH

Estimation du complément retraite Corem

Programme de versement sur 26 ans à compter du 01/01/2011 sans abondement

Année de versement (jusqu'à vos 65 ans inclus)	Versement annuel
Année 2011	2000,00 €
Année 2012	2000,00 €
Année 2013	2000,00 €
Année 2014	2000,00 €
Autres années	2000,00 €

Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 65 ans	1 471,03 points
Droits COREM à acquérir jusqu'à vos 59 ans	5 527,30 points

Conditions de liquidation de votre complément retraite

Date de liquidation : 68 ans

Age révolu à la liquidation de vos droits : 68 ans

Coefficient d'âge : 1,54

Estimation personnalisée de votre complément retraite

	Rente viagère sans option de réversion
Rente Corem brute mensuelle à 68 ans	347,55 €

Annexe 12 : Simulations de rentes pour les personnels hospitalo-universitaires dans le cadre de la retraite additionnelle de la fonction publique – Etude de cas-types, ERAFP, janvier 2011



Paris, le 19 janvier 2011

Etude de la retraite additionnelle des fonctionnaires PUPH et PCUPH

Introduction

Cette note présente les résultats des estimations de retraite additionnelle des fonctionnaires PUPH et PCUPH. Les calculs ont été réalisés sous l'hypothèse d'un maintien du rendement technique à 4.075%⁴⁶.

Fonctionnaires PUPH âgés de 45 ans en 2011

PUPH 45 ans en 2011		Rémunération brute annuelle	Plafond RAFP			
			20%	30%	40%	50%
2011-2015	Pendant 5 ans	48 062,00	9 612,40	14 418,60	19 224,80	24 031,00
2016-2020	Pendant 5 ans	54 674,00	10 934,80	16 402,20	21 869,60	27 337,00
2021-2025	Pendant 5 ans	59 509,00	11 901,80	17 852,70	23 803,60	29 754,50
2026-2033	Pendant 8 ans	65 509,00	13 101,80	19 652,70	26 203,60	32 754,50
Total	Pendant 23 ans					

Tableau 1 : Hypothèses de rémunération pour les fonctionnaires PUPH âgés de 45 ans en 2011.

⁴⁶ Les valeurs d'acquisition et de service du point sont supposées croître de 0.5% chaque année.

	Plafond RAFP			
	20%	30%	40%	50%
Montant de la rente annuelle (€)	1 636	2 368	3 158	3 947
Montant de la rente mensuelle (€)	136	197	263	329

Tableau 2 : Montant estimé de la rente au départ à la retraite à l'âge de 68 ans.

Fonctionnaires MCUPH âgés de 45 ans en 2011

MCUPH 45 ans en 2011		Rémunération brute annuelle	Plafond RAFP			
			20%	30%	40%	50%
2011-2015	Pendant 5 ans	33 227,00	6 645,40	9 968,10	13 290,80	16 613,50
2016-2020	Pendant 5 ans	41 395,00	8 279,00	12 418,50	16 558,00	20 697,50
2021-2025	Pendant 5 ans	44 895,00	8 979,00	13 468,50	17 958,00	22 447,50
2026-2030	Pendant 5 ans	47 229,00	9 445,80	14 168,70	18 891,60	23 614,50
Total	Pendant 20 ans					

Tableau 3 : Hypothèses de rémunération pour les fonctionnaires MCUPH âgés de 45 ans en 2011.

	Plafond RAFP			
	20%	30%	40%	50%
Montant de la rente annuelle (€)	878	1 317	1 756	2 195
Montant de la rente mensuelle (€)	73	110	146	183

Tableau 4 : Montant estimé de la rente au départ à la retraite à l'âge de 65 ans.

Fonctionnaires PUPH âgés de 50 ans en 2011

PUPH 50 ans en 2011		INM	Rémunération brute annuelle	Plafond RAFP			
				20%	30%	40%	50%
2011-2015	Pendant 5 ans	984	54 674,00	10 934,80	16 402,20	21 869,60	27 337,00
2016-2020	Pendant 5 ans	1071	59 509,00	11 901,80	17 852,70	23 803,60	29 754,50
2020-2028	Pendant 8 ans	1179	65 509,00	13 101,80	19 652,70	26 203,60	32 754,50
Total	Pendant 18 ans						

Tableau 5 : Hypothèses de rémunération pour les fonctionnaires PUPH âgés de 50 ans en 2011.

	Plafond RAFP			
	20%	30%	40%	50%
Montant de la rente annuelle (€)	1 327	1 990	2 654	3 317
Montant de la rente mensuelle (€)	111	166	221	276

Tableau 6 : Montant estimé de la rente au départ à la retraite à l'âge de 68 ans.

Fonctionnaires MCUPH âgés de 50 ans en 2011

MCUPH 50 ans en 2011		INM	Rémunération brute annuelle	Plafond RAFP			
				20%	30%	40%	50%
2011-2015	Pendant 5 ans	745	41 395,00	8 279,00	12 418,50	16 558,00	20 697,50
2016-2020	Pendant 5 ans	808	44 895,00	8 979,00	13 468,50	17 958,00	22 447,50
2021-2025	Pendant 5 ans	850	47 229,00	9 445,80	14 168,70	18 891,60	23 614,50
Total	Pendant 15 ans						

Tableau 7 : Hypothèses de rémunération pour les fonctionnaires MCUPH âgés de 50 ans en 2011.

	Plafond RAFP			
	20%	30%	40%	50%
Montant de la rente annuelle (€)	696	1 044	1 392	1 740
Montant de la rente mensuelle (€)	58	87	116	145

Tableau 8 : Montant estimé de la rente au départ à la retraite à l'âge de 65 ans.

Fonctionnaires PUPH âgés de 55 ans en 2011

PUPH 55 ans en 2011		INM	Rémunération brute annuelle	Plafond RAFP			
				20%	30%	40%	50%
2011-2015	Pendant 5 ans	1071	59 509,00	11 901,80	17 852,70	23 803,60	29 754,50
2016-2023	Pendant 8 ans	1179	65 509,00	13 101,80	19 652,70	26 203,60	32 754,50
Total	Pendant 13 ans						

Tableau 9 : Hypothèses de rémunération pour les fonctionnaires PUPH âgés de 55 ans en 2011.

	Plafond RAFP			
	20%	30%	40%	50%
Montant de la rente annuelle (€)	989	1 484	1 978	2 473
Montant de la rente mensuelle (€)	82	124	165	206

Tableau 10 : Montant estimé de la rente au départ à la retraite à l'âge de 68 ans.

Fonctionnaires MCUPH âgés de 55 ans en 2011

MCUPH 55 ans en 2011		INM	Rémunération brute annuelle	Plafond RAFP			
				20%	30%	40%	50%
2011-2015	Pendant 5 ans	808	44 895,00	8 979,00	13 468,50	17 958,00	22 447,50
2016-2020	Pendant 5 ans	850	47 229,00	9 445,80	14 168,70	18 891,60	23 614,50
Total	Pendant 10 ans						

Tableau 11 : Rappel des hypothèses de rémunération pour les fonctionnaires MCUPH âgés de 55 ans en 2011.

	Plafond RAFP			
	20%	30%	40%	50%
Montant de la rente annuelle (€)	475	712	949	1 186
Montant de la rente mensuelle (€)	40	59	79	99

Tableau 12 : Montant estimé de la rente au départ à la retraite à l'âge de 65 ans.

Fonctionnaires PUPH âgés de 60 ans en 2011

PUPH 60 ans en 2011		INM	Rémunération brute annuelle	Plafond RAFP			
				20%	30%	40%	50%
2011-2018	Pendant 8 ans	1179	65 509,00	13 101,80	19 652,70	26 203,60	32 754,50
Total	Pendant 8 ans						

Tableau 13 : Rappel des hypothèses de rémunération pour les fonctionnaires PUPH âgés de 60 ans en 2011.

	Plafond RAFP			
	20%	30%	40%	50%
Montant de la rente annuelle (€)	620	931	1 241	1 551
Montant de la rente mensuelle (€)	52	78	103	129

Tableau 14 : Montant estimé de la rente au départ à la retraite à l'âge de 68 ans.

Fonctionnaires MCUPH âgés de 60 ans en 2011

MCUPH 60 ans en 2011		INM	Rémunération brute annuelle	Plafond RAFP			
				20%	30%	40%	50%
2011-2015	Pendant 5 ans	850	47 229,00	9 445,80	14 168,70	18 891,60	23 614,50
Total	Pendant 5 ans						

Tableau 15 : Rappel des hypothèses de rémunération pour les fonctionnaires MCUPH âgés de 60 ans en 2011.

	Plafond RAFP			
	20%	30%	40%	50%
Montant de la rente annuelle (€)	234	352	469	586
Montant de la rente mensuelle (€)	20	29	39	49

Tableau 16 : Montant estimé de la rente au départ à la retraite à l'âge de 65

Annexe 13 : Note d'information de la DGAFP sur le régime de retraite des personnels hospitalo-universitaires titulaires, janvier 2011



MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS,
DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA REFORME DE L'ÉTAT
ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

DGAIFP
Directeur général de
l'Administration et de la
Fonction Publique

Paris, le 26 JAN. 2011

Sous-direction
des carrières et des
rémunérations

Bureau
des rémunérations,
des pensions et du
temps de travail
B7

Dossier suivi par
Marine MOISAN
Téléphone
01 55 07 42 18
Télécopie
01 55 07 42 93
Courriel
marine.moisan
@finances.gouv.fr

Adresse
139, rue de Bercy
Paris 12^{ème}

Références
B7/11.00025

Dossier
07/2011/01/8050

NOTE D'INFORMATION

Objet : Régime de retraite des personnels hospitalo-universitaires titulaires

L'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche ont été chargées de mener une mission conjointe sur la situation des personnels hospitalo-universitaires, plus précisément, celle des personnels titulaires, au regard de leur régime de retraite.

L'étude conduite par ces deux inspections devra porter notamment sur la faisabilité et l'opportunité d'une affiliation des personnels hospitalo-universitaires titulaires au régime général et à l'Ircantec, tant en terme financier que juridique, étant précisé que les personnels en question relèvent déjà du régime des pensions de l'Etat (régime du code des pensions civiles et militaires de retraite et régime de la retraite additionnelle).

La présente note a pour objet d'une part, d'examiner les éventuels obstacles à une double affiliation au travers de la présentation du statut actuel de ces personnels et d'autre part, d'explorer les solutions envisageables, susceptibles de répondre à l'attente des personnels en question en matière de niveau de pension de retraite.

I. Les obstacles juridiques sont plutôt d'ordre statutaire, au sens du statut général de la fonction publique, que d'ordre social, au sens de la législation générale de sécurité sociale

1) La législation de sécurité sociale n'exclut pas la double affiliation simultanée

La législation générale de sécurité sociale permet à tout assuré social d'être affilié simultanément à deux régimes de sécurité sociale différents, dès lors qu'il exerce deux activités professionnelles de nature différente dont l'une ne relève pas du régime général mais d'un régime spécial (par exemple : les agriculteurs qui exercent en outre une activité salariée sont affiliés à la Mutualité sociale agricole au titre de leur activité agricole et au régime général au titre de leur activité salariée).

2) Les obstacles juridiques sont contenus dans le statut général de la fonction publique

a) La situation actuelle des personnels hospitalo-universitaires

Les personnels hospitalo-universitaires sont des personnels de l'enseignement supérieur dont une partie de l'activité s'exerce dans un cadre hospitalier, en l'occurrence un centre hospitalier universitaire ; ils relèvent à la fois du titre V du livre IX

Adresse administrative : 139, rue de Bercy 75572 PARIS cedex 12

Téléphone : 0140 04 04 04 - Télécopie : 01 55 07 42 96 - www.fonction-publique.gouv.fr

du code de l'éducation et du titre V du livre 1^{er} de la sixième partie du code de la santé publique. Ainsi, aux termes de l'article L. 952-21 du code de l'éducation, « les membres du personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires (...) exercent conjointement les fonctions universitaire et hospitalière. » Cet article est reproduit quasi à l'identique à l'article L. 6151-1 du code de la santé publique.

Ces personnels appartiennent à la catégorie des enseignants-chercheurs. Mais la particularité supplémentaire de leur statut réside en ceci qu'outre l'enseignement et la recherche, leurs fonctions comportent aussi une activité de soins.

Deux décrets précisent leur statut ainsi que leur mode de rémunération :

- le décret 84-135 du 24 février 1984 modifié, pour les personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires ;
- le décret 90-92 du 24 janvier 1990 modifié, pour les personnels enseignants et hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires des centres hospitaliers et universitaires.

Aux termes de ces textes, **les personnels hospitalo-universitaires sont répartis principalement dans deux catégories distinctes** : d'une part, **des agents titulaires**, à savoir les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et les maîtres de conférence des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH), d'autre part, **des personnels non titulaires**, à savoir, par exemple, les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux.

Cette circonstance particulière de leur statut – leur activité partagée – a pour conséquence qu'ils ont deux « employeurs », l'Etat et une collectivité hospitalière (il y a bien deux personnes morales distinctes), et une double rémunération : une "rémunération universitaire" versée par l'Etat et des "émoluments hospitaliers" versés par le CHU dans lequel ils exercent leur activité hospitalière.

Leur régime social est, très normalement, fonction de leur statut, au sens du statut général de la fonction publique : **les agents titulaires relèvent du régime spécial des fonctionnaires**, les agents non titulaires du régime général de sécurité sociale et de l'Ircantec pour la retraite complémentaire obligatoire.

S'agissant précisément du régime de retraite, **les agents titulaires** – les PU-PH et les MCU-PH –, seuls personnels concernés par l'étude, relèvent du régime du CPCMR et cotisent sur le traitement indiciaire brut de leur rémunération universitaire (qui comprend aussi des primes et des indemnités diverses) et au régime de la retraite additionnelle sur une assiette constituée d'une part des primes et indemnités de leur rémunération universitaire et d'autre part de leurs émoluments hospitaliers (qui comportent eux-mêmes un « salaire » de base auquel peuvent s'ajouter diverses indemnités).

b) Les obstacles statutaires

Aux termes du statut général de la fonction publique, un fonctionnaire doit se consacrer uniquement, ou du moins principalement, à ses fonctions. Il est donc exclu qu'il puisse avoir une autre activité professionnelle, sauf exceptions dûment prévues par la loi statutaire ; de même, un fonctionnaire ne peut, au moment où il exerce ses fonctions, être recruté comme agent non titulaire, sauf dans le cas où cette activité correspond à une activité accessoire.

L'activité accessoire est généralement exercée pour le compte d'un autre employeur public. Il est à noter qu'elle est également autorisée pour le compte d'un employeur privé. Dans le premier cas, celui de l'employeur public, aucune cotisation n'est due sur la rémunération accessoire (cf. D. 171-11 CSS), hormis la cotisation au RAFF ; dans le second cas, celui de l'employeur privé, l'employeur (privé) est redevable de l'ensemble des cotisations de sécurité sociale, le salarié, fonctionnaire par ailleurs, est exonéré de la cotisation à l'assurance vieillesse : il s'agit d'une affiliation sans droits.

Ainsi, un fonctionnaire ne pouvant ni exercer une double activité professionnelle, ni être **simultanément titulaire et non titulaire**, il n'est pas concevable qu'il puisse être affilié

simultanément (avec constitution de droits) à un autre régime social que son régime spécial.

Les PU-PH et MCU-PH, malgré les aspects de leur statut évoqués ci-dessus (deux employeurs, une double rémunération) qui pourraient laisser à penser qu'ils exercent deux activités de nature différente dont l'une relèverait du régime spécial des fonctionnaires – leur activité d'enseignement et de recherche – et l'autre du régime général – leur activité de praticien hospitalier –, sont des fonctionnaires de l'Etat et, à ce titre, relèvent du seul régime spécial des fonctionnaires.

II. Seule une réponse interministérielle paraît de nature à apporter une solution

Parmi les pistes susceptibles d'être explorées, deux sont à exclure, deux autres pourraient être envisagées.

1) Des pistes à proscrire, dont la première absolument

a) Créer le « double statut »

Seule la loi pourrait autoriser un double statut, fonctionnaire et contractuel. Il faudrait alors considérer que les personnels en question exercent leur double activité à temps partiel : en qualité de fonctionnaire pour la partie universitaire – les activités d'enseignant et de chercheur – (PU et MCU) et d'agent non titulaire pour la partie hospitalière – les activités de praticien hospitalier (PH).

Mais, outre qu'une telle mesure serait une **dérogation unique** au droit commun de la fonction publique, elle risquerait de remettre en cause le régime actuel de l'activité accessoire avec toutes les conséquences statutaires et financières qui s'y attachent.

Au demeurant, il n'est pas prouvé qu'un dispositif de ce type, avec division de l'activité en deux quotités de travail à temps non complet, améliorerait sensiblement les pensions de retraite des intéressés. En revanche, il est clair qu'il constituerait pour les employeurs publics une charge budgétaire supplémentaire non négligeable, peu compatible avec leurs contraintes budgétaires.

Ainsi, dans l'hypothèse où serait admis le double statut, les émoluments hospitaliers restant à la charge des CHU, les établissements hospitaliers (et les personnels) devraient cotiser au régime général pour l'ensemble des risques et, pour la retraite complémentaire, à l'Ircantec. Il convient de souligner, en effet, que, sauf à admettre des dérogations en cascade au droit commun de la sécurité sociale – et créer un nouveau « régime spécial », ce qui serait, à l'heure de la convergence des régimes, plutôt malvenu ... –, l'affiliation au régime général ne pourrait être réalisée pour la seule assurance vieillesse mais bien pour l'ensemble des risques.

b) Transformer les émoluments hospitaliers en prime conduisant à pension

Certaines catégories de fonctionnaires – les policiers, les douaniers, les personnels de surveillance des établissements pénitentiaires, les agents des finances – et de militaires – les gendarmes – bénéficient de ce type de prime intégrée dans l'assiette de calcul de la cotisation à la charge de l'agent et de la contribution employeur au régime des pensions du CPCMR.

Cette solution présente, toutefois, de nombreux inconvénients, outre qu'elle ne serait pas en accord avec la politique gouvernementale de rémunération des agents publics qui vise à limiter le développement de systèmes dérogatoires de ce type.

Elle présente, notamment, un fort risque de contagion. Des demandes reconventionnelles ne manqueraient pas de se faire jour si une semblable mesure était accordée à une nouvelle catégorie de fonctionnaires, notamment au sein de la fonction publique de l'Etat et encore plus particulièrement au sein des catégories A et A+. Il convient de noter, à cet égard, que le taux moyen de primes dans la FPE est de 24%, communément de 40% environ pour les catégories A et A+ (hors enseignants) et que cette forme de rémunération peut constituer largement plus de la moitié de la rémunération totale.

En outre, il conviendrait de prendre garde, ce faisant, à ne pas donner à cette nouvelle catégorie particulière de fonctionnaires un avantage supérieur à celui dont bénéficient actuellement les policiers, douaniers et autres gendarmes. C'est dire que la totalité des émoluments hospitaliers ne pourraient, vraisemblablement, être prise en compte.

On peut ajouter, à l'heure où les systèmes de paye sont de plus en plus automatisés, une complexité supplémentaire. Tous les bénéficiaires actuels de ce type de dispositif n'ont, en effet, qu'un employeur et payeur, l'Etat, qui calcule sa contribution au régime des pensions en tenant compte des deux bases de calcul, le traitement indiciaire brut et l'indemnité spéciale. Or, les PU-PH et MCU-PH reçoivent leur rémunération de l'Etat, d'une part, qui verse le traitement indiciaire brut, et du CHU d'autre part, qui verse les émoluments hospitaliers ; c'est donc ce dernier qui verserait la partie des émoluments hospitaliers transformée en prime spéciale et serait responsable du paiement des contribution et cotisation assises sur cette prime.

2) Des solutions envisageables, dont la première par défaut

a) Le développement du régime de retraite supplémentaire déjà expérimenté

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, en son article 112, a autorisé les établissements publics de santé à participer financièrement à des dispositifs d'assurances de retraite supplémentaire, souscrits auprès d'assureurs privés (sociétés d'assurances, institutions de prévoyance ou mutuelles) au bénéfice de leurs agents titulaires, les PU-PH et MCU-PH.

Il convient de souligner que ce système de contrats collectifs garantissant une protection sociale supplémentaire en matière de retraite, avec participation financière de l'employeur, au bénéfice d'agents titulaires de l'Etat, est un cas unique. Les fonctionnaires de l'Etat ont la liberté de souscrire des assurances privées de prévoyance et retraite supplémentaire auprès d'assureurs de leur choix (la Préfon, par exemple), mais l'Etat employeur n'y participe pas financièrement et n'entend pas supporter une nouvelle charge budgétaire de cette ampleur.

Il semble que ce dispositif soit expérimental. A défaut d'une meilleure – et surtout moins coûteuse – solution, il pourrait être étendu, à la condition, bien entendu, qu'il reste cantonné à la sphère des établissements hospitaliers.

b) Le dé plafonnement du régime de retraite additionnelle

Le RAFF présente l'avantage de concerner **tous les fonctionnaires**. Du point de vue de ceux de ses bénéficiaires dont la rémunération totale est en (très) grande partie composée de primes et indemnités diverses ainsi que de celui des personnels hospitalo-universitaires titulaires dont les émoluments hospitaliers entrent dans cette dernière catégorie, il a le défaut d'être établi sur une assiette limitée à 20% du traitement indiciaire brut.

Dans ces conditions, le dé plafonnement du régime, dans des proportions à déterminer de sorte qu'il demeure compatible avec les contraintes budgétaires, pourrait être la solution à privilégier.

Elle aurait le mérite de constituer une réponse interministérielle à la question récurrente de la prise en compte des primes et indemnités dans l'assiette des pensions de retraite

**Le directeur général de l'administration
et de la fonction publique**

Jean-François VERDIER

**Annexe 14 : Eléments de démographie des
personnels médicaux hospitalo-universitaires et
des enseignants chercheurs d'autres disciplines,
MESR/DGRH A1-1, décembre 2010**



MINISTÈRE DE
L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE

Données dans le cadre de l'étude sur les retraites des PUPH (professeurs des universités – praticiens hospitaliers)

Résumé :

Les tableaux réalisés ci-après ont pour objectif de présenter les constats de départs à la retraite des enseignants-chercheurs d'un point de vue démographique et de carrière et pour la plupart, en comparaison avec les enseignants-chercheurs de statut universitaire dans les différentes grandes catégories disciplinaires.

- Enseignants-chercheurs - praticiens hospitaliers de médecine et d'odontologie : Analyse des départs entre 2005 et 2009 par motif et par âge - Observations des PUPH en novembre et mai 2010.
- Enseignants-chercheurs - praticiens hospitaliers de médecine et d'odontologie : Analyse des départs entre 2005 et 2009 par grade, échelon et indice brut observés lors du départ à la retraite. Comparaison avec les maîtres universitaires.
- Professeurs de statut universitaire et praticiens hospitaliers : graphique de répartition en % par âge des départs à la retraite observés sur la période 2005-2009
- Etude et comparaison des effectifs et de l'âge moyen de recrutement, du stock et des départs en retraite des enseignants-chercheurs titulaires et stagiaires par grande discipline, corps et sexe (hors enseignants en surnombre)
- Etude et comparaison des effectifs et de l'âge moyen de recrutement, du stock et des départs en retraite des enseignants-chercheurs titulaires et stagiaires par grande discipline, corps et sexe (y compris enseignants en surnombre)
- Effectif et pyramide des âges des professeurs (y compris en surnombre) et des maîtres de conférences répartis par grande discipline
- Projections à 10 ans des sorties définitives d'enseignants-chercheurs
- Enseignants-chercheurs : étude par grande discipline, sexe et classe d'âge observée en 2010 (40, 50, 60 et 65 ans) des effectifs et de l'ancienneté moyenne dans le corps des enseignants-chercheurs.

Concernant le dernier tableau, il n'a pas été possible de produire des informations sur l'ancienneté moyenne dans la carrière globale d'enseignant-chercheur ; en effet, un certain nombre d'individus ne sont pas identifiés dans les fichiers antérieurs notamment en médecine où leur cursus ne passe pas forcément par le corps des MCUPH. Dans le souci de produire de manière fiable cette information, il vaut mieux reconstituer cette donnée au travers de l'ancienneté générale des services auprès du service des pensions de "La Baule". Le corps d'appartenance permettra une distinction entre les Hospitalo-universitaires et les universitaires.

SECRETARIAT GÉNÉRAL

DIRECTION GÉNÉRALE DES RESSOURCES HUMAINES

Service des personnels de l'enseignement supérieur et de la recherche

Sous-direction des études de gestion prévisionnelle, statutaires et des affaires communes

DGRH AL-1 - novembre 2010

DGRH A1-1

le 15 novembre 2010

Enseignants-chercheurs - praticiens hospitaliers (médecine et odontologie) :
Analyse des effectifs et des âges (départs entre 2005 et 2009 et stock)

source GRSUP2 mai 2010

	PUPH					MCUPH				
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
retraite après surcroissance	84	91	75	78	95					
retraite après recul de la limite d'âge	8	1	5	9	17		2	14	15	16
retraite pour limite d'âge	81	19	11	17	18	48	47	20	34	30
retraite pour invalidité sur demande				1	2		1	2	3	
retraite sur demande pour ancienneté d'âge et de service		3	16	25	9		7	30	17	14
retraite à jouissance immédiate, mère fonctionnaire de 3 enfants	1						1		2	3
retraite à jouissance différée, sur demande				1						
Sous total retraites:	124	118	107	131	141	48	58	66	71	63
Autres sorties : décès, démissions	9	14	12	14	26	16	8	13	13	14
Total général sorties définitives	124	118	107	131	141	48	58	66	71	63

Enseignants-chercheurs, praticiens hospitaliers (médecine et odontologie) :
répartition des départs à la retraite par corps et âge entre 2005 et 2009

source GRSUP2 mai 2010

Age	PUPH					MCUPH				
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
- de 60 ans	1	0	0	1	0	0	2	1	4	4
60	3	1	4	3	2	5	13	8	5	1
61	1	2	2	2	1	4	2	4	3	1
62	3	3	2	9	1	1	4	5	3	5
63	3	3	6	6	3	3	3	7	5	3
64	4	3	2	3	4	6	4	7	2	3
65	12	10	10	15	19	21	16	20	32	28
66	11	5	6	12	16	7	8	5	11	7
67			4	3	3	1	4	5	4	7
68	39	43	40	33	43		2	4	1	4
69	40	44	30	38	40					
70	4	3	1	2	7					
71	1	1		1						
Total	124	118	107	131	141	48	58	66	71	63
Age moyen de départ	67,0	67,5	67,0	66,5	67,3	64,0	63,4	63,9	63,7	64,4

Bilan de PUPH en surcroissance (observation mai 2010)

Age	Effectif
65	15
66	56
67	99
68	81
69	47
70	13
71	1
Total SURCRO	312

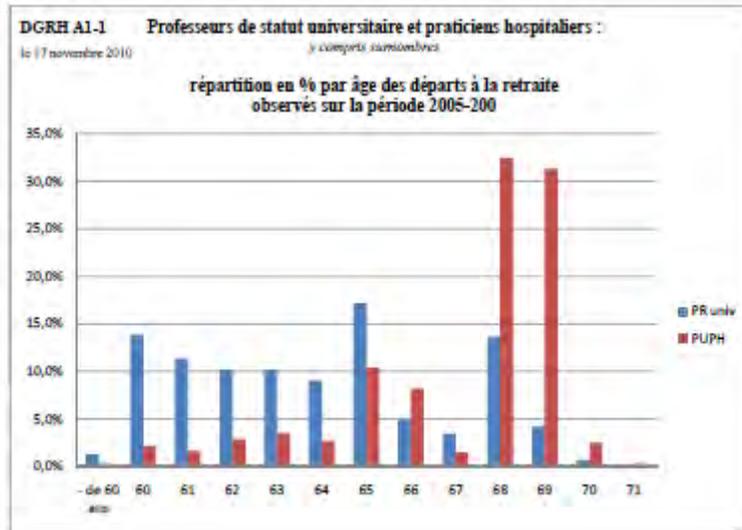
DOREH A(1-1)

le 17 novembre 2010

**Etude des départs à la retraite des enseignants-chercheurs :
comparaison des PR de statut universitaire et des PUPH
répartition par grade, échelon et indice brut observés lors du départ à la retraite**

	Echelon	Indice brut	Indice nouveau majoré	Rémunération nette mensuelle (indice de point de 11 mai 2012 : 93,5404€)	PR		PUPH	
					Retraites 2005-2009	%	Retraites 2005-2009	%
5ème classe	3	911	734	2 836,79 €	2	0,1%		
	4	958	776	2 999,11 €	2	0,1%		
	5	1015	821	3 173,02 €	30	0,9%		
	6	A 1	881	3 404,91 €	36	1,0%	2	0,3%
		A 2	916	3 540,18 €	22	0,6%		
A 3		963	3 721,84 €	613	17,4%	24	12,4%	
Total 5ème classe					703	20,0%	26	12,7%
1ère classe	1	1015	821	3 173,02 €	2	0,1%		
	2	B 1	963	3 721,84 €	40	1,1%		
		B 2	1004	3 880,29 €	81	2,3%	3	0,2%
		B 3	1058	4 088,99 €	223	6,3%	21	3,5%
	3	C 1	1113	4 309,29 €	190	5,4%	9	1,5%
		C 2	1139	4 402,05 €	111	3,2%	7	1,2%
		C 3	1164	4 498,66 €	1137	32,4%	223	37,7%
Total 1ère classe					1782	50,8%	263	44,1%
Classe exceptionnelle 1er échelon	D 1	1164	4 498,66 €	32	0,9%	4	0,7%	
	D 2	1217	4 703,50 €	122	3,5%	8	1,3%	
	D 3	1270	4 908,34 €	251	7,2%	31	5,0%	
Total Classe exceptionnelle 1er échelon					405	11,5%	65	10,9%
Classe exceptionnelle 2ème échelon	E 1	1270	4 908,34 €	23	0,8%	8	1,5%	
	E 2	1320	5 104,38 €	590	16,8%	184	30,8%	
Total Classe exceptionnelle 2ème échelon					613	17,6%	193	32,3%
Total général					3507	100,0%	597	100,0%

source fichier Genup2 mai 2010



Note d'information : les personnels enseignants de l'enseignement supérieur public

DGRH A1-1

le 22 novembre 2010

Tableau 7 - *Etude et comparaison des effectifs et de l'âge moyen de recrutement, du stock et des départs en retraite des enseignants-chercheurs titulaires et stagiaires par grande discipline, corps et sexe (hors enseignants en surnombre)*

France - Public

2009-2010

Grande discipline	Corps	Maîtres de conférences									Professeurs des universités								
		Recrutement 2009-2010			Stock 2009-2010			Départs en retraite 2009-2010			Recrutement 2009-2010			Stock 2009-2010			Départs en retraite 2009-2010		
		Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Droit	Effectif	145	129	274	2 953	2 373	5 326	64	34	98	61	30	92	1 713	525	2 238	29	3	32
	Age moyen (en années, mois)	30 à 6 m	32 à 6 m	31 a	46 à 5 m	43 à 1 m	44 à 11 m	34 à 5 m	32 à 9 m	33 à 10 m	39 à 6 m	40 à 3 m	39 à 9 m	51 à 6 m	47 à 0 m	50 à 9 m	61 à 0 m	35 à 8 m	56 à 9 m
Lettres	Effectif	276	338	614	4 946	5 823	10 767	189	96	285	167	111	278	2 642	1 417	4 259	91	43	134
	Age moyen (en années, mois)	37 à 7 m	37 a	37 à 3 m	47 à 2 m	45 à 0 m	46 à 4 m	54 a	43 à 10 m	43 à 11 m	40 à 9 m	40 à 7 m	40 à 9 m	55 à 5 m	54 à 5 m	55 à 1 m	64 à 5 m	43 à 10 m	64 à 3 m
Sciences	Effectif	652	258	910	11 655	5 597	17 252	250	93	343	349	111	460	6 640	1 364	7 994	243	27	270
	Age moyen (en années, mois)	31 à 0 m	31 à 0 m	31 à 0 m	42 à 3 m	41 à 9 m	42 à 1 m	54 à 3 m	43 à 3 m	54 a	42 à 6 m	43 à 5 m	42 à 9 m	51 à 1 m	49 à 0 m	50 à 10 m	64 à 4 m	43 à 10 m	64 à 3 m
Pharmacie	Effectif	24	38	62	519	748	1 267	10	25	35	9	8	17	393	179	572	7	2	9
	Age moyen (en années, mois)	32 à 9 m	32 à 6 m	32 à 7 m	45 a	45 à 2 m	45 à 1 m	64 à 3 m	50 a	63 à 5 m	45 à 6 m	47 à 7 m	43 à 0 m	54 à 10 m	52 à 2 m	54 a	66 a	64 a	65 à 6 m
Médecine	Effectif	65	53	118	862	812	1 674	26	24	50	148	36	184	3 343	502	3 845	39	3	42
	Age moyen (en années, mois)	37 à 0 m	36 à 6 m	37 à 2 m	49 à 5 m	49 à 6 m	49 à 5 m	65 à 6 m	65 à 5 m	65 à 10 m	43 à 10 m	44 à 10 m	44 a	56 a	52 à 1 m	52 à 9 m	66 à 1 m	64 à 3 m	65 à 11 m
Odontologie	Effectif	13	14	27	206	128	438	7	1	8	4	3	7	89	38	127	3	1	4
	Age moyen (en années, mois)	35 à 2 m	35 à 6 m	35 à 4 m	51 à 3 m	46 à 1 m	49 à 0 m	67 à 1 m	68 a	66 à 3 m	51 a	52 à 4 m	51 à 6 m	57 à 6 m	54 à 2 m	56 à 6 m	65 a	66 a	65 à 3 m
Total	Effectif	1 175	830	2 005	21 225	15 479	36 704	466	273	739	738	308	1 038	25 024	3 825	28 845	412	79	491
	Age moyen (en années, mois)	35 à 0 m	34 à 4 m	34 a	44 à 6 m	44 a	44 à 2 m	54 à 5 m	43 à 6 m	64 à 1 m	44 a	45 à 2 m	44 à 5 m	52 à 9 m	51 à 0 m	52 à 6 m	64 à 7 m	64 a	64 à 6 m

Source DGRH A1-1

Pour information

167 professeurs des universités ont demandé à bénéficier d'une position de surnombre (Droit : 33 ; Lettres : 37 ; Sciences : 33 ; Pharmacie : 4 ; Médecine : 50)

218 professeurs des universités ont pris leur retraite après leur surnombre (Droit : 36 ; Lettres : 72 ; Sciences : 31 ; Pharmacie : 8 ; Médecine : 91) pour un âge moyen de 69 ans ; 3 mois et 15,7% de femmes.

DGRH A1-1

le 22 novembre 2010

Tableau 7 bis - Etude et comparaison des effectifs et de l'âge moyen de recrutement, du stock et des départs en retraite des enseignants-chercheurs titulaires et stagiaires par grande discipline, corps et sexe (y compris enseignants en surnombre)

France - Public

2009-2010

Corps		Professeurs des universités								
		Recrutement 2009-2010			Stock 2009-2010			Départs en retraite 2009-2010		
		Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Grande discipline	Effectif									
	Age moyen (en années, mois)									
Droit	Effectif	61	31	92	1 827	528	2 355	58	18	68
	Age moyen (en années, mois)	39 a 6 m	40 a 3 m	39 a 9 m	32 a 7 m	40 a 2 m	31 a 7 m	60 a 9 m	67 a 9 m	60 a 10 m
Lettres	Effectif	167	111	278	2 874	1 478	4 352	142	64	206
	Age moyen (en années, mois)	45 a 9 m	43 a 7 m	46 a 8 m	38 a	34 a 11 m	35 a 7 m	60 a 1 m	65 a 6 m	62 a 11 m
Sciences	Effectif	249	111	460	6 883	1 383	7 992	211	38	249
	Age moyen (en années, mois)	42 a 4 m	43 a 5 m	42 a 9 m	31 a 5 m	38 a	31 a 3 m	65 a 1 m	64 a 5 m	65 a
Pharmacie	Effectif	9	8	17	418	186	604	14	3	17
	Age moyen (en années, mois)	45 a 4 m	41 a 7 m	43 a 6 m	35 a 7 m	32 a 6 m	34 a 8 m	67 a 2 m	65 a	66 a 9 m
Médecine	Effectif	148	36	184	3 624	526	4 150	122	18	140
	Age moyen (en années, mois)	43 a 10 m	44 a 10 m	44 a	35 a	32 a 9 m	34 a 7 m	68 a 8 m	68 a 2 m	68 a 8 m
Odontologie	Effectif	4	3	7	82	39	121	4	1	5
	Age moyen (en années, mois)	31 a	32 a 4 m	31 a 6 m	38 a 2 m	34 a 6 m	37 a 1 m	66 a	66 a	66 a
Total	Effectif	738	348	1 086	15 778	3 956	19 697	633	118	745
	Age moyen (en années, mois)	44 a	45 a 2 m	44 a 8 m	33 a 5 m	32 a 2 m	32 a 2 m	66 a 2 m	65 a 9 m	65 a 1 m

Source: DGRH A1-1

DGRH A1-1

le 11 juin 2011

Effectif et pyramide des âges des professeurs (y compris en non-remplie) et des maîtres de conférences répartis par grande discipline.
source : C2DSLOP3 mai 2011

AGE	DROIT		LETTRES - STAPS		SCIENCES		PHARMACIE		MÉDECINE-GÉNÉTO		TOTAL	
	PR	MCF	PR	MCF	PR	MCF	PR	MCF	PR	MCF	PRC	MCF
26				2		3						5
27				4		10						14
28		1		19		126						147
29		6		57		261						324
30		19		102	1	454						576
31		57		289	1	1269						1656
32		138		683	4	3042						3869
33		329		1577	11	5340						6977
34		759	1	3598	13	1608	1	49				4379
35	36	2403	1	1121	21	929		52	2			3504
36	108	5025	1	2318	49	2148		151	2			7604
37	402	2222	6	3049	62	3148	1	52	4			5435
38	1025	5218	18	819	122	587	4	162	12			1638
39	244	2644	31	448	181	111	8	42	24			2689
40	588	2822	76	468	413	294	17	57	63			3495
41	129	244	42	632	193	104	12	56	51			1382
42	291	211	94	418	508	258	14	69	109			1525
43	71	218	14	429	144	656	19	98	89			1423
44	229	258	96	242	594	451	48	58	95			1480
45	59	158	122	621	522	261	18	68	118			1329
46	162	114	168	588	1082	448	22	91	158			1929
47	409	139	141	231	563	499	19	42	153			1643
48	114	113	132	259	323	372	18	23	129			872
49	22	111	120	111	359	349	16	29	209			668
50	58	68	128	111	413	291	16	36	233			788
51	40	111	144	204	298	287	22	29	206			717
52	58	90	182	252	386	350	21	22	183			869
53	58	88	183	293	489	393	12	19	148			1011
54	68	82	177	246	356	397	28	19	159			1088
55	92	84	181	259	412	481	18	12	162			1267
56	107	90	193	259	412	379	27	21	160			1368
57	102	88	224	272	489	348	17	14	142			1371
58	104	90	189	263	388	371	13	16	153			1399
59	104	108	222	244	482	367	26	27	164			1468
60	119	104	244	248	486	322	30	36	169			1568
61	129	128	249	272	474	251	41	44	172			1668
62	115	115	246	264	389	315	32	37	174			1677
63	142	122	289	198	416	221	26	27	183			1825
64	167	104	267	146	354	181	29	19	169			1937
65	119	54	187	109	152	98	28	18	128			1333
66	58	22	106	46	99	28	18	4	113			112
67	13	13	22	22	34	17	7	2	110			155
68	14	5	14	9	16	8	9	1	86			128
69	7		14	2	16	1	1		54			78
70					2				3			5
71			1									1
Total	2368	5218	4821	18567	3991	11251	604	1267	4284	1292	19687	36784

DGRH A1-1

le 10 juin 2010

Projection à 10 ans des sorties définitives d'enseignants-chercheurs

Base Taux de départ par âge comme année civile 2009

(document de travail)

Professeurs des universités

DISCIPLINE	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total sur 10 ans	Effectif de référence (1) (comme PR en 2009)	Taux de départ sur 10 ans
Droit, Sc. éco & gestion	93	117	109	119	128	163	85	70	64	63	942	2344	40,2%
Lettres & Sc. Humaines	273	337	278	293	303	276	271	258	256	239	2764	4447	62,2%
Sciences & techniques	380	409	343	331	306	272	249	247	244	261	3042	7963	38,2%
Pharmacie	29	23	29	29	34	31	32	25	23	19	274	602	45,5%
Médecine	158	177	186	188	185	166	150	142	152	155	1653	4149	39,8%
Odontologie	4	3	4	1	2	3	5	2	6	4	34	79	43,0%
Total PR et PU-PR	937	1046	940	963	958	845	792	744	745	741	8799	19584	44,5%

Maîtres de conférences

DISCIPLINE	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total sur 10 ans	Effectif de référence	Taux de départ sur 10 ans
Droit, Sc. éco & gestion	129	133	125	130	122	104	99	89	86	86	1194	5174	23,2%
Lettres & Sc. Humaines	263	279	287	292	276	262	258	257	243	244	2651	10448	25,4%
Sciences & techniques	352	346	318	269	252	225	212	213	214	215	2616	16717	15,6%
Pharmacie	41	35	43	39	34	29	27	22	26	22	316	1196	26,4%
Médecine	51	61	68	65	63	56	48	41	39	35	556	1671	33,3%
Odontologie	14	14	11	11	15	6	6	12	12	16	117	418	28,0%
Total MCF & MCF-PR	941	899	880	796	766	682	650	638	611	618	7360	25624	28,7%

Total PR-MCF	1778	1944	1820	1757	1724	1527	1442	1378	1356	1359	16159	55208	29,1%
---------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	--------------	--------------	--------------

Total hors médecine et odontologie	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total sur 10 ans	Effectif de référence (1) (comme PR en 2009)	Taux de départ sur 10 ans
PR	775	866	758	772	773	682	637	600	587	582	7822	15356	45,7%
MCF	776	793	781	726	684	620	596	581	569	567	6687	33535	19,9%
Total (hors Méd-Odonto)	1551	1659	1539	1498	1457	1302	1233	1181	1156	1149	13799	48891	28,8%

Enseignants-chercheurs : étude par grande discipline, classe d'âge observée en 2010 et sexe des effectifs, et de l'ancienneté moyenne dans le corps des enseignants-chercheurs

Corps		Professeurs des universités											
		Classe d'âge 40 ans			Classe d'âge 50 ans			Classe d'âge 60 ans			Classe d'âge 65 ans		
		H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total
Grande discipline	Effectif												
	Ancienneté moyenne dans le corps (en années, mois)												
Droit	Effectif	53	33	86	35	13	48	63	7	70	71	6	77
	Ancienneté moyenne dans le corps (en années, mois)	6 a	6 a 7 m	6 a 3 m	13 a 10 m	12 a 5 m	13 a 9 m	15 a	13 a 3 m	18 a 5 m	21 a 9 m	15 a	21 a 2 m
Lettres	Effectif	10	18	28	90	61	141	162	43	205	106	44	150
	Ancienneté moyenne dans le corps (en années, mois)	2 a 7 m	2 a 6 m	2 a 6 m	7 a	5 a 9 m	6 a 5 m	12 a 10 m	11 a 2 m	12 a 3 m	16 a 3 m	13 a 4 m	15 a 6 m
Sciences	Effectif	179	30	209	271	43	314	280	31	311	152	19	171
	Ancienneté moyenne dans le corps (en années, mois)	3 a 7 m	2 a 6 m	3 a 5 m	9 a 4 m	8 a 6 m	9 a 2 m	17 a 4 m	16 a 6 m	17 a 3 m	21 a 5 m	19 a 8 m	21 a 3 m
Pharmacie	Effectif	2	4	6	19	7	26	24	6	30	13	6	19
	Ancienneté moyenne dans le corps (en années, mois)	4 a 6 m	3 a	3 a 6 m	8 a 1 m	6 a	7 a 6 m	17 a 6 m	16 a 10 m	17 a 2 m	23 a 5 m	24 a	23 a 7 m
Médecine et Odontologie	Effectif	19	4	23	187	34	221	166	17	183	119	7	126
	Ancienneté moyenne dans le corps (en années, mois)	1 a 9 m	1 a 9 m	1 a 8 m	8 a 4 m	5 a 11 m	8 a 2 m	19 a 1 m	17 a 11 m	19 a	24 a 11 m	22 a 1 m	24 a 9 m

Corps		Maîtres de conférences											
		Classe d'âge 40 ans			Classe d'âge 50 ans			Classe d'âge 60 ans			Classe d'âge 65 ans		
		H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total
Grande discipline	Effectif												
	Ancienneté moyenne dans le corps (en années, mois)												
Droit	Effectif	151	139	290	54	42	96	43	26	109	54	15	69
	Ancienneté moyenne dans le corps (en années, mois)	8 a 7 m	8 a 4 m	8 a	15 a 2 m	15 a 4 m	15 a 3 m	16 a 5 m	13 a 6 m	15 a 9 m	19 a 6 m	18 a	19 a 3 m
Lettres	Effectif	162	272	434	142	160	302	122	116	238	61	43	104
	Ancienneté moyenne dans le corps (en années, mois)	6 a 6 m	7 a 5 m	7 a 1 m	18 a 9 m	13 a 3 m	11 a	15 a 3 m	13 a 6 m	14 a 6 m	18 a	16 a 6 m	17 a 0 m
Sciences	Effectif	507	296	803	113	108	221	175	45	220	94	23	117
	Ancienneté moyenne dans le corps (en années, mois)	9 a 4 m	10 a	9 a 7 m	17 a 4 m	17 a 11 m	17 a 6 m	20 a 8 m	20 a 3 m	20 a 9 m	21 a 2 m	21 a 4 m	21 a 2 m
Pharmacie	Effectif	10	31	41	12	18	30	13	22	35	10	8	18
	Ancienneté moyenne dans le corps (en années, mois)	7 a 2 m	6 a 10 m	7 a	15 a 7 m	15 a 7 m	15 a 7 m	20 a 2 m	18 a 5 m	19 a 6 m	22 a	22 a 6 m	21 a 2 m
Médecine et Odontologie	Effectif	49	50	99	28	13	41	34	16	50	21	18	39
	Ancienneté moyenne dans le corps (en années, mois)	3 a 7 m	4 a 1 m	3 a 10 m	11 a 6 m	13 a 4 m	11 a 5 m	20 a 8 m	21 a 5 m	21 a 3 m	21 a 3 m	22 a 2 m	21 a 7 m

Source : DGSRH A1-3

**Annexe 15 : Les hospitalo-universitaires au sein de
l'Université, fiche réalisée par la mission,
décembre 2010**

Les hospitalo-universitaires au sein de l'université

1. SITUATION COMPAREE DES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES AU REGARD DES AUTRES UNIVERSITAIRES

1.1. Les effectifs

L'enseignement supérieur français⁴⁷ comptait en 2009-2010 18 845 professeurs, dont 4 544 au titre des trois disciplines de Santé (127 en odontologie, 572 en pharmacie et 3 845 en médecine), soit 24 % du corps des professeurs d'université (PU). Quant aux maîtres de conférences (MDC), ils sont 3 359 au titre des disciplines de santé (418 en odontologie, 1 267 en pharmacie et 1 674 en médecine) ; ils représentent 9 % du corps des MDC (36 704 au total). On voit donc qu'au sein des enseignants des disciplines de santé la part des professeurs est supérieure à celle de l'ensemble des enseignants du supérieur : 57,5% de professeurs chez les hospitalo-universitaires contre 33,9% pour l'ensemble de la population des universitaires.

Le corps des PU-PH est, massivement, masculin (85 %) alors que dans les autres disciplines universitaires, ce taux est, généralement, moindre : 68 % en Lettres, 80 % en Droit mais 86 % en Sciences. En revanche, le corps des MCU-PH est, lui, fortement féminisé (50 %), et souvent beaucoup plus que dans les autres disciplines universitaires (53 % en Lettres, 42 % en Droit contre 32 % en Sciences).

1.2. Les carrières

Les PU-PH ont été, en moyenne (2009-2010)⁴⁸, recrutés à 51 ans en odontologie (52 ans pour les femmes et 51 ans pour les hommes), à 43 ans en pharmacie (41 ans pour les femmes et 45 ans pour les hommes) et à 44 ans en médecine (44 ans pour les femmes et 43 ans pour les hommes). À titre de comparaison, l'âge de recrutement était de 48 ans en Lettres, de 42 ans en Sciences et de 39 ans en Droit. Quant aux MDC-PH, leur âge moyen de recrutement était de 35 ans en odontologie (tant pour les hommes que pour les femmes), de 32 ans en pharmacie (tant pour les hommes que pour les femmes) et de 37 ans en médecine (36 ans pour les femmes et 37 ans pour les hommes). Dans les autres disciplines, il s'agissait de 31 ans en Sciences, de 33 ans en Droit et de 37 ans en Lettres. On constate donc que, hormis en Lettres, les enseignants du supérieur relevant de la Santé sont recrutés plus tardivement que leurs homologues. Et on ajoutera qu'en Sciences, et plus encore en Lettres, ils ont fréquemment été professeurs dans l'enseignement secondaire avant d'intégrer l'université.

Les PU-PH partent, en moyenne, à la retraite à 65 ans en odontologie (65 ans pour les hommes et 66 ans pour les femmes), à 65 ans en pharmacie (66 ans pour les hommes et 64 ans pour les femmes) et à 65 ans en médecine (66 ans pour les hommes et 64 ans pour les femmes). Ces mêmes départs de PU s'effectuent à 64 ans tant en Droit et en Lettres qu'en Sciences. Pour les MDC-PH, les départs sont à 66 ans en odontologie (67 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes), à 63 ans en pharmacie (64 ans pour les hommes et 63 ans pour les femmes) et à 65 ans en médecine (66 ans pour les hommes et 65 ans pour les femmes). Dans les autres disciplines, les MDC quittent la Fonction publique à 63 ans en Droit et Lettres et à 64 ans en Sciences. Il n'y a donc pas, globalement, d'écarts entre les corps (PU et MDC), ni entre les disciplines.

⁴⁷ Source DGRH-A1-1 – cf. annexe 14.

⁴⁸ Source DGRH-A1-1.

Mais, derrière ces moyennes d'âge, se cachent des particularités indiciaires propres aux corps de Santé. Si on compare les rémunérations au moment du départ à la retraite des PU, on observe une pyramide déformée au bénéfice des corps de Santé. 13 % des PU-PH partent en 2nde classe (indice 901 à A3 ; rémunération nette mensuelle de 2 836 € à 3 721 €) contre 20 % des autres enseignants. 44 % des PU-PH partent en 1^{ère} classe (indice 1 015 à C3 ; rémunération de 3 173 € à 4 498 €) contre 51 % des autres enseignants. 11 % des PU-PH partent au 1^{er} échelon de la classe exceptionnelle (D1 à D3, rémunération de 4 498 € à 4 908 €) contre 12 % des autres enseignants. Mais, 32 % des PU-PH partent au sommet de la grille (E1 à E2, rémunération de 4 908 € à 5 101 €).

Quant à l'avenir démographique des corps d'enseignants concernés, les projections de départs à la retraite dans la prochaine décennie (projections faites antérieurement à la réforme de novembre 2010) font apparaître un taux de départ de 40 % pour les PU-PH en médecine, de 43 % en odontologie, et de 45 % en pharmacie. En Sciences, le taux est de 38 %, en Droit de 40 %, en Lettres de 62 %. Quant aux MDC-PH, les taux prévus sont de 33 % en médecine, de 28 % en odontologie et de 26 % en pharmacie ; en Sciences, le taux est de 15 %, en Droit de 21 % et en Lettres de 21 %.

2. COMPARAISONS DE LA SITUATION DES DIFFERENTES CATEGORIES D'UNIVERSITAIRES AU REGARD DES DROITS A LA RETRAITE

2.1. Les Professeurs des Universités

Une analyse de cas-types représentatifs montre qu'en Sciences⁴⁹, le taux de remplacement⁵⁰ d'un PU, né en 1945 et ayant pris sa retraite en 2010, est de 82 % (pension nette hors mutuelle de 4 691 €) avec une validation de près de 5 années d'auxiliariat. Toujours dans le même champ disciplinaire, on trouve un autre enseignant, né en 1946 et prenant sa retraite en 2011, qui a un taux de remplacement de 88 % (3 709 €). En Droit, on trouve un enseignant, né en 1945 et ayant pris sa retraite en 2010 après avoir validé un peu plus de 13 années d'auxiliariat, avec un taux de remplacement de 98 %. Toujours dans ce champ, on a un PU, né en 1946 et ayant pris sa retraite en 2009 avec près de 6 années d'auxiliariat validées, avec un taux de remplacement de 78 %.

En Médecine, compte tenu d'une carrière se terminant généralement un peu plus tard que celle des autres universitaires, on trouve le cas d'un PU-PH, né en 1942 et parti à la retraite en 2010 après avoir bénéficié d'un surnombre de près de 4 ans et ayant validé 7 années de services auxiliaires, recevant une pension de 4 156 € (2^{ème} classe, 6^{ème} échelon, 3^{ème} chevron). De même (naissance en 1942, 2 années de surnombre, recul d'un an pour enfant, retraite en 2010, près de 8 années d'auxiliariat), on a une pension de 5 163 € (1^{ère} classe, 3^{ème} échelon, 1^{er} chevron). Et le taux de remplacement, sans prendre en compte les indemnités au titre de l'activité hospitalière, est de 87 % pour un autre PU-PH (classe exceptionnelle, 1^{er} échelon), né en 1942, parti en 2010 (pension de 5 032 €).

On voit donc que la situation, au titre de la pension civile, des PU-PH ne diffère pas de celle de leurs homologues universitaires des autres grands champs disciplinaires. La prise en compte des années d'auxiliariat antérieures à la titularisation en tant que PU, la possibilité d'aller au-delà de 65 ans, le calcul de l'assiette de la pension sur les 6 derniers mois, tout concourt à cette similitude. Par construction, le statut de la fonction publique d'Etat impose sa marque unificatrice jusqu'au calcul du montant des pensions.

⁴⁹ Tous les cas mentionnés dans ce paragraphe et le paragraphe suivants sont des cas réels et représentatifs (source DGRH).

⁵⁰ Première pension nette / dernière rémunération d'activité nette.

2.2. *Les Maîtres de conférence*

En Sciences, une analyse sur cas-type représentatif montre qu'un MDC né en 1948 parti en 2010 a un taux de remplacement de 79 % (3 499 €). Un autre, né en 1947, bénéficie d'un taux de remplacement de 76 % (2 845 €). En droit, on trouve des situations similaires avec, par exemple, un taux de remplacement de 72 % (3 155 €) pour une personne née en 1947 et partie en 2009.

En médecine, un MCU-PH (1ère classe, 6ème échelon) né en 1943 est parti avec un taux de remplacement de 82 % (3 067 €), toujours sans prendre en compte les émoluments hospitaliers. En odontologie, un MDC-PH (hors classe, 6ème échelon), né en 1942 est parti avec 83 % (pension de 3 638 €) de son dernier traitement.

Il arrive cependant que le taux de remplacement soit très inférieur aux 75 %. Cette situation est liée à la nature de la carrière antérieure qui peut rapprocher, dans l'entrée tardive dans l'enseignement supérieur et l'absence ou la faiblesse de services auxiliaires, un enseignant de droit (pension de 2051 € taux de remplacement de 54 %, entrée dans le corps à 41 ans) et un odontologue (pension de 1 773 € taux de remplacement de 50 %, entrée dans le corps à 43 ans).

2.3. *L'avenir*

Le premier facteur qui va jouer, pour les enseignants des disciplines littéraires et scientifiques, est la fin, dans quelques années, de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations ayant bénéficié des procédures de pré-recrutements des enseignants (IPES pour l'essentiel, ENI) ; on exceptera à ce propos les anciens élèves des ENS⁵¹. Les universitaires de ces disciplines, même s'ils auront fort souvent été enseignants du 2nd degré (CAPE et/ou agrégation), vont compter un nombre d'annuités, au même âge, inférieur de trois à quatre ans, voire plus, à celui de leurs aînés.

En Droit, comme en Médecine, le nombre d'annuités au titre de la FPE ne va pas varier. Mais, on l'a vu, le recrutement des enseignants des disciplines juridiques est beaucoup plus précoce que celui de leurs homologues des disciplines médicales.

Reste la question qui va toucher tous les fonctionnaires, mais à des degrés divers, de la suppression de la validation des services auxiliaires, antérieurs à la titularisation comme fonctionnaire à compter du 1^{er} janvier 2013⁵². Or ces périodes d'auxiliarat permettent de compléter, à la marge, une carrière (enseignants de Lettres ou de Sciences ayant été surveillant ou maître auxiliaire). En revanche, pour les PU-PH ou MCU-PH, l'amplitude de l'auxiliarat est beaucoup plus conséquente (internat, clinicat, praticien hospitalier...). En Lettres ou en Sciences, ce sont trois ou quatre années qui ne pourront être validées au titre des pensions de la FPE ; en Médecine, il s'agira de 10 à 15 années. De fait, c'est la structure du système des pensions des PU-PH qui va être, à terme, remis en cause.

⁵¹ Dans le système administratif, les ENI et IRA ainsi que les écoles des Finances ; dans le système technique, les écoles d'ingénieurs d'État ; dans le système militaire, les écoles d'officiers.

⁵² Art. 5-3^e al. du code des pensions : « Pour les fonctionnaires titulaires, au plus tard le 1^{er} janvier 2013, [...] ils peuvent valider les services auxiliaires ». Les intéressés ont deux ans qui pour effectuer cette validation, c'est-à-dire avant le 1^{er} janvier 2015.