

Frédéric Bizard pour



ANALYSE ECONOMIQUE ET PERSPECTIVES D'AVENIR DU SYSTEME DE RETRAITE DES MEDECINS LIBERAUX

RAPPORT

FEVRIER 2019

Synthèse.....	2
Partie I	4
Etat des lieux du système des retraites des médecins libéraux	4
1.1/ Présentation générale du système de retraite des médecins libéraux.....	5
1.1.1/ <i>Le régime de base obligatoire (CNAVPL)</i>	5
1.1.2/ <i>Le régime complémentaire obligatoire CARMF (RCO-CARMF)</i>	9
1.1.3/ <i>Un régime supplémentaire obligatoire - Avantage social vieillesse (ASV) - en perte de vitesse</i>	10
1.1.4/ <i>Compléments facultatifs de retraite par capitalisation</i>	12
1.2/ Analyse démographique des régimes de retraite des médecins libéraux.....	13
1.3/ Etude des montants de retraites des médecins libéraux.....	21
1.3.1/ <i>Retraite en temps choisi ou travailler plus longtemps pour augmenter sa pension</i> ..	21
1.3.2/ <i>Evolution de la rémunération des médecins libéraux</i>	23
1.3.3/ <i>Evolution des pensions des médecins libéraux depuis 2012</i>	25
Partie II	29
Analyse économique des retraites des médecins libéraux	29
2.1/ Performance des placements de la CARMF	30
2.1.1/ <i>Etat des lieux des comptes de la CARMF en 2017</i>	30
2.1.2/ <i>Une stratégie offensive de gestion des réserves de la CARMF</i>	33
2.1.3/ <i>... qui, en dépit de la volonté d'étatisation des Pouvoirs Publics, rend la caisse durablement viable</i>	35
2.2/ La performance des retraites des médecins libéraux en forte baisse jusqu'en 2015	38
2.2.1/ <i>Données de base pour les 3 régimes des médecins libéraux en 2017</i>	39
2.2.2/ <i>Une performance des retraites des médecins libéraux en-deçà de celle des professions libérales</i>	42
2.3/ Le naufrage du régime ASV	48
Partie III	55
Perspectives d'avenir du système des retraites des médecins libéraux	55
3.1/ Les principales données sur le projet présidentiel de la réforme des retraites.....	56
3.2/ Impact de la réforme Macron pour les médecins libéraux.....	61
3.2.1/ <i>L'hypothèse centrale d'un régime universel à 3 PASS condamnerait la CARMF</i>	61
3.2.2/ <i>Des raisons légitimes de défendre la conservation de la CARMF</i>	63
ANNEXES	67
Annexe 1 : Historique des droits des médecins libéraux pour l'âge de départ à la retraite	67
Annexe 2 : Disparités des revenus des médecins libéraux	70
Annexe 3 : Historique des mesures influant sur le calcul de l'assurance vieillesse de base des médecins libéraux	71
Annexe 4 : Comptes de résultats de la CARMF de l'exercice 2017 (en milliers d'euros).....	75
Annexe 5 : Bilan et tableau des capitaux propres de la CARMF au 31 décembre 2017 (en milliers d'euros)	76
Annexe 6 : Répartition des placements de la CARMF au 31/12/2017	77
Annexe 7 : Coûts de la retraite des médecins libéraux en 2018	78
Bibliographie	79

Synthèse

Tous les médecins en activité libérale ont l'obligation de cotiser à trois régimes de retraites par répartition. En contrepartie de ces cotisations, les médecins libéraux (ML) reçoivent une pension de retraite dotée de 3 composantes : une retraite de base, CNAVPL ; une retraite complémentaire, RCO-CARMF et une retraite supplémentaire des médecins conventionnés, ASV.

La caisse gérant ces 3 régimes est la Caisse autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) qui disposait en 2017 de 123 557 cotisants ML et de 64 365 allocataires retraités. Le ratio cotisants/retraités de la CARMF, passé de 4,8 en 2000 à 1,9 en 2017, montre une forte dégradation de la dépendance démographique des ML retraités aux actifs, même si elle reste moins forte que pour les salariés (ratio de 1,4 en 2017).

La démographie des cotisants est très défavorable pour les comptes de la CARMF dans les prochaines années du fait d'une arrivée massive de nouveaux allocataires à court terme. Alors que 16% des cotisants salariés au régime général ont plus de 55 ans, cette proportion est de 55% pour les cotisants ML au RCO-CARMF. Dans les 10 ans, c'est ainsi plus de la moitié des cotisants actuels qui vont prendre leur retraite chez les ML, avec en plus un renouvellement insuffisant. Si le nombre de cotisants est stable depuis 2000, c'est grâce à la montée en puissance du cumul emploi/retraite qui concerne 10% des ML actifs début 2018.

La rémunération moyenne d'un ML était de 89 775€ en 2016, 83 803€ en secteur 1 et 110 661€ en secteur 2 (25% des ML). On observe une forte disparité des revenus, avec un écart interdécile (D9/D1) de 6,6 en secteur 2, de 4 en secteur 1 et chez les médecins généralistes. On retrouve naturellement cette forte disparité parmi les pensions versées aux ML, avec un écart interdécile de 3,8 (contre 2,9 au global en France).

Les pensions versées aux ML atteignent en moyenne 31 694€ par an en 2017, soit 2 641€ par mois, en baisse de 1% en euros courants depuis 2012, soit une perte de pouvoir d'achat de 5,6% sur la période 2012-2017. Le Régime de base représente 21%, le RCO 44% et l'ASV 35% de la pension complète. C'est la pension ASV qui suscite la baisse de la valeur des retraites avec une chute de 8% de sa valeur nominale depuis 2012.

Les cotisations des 3 régimes de retraites atteignent 2 434M€ pour des prestations de 2 380M€, soit un résultat technique positif de 54M€ en 2017. En considérant uniquement les régimes RCO et ASV de la CARMF, le résultat technique affiche une perte depuis 2015, compensée jusqu'à 2017 par les résultats financiers positifs. A partir de 2018, les comptes passeront en perte du fait de résultats techniques trop lourdement déficitaires.

La CARMF a établi une politique offensive de réserves financières destinées à compenser les pertes techniques inévitables dans les années à venir du fait des déséquilibres démographiques. Le régime RCO a ainsi des réserves de 5 744M€, soit 5 ans et 3 mois, et au total les 3 régimes disposent de 6,8 milliards € de réserves financières en 2017.

La gestion de la CARMF a été récemment critiquée par la Cour des Comptes et l'IGAS, qui globalement incitent à une mutualisation de l'ensemble des réserves des sections des professionnels libéraux et à une étatisation de la gouvernance. En réalité, il apparaît que la CARMF a réduit ses frais de gestion et, tout en respectant la législation, a adopté une stratégie offensive de placements financiers pour sauver la soutenabilité financière à long terme de ses régimes, avec un rendement moyen annuel de 5,8% depuis 2004.

Grâce à ce matelas financier, les projections actuarielles récentes montrent qu'en dépit de résultats négatifs de 2018 à 2033, la CARMF est en situation de passer ce déséquilibre démographique, sachant que la hausse du nombre de cotisants devrait reprendre à partir de 2025. Cette soutenabilité financière dépendra à la fois des résultats financiers des placements et de la politique de santé dont le cap devra changer pour améliorer les conditions de l'exercice libéral plutôt que de les dégrader et d'inciter au salariat.

La rentabilité des cotisations des régimes des ML a fortement baissé jusqu'en 2015, s'établissant de 4,5% à 7,5% selon les régimes, pour une rentabilité globale de 5,44% en 2017, inférieure aux autres professions libérales mais supérieure à celle des salariés du privé. Cette chute de la rentabilité des cotisations s'est traduite par une perte sensible de pouvoir d'achat des ML retraités, qui ont perdu 15% de pouvoir d'achat depuis 2000, soit près de 1% par an. Avec l'alourdissement de la fiscalité des retraites, cette perte se rapproche des 20%.

La gestion du régime ASV des années 70 à 2000 pose question. Son rendement est passé de plus de 55% en 1980 à 4,7% en 2017. La valeur du point de service a augmenté de 331% de 1971 à 1981 puis de 110% de 1981 à 1996. Cette hausse déraisonnable du point s'est accompagnée d'une baisse des cotisations avec un taux d'appel qui a été baissé à 60% dans la décennie 70. Cette gestion court-termiste et (trop) généreuse pour les générations concernées à l'époque a mis le système en quasi-faillite dans les années 90, entraînant une reprise en main du régime par l'Etat et un sauvetage à un coût très élevé pour les générations à venir. Outre l'impact sur les retraites, ce naufrage du régime ASV impacte la politique du conventionnement dont il est une des contreparties financières significatives.

La réforme Macron devant conduire à l'instauration d'un régime universel à points présente encore de multiples inconnus. C'est le cas notamment pour le pilotage de ce régime universel et pour le choix des opérateurs. Le spectre d'un régime étatique unique est avancé mais cela pourrait être un chiffon rouge agité par le gouvernement ou une réelle menace. En revanche, le choix de l'assiette de cotisation plafonnée à 3 PASS semble très avancé, ce qui condamnerait très probablement l'avenir de la CARMF, et donc le concept de solidarité professionnelle qui y est attaché.

Si on voit mal le gouvernement s'arc-bouter sur la reprise des réserves financières existantes, tant le sujet est un casus belli garanti, la conservation d'un régime complémentaire viable ne pourra résulter que d'un combat à mener urgemment par les professionnels et en poussant un projet alternatif, permettant la réalisation des grands principes de la réforme voulu, plutôt qu'en s'opposant à ces derniers. Pour mener ce combat, outre le projet, il faut un leader et l'obtention d'une union au sein des professions libérales.

Partie I

Etat des lieux du système des retraites des médecins libéraux

1.1/ Présentation générale du système de retraite des médecins libéraux

Tous les médecins en activité libérale ont l'obligation de cotiser à trois régimes de retraites par répartition.

En contrepartie de ces cotisations, médecins et chirurgiens libéraux recevront une pension de retraite dotée de 3 composantes :

- **Une retraite de base**, CNAVPL
- **Une retraite complémentaire**, CARMF
- **Un régime supplémentaire** des médecins conventionnés, ASV

La caisse dédiée aux médecins libéraux est la Caisse autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF). Elle a **été créée en 1948. C'est la section professionnelle des médecins de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL).**

Elle gère pour le compte de la CNAVPL le régime de retraites de base des médecins libéraux. Elle gère en réalité **cinq régimes** :

- Les trois régimes obligatoires de retraite ;
- Un régime de prévoyance décès/invalidité obligatoire ;
- Un régime facultatif de retraite complémentaire loi Madelin¹

Les conjoints collaborateurs peuvent souscrire à l'ensemble des régimes, à l'exception du régime supplémentaire ASV.

1.1.1/ Le régime de base obligatoire (CNAVPL)

Commune à toutes les professions libérales, la caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Professions libérales (CNAVPL) a été instituée par la loi n°48-101 du 17 janvier 1948 et modifiée par la loi Fillon n° 2003-772 du 21 août 2003. Gouvernée par des professionnels libéraux élus par leurs pairs, la CNAVPL est une caisse nationale de retraite chargée de **garantir la pérennité du régime de base obligatoire** des professionnels libéraux en France (à l'exception des avocats qui relèvent de la Caisse Nationale des barreaux français).

Les administrateurs de la CNAVPL rendent les arbitrages qui sont sensés conjuguer au mieux dans l'intérêt commun des affiliés les exigences de performances, de solidarité et d'équité entre les générations. Conscients des particularités de leur mode d'exercice,

¹ Les contrats facultatifs de retraite Madelin permettent aux travailleurs non-salariés de se constituer des revenus réguliers qui viendront compléter les pensions de base et complémentaires obligatoires une fois qu'ils auront quitté la vie active. Le dispositif consiste à épargner pour percevoir des rentes à compter du départ à la retraite et jusqu'au décès.

les professionnels libéraux ont ainsi organisé leurs propres institutions afin de gérer en pleine responsabilité leur retraite obligatoire.

Pour soutenir les régimes de retraite des professionnels libéraux, la CNAVPL remplit des missions de **gestion, de représentation et d'animation de réseau**.

- Elle pilote le régime de base des professionnels libéraux, exerce une action sociale et assure la cohérence de l'action sociale de ses sections professionnelles. Elle crée tout service d'intérêt commun à l'ensemble des sections professionnelles ou à certaines d'entre elles. Elle s'assure des conditions de maîtrise des risques pour la gestion du régime de base. Enfin, elle veille à la cohérence et à la coordination des systèmes d'information des membres de l'Organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales ;
- Elle représente les intérêts des professionnels libéraux auprès des pouvoirs publics et des autres organisations de protection sociale ainsi qu'auprès des chambres et des ordres professionnels, associations, syndicats professionnels et de leurs unions et fédérations ou des autres organismes représentatifs. Elle émet un avis, au nom de l'Organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales, lorsque nécessaire ;
- Elle assure la cohésion de l'Organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales. Dans ce cadre, elle anime et coordonne l'action des sections professionnelles.

Depuis 2016, **un contrat pluriannuel signé avec l'Etat** fixe les orientations de la CNAVPL en matière de gestion du régime de base.

Les sections professionnelles de la CNAVPL

Investies d'une **mission de service public**, les sections de la caisse (la CARMF pour les médecins libéraux) sont les **interlocutrices de proximité** des professionnels libéraux pour leur retraite obligatoire.

Elles assurent 3 missions :

- La gestion du régime de retraite de base pour le compte de la CNAVPL,
- Le pilotage des régimes complémentaires de retraite et d'invalidité-décès,
- La gestion des régimes prestations complémentaires vieillesse.

Au nombre **de dix**, chacune des Sections professionnelles représente un groupe de métiers :

- Chirurgiens-dentistes et sages-femmes (CARCDSF)
- Médecins (CARMF)
- Infirmiers, masseur-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes (CARPIMKO),
- Vétérinaires (CARPV),
- Agents généraux d'assurance (CAVAMAC),
- Experts-comptables et commissaires aux comptes (CAVEC),
- Officiers ministériels, officiers publics et des compagnies judiciaires (CAVOM),
- Pharmaciens (CAVP),

- Architectes, agrées en architecture, ingénieurs, techniciens, géomètres, experts, conseils, consultants ... (CIPAV)
- Notaires (CPRN).

Les élus professionnels libéraux prennent en considération les spécificités de chaque corps de métier. Ils déterminent chaque année les paramètres des régimes complémentaires afin d'en garantir la pérennité : **valeur du point de retraite et montant des cotisations.**

Au 30 juin 2017, l'Organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales regroupait plus **d'1 million de cotisants, près de 300 000 retraités et 48 000 conjoints survivants** bénéficiant d'une pension de réversion (tous affiliés confondus, micro-entrepreneurs compris). La CIPAV, la CARMF et la CARPIMKO arrivent en tête du point de vue des effectifs de cotisants. **Elles représentent près de 87% des effectifs de la CNAVPL.**

Depuis le 1^{er} janvier 2018, les micro-entrepreneurs qui créent leur activité libérale ne font plus partie de la CIPAV et rejoignent le régime général. La CIPAV rassemble cependant encore une petite vingtaine de professions disparates, comme les experts automobiles, les psychologues et les architectes. Cette réforme en cours va d'ailleurs alléger les charges de compensation nationale financées par ce régime de base des médecins libéraux.

Règle de calcul pour ce régime

La CNAVPL est un régime **par répartition pure**, les cotisations de l'année N servent à payer les pensions de l'année N. La répartition revient ainsi à compter sur les cotisations des actifs pour financer chaque mois les pensions des retraités. Ce système par répartition requiert un renouvellement suffisant de la population relevant du régime, sans quoi les pensions deviendront faibles.

Le nombre de points qu'un assuré peut obtenir du régime de base obligatoire chaque année est **au maximum de 550 par an.**

Depuis le 1^{er} janvier 2004, la cotisation à ce régime de base obligatoire est **unique et proportionnelle aux revenus**. Elle se paie annuellement et est automatiquement convertie en point pour permettre le calcul de la pension de retraite.

Elle est calculée à titre provisionnel en fonction des revenus professionnels non-salariés de l'année N-2 **dans la limite de 5 PASS**². Depuis le 17 janvier 2011, à la demande de l'assuré(e), l'assiette des cotisations peut être fixée sur la base des revenus estimés de l'année N.

² PASS = le plafond annuel de la sécurité sociale est un référentiel qui permet de déterminer la base de calcul des cotisations sociales. En 2018, le PASS est de 3311€ par mois, soit 39 732€ par an.

Pour pallier le déséquilibre financier du système de retraites, l'âge de la retraite a été fixé à 62 ans à partir de 2018. L'âge de de départ à taux plein est progressivement relevé et sera de 67 ans en 2023.

Pension de réversion du régime de base CNAVPL

Les conditions d'octroi de la pension de réversion ont été aménagées en 2004 et 2005 (articles 91 et 96 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, 65 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, du décret n° 2004-858 du 24 août 2004 et du décret n° 2005-1004 du 22 août 2005).

En cas de décès de l'assuré, la pension de réversion est versée au conjoint survivant sous condition de ressources et d'âge, au taux de 54%, sans condition de durée de mariage ou de remariage.

Un Conseil d'administration et un bureau

La CNAVPL est gérée par un Conseil d'administration composé de 16 membres titulaires : les Présidents des 10 sections professionnelles et 6 membres désignés par les syndicats représentant les professions libérales au niveau national (UNAPL et CNPL).

Chaque Président désigne son suppléant au Conseil d'administration de la CNAVPL. Toutes les années impaires, le Conseil d'administration choisit, parmi ses membres titulaires, ceux qui sont appelés à siéger au bureau.

Le bureau comprend un Président, deux Vice-Présidents, un Secrétaire-Général et un Trésorier. Le (la) Président de la CNAVPL est élu pour un mandat de deux ans, reconductible deux fois, soit pour une durée maximale de six ans correspondant à trois mandats. Le Conseil d'administration de la CNAVPL se réunit au minimum quatre fois par an.

1.1.2/ Le régime complémentaire obligatoire CARMF (RCO-CARMF)

Le régime complémentaire CARMF est un **système par répartition provisionnée**, dont une partie des cotisations sert à payer les retraites et une partie est mise en réserve pour le jour où le nombre d'actifs ne sera plus suffisant. Son fonctionnement est **un mixte de répartition et de capitalisation**. La composante capitalisation permet au système de perdurer durablement en dépit des aléas démographiques de la profession des médecins libéraux.

La pension de retraite complémentaire CARMF est depuis le 1/01/2017 **versée aux médecins libéraux à 62 ans et non plus à 65 ans**. Depuis le 1^{er} janvier 1996, la cotisation au régime complémentaire est **proportionnelle au revenu net de l'année N-2 (cotisation de 9,80%) et permet l'acquisition de 10 points maximum chaque année**. Elle s'applique sur l'ensemble des revenus non-salariés, dans la limite de 3,5 PASS, après réintégration des cotisations retraites Madelin non déductibles.

Depuis cette date, le rachat de points est autorisé à compter de 45 ans. Il porte :

- Soit sur des années passées sous les drapeaux ou d'inactivité pour fait de guerre ;
- Soit, pour les femmes, à 3 trimestres par enfant né pendant l'exercice de la profession libérale ;
- Soit encore lorsque la moyenne des points acquis depuis l'affiliation n'atteint pas 4 plafonds annuels de la sécurité sociale.

Le coût de rachat est de 1/10 de la cotisation maximale de l'année de rachat. Il est accordé en plus 0,33 point gratuit par trimestre. Les points manquants des années incomplètes peuvent être achetés. Le coût de l'achat est de 1,40% du plafond de cotisation de l'année en cours. Il est possible de racheter des trimestres, au maximum 12.

La pension de retraite est **augmentée de 10% si le médecin a eu au moins 3 enfants** qui étaient à charge effective ou celle de son conjoint, pendant au moins 9 ans avant leur 16^{ème} anniversaire.

La pension de réversion est **versée dès 60 ans au conjoint survivant ou ex-conjoint survivant non divorcé, et correspondant à 60% des droits acquis du défunt**. Pour un médecin ayant rempli les conditions requises et en activité, ces droits s'entendent hors minoration pour départ anticipé. La pension de réversion peut être majorée de 10% (majoration familiale 3 enfants).

1.1.3/ Un régime supplémentaire obligatoire - Avantage social vieillesse (ASV) - en perte de vitesse

Instaurés par un décret de 1962, les régimes ASV (avantage social vieillesse) des professions médicales et paramédicales sont des régimes conventionnels. Cinq groupes professionnels libéraux en bénéficient : **médecins, chirurgiens-dentistes, auxiliaires médicaux, sages-femmes et directeurs de laboratoires privés d'analyse médicale.**

Rendus obligatoires dans les années 70 (en 1972 pour les médecins), ces régimes de retraite ont la particularité de bénéficier d'un financement aux 2/3 par l'Assurance maladie (sauf pour les médecins de secteur 2), ce qui constitue **la contrepartie du conventionnement des professionnels et de la pratique d'honoraires modérés.**

Le régime ASV des médecins est une retraite supplémentaire destinée essentiellement aux médecins conventionnés exerçant leur activité en libéral, en secteur 1 ou en secteur 2. Elle représente aujourd'hui **35% du montant total de la retraite de ces médecins conventionnés.**

Comme le régime de base, c'est un régime par **répartition pure**. La cotisation annuelle a été fixée jusqu'en 2006 en fonction de la valeur au 1^{er} janvier de la lettre clé « C » (25 euros au 1^{er} janvier 2018) et permet l'acquisition **d'un maximum de 36 points.**

La réforme de 2006

L'article 77 de la LFSS 2006, effectif au 1^{er} janvier 2006, a fixé les **bases communes de la réforme des régimes ASV**. Il donne à **l'Etat** la possibilité de piloter ces régimes (le montant des cotisations et des prestations étant fixé par décret), ce qui se justifie par l'importance du financement public et par l'état dégradé des comptes, sans remettre en cause ni la gestion des régimes par les sections professionnelles ni la participation des caisses d'assurance maladie au paiement des cotisations. Cette participation est fixée depuis la loi du 9 août 2004 dans le cadre des conventions médicales.

Cette réforme crée les conditions de **rééquilibrage des régimes** par agissement à la fois sur les cotisations et les prestations :

- Déconnexion de la cotisation des lettres clé des professionnels de santé. La cotisation et le nombre de points sont désormais fixés par décret : la cotisation peut ainsi être indexée sur l'inflation, ce qui permet de garantir une évolution des recettes en euros constants.
- Possibilité d'appeler une **cotisation proportionnelle aux revenus**³. La loi ouvre la possibilité que cette cotisation soit créatrice de droits en fonction de la situation propre à chaque régime.
- Distinction de 3 catégories de points, scindant le passé du futur :
 - Points liquidés au 1^{er} janvier 2006 : une seule valeur de service possible ;

³ En sus de la cotisation forfaitaire. La participation de l'AMO à cette cotisation est également régie par la convention.

- Points acquis à partir du 1^{er} janvier 2006 : idem
- Points acquis avant le 1^{er} janvier 2006 et non liquidés à cette date. Une modulation de la valeur de service est prévue en fonction de la date d'acquisition et de la date de liquidation des points. Cette mesure a pour but de ramener le rendement selon l'année d'acquisition des points vers le **rendement d'équilibre**.

A défaut de parution du décret d'application de l'article 77 précité, le régime ASV a **continué à fonctionner jusqu'en 2011 sur les paramètres antérieurs** à la LFSS 2006 (notamment pour ce qui concerne le mode de fixation de la cotisation en fonction du tarif de la consultation, reconduit une nouvelle fois par décret en décembre 2010).

Le décret n° 2011-1644 du 25 novembre **2011** réformant le régime ASV prévoit, qu'à compter de 2012, la cotisation ASV **comportera deux parts (voir annexe 6)** :

- **Une forfaitaire**, donnant droit à 27 points, et
- **Une proportionnelle** (dite « d'ajustement »), qui permettra d'acquérir jusqu'à 9 points par an.

Le décret n° 2016-1198 du 2 septembre **2016** est venu modifier le décret du 25 novembre 2011 relatif au régime ASV, d'une part en relevant progressivement le montant de la cotisation d'ajustement à partir de 2017 pour atteindre 3,8 % en 2020 (article 1^{er}), et d'autre part en fixant la nouvelle valeur de service du point à compter du 1^{er} janvier **2017 à 11,31 €**, en cohérence avec la réforme du départ en retraite « en temps choisi ».

Années	Part forfaitaire (1)	Part proportionnelle (« d'ajustement ») (2)
2012	4 300 €	0,25 %
2013	4 400 €	0,90 %
2014	4 500 €	1,50 %
2015	4 650 €	2,10 %
2016	4 850 €	2,60 %
2017	4 929 €	2,80 %
2018	Revalorisation	3,20 %
2019	Revalorisation	3,60 %
2020	Revalorisation	3,80 %

(1) A compter de 2017, le montant de la part forfaitaire est revalorisé chaque année en fonction de l'évolution du revenu conventionnel moyen.

(2) A compter de 2017, le taux a été fixé par le décret n° 2016-1198 du 2 septembre 2016.

Le médecin de secteur 1 a deux tiers de ses cotisations payées par l'Assurance maladie et le celui de secteur 2 en supporte 100% des coûts.

La retraite supplémentaire ASV est depuis le 1/01/2017 **versée aux médecins libéraux à 62 ans et non plus à 65 ans**. Le montant de la retraite correspondant à ce régime est fonction du nombre de points. La pension ASV se calcule ainsi :

Retraite supplémentaire ASV = **Valeur du point X Nombre de points X Taux de liquidation**

1.1.4/ Compléments facultatifs de retraite par capitalisation

La CARMF gère un **régime complémentaire facultatif par capitalisation – Capimed** – réservé aux médecins libéraux et à leurs conjoints collaborateurs. Il permet de constituer une épargne complémentaire de retraite **tout en bénéficiant d'une déductibilité fiscale des cotisations.**

Comme tous citoyens actifs, les médecins libéraux ont la possibilité de souscrire à des produits d'épargne et d'investissement permettant d'améliorer leur assise financière pour leur retraite.

Au-delà de **l'épargne retraite classique** (Plan d'épargne retraite populaire (PERP), assurance vie, **Plan d'épargne en actions** (PEA), Plan d'épargne collectif pour la retraite (PERCO)...) et de l'investissement dans l'immobilier, les médecins peuvent bénéficier des **contrats Madelin.**

Dans le cadre de la loi Madelin, les médecins disposent d'un régime complémentaire de retraite par capitalisation. Réservé aux travailleurs non-salariés, il permet de déduire du revenu imposable les cotisations versées et s'adresse aux personnes soumises à l'impôt : sur le bénéfice non commercial (BNC) des professions libérales et affiliées au régime obligatoire maladie et vieillesse des travailleurs non-salariés (non agricoles), ainsi que les gérants non-salariés de sociétés, les associés de sociétés de personnes et les associés uniques d'EURL relevant de l'article 62 du Code Général des impôts (CGI). Il existe 3 types de contrats Madelin : mono-support, multi-supports et en points.

1.2/ Analyse démographique des régimes de retraite des médecins libéraux

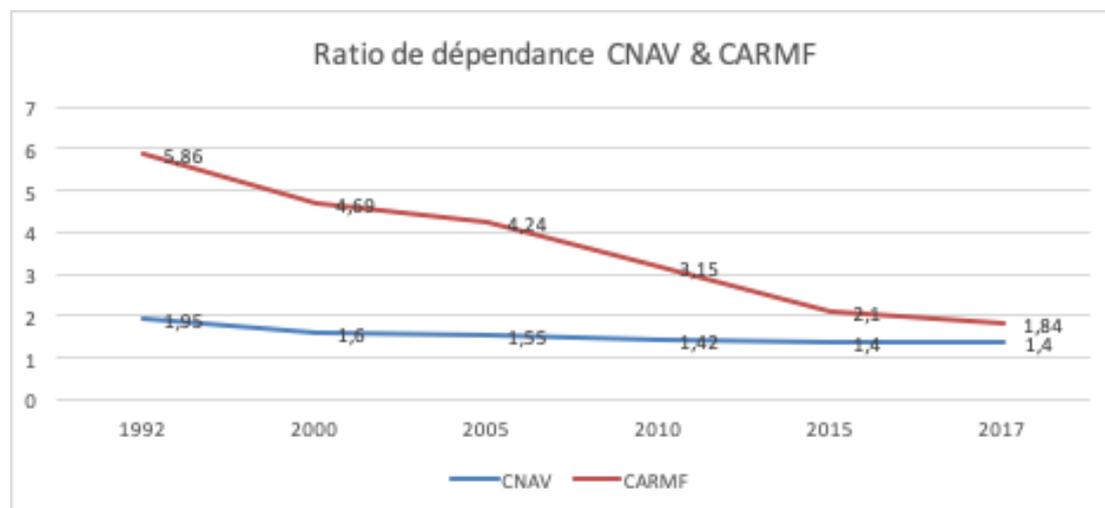
Le **ratio cotisants/allocataires**, i.e. le rapport entre le nombre d'actifs qui financent les retraités et le nombre de retraités, est un indicateur important pour apprécier l'équilibre (ou l'éventuel déséquilibre) d'un régime de retraite. Plus le ratio est faible, plus l'effort de financement du régime pèse sur les épaules des actifs.

Tableau 1 : Répartition des affiliés par régime et par secteur

Exercice	2000	2005	2010	2015	2017	Evolution 2017 vs 2000
Cotisants						
Régime de base- CNAVPL*	123 952	125 802	125 418	123 946	123 092	-0,7%
Régime complémentaire** (1)	124 975	126 825	126 309	124 535	123 557	-1,1%
ASV- Secteur 1***	94 565	95 758	95 170	93 054	92 044	-2,7%
ASV- Secteur 2	28 219	28 649	28 683	28 872	28 912	2,5%
Total ASV	122 784	124 407	123 853	121 926	120 956	-1,5%
Allocataires - Retraités	25 588	28 728	37 799	56 192	64 365	124%
Ratio cotisants/retraités						
CNAVPL	4,8	4,4	3,3	2,2	1,9	
RC-CARMF	4,9	4,4	3,3	2,2	1,9	
ASV	4,8	4,3	3,3	2,2	1,9	
<i>(1) Y compris les adhérents volontaires</i>						
<i>* dont 12 139 médecins en cumul retraite/Activité en 2017</i>						
<i>** dont 11 035 médecins en cumul retraite/Activité en 2017</i>						
<i>*** dont 11 554 médecins en cumul retraite/Activité en 2017</i>						
Source: CARMF- Calculs Salamati						

Par rapport à l'ensemble des professions libérales, les médecins représentent 18% des cotisants et 22,6% des allocataires. L'effectif de la section des médecins à la CNAVPL est de 123 557 médecins en 2017 pour 64 345 allocataires titulaires soit un ratio cotisants/**retraités de 1,9**. Ce ratio était de 4,4 en 2005. Ce ratio se rapproche rapidement de celui du régime général des salariés (la CNAV). Ce rapprochement est aussi vrai pour la CARMF comme le montre le graphe 1 suivant.

Graphe 1 : Ratio de dépendance démographique (Cotisants réels/allocataires titulaires réels) à la CNAV et à la CARMF de 1992 à 2017



Source : La CARMF en 2018 – COR

Une hausse de plus de 150% du nombre des retraités et une stagnation des cotisants depuis 2000

Pour les trois régimes, on observe une quasi-stagnation du nombre des actifs cotisants depuis 2000. En revanche, le nombre de retraités a augmenté de 152% depuis 2000, passant de 25 588 à 64 365.

En 10 ans, la dépendance démographique des retraités aux actifs cotisants s'est considérablement renforcée. Ainsi en 17 ans, **le nombre d'allocataires a été multiplié par 2,5** pour un nombre stable de cotisants, ce qui a fait diminuer d'un multiple de 2,5 le ratio cotisants/allocataires, qui est de 1,9 pour les 3 régimes.

Par rapport à la population générale, la dépendance démographique des retraités aux actifs reste cependant plus favorable chez les médecins libéraux que dans la population générale. Si on considère le Régime Général, ce ratio était de 4,3 en 1965 (point haut) pour atteindre 1,38 en 2012. Sur l'ensemble des régimes de base en France, ce ratio est de 1,12 en 2012⁴.

Cette situation plus favorable de la dépendance géographique ne devrait pas durer encore très longtemps. Le tableau suivant montre la forte hausse des nouveaux retraités chaque année depuis 2005. Le nombre de retraités a doublé entre 2005 et 2015, de quelque 28 000 à 56 000 personnes, soit une hausse de 2 800 nouveaux retraités par an (en flux net). A partir de 2016, le **flux net de nouveaux retraités (entrants – sortants) a fortement augmenté, à 4062 en 2016, de 4111 en 2017 et 3711 en 2018.**

⁴ Estimations DSS, CCSS octobre 2012

Tableau 2 : Effectifs de allocataires de la CARMF au 1^{er} janvier de chaque année

Exercices	Médecins retraités		Conjoints collaborateurs retraités		Conjoints survivants retraités	
	Nombre	Âge moyen	Nombre	Âge moyen	Nombre	Âge moyen
2005	28 728	75,81 ans	420	70,46 ans	14 956	79,36 ans
2006	29 754	75,92 ans	463	70,89 ans	15 229	79,55 ans
2007	31 072	75,89 ans	516	41,21 ans	15 649	79,72 ans
2008	33 024	75,69 ans	583	71,37 ans	16 085	79,77 ans
2009	35 124	75,41 ans	665	71,30 ans	16 610	79,80 ans
2010	37 799	75,13 ans	741	71,33 ans	17 144	79,86 ans
2011	40 745	74,82 ans	846	71,36 ans	17 690	79,86 ans
2012	44 188	74,51 ans	984	71,23 ans	18 164	79,95 ans
2013	47 836	74,26 ans	1 109	71,38 ans	18 585	80,03 ans
2014	51 758	74,06 ans	1 260	71,39 ans	19 018	80,02 ans
2015	56 192	73,88 ans	1 461	71,38 ans	19 507	80,08 ans
2016	60 254	73,84 ans	1 643	71,53 ans	20 005	80,15 ans
2017	64 365	73,81 ans	1 838	71,67 ans	20 464	80,27 ans
2018	68 076	73,91 ans	2 006	71,96 ans	20 921	80,27 ans
Progression 2005 / 2018	+ 136,97 %	- 1,90 ans	+ 377,62 %	+ 1,5 ans	+ 39,88 %	+ 0,91 an

Source : CARMF, recueil de données 2018

Une démographie des cotisants défavorable pour l'avenir des systèmes de retraites des médecins libéraux

Nous avons vu que le ratio de dépendance démographique avait rapidement diminué depuis 2000, même s'il restait encore plus favorable pour les médecins libéraux que pour l'ensemble de la population.

Une comparaison de la pyramide des âges des cotisants CARMF par rapport à la population générale des actifs en France conduit à penser que l'équilibre économique va rapidement se détériorer pour les caisses des médecins libéraux.

Tableau 3 : Répartition des cotisants de la CARMF vs celle des actifs en France en 2017

En 2017	Cotisants RC-CARMF		Actifs en France	
	Nombre	%	Nombre	%
<35 ans	18 733	15%	13 126 000	44%
35-55 ans	37 238	30%	11 672 000	39%
>55 ans	67 586	55%	4 759 000	16%
Total	123 557	100%	29 557 000	100%
Hommes	77 462	63%	15 331 000	52%
Femmes	46 095	37%	14 226 000	48%

Source: CARMF, Insee enquête emploi 2016

Alors que 16% des cotisants au régime général ont plus de 55 ans, cette proportion est de 55% pour la population des cotisants au RCO-CARMF. Dans les 10 ans, c'est ainsi plus de la moitié des cotisants actuels qui vont prendre leur retraite chez les médecins libéraux avec un renouvellement de la population relativement faible aujourd'hui.

Une stagnation de la population des cotisants en trompe l'œil

Le nombre de cotisants à la CARMF n'a quasiment pas bougé depuis 2000 (-1,1%). Cependant, ce chiffre est à relativiser car le système de **cumul emploi/retraite** autorisé par la loi Fillon de 2003 puis élargit en 2009⁵ a séduit un nombre grandissant de médecins, 12 141 en 2018 contre 6 400 en 2012⁶. Sans eux, le nombre de cotisants **aurait baissé de près de 9% depuis 2000**. L'âge moyen des médecins cotisants est passé de 50,61 ans en 2005 à 54,12 ans en 2018.

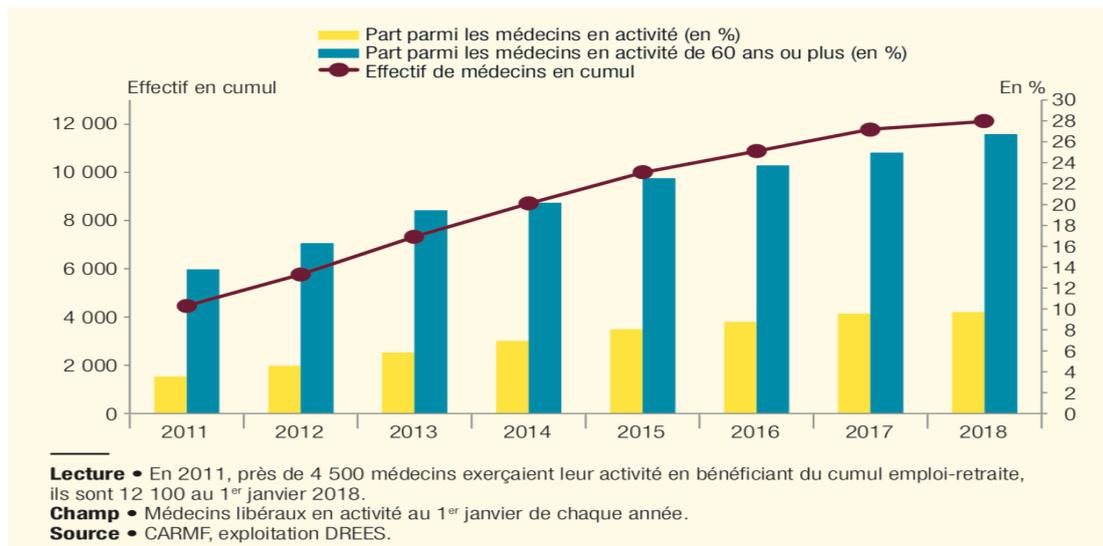
Au 1^{er} janvier 2018, **près de 10% des médecins libéraux ou ayant une activité mixte exercent dans le cadre du dispositif cumul emploi-retraite (graphe 2)**. Au-delà de 65 ans, près de 70% des médecins sont des cumulants. La cessation d'exercice définitive de ces bénéficiaires intervient en moyenne à 69,5 ans, après avoir cumulé revenu d'activité et pension de retraite pendant près de 4 ans. Leurs revenus sont quasiment au même niveau que ceux des actifs non cumulants.

Grphe 2 : Médecins cumulant activité et retraites depuis 2011

⁵ *Cumul emploi/retraite pour les médecins libéraux : La loi Fillon du 21 août 2003 autorisait, les médecins libéraux ressortissant de la CARMF, à cumuler leur retraite des trois régimes avec une activité libérale sous quelque forme que ce soit, à condition que le revenu net tiré de cette activité soit inférieur au plafond de la SS. En cas de dépassement, la retraite était suspendue. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a libéralisé ce dispositif en supprimant le plafond de ressources autorisées. Désormais, les médecins retraités (s'ils ont liquidé l'ensemble de leurs pensions de retraite obligatoires et s'ils justifient d'une durée d'assurance suffisante pour obtenir une liquidation à taux plein ou s'ils ont atteint l'âge de 65 ans) peuvent cumuler leur retraite et le revenu d'une activité médicale libérale sans restriction. Le médecin retraité doit informer l'Ordre départemental et la CARMF de son activité libérale.*

Le médecin retraité qui reprend une activité libérale est soumis à l'obligation de cotiser aux régimes de Base, Complémentaire Vieillesse et ASV sans que ces cotisations génèrent des points ainsi qu'au Régime de l'Allocation de Remplacement de Revenu.

⁶ La CARMF en 2018



Source : Atlas démographique 2017 du CNOM

Si cette forte croissance des cumulants est due à plusieurs facteurs, **le facteur financier de maintien de ses revenus plus longtemps est probablement déterminant**. Le tableau 4 montre que le revenu de l'actif cumulant dépasse légèrement celui de l'actif non cumulant. Sans le cumul, le revenu du médecin retraité représenterait 35% de celui de l'actif non cumulant. Notons que l'actif cumulant continue de cotiser aux régimes de retraite des médecins sans que ses cotisations ne génèrent de nouveaux droits.

Tableau 4 : montant moyen de revenu déclaré en 2014

		Retraite	Revenu libéral	Revenu salarié	Total
Hommes	Actifs cumulants	40 830	76 700	4 440	121 970
	Actifs non cumulants	0	122 529	6 934	129 463
Femmes	Actifs cumulants	32 940	50 820	2 630	86 390
	Actifs non cumulants	0	74 703	4 545	79 248
Ensemble	Actifs cumulants	39 250	71 530	4 080	114 860
	Actifs non cumulants	0	105 782	6 098	111 880

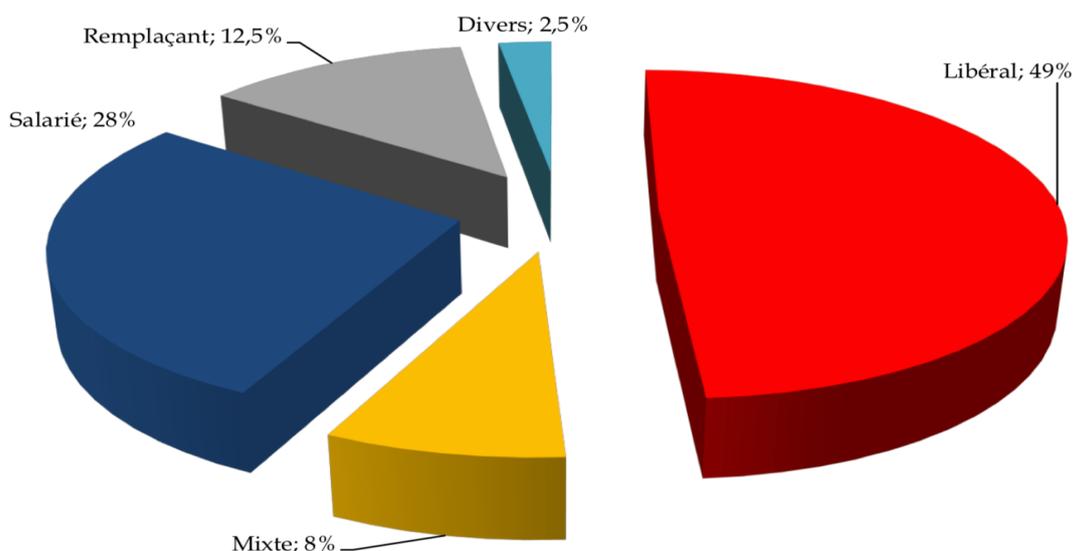
Lecture • Pour les hommes, le revenu libéral des médecins actifs non cumulants s'élève à 122 500 euros alors qu'il atteint 76 700 euros pour les médecins actifs cumulants.

Champ • France, médecins actifs au 31 décembre 2014. Les actifs cumulants sont les médecins hors praticiens hospitaliers ayant déclaré au moins un euro de revenu libéral et au moins 6 000 euros annuels de pension de retraite, âgés de plus de 60 ans. Les non-cumulants sont les autres médecins actifs fin 2014, hors PU-PH, n'ayant pas déclaré de pension de retraite d'au moins 6 000 euros.

Source • Appariement Insee-DGFip-CNAM 2014, exploitation DREES.

Parmi les 75 033 médecins retraités inscrits au tableau de l'Ordre, 26% d'entre eux ont fait le choix de continuer d'exercer la médecine en 2017. Ils seront très probablement plus de 35 700 en 2025.

Graph 3 : Répartition de l'activité des médecins cumulant emploi & retraite



Source : Atlas démographique 2017

Le renouvellement des cotisants s'est largement féminisé. En 2017, **60% des médecins libéraux de moins de 35 ans sont des femmes**. La baisse du numéris clausus imposée par les Pouvoirs Publics pendant les 25 dernières années du XXème siècle a été particulièrement délétère. C'est à partir de 2020 que la remontée à un nombre suffisant de nouveaux médecins diplômés (>7500 par an) se fera concrètement ressentir sur les installations.

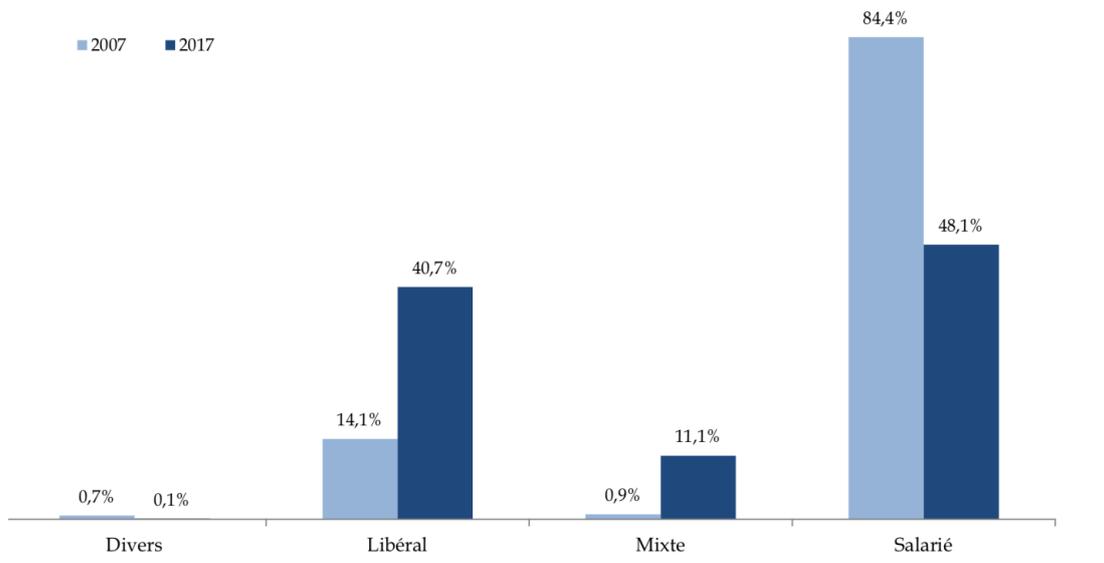
Selon le CNOM⁷, « si le choix de l'exercice libéral apparaît limité (<10%) lors de l'inscription à l'Ordre, cinq ans après cette inscription, 34,5% exercent en secteur libéral ». Dix ans après leur inscription à l'Ordre, ils sont près de 41% à exercer en libéral.

Exemple : Médecins inscrits à l'Ordre en 2006

En 2006, les nouveaux médecins inscrits au tableau de l'Ordre avaient choisi l'exercice libéral et mixte pour 15% d'entre eux, ils sont désormais **51,8% à exercer leur spécialité en secteur libéral et mixte**. Cette forte augmentation s'est faite aux dépens de l'exercice salarié passant ainsi de 84,4% en 2006 à 48,1% en 2016.

⁷ Atlas démographique 2012

Graphe 4 : Les modes d'exercice des nouveaux inscrits en 2006 et dix ans plus tard



Source : Atlas démographique de l'Ordre 2017

Une baisse de la population de médecins libéraux qui s'accélèrent

Depuis 2009, le nombre de médecins libéraux qui partent à la retraite est supérieur au nombre de nouveaux affiliés. En 2012, il y avait 4 892 nouveaux retraités pour 3 996 nouveaux affiliés. L'âge moyen des nouveaux affiliés augmente régulièrement pour atteindre **40 ans en 2017**.

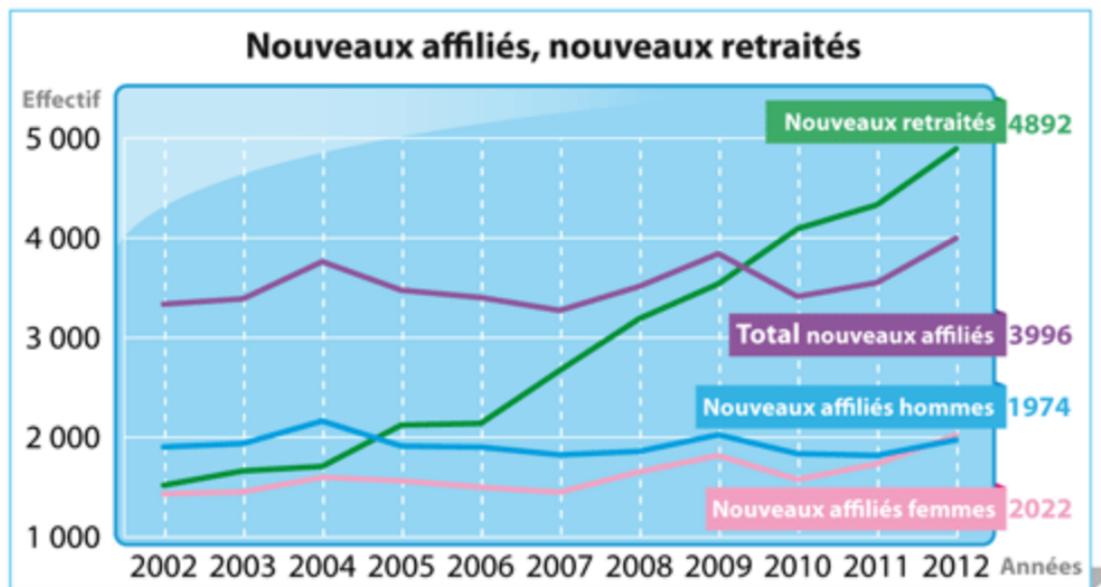
L'activité libérale⁸ a baissé de 11% de **2010 à 2018, soit une perte de 9 119 médecins libéraux** sur cette période à 83 899 en 2018. L'activité libérale mixte a diminué également de 9% sur cette période, à 21 045 en 2018.

Comme le montre le graphe suivant, le nombre de nouveaux retraités est passé de 1 519 en 2002 à 4 892 en 2012. Selon l'atlas démographique 2017 du CNOM, au cours de l'année 2016, **6 208 médecins ont fait valoir leur droit à la retraite** ; soit +7,9% comparativement à 2015 et +155% en dix ans.

La baisse de la population de médecins libéraux en activité s'est donc accélérée depuis 2012 et cela va être le cas jusqu'en 2020, année où le relèvement du numérus clausus va refaire croître la population médicale. L'impact de cette dernière sur la population des médecins libéraux dépendra en partie des décisions politiques prises pour que la transformation de notre système de santé se fasse en y conservant une attractivité suffisante de l'exercice libéral.

Graphe 5 : Evolution du nombre de retraités et affiliés depuis 2002

⁸ Chiffres au 1^{er} janvier 2018, Atlas démographique du CNOM



Source : Drees, CNOM

Age légal de la retraite progressivement augmenté

En une génération, si on prend les médecins nés avant 1949 et ceux nés après 1973, l'âge légal de départ à la retraite a été **reculé de 2 ans**, de 60 ans à 62 ans pour ceux qui ont le nombre suffisant de trimestres et de 65 ans à 67 ans pour les autres (cf. annexe 1). Quant à la durée d'assurance pour le taux plein, elle **a augmenté de 3 ans** (12 trimestres), de 160 à 172.

Depuis 25 ans, l'espérance de vie des personnes a augmenté de plus de 6 ans, ce qui signifie que **plus des deux tiers des gains d'espérance de vie a été transféré en un allongement de la durée de retraites.**

1.3/ Etude des montants de retraites des médecins libéraux

1.3.1/ Retraite en temps choisi ou travailler plus longtemps pour augmenter sa pension

La réforme votée par le Conseil d'administration de la CARMF en janvier 2016 permet aux médecins libéraux (effectif le 01/01/2017) de liquider leur retraite complémentaire et supplémentaire à partir de l'âge légal (62 ans) sans décote, tout en bénéficiant de majorations en cas de poursuite d'activité.

Jusqu'au 31 décembre 2016, les médecins libéraux devaient attendre 65 ans pour partir à la retraite sans décote. Cet âge est ainsi désormais abaissé à 62 ans.

Un médecin libéral peut maintenant demander **sa retraite CARMF et ASV à 62 ans**. Il ne subira aucune décote, et ce quel que soit son nombre de trimestres cotisés. Un système de surcote encourageant à différer le départ à la retraite a été instauré. Les médecins qui continuent à travailler après 62 ans bénéficient **d'une surcote** par trimestre supplémentaire travaillé :

- +1,25% par trimestre travaillé entre 62 ans et 65 ans, **soit l'équivalent de + 5% par an**
- +0,75% par trimestre travaillé au-delà de 65 ans, jusqu'à 70 ans (soit l'équivalent **de +3% par an**).

Pour compenser l'abaissement de l'âge de départ en retraite, les valeurs des points ont été diminuées de la façon suivante :

Tableau 5 : Evolution de la valeur des points CARMF et ASV suite à la réforme 2016

Valeur du point	2016	2017	2018	2018 vs 2016
CARMF	78,55 €	68,30 €	68,30 €	-13%
ASV	13 €	11,31 €	11,31 €	-13%

Une étude d'impact de cette réforme montre qu'elle est **favorable ou neutre** pour les médecins assurés selon leur âge effectif de départ à la retraite. Avec cette réforme, la valeur de la pension CARMF et ASV augmente d'autant plus que le médecin prend sa retraite après 65 ans.

Comme l'indique le tableau 6, la réforme de la retraite choisie est clairement **une incitation à travailler au-delà de 65 ans et plutôt neutre avant 65 ans**.

Tableau 6 : Etude d'impact de la réforme 2016 sur les conditions de départ à la retraite CARMF et ASV

Age de départ	62 ans	63 ans	64 ans	65 ans	66 ans	67 ans	68 ans	69 ans	70 ans
Valeur du point 2016	78,55 €								
Décote 2016	-15%	-10%	-5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Valeur du point après décote 2016	66,77	70,7	74,62	78,55	78,55	78,55	78,55	78,55	78,55
Valeur du point 2017-2018	68,30 €								
Surcote 2018	0%	5%	10%	15%	18%	21%	24%	27%	30%
Valeur du point après surcote	68,3	71,72	75,13	78,55	80,59	82,64	84,69	86,74	88,79
Variation 2017-2018 par rapport à 2016	2%	1%	1%	0%	3%	5%	8%	10%	13%

Source : CARMF, Sapiendo-Retraite, F.Bizard

1.3.2/ Evolution de la rémunération des médecins libéraux

La rémunération moyenne des médecins libéraux a augmenté par an de 0,25% en euros constants soit 1,5% au total de 2010 à 2016. Les médecins généralistes ont connu une hausse annuelle de leurs rémunérations supérieure en euros courants à celle des médecins spécialistes (1,8% contre 1,2% sur la période). Cependant, leur écart de rémunération demeure en 2016 de **30% avec les spécialistes et de 16% plus faible que la moyenne des médecins libéraux.**

Tableau 7 : Bénéfices non commerciaux (BNC) des médecins libéraux de 2010 à 2016

	Secteur 1		Secteur 2		Total Secteurs 1 & 2		Evolution BNC 2016/2010			Evolution annuelle moyenne 2010-2016			2010-2016
	2010	2016	2010	2016	2010	2016	Secteur 1	Secteur 2	Sect 1+Sect2	Secteur 1	Secteur 2	Sect 1+Sect2	Inflation Moyenne
Médecins généralistes	68 671	76 218	63 166	66 824	68 149	75 550	11%	6%	11%	1,8%	1,0%	1,8%	1,23%
Moyenne médecins spécialistes	93 056	98 988	112 993	120 168	100 688	107 749	6%	6%	7%	1,1%	1,1%	1,2%	1,23%
Ensemble des médecins libéraux	77 171	83 803	101 045	110 651	82 457	89 775	9%	10%	9%	1,4%	1,6%	1,5%	1,23%

Sources: Carmf, calculs Salamati

Une disparité des revenus multifactorielle

Les écarts de revenus d'activité déclarés aux impôts par les médecins libéraux sont importants au sein même de certaines spécialités, de certains groupes d'âge et en fonction des types d'activité⁹ (annexe 2). Pour les médecins généralistes, le rapport inter déciles (D9/D1) est **de 4, signifiant que les 10% des médecins généralistes aux plus hauts revenus déclarent aux impôts des revenus au moins 4 fois plus élevés (126 000 euros en 2008) que les 10% des médecins généralistes aux plus faibles revenus (31 000 euros).** A noter que le rapport inter décile des niveaux de vie en France est de 3,4 en 2016 (cf. graphe 5).

Parmi les spécialistes (hors médecine générale), certaines professions ont une forte disparité de revenus alors que d'autres sont plus homogènes. C'est le cas des gynécologues, des ophtalmologues et des stomatologues en particulier, le rapport inter déciles (D9/D1) s'élevant à près de 6 pour les gynécologues.

D'autres spécialités, comme les anesthésistes, les cardiologues et les gastro-entérologues ont des revenus plus homogènes avec un écart inter décile (D9/D1) inférieur à 4. . On observe parallèlement des niveaux de revenus assez faibles pour certaines spécialités (médecine générale, dermatologie, pédiatrie, psychiatrie...), pour lesquelles environ 10 % des praticiens perçoivent moins de 32 000 euros annuels. En

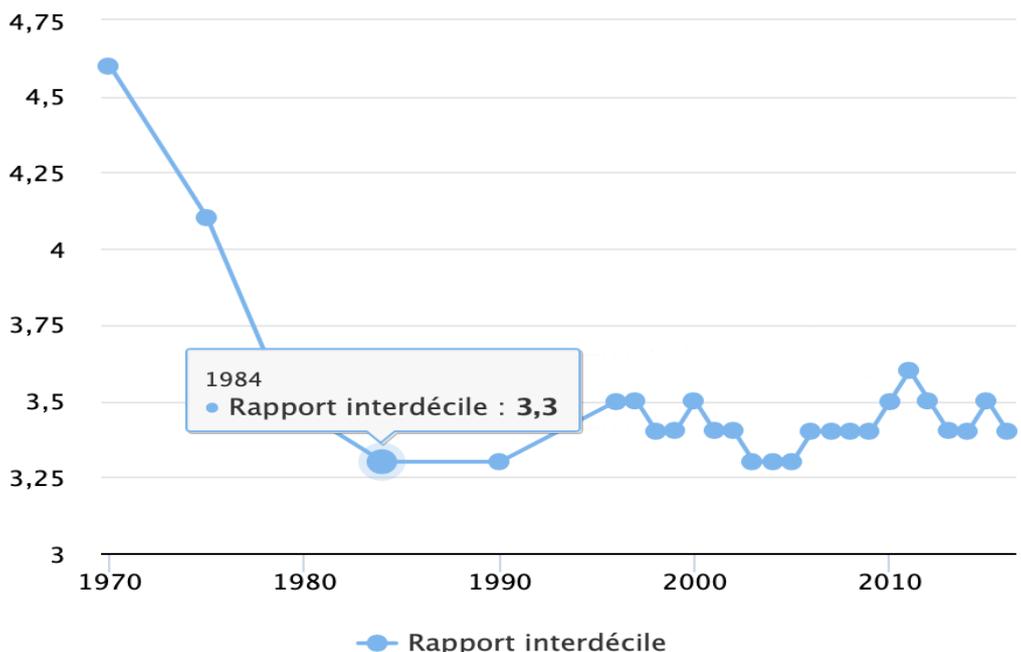
⁹ Les revenus des médecins libéraux- Document de travail- N°45-Drees- Juin 2014

2008, les 25% des médecins généralistes aux plus faibles revenus gagnaient moins de 50 000 euros (57 500 euros en 2018 avec un taux moyen de croissance de 1,5% ces dix dernières années).

Ces bas niveaux de revenus sont corrélés avec une activité libérale relativement faible (environ 52 % d'actes en moins par an que la moyenne de leurs confrères de même spécialité). Ces médecins sont caractérisés par **une forte proportion de femmes (57 % vs. 32 % pour l'ensemble des mêmes spécialités), ainsi que par une part enlevée des 60 ans ou plus (25 % vs. 17 %) chez qui les comportements de diminution progressive d'activité jusqu'à la retraite sont fréquents.**

L'écart interdécile (D9/D1) le **plus élevé chez les médecins libéraux se situe au sein du secteur 2 qui représente 25% des médecins libéraux en 2017. Il est de 6,6 en 2008.** Cela s'explique par la diversité des pratiques en matière de liberté tarifaire (impact des spécialités et des lieux géographiques entre autres). Pour le secteur 1, cet écart est de 4,7.

Graphe 5 : Evolution du rapport interdécile des niveaux de vie en France



Revenus après impôts directs et prestations sociales. Lecture : en 2016, le niveau de vie minimum des 10 % les plus riches était 3,4 fois supérieur au niveau de vie le plus élevé des 10 % les plus pauvres.
 Source : Insee – © Observatoire des inégalités

1.3.3/ Evolution des pensions des médecins libéraux depuis 2012

L'addition des pensions versées par les trois régimes de retraite des médecins libéraux conduit à **une pension globale de 31 693 € en 2017, soit 2641 euros par mois (voir annexe 4 pour le détail des calculs)**. Le régime complémentaire de la CARMF constitue 44% de la pension, l'ASV 35% et le régime de base 21%. Depuis 2012, on constate **une baisse de 1% en euros courants**. C'est le **régime ASV** qui met l'évolution des pensions dans le rouge avec une **baisse de 8% sur 5 ans**.

Sachant que l'inflation a été de 4,6% sur cette période, la perte de pouvoir d'achat des médecins libéraux est de **l'ordre de 5,6%, soit plus de 1% par an depuis 2012**. Ainsi, les médecins libéraux retraités ont subi une baisse de leur pouvoir d'achat depuis 2012 alors que les médecins actifs ont vu leur pouvoir d'achat très légèrement progressé.

Tableau 8 : Montants moyens annuels des pensions servies aux médecins libéraux

	Euros constants 2017	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evolution 2010-2017	Evolution annuelle
CNAVPL	Droits propres	6 449	6 526	6 547	6 605	6 632	6 653	3%	0,6%
	Droits dérivés	1 944	1 912	1 867	1 823	1 794	1 749	-10%	-2,0%
Régime complémentaire CARMF	Droits propres	13 621	13 819	13 929	14 083	14 144	14 080	3%	0,7%
	Droits dérivés	7 711	7 594	7 620	7 648	7 637	7 594	-2%	-0,3%
ASV	Droits propres	11 900	11 485	11 198	11 031	11 028	10 960	-8%	-1,6%
	Droits dérivés	4 566	4 520	4 484	4 455	4 491	4 474	-2%	-0,4%
Pensions moyennes totales annuelles	Droits propres	31 970	31 830	31 674	31 719	31 804	31 693	-1%	-0,2%
	Droits dérivés	14 221	14 026	13 971	13 926	13 922	13 817	-3%	-0,6%
Pensions moyennes totales menseuelles	Droits propres	2 664	2 653	2 640	2 643	2 650	2 641	-1%	-0,2%
	Droits dérivés	1 185	1 169	1 164	1 161	1 160	1 151	-3%	-0,6%

Source : La CARMF 2018, calculs F.Bizard

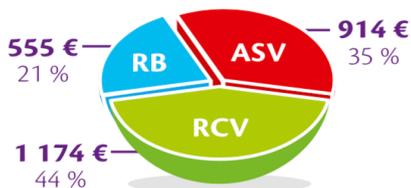
La pension de réversion est de 1152 € en 2017, principalement constituée par le régime complémentaire CARMF (55%) et l'ASV (32%). Les pensions de réversion ont connu une baisse encore plus sensible de 2012 à 2016, de **3% en valeur nominale et 7,6% en valeur réelle**. La pension de réversion représentait 44,5% de la pension de droits propres en 2012 **contre 43,5% en 2017**.

Les calculs effectués par la CARMF sur une base de mars 2018 sont conformes à nos calculs à fin 2017 avec une valeur de pension de 2643€ en 1152€ pour le conjoint survivant.

Schéma 1 : Répartition de la pension entre les 3 régimes en 2017

Allocations moyennes versées

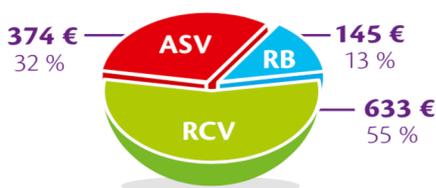
► **Retraite mensuelle moyenne des médecins par régime**
base mars 2018



Total : 2 643 €

Avant prélèvements sociaux : CSG, CRDS, CASA.

► **Pension de réversion mensuelle moyenne des conjoints survivants retraités par régime**
base mars 2018



Total : 1 152 €

Avant prélèvements sociaux : CSG, CRDS, CASA.

Source : Site de la CARMF

Entre 2012 et 2017, la part de l'ASV a continué à baisser de 2012 à 2017, avec une diminution de 2 points à 35% de la retraite totale et une hausse de 1 point pour la CNAVPL à 21% et de 1 point pour le RC-CARMF à 44%. On observe une stabilité pour les pensions de réversion pour lesquelles la CARMF représente 55% du total.

Tableau 9 : Répartition de la retraite entre les trois régimes

	Euros constants 2017	2012	2017
CNAVPL	Droits propres	20%	21%
	Droits dérivés	14%	13%
Régime complémentaire CARMF	Droits propres	43%	44%
	Droits dérivés	54%	55%
ASV	Droits propres	37%	35%
	Droits dérivés	32%	32%
Total	Droits propres	100%	100%
	Droits dérivés	100%	100%

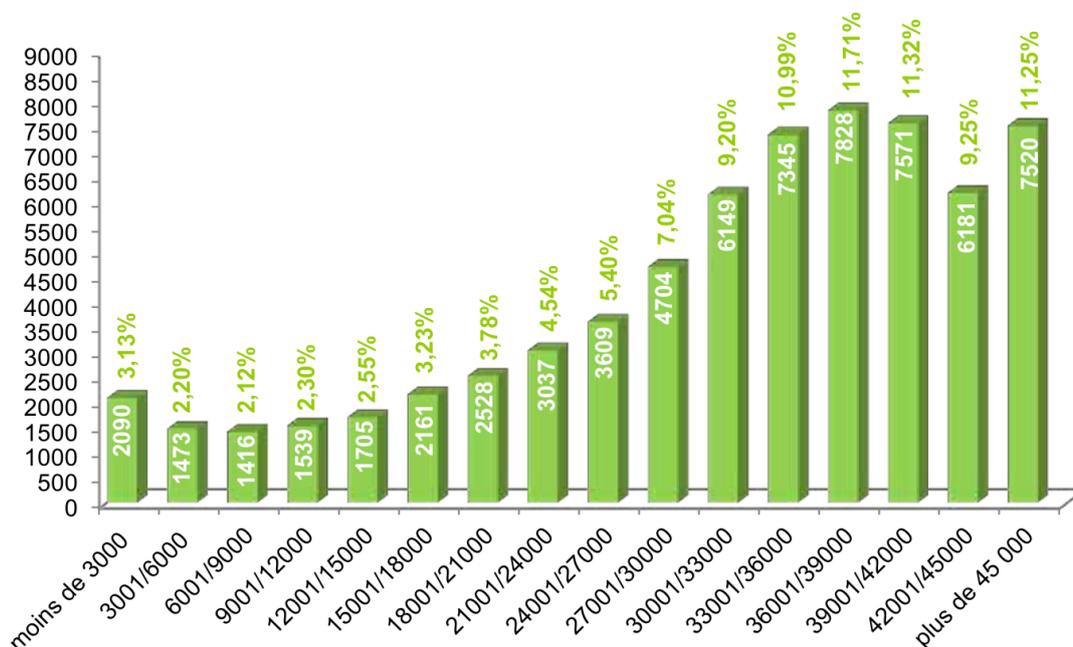
Source : La CARMF 2018, calculs F.Bizard

10% des médecins retraités ont une pension inférieure à 1000 euros par mois

Le graphe suivant illustre la distribution assez large de la pension des 66 856 médecins libéraux retraités à fin 2017, dont la pension moyenne est de 31 693 € (2641€/mois) :

- 32% des médecins libéraux retraités (soit 21 400 médecins) ont une pension supérieure à 39 000€ (3250 euros par an) ;
- 32% des médecins libéraux ont une pension comprise entre 30 000 et 39 000€ (2500€ et 3250€ par mois) ;
- 36% ont une pension inférieure à 30 000 euros (<2500€/mois), dont **10% (6686 médecins) ont une pension mensuelle inférieure à 12 000€ (1000€/mois).**

Graphe 6 : Répartition par tranche d'allocations en euros des trois régimes de vieillesse – Exercice 2017- avant prélèvements sociaux CSG, CRDS et CASA



Lecture : 11,25% des médecins libéraux retraités ont perçu une pension avant prélèvements sociaux en 2017 supérieure à 45 000 euros.

Source : Rapport du directeur de la CARMF

En 2017, un médecin libéral retraité sur dix dispose d'une pension annuelle supérieure à 45 000 euros (3250 € par mois) et un sur dix d'une pension annuelle inférieure à 12 000 euros.

Le rapport entre ces deux seuils représente l'indicateur d'inégalité appelé rapport interdécile, qui est égale à **3,75 pour les médecins**. Ce ratio est de 2,9 au sein de l'ensemble des retraités en France, ce qui laisse supposer une plus forte inégalité de revenus chez les médecins retraités que dans l'ensemble de la population. Comme pour les revenus des médecins actifs, on retrouve une plus grande hétérogénéité des **revenus des retraités que dans la population générale, ce qui est assez logique du fait du caractère contributif des retraites**.

Par rapport à l'ensemble de la population, la retraite moyenne de 2641 € des médecins libéraux en 2017 est comparable à celle d'un fonctionnaire civil d'Etat, d'un assuré des régimes spéciaux¹⁰ et 8% supérieure à celle de la moyenne des professions libérales.

¹⁰ SNCF, RATP, CNIEG, Banque de France, ENIM, CAVIMAC...

Tableau 10 : Montant mensuel brut moyen de la pension de droit direct (y compris majoration pour enfants) en 2016 par régime principal d'affiliation.

	Tous retraités de droit direct			Retraités de droit direct à carrière complète		
	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes
Tous retraités de droit direct	1 390	1 070	1 740	-	-	-
Ensemble des retraités de droit direct d'un régime de base *	1 400	1 070	1 750	1 810	1 490	2 050
Monopensionnés d'un régime de base	1 340	1 040	1 730	1 860	1 520	2 160
dont anciens salariés	1 370	1 060	1 760	1 920	1 570	2 240
Salariés du régime général	1 240	910	1 680	1 820	1 440	2 170
Fonctionnaires civils d'Etat	2 300	2 130	2 560	2 600	2 440	2 810
Fonctionnaires militaires d'Etat	1 730	1 340	1 770	2 380	2 010	2 400
MSA salariés	570	440	640	1 730	1 670	1 750
Fonctionnaires CNRACL	1 480	1 420	1 810	1 870	1 830	2 030
Autres régimes spéciaux (1)	2 140	1 710	2 290	2 620	2 090	2 760
dont anciens non-salariés	750	500	1 030	800	610	960
MSA non-salariés	640	480	860	740	590	880
RSI commerçants	490	410	630	970	980	960
RSI artisans	700	390	840	1 050	640	1 140
Professions libérales	1 970	1 270	2 200	2 440	1 780	2 640

Source : Drees, modèle Ancêtre

Une chute du niveau de vie très sensible des médecins libéraux à la retraite

Si on compare la retraite moyenne des médecins par rapport aux revenus d'activités moyen des médecins libéraux (voir tableau 7 sur les BNC), **les revenus liés à la pension sont divisés par 3 par rapport aux actifs**. D'un revenu d'activité moyen de 89 775€, le médecin dispose d'une retraite moyenne de 31 694 (soit un taux de remplacement de 35% des revenus d'activité). Pour l'ensemble des retraites, le revenu moyen brut des pensions est égale à 51,2% en 2017 du revenu d'activité moyen.

En matière de niveau de vie, le niveau de vie des retraités en France est égal à **2060 euros** par unité de consommation (moins de 1770€ par mois pour 50% des retraités), ce qui représente **1,48 fois la retraite moyenne**¹¹. Si on applique ce ratio aux pensions des médecins libéraux retraités, on obtient un niveau de vie moyen pour ces derniers de **3908 € par mois en 2017 (46 896 euros par an)**.

¹¹ Rapport du COR-Juin 2018- Les revenus du patrimoine représentent 15% des revenus des retraités contre 9,7% pour les actifs

Partie II

Analyse économique des retraites des médecins libéraux

2.1/ Performance des placements de la CARMF

2.1.1/ Etat des lieux des comptes de la CARMF en 2017

La CARMF est un organisme qui emploie des actuaires, statisticiens, démographes, financiers, informaticiens, juristes de haut niveau. Le Directeur et l'Agent comptable de la CARMF, nommés par le Conseil d'administration, ont des attributions définies par le Code de la Sécurité sociale.

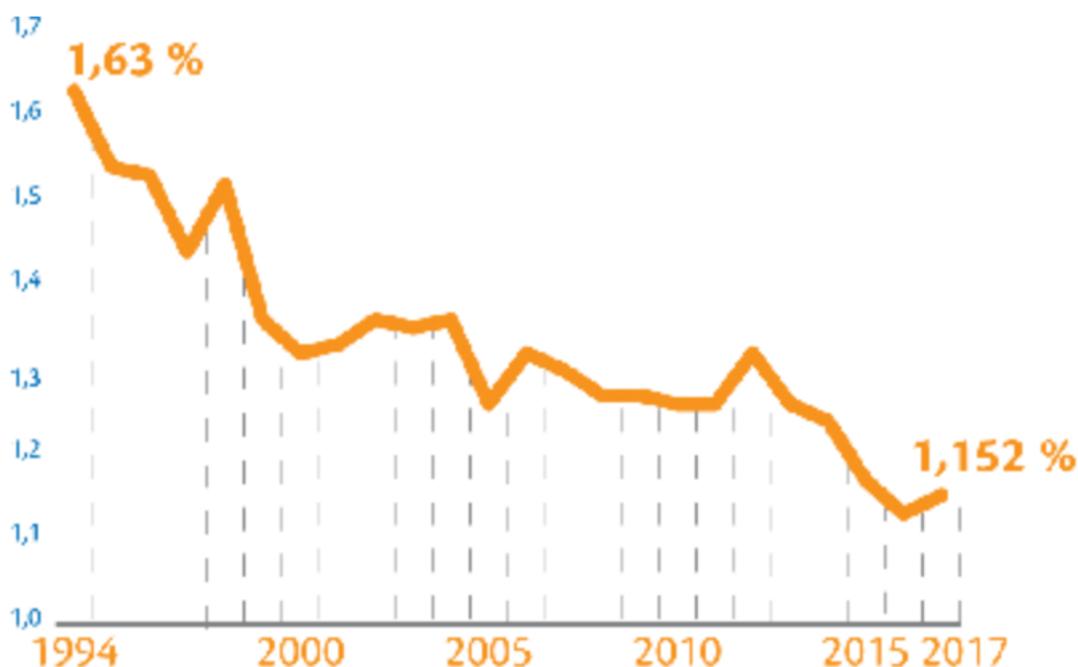
Au 31 décembre 2017, l'effectif de la Caisse était de 252 personnes. En 2017, la CARMF a reçu 214 452 appels téléphoniques au standard hors lignes directes et 2 750 personnes ont été accueillies par le service réception.

Les contrôles de la gestion de la CARMF sont réguliers. Ils sont effectués par :

- La mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de Sécurité sociale (MNC),
- L'URSSAF,
- L'Inspection du Trésor,
- La Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales,
- La Cour des comptes,
- L'Inspection générale des affaires sociales.

Les frais administratifs en pourcentage des cotisations sont passés **de 1,63% en 1994 à 1,15% en 2017**. La moyenne des frais administratifs sur l'ensemble des régimes de retraites est de 1,90% en France.

Graphe 7 : Frais administratifs de la CARMF en pourcentage des cotisations



Source : La CARMF

Analyse des cotisations et des prestations

Les comptes de résultats 2017 (cf. annexe 4) rapportent un montant des cotisations de **962M€ pour le Régime complémentaire obligatoire** pour un total des produits de 1,13 milliard d'euros. Cela représente une valeur des cotisations de 7 786 euros par allocataire en 2017.

Le montant des cotisations de l'ASV en 2017 ont été 879,6 M€, soit 7 272€ en moyenne par allocataire, pour un total de produits de 887,9 M€.

Au total, la CARMF a encaissé en 2017 la somme de 1, 923 Mds € de cotisations, en hausse de 2,4% vs 2016.

Si on y ajoute le régime de base dont les cotisations ont été de 593 M€ (soit 4817€ par cotisant) et les prestations de 476M€, les **cotisations de la CARMF pour les 3 régimes de retraites sont de 2,434 Mds € et les prestations de 2,380Mds€, soit un résultat technique positif de 54 M€ en 2017.**

Les trois régimes présents dans le compte de résultats de la CARMF (annexe 4) - RCO, ASV et invalidité-décès - affichent un résultat global positif de 102 M€ en 2017, grâce au résultat financier de 182 M€ (résultat technique de -80M€).

Des réserves en hausse régulière en valeur absolue (cf. annexe 5)

Les réserves du RC-CARMF sont de **5 744 M€ début 2018** contre 5 583 M€ à fin 2016, soit **une hausse de 2,9% en un an**. Ce niveau de réserves équivaut à **5 ans et 3 mois** de prestations de retraites 2017, contre 5 ans et 6 mois en 2016 soit une baisse de 3 mois de prestations. En 2001, les réserves se montaient à 5 années de prestations.

Concernant le régime ASV, les réserves début 2018 étaient de 460 M€ contre 328 M€ fin 2016, ce qui correspond à environ **6,7 mois de prestations de retraites en 2017** contre 6,1 mois en 2016. Nous reviendrons sur la situation de l'ASV qui s'est sensiblement dégradée ces 40 dernières années.

Au bilan de l'exercice 2017, les réserves techniques des régimes sont de **6 687M€**, en hausse de 3,4% vs 2016 (cf. annexe 5).

Au 1^{er} janvier 2018, les réserves de la CARMF sont de 6 789 M€, réparties ainsi :

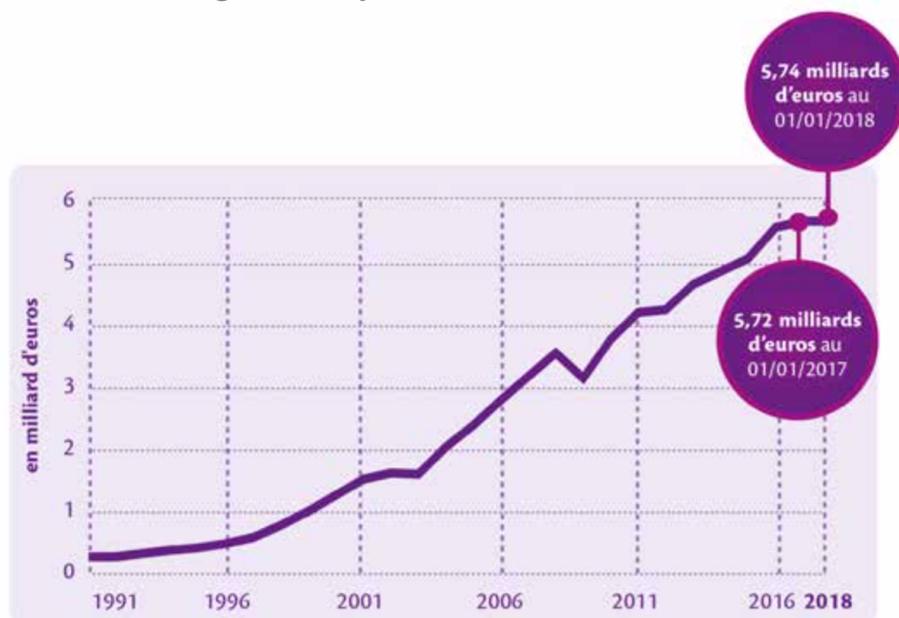
- **RCO = 5 745 M€**
- **ASV = 460 M€**
- **Invalidité décès = 585 M€**

Selon les prévisions de la CARMF, ce niveau de réserve garantit la pérennité des régimes sur le long terme. Nous verrons que cette reconstitution des réserves s'est

réalisée en parallèle d'une dégradation du pouvoir d'achat très sensibles des médecins libéraux retraités et actifs ces dernières années.

Graphe 8 : Evolution des réserves de RC-CARMF depuis 1991

Réserves du régime complémentaire



Source : Carmf

2.1.2/ Une stratégie offensive de gestion des réserves de la CARMF...

Il existe une réglementation des placements en valeurs mobilières **par rapport au total des réserves**¹², qui est la suivante (cf. annexe 6) :

En pourcentage de l'actif de référence	Titres
34% au moins (quota prudentiel)	Obligations d'Etat de l'Espace Economique européen et obligations cotées sur un marché reconnu de l'OCDE, libellées en euro
5% au plus	OPCVM à risques
10% de l'ensemble des actifs au maximum	Libellés en devises autres que l'euro

La réglementation sur les valeurs immobilières impose :

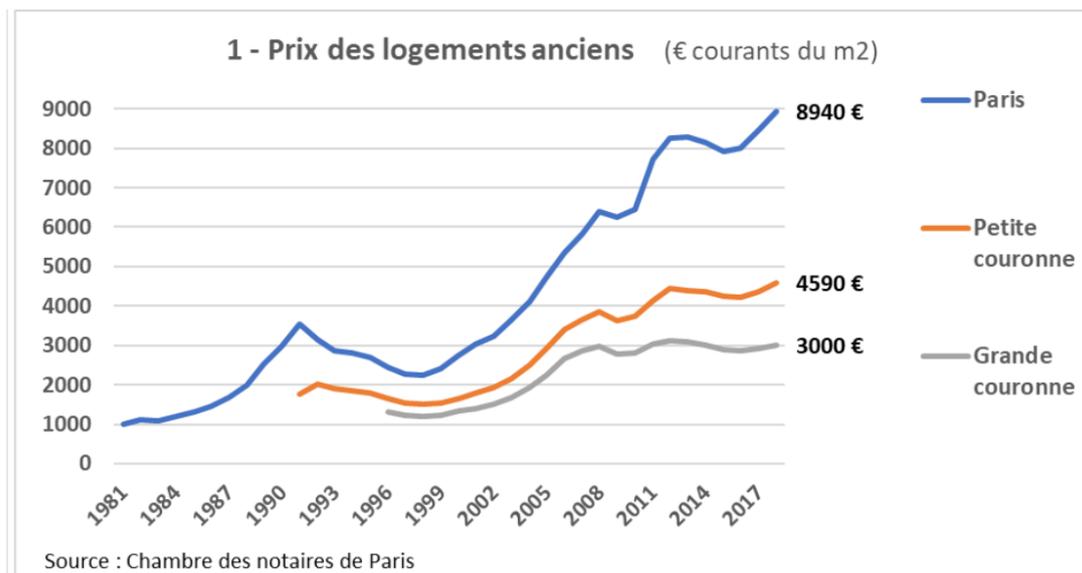
- Un maximum **de 20% des actifs** au plus pour les immeubles situés dans l'Espace économique européen et les parts de sociétés en fonds immobiliers ;
- Une limitation à 5% au plus de l'actif de l'organisme dans un même immeuble.

Au 31 décembre 2017, la répartition des placements des réserves de la CARMF (annexe 7) était en phase avec la réglementation : **les obligations représentaient 36,21%** des valeurs mobilières et les placements immobiliers étaient à **16% de l'actif de référence**.

L'actif immobilier est réparti entre la propriété de 90 000 m2 de bureaux (91%), d'habitation (6%) et de commerces (3%) et 14% de parts de sociétés et fonds immobiliers). L'essentiel des actifs immobiliers est situé à Paris et en région Ile de France, ce qui laisse envisager des plus-values latentes élevées. En effet, le marché de l'immobilier parisien a pris une valeur considérable ces 30 dernières années, comme l'indique le graphe ci-dessous. Le prix de l'ancien a augmenté de près de 200% en 30 ans, soit une hausse de 6,7% par an.

Graphe 9 : Evolution du prix du mètres carrés à Paris

¹² Décret n°88-663 et un arrêté du 6 mai 1988, modifié par un décret n°2002-1314 du 25 octobre 2002.



Le portefeuille de la CARMF est **assez massivement investi en actions avec 47% de l'actif total de référence en actions et 56% du portefeuille boursier**. Cette gestion offensive des réserves a été payante ces 15 dernières années. Depuis 2004, la **performance financière globale du portefeuille CARMF a été de 5,8% par an**, dont 7,83% en 2017. Sur la même période, le CAC 40 avait une performance moyenne de 2,8% par an.

La gestion des réserves de la CARMF est donc une gestion diversifiée de long terme, en phase avec la réglementation, et qui répond à un objectif d'optimisation du couple rentabilité/risque. La part des actions est importante car c'est l'actif le plus rentable sur le long terme. Cette exposition au marché est réduite par des couvertures systématiques qui couvrent en partie le risque de baisse de marché.

A la fin 2017, le rendement annuel global après fiscalité, mesuré par le taux de rentabilité interne (TRI) du portefeuille initial et des flux d'investissement de la période **était de 5,9% à 3 ans et 4,4% à 20 ans**.

2.1.3/ ... qui, en dépit de la volonté d'étatisation des Pouvoirs Publics, rend la caisse durablement viable

Dans son rapport de septembre 2013 sur la sécurité sociale, la Cour des comptes considère que « *les réformes des retraites des médecins libéraux apparaissent trop limitées pour faire face aux défis démographiques des prochaines décennies. Leur pérennité impose un pilotage global ainsi que de substantiels nouveaux efforts pour chacun* ».

La Cour des Comptes a simulé un scénario de mutualisation des réserves des sections professionnelles qui selon elle permet de passer en 2025 une phase difficile de déficit consolidé des régimes en mobilisant 6 des 20 Mds €. La Cour des Comptes se montre favorable à l'évolution du système vers **un système unifié de RCO des professions libérales, piloté par l'Etat**.

Cette menace d'unifier tous les régimes et de mettre l'ensemble sous la tutelle de l'Etat est clairement dans l'esprit des Pouvoirs Publics depuis plusieurs années. La Cour des Comptes recommande dans son rapport « le besoin d'une gouvernance renforcée... » pour quelques lignes plus loin lâcher le morceau : « *un besoin de pilotage de l'Etat* ».

Ce réflexe étatiste est très contestable dans une ère de gouvernance politique qui doit sortir de la verticalité et réinventer une véritable démocratie sociale.

La réforme Macron de 2019 (cf. partie III) pourrait parachever ce long chemin poursuivi par les Pouvoirs Publics. Le postulat que l'Etat serait un meilleur gestionnaire des pensions des médecins libéraux est pourtant assez peu crédible à la vue de ses performances de gestion de la retraite des fonctionnaires et surtout de celles de son propre budget (encore en déficit de plus de 100Mrds€ en 2019, soit 35% de ses recettes).

Un rapport de l'IGAS de Juin 2013¹³ a été globalement très critique sur la politique de gestion des réserves de la CARMF. L'IGAS reproche que « *le règlement financier soit vague et ne propose ni vision stratégique des placements de la caisse ni modalités opérationnelles précises de gestion des placements* ». L'IGAS reproche aussi une *maitrise insuffisante de la politique de placements des réserves de la CARMF*.

La performance des placements des réserves ces 10 dernières années ne donne pas raison aux critiques de l'Igas, qui comme celles de la Cour des Comptes de septembre 2013 visent avant tout à fragiliser la gouvernance de la CARMF.

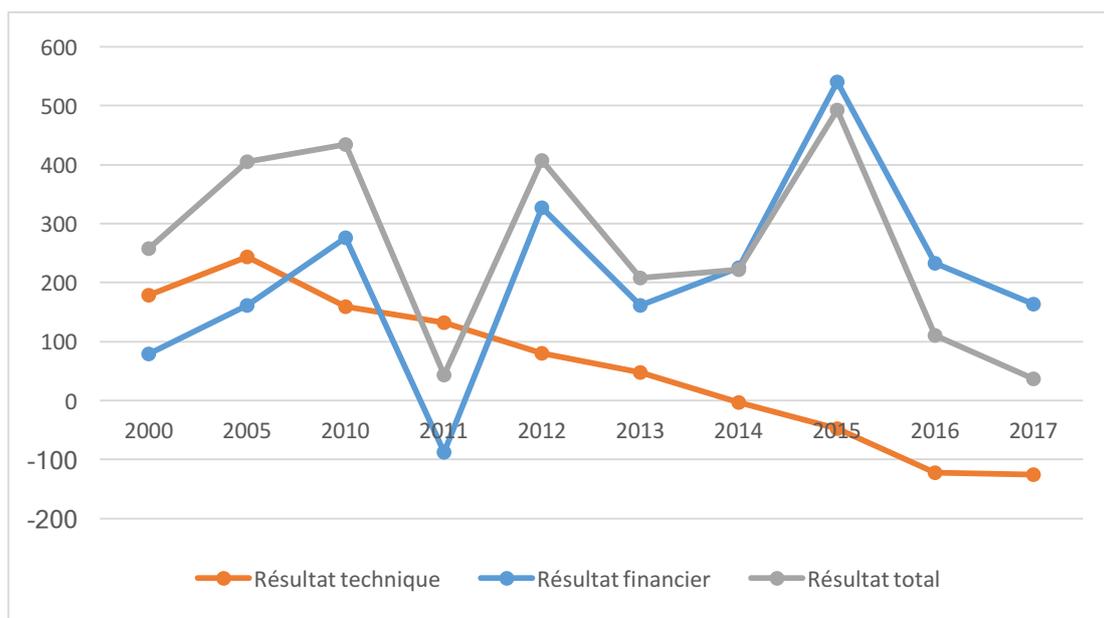
Cependant, il n'en est pas moins vrai que la stratégie offensive de placements des réserves présente des risques bien réels et, de toute façon, ne générera pas des profits suffisants pour couvrir les pertes techniques à moyen terme. Les réserves seront donc mises à contribution.

¹³ *Contrôle des placements de la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) – juin 2013*

Des résultats financiers qui compensent les pertes techniques depuis 2015

Les résultats non financiers du RCO-CARMF sont passés dans le rouge à partir de 2015 du fait de l'évolution démographique déjà évoquée. La bonne rentabilité des placements de la CARMF a permis de compenser ces pertes mais l'année 2018 devrait être une année de perte pour le RCO-CARMF.

Graphe 10 : Résultats et réserves du RCO-CARMF



Source : Comptes de la CARMF, Calculs Salamati

Depuis 2000, les résultats financiers du régime RCO-CARMF ont généré en moyenne **125 M€ de profits** par an, avec 4 années déficitaires (dont une lourdement en 2008 avec une perte 583M€). De 2010 à 2017, les résultats financiers ont été en moyenne de 230 M€ mais l'année 2018 s'annonce en perte pour les valeurs mobilières¹⁴.

Avec des pertes techniques qui ont dépassé les 120M€ en 2016 et 2017, le résultat global devrait être négatif dès 2018, non pas de -40M€ comme la CARMF l'a prévu mais plus lourdement (sauf si des plus-values de cessions immobilière intervenaient). C'est évidemment le rôle des réserves de compenser cette perte et seule une vision à long terme basée sur des études actuarielles permettent de conclure sur la robustesse financière du régime.

La direction de la CARMF a réalisé ces projections et affirme que le régime survivra au creux démographique actuel lié au vieillissement démographique et à la baisse du numéris clausus des années 90.

¹⁴ Au 20 décembre 2018, le CAC 40 perd 11,7%.

Selon les projections actuarielles de la CARMF datant du 18/10/2018, le régime complémentaire aura un résultat technique négatif de 2015 à au moins 2033 (avec un maximum de -407M€ en 2033) et un résultat de l'exercice (y compris produits financiers) négatif de 2018 à au moins 2033. **De 2023 à 2033, ce résultat négatif dépassera annuellement les 300M€** même avec une hausse de cotisations à 10,4%.

Selon ces projections et l'état actuel des réserves, il se confirme que la caisse devrait survivre à cette période de départ massif en retraite. Cependant, il existe de fortes incertitudes sur l'évolution démographique de l'exercice médical libéral d'une part, et sur la soutenabilité d'un haut niveau de résultats financiers dans les prochaines années d'autre part.

La baisse des cotisants actifs est en partie compensée par la hausse des cumulants revenus /retraites jusqu'en 2025, avant un retour à la hausse des cotisants ensuite. La hausse des médecins retraités de 70 000 à 90 000 devra être absorbée. Une nouvelle perte sur les placements financiers comparable à celle de 2008 mettrait en péril le système.

Si l'IGAS peut critiquer la stratégie offensive de gestion des réserves de la CARMF, il n'en demeure pas moins que sous réserve d'une continuité dans la rigueur de gestion et d'optimisation du ratio rentabilité/risque des dernières années, **cette stratégie est la seule qui garantit la viabilité financière à long terme de la caisse.**

L'Etat doit évidemment jouer son rôle en maintenant un exercice libéral viable et attractif pour les jeunes générations ce qui nécessite de sérieusement **changer le cap de la politique de santé menée depuis 20 ans.**

2.2/ La performance des retraites des médecins libéraux en forte baisse jusqu'en 2015

Dans un système de retraite à points comme celui des médecins libéraux, le calcul des pensions découle de l'accumulation de points de retraite acquis tout au long de la vie active et convertis en prestations à l'âge de la retraite. Les pensions découlent explicitement des cotisations au régime durant la période d'activité. Chaque année, l'assuré acquiert, par ses cotisations (et celles de son employeur pour les salariés), des droits à retraite sous forme de points qui vont se cumuler tout au long de la carrière.

La contrepartie monétaire de ces droits acquis ne sera connue de l'assuré qu'à la date de liquidation ; l'engagement conventionnel du régime porte en principe sur le niveau des cotisations mais non sur le montant de la retraite.

Le montant annuel de la pension à la date de liquidation s'exprime de la façon suivante :

$$P = N \times VS \times \text{coef liq}$$

- N est le nombre de points total acquis par l'assuré au moment du départ à la retraite ;
- VS est la valeur de service du point à la date de liquidation des droits ;

Généralement, un âge de référence (ou âge pivot) de départ à la retraite est fixé. Si l'assuré liquide trop tôt (avant l'âge de référence), il peut être appliqué un coefficient d'anticipation (décote) réduisant le montant de la pension. Au contraire, en cas de liquidation tardive (après l'âge de référence) un coefficient d'ajournement (surcote) peut être retenu par le régime.

La valeur d'achat du point (ou salaire de référence) est fixée chaque année. Elle est généralement la même pour l'ensemble de la population couverte. La valeur de service du point (ou valeur du point) se définit comme le montant des prestations correspondant à un point de retraite. Elle est généralement révisée tous les ans.

En vue de mesurer la performance d'un régime en points, la notion de rendement du régime peut être introduite. Deux types de rendement sont à distinguer : **le rendement d'équilibre instantané et le rendement d'équilibre de long terme**. Le rendement d'équilibre instantané est le rendement théorique qui permet, l'année de calcul, d'égaliser les cotisations et les prestations d'un régime (rien d'actuariel).

Le rendement d'équilibre à long terme est le rendement théorique constant qui permet, sur une durée de projection prédéfinie (en général 30 à 40 ans), de préserver la solvabilité du régime. Comparé au « rendement d'équilibre », le rendement pratiqué permet de mesurer l'effort à faire, soit pour arriver à l'équilibre instantané, soit pour pérenniser le régime sur le long terme.

Il faut préciser que ces rendements ne représentent pas des rendements financiers. Ils ne doivent pas non plus être assimilés au taux de rendement interne qui prend

également en compte la durée totale de l'opération retraite (durée de versement des cotisations et durée de perception de la retraite).

Du fait que 44% des pensions des médecins libéraux soient constituées d'un système par répartition provisionnée, nous utiliserons le rendement instantané pour calculer la rentabilité des régimes.

Le rendement instantané

Le rendement instantané est défini comme le **montant de retraite annuel acquis en contrepartie d'une cotisation contractuelle d'un euro payée la même année**. Concrètement, il est calculé comme le rapport entre la valeur de service du point et la valeur d'achat du point (éventuellement majoré du taux d'appel).

R : VS/VA

2.2.1/ Données de base pour les 3 régimes des médecins libéraux en 2017.

Régime de base

Cotisations

Le nombre de points attribués est déterminé suivant le montant de la cotisation réglé au titre de chaque tranche et arrondi à la décimale la plus proche.

Le paiement de la cotisation maximale (3 228 €) de la première tranche (revenu égal à 39 228 €) permet d'acquérir 525 points et celui de la cotisation maximale (3 668 €) de la deuxième tranche (revenu égal à 196 140 €) 25 points, soit au total 550 points maximum.

Valeur de service du point

La valeur de service du point de **0,5672 €** est fixée au 1^{er} octobre 2017.

Régime complémentaire (RCO-CARMF)

Cotisations

Le versement de la cotisation annuelle (voir annexe 8) correspondant au plafond de revenu donne droit à attribution de **10 points de retraite**. Lorsque la cotisation est d'un montant inférieur, le nombre de points alloués est calculé au prorata.

La cotisation du régime complémentaire a été appelée en 2018, est fixée à 9,8 % (vs 9,7% en 2017).

Un décret n° 2010-1253 du 21 octobre 2010 a modifié le plafond de l'assiette de calcul

des cotisations du régime, égal à compter de 2011 à 3,5 fois le plafond de la Sécurité Sociale (PSS).

Le montant de la cotisation au RCO est donc au maximum de 13 628 € en 2018 (le plafond, fixé à 3,5 fois celui de la Sécurité Sociale, étant égal à 139 062 €).

Valeur de service du point

La valeur annuelle du point de retraite a été fixée en 2017, à **68,30 €** pour le médecin et à 40,98 € pour le conjoint survivant (il s'agit de la valeur du point de retraite à 62 ans). Suite à l'application de la réforme de la retraite en temps choisi (effective au 1^{er} janvier 2017), un médecin qui reporte la liquidation de sa retraite après l'âge légal de départ en retraite (actuellement 62 ans) bénéficiera d'une majoration de ses retraites complémentaire et ASV de 1,25 % par trimestre cotisé (soit 5 % par an) jusqu'à 65 ans et de 0,75 % par trimestre (soit 3 % par an) entre 65 et 70 ans).

Exemple de calcul d'allocations RC-CARMF à partir des chiffres de 2018

Le revenu moyen sous plafond de 2016 servant d'assiette à la cotisation de 2018 est estimé à 89 775 € (BNC 2016).

La cotisation moyenne s'est donc élevée à 8 798 € (89 775 € x 9,8 %) correspondant à une acquisition annuelle de :

$89\,775\text{ € (revenu moyen)} / 139\,062\text{ € (revenu plafond)} \times 10 = 6,45$ points de retraite représentant pour 35 années de versements de cotisations, une retraite à 65 ans de :

$68,30\text{ €} \times 6,45\text{ points} \times 115\% \times 35\text{ années} = 17\,731,53\text{ € par an.}$

Le médecin effectuant des versements de cotisations correspondant au plafond de revenus percevrait une retraite complémentaire à 65 ans de :

$68,30\text{ €} \times 10\text{ points} \times 115\% \times 35\text{ années} = 27\,490,75\text{ € par an.}$

Rq : La retraite complémentaire est assortie d'une majoration de 10 % lorsque le médecin a eu au moins trois enfants.

Régime ASV

Cotisations

A partir de 2012 et de l'entrée en vigueur des dispositions du décret n° 2011-1644 du 25 novembre 2011 réformant le régime ASV, modifié par le décret n° 2016-1198 du 2 septembre 2016, il n'est plus fait référence au tarif de la consultation pour la détermination de la cotisation, le montant de part forfaitaire et le taux de la part proportionnelle (dite « d'ajustement », mise en place à compter de 2012) de la cotisation ASV étant fixés par décret.

Pour les médecins en secteur 1, les deux tiers de la cotisation (parts forfaitaire et

proportionnelle) sont prises en charge par les caisses d'assurance maladie¹⁵. Les médecins de secteur 2 paient la totalité de la cotisation.

Pour l'exercice 2017, la cotisation ASV est composée :

- D'une part forfaitaire d'un montant total de **4 929 € (1 643 € pour les médecins de secteur 1)** ;
- Et d'une part proportionnelle de **2,80 % (0,9333 % pour les médecins de secteur 1)** des revenus conventionnels de l'avant-dernière année dans la limite de 5 plafonds de la sécurité sociale (196 140 €).

Valeur de service du point

La part forfaitaire versée par le médecin (et les organismes d'assurance maladie pour le praticien en secteur 1) donne droit à un **total de 27 points de retraite chaque année**.

La part proportionnelle (dite « d'ajustement »), mise en place dans le cadre de la réforme ASV, permet d'acquérir en 2012 jusqu'à 1,91 point, en 2013 jusqu'à 6,82 points, en 2014 jusqu'à 6,92 points et en 2015 jusqu'à 9 points¹⁶. Des baisses différenciées de la valeur de service du point de retraite ont été prévues par la réforme à effet du 1^{er} juillet 2012 (cf. infra, concernant le détail et le calendrier de ces baisses).

Au 1^{er} janvier 2017, la valeur de service du point de retraite est fixée par le décret du 2 septembre 2016 à **11,31 €** (il s'agit de la valeur du point de retraite à 62 ans).

La retraite ASV est majorée de 10 % lorsque le médecin a eu au moins trois enfants.

¹⁵ L'avenant n° 5 à la convention nationale signée le 26 juillet 2011 (arrêté du 5 mars 2012) prévoit expressément que la participation des caisses au financement de la cotisation annuelle obligatoire (part forfaitaire) et de la cotisation d'ajustement (part proportionnelle) dues par les médecins conventionnés au titre du régime ASV, s'élève aux deux tiers du montant desdites cotisations. Cette participation à hauteur des deux tiers du montant des cotisations est confirmée à l'article 72 de la convention nationale signée le 25 août 2016 (arrêté du 20 octobre 2016).

¹⁶ La cotisation d'ajustement ouvre droit à l'attribution d'un nombre de points supplémentaires de retraite, dans la limite de 9 par an, égal au rapport arrondi au centième le plus proche, entre : d'une part le produit du montant de la cotisation d'ajustement et des deux tiers du nombre de points acquis au titre de la cotisation forfaitaire, et d'autre part le montant de la cotisation forfaitaire.

2.2.2/ Une performance des retraites des médecins libéraux en-deçà de celle des professions libérales

Pour calculer la performance des retraites, nous devons calculer l'effort contributif et le rendement des cotisations pour appliquer l'équation suivante :

$$\text{Performance globale des régimes} = \text{effort contributif} \times \text{rentabilité des cotisations}$$

Ainsi, la performance d'un régime doit être appréciée à partir de ces deux composantes.

Un effort contributif qui décroît fortement avec les revenus

L'effort contributif correspond au montant de cotisations rapporté au salaire net, et permet d'identifier des disparités d'un statut à l'autre (annexe 7).

Tableau 11 : Effort contributif des médecins libéraux sur les retraites

	Revenus	20 000	60 000	80 000	198 660
Secteur 1	Cotisations totales	4 347	11 628	14 119	23 060
	Effort contributif	21,7%	19,4%	17,6%	11,6%
Secteur 2	Cotisations totales	6 420	17 169	20 143	31 947
	Effort contributif	32,1%	28,6%	25,2%	16,1%

Source: Carmf- calculs Salamati

En considérant les revenus de 60 000€ et 80 000€, on constate que l'effort contributif des médecins de secteur 1 est comparable à celui des autres professions libérales (entre **15 et 20%**). Pour les médecins du secteur 2, l'effort contributif est nettement supérieur, compris entre **25 et 29%**.

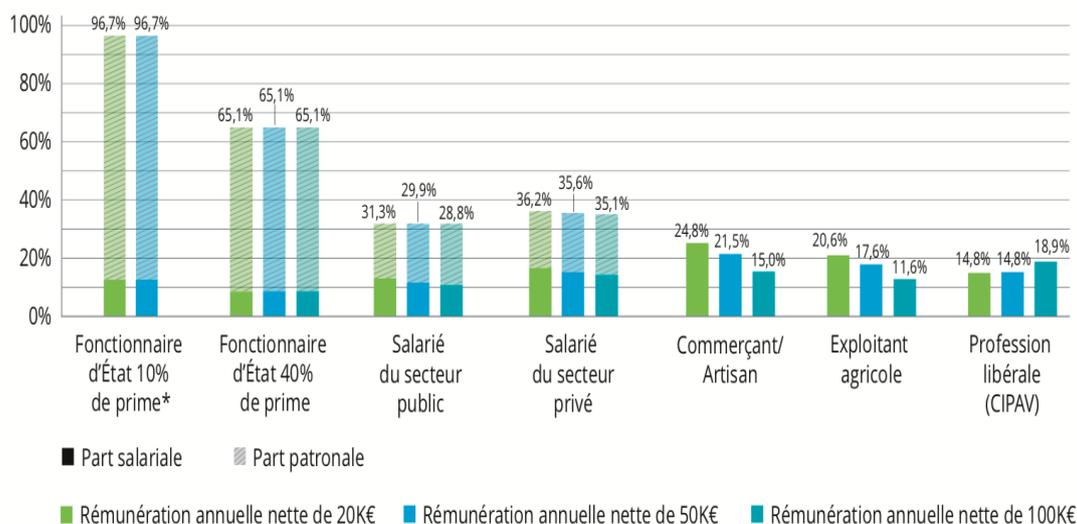
Les médecins libéraux - comme les autres professions libérales, les commerçants/artisans et les exploitants agricoles – **financent l'intégralité de leurs cotisations, à l'exception de la part ASV financée par l'Assurance Maladie pour l'ASV des médecins du secteur 1.**

C'est la raison pour laquelle l'effort contributif global est inférieur à celui des salariés, dont plus de la moitié des cotisations est financée par l'employeur. Au-delà d'un PASS, l'effort passe sous les 20% des revenus pour les libéraux contre près de 28% pour les salariés.

Contrairement aux professions libérales rattachées à la CIPAV (architectes, psychologues...), les médecins libéraux voient leur effort contributif sensiblement diminué avec les revenus. Pour les revenus inférieurs à 80 000 euros, **l'effort contributif des médecins de secteur 1 reste plus important que la moyenne des professions libérales** de la CIPAV mais plus faible que celui des commerçants /artisans. Si on enlève la contribution de l'Assurance maladie, donc pour le secteur 2, l'effort contributif des médecins libéraux est nettement plus élevé que celui des autres indépendants.

Il n'en demeure pas moins que **cet effort contributif distingue nettement le système des médecins libéraux (ainsi que les autres indépendants) de celui des salariés du privé**. Si la réforme gouvernementale d'un régime universel alignant le rendement des cotisations n'est pas incompatible avec cette situation, cela nécessitera **de conserver certaines spécificités** pour les efforts contributifs sans quoi des lignes rouges seront franchies pour certaines professions (voir partie III).

Graphe 11 : Effort contributif selon la profession et la rémunération
% de cotisations retraite payées par rapport à la rémunération



(*) La rémunération d'un fonctionnaire d'État percevant une prime annuelle de 10% ne peut pas atteindre 100 K€ en raison du plafond indiciaire de 84 K€

Source : Deloitte-Sapiendo-Octobre 2018

Généralement, les efforts contributifs élevés s'expliquent par l'existence **d'une double cotisation : employeur et employé**. C'est le cas pour les fonctionnaires d'Etat, où le montant des cotisations retraite globales peut avoisiner les 100% de la rémunération nette (la cotisation employeur est égale à 74,28% de la part indiciaire).

Pour les salariés du secteur privé, le montant des cotisations retraite sont payées pour plus de la moitié par l'employeur). Ainsi, l'effort contributif du seul bénéficiaire est supporté à hauteur de 40% pour les salariés dans le secteur privé quand il est à hauteur

de 100% pour les professions libérales et 13% pour les fonctionnaires d'Etat (avec une faible prime).

Les cotisations ne génèrent pas toutes des droits à la retraite puisqu'une partie du taux appelé sert à combler le déficit des régimes. C'est le cas pour Agirc-Arrco à partir du 1^{er} janvier 2019, le taux appelé pour les régimes complémentaires des salariés du privé va passer de 125% à 127%. La part au-delà de 100% finance le déficit du régime.

Une rentabilité des cotisations en forte baisse jusqu'en 2015

La rentabilité des cotisations d'un régime revient **au montant annuel de retraite obtenu pour 100 € de cotisations**.

Dans un régime par points comme la CARMF, il correspond au rapport de la valeur de service du point à sa valeur d'achat.

En 2017, les rendements des trois régimes de retraite ont été les suivants :

- **Régime de base : de 4,49 % à 7,53 %**
- **Régime complémentaire : 5,90 %**
- **Régime ASV : 4,49 %.**

A titre de comparaison, le rendement du régime AGIRC-ARRCO, régime complémentaire à points pour les salariés est **de 6% en 2017**. A noter que ces régimes, qui vont fusionner au 1^{er} janvier 2019, ont vu leur rendement nettement diminuer ces dernières années. En 1973, le rendement du régime AGIRC était de 13,65% et celui de l'ARRCO était de 11,09%. Ceci signifie qu'un cotisant acquiert deux fois moins de droits à l'AGIRC aujourd'hui pour le même euro de cotisation.

La baisse du rendement des régimes à points pour les médecins a été brutale de **2005 à 2015, notamment pour l'ASV dont le rendement a été divisé par 2 en 10 ans**. Cette baisse a été contenue depuis 2015 mais la hausse récente de la fiscalité sur les retraités aggrave l'érosion du pouvoir d'achat des médecins retraités.

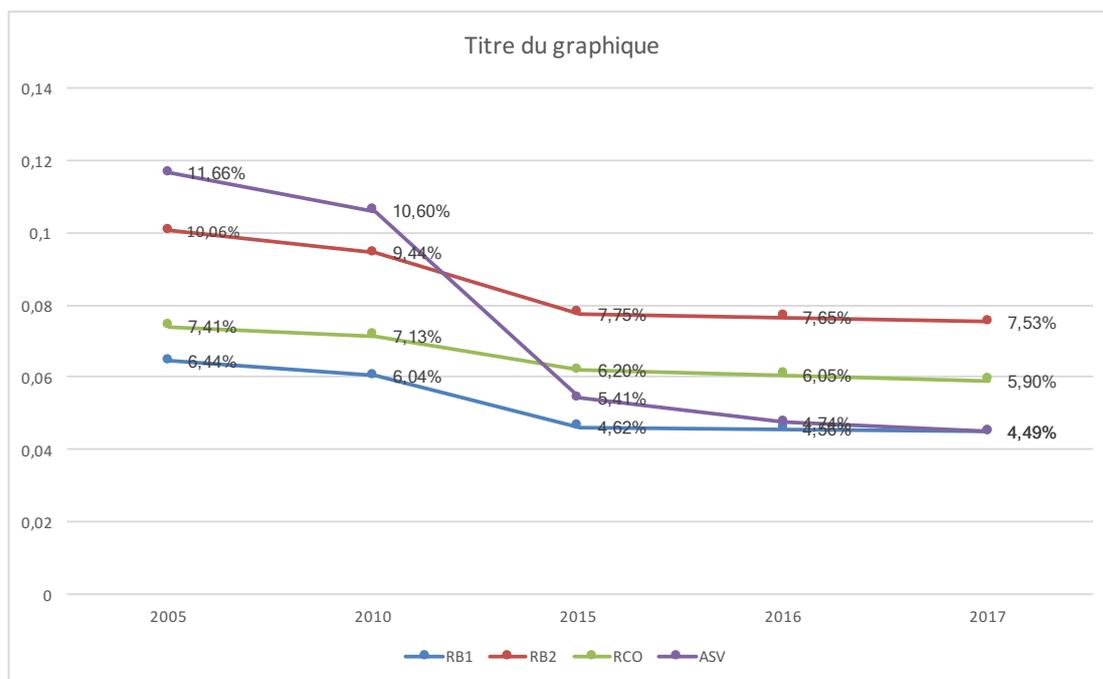
- La perte liée à la hausse de la CSG de 1,7 point à 8,3%¹⁷ est de 45€ par mois soit 540€ par an pour les médecins retraités.
- La fiscalisation de la majoration de 10% pour les personnes ayant eu 3 enfants ou plus, décidée en 2013, avait déjà grevé le pouvoir d'achat des médecins libéraux concernés de plus de 350€ par an.

Les baisses drastiques de la valeur de service du point, imposées pour sauver les régimes complémentaires et ASV, auxquelles il faut ajouter l'alourdissement de la

¹⁷ Hausse de 1,7 point en 2018 de la CSG sur les retraités, faisant passer le taux de 6,6% à 8,3 pour les retraités dont le revenu fiscal de référence est supérieur à 2000€ pour une personne seule.

fiscalité ont pesé lourdement sur le pouvoir d'achat des médecins libéraux en retraite depuis les années 2000.

Graphe 12 : Evolution des rendements des régimes de retraites des médecins libéraux depuis 2005



Source : Rapports du directeur-CARMF- Calculs Salamati

Si on considère le poids respectif des régimes dans la pension actuelle des médecins libéraux (cf. tableau 3), on arrive à un rendement moyen des cotisations **de 5,44%**.

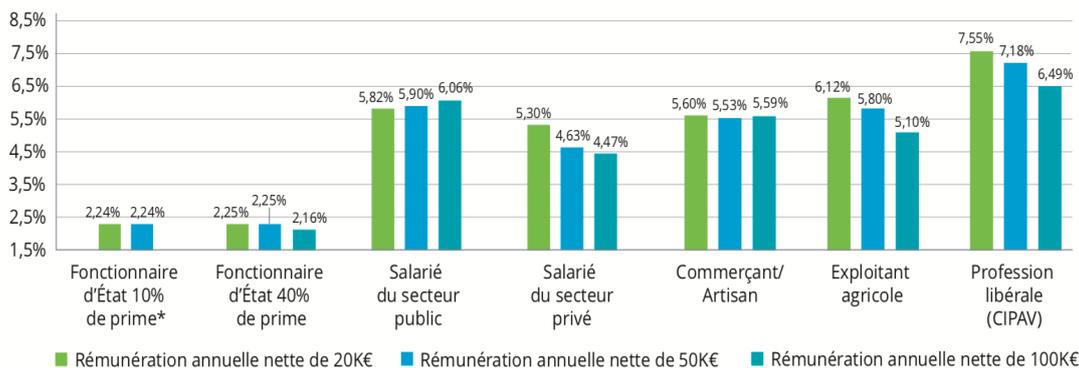
Pour le médecin libéral dont la rémunération annuelle est de l'ordre de 80 000€, une cotisation de 1000 euros par exemple rapportera 54,4 € de rente annuelle.

Cette rentabilité des cotisations est **inférieure à la moyenne des professions libérales** (6,49% à 100 000 euros de revenus nets) et supérieure à celle du salarié privé (4,47% à 100 000 euros de revenus nets).

Graphe 13 : Rentabilité des cotisations par profession par niveaux de revenus nets

Rentabilité des cotisations

% de rente annuelle généré par les cotisations retraite



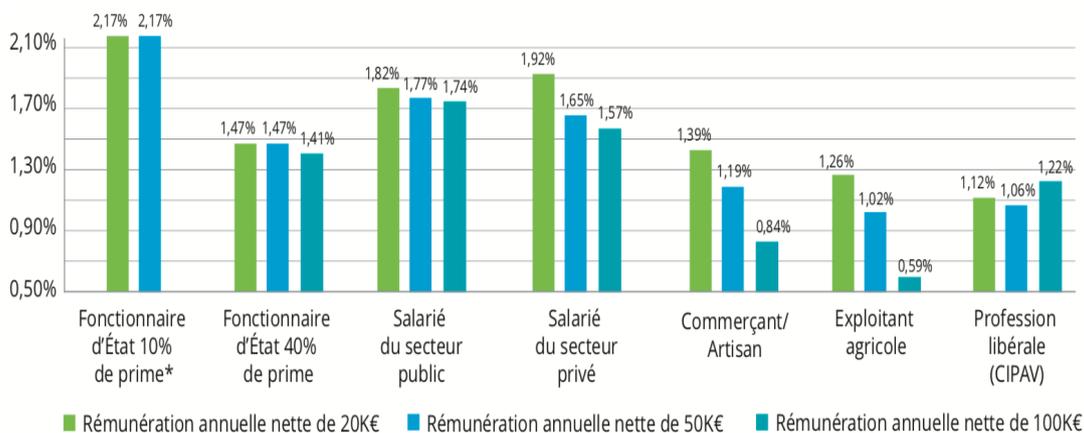
(* La rémunération d'un fonctionnaire d'État percevant une prime annuelle de 10% ne peut pas atteindre 100 K€ en raison du plafond indiciaire de 84 K€

Source : Deloitte-Sapiendo-Octobre 2018

La performance globale des retraites des médecins libéraux en ligne avec celle des professions libérales

En appliquant la formule suivante - Performance globale des régimes = effort contributif x rentabilité des cotisations -, on arrive à une performance moyenne pour les médecins libéraux de **1,30% pour des revenus de 60 000€** et **1,16% pour des revenus de 80 000€**.

Graphe 14 : Performance globale des régimes



(* La rémunération d'un fonctionnaire d'État percevant une prime annuelle de 10% ne peut pas atteindre 100 K€ en raison du plafond indiciaire de 84 K€

Source : Deloitte-Sapiendo-Octobre 2018

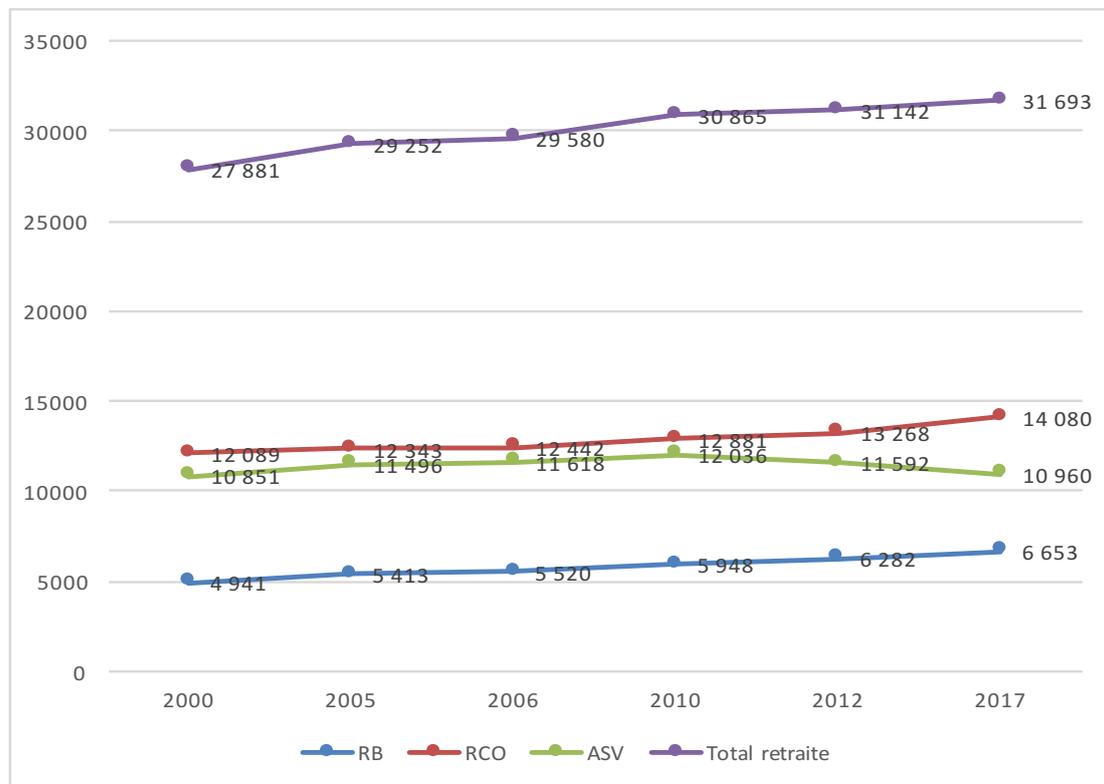
La faiblesse des rendements des cotisations des différents régimes, en particulier pour celui de l'ASV, met en évidence l'importance de la participation de l'Assurance maladie dans les cotisations ASV (de l'ordre de 6000 euros par an pour les revenus moyens). Elle permet de multiplier par 3 des rendements qui sont arrivés au minimum.

Pour les médecins de secteur 2 (25% de l'ensemble des médecins libéraux), eux aussi conventionnés et de plus en plus soumis à des mesures de plafonnement (OPTAM), la pertinence du régime ASV pose question.

Une baisse de plus de 15% du pouvoir d'achat des pensions des médecins libéraux depuis 2000

La somme des retraites des trois régimes depuis 2000 montre une hausse de 13,7% des pensions en euros courants. Avec un taux d'inflation de 28,70% sur la période, la perte de pouvoir d'achat correspond à 15%, soit près de 1% par an.

Graph 14 : Evolution des retraites des 3 régimes depuis 2000 en euros courants



Source : Rapports du directeur-CARMF- Calculs Salamati

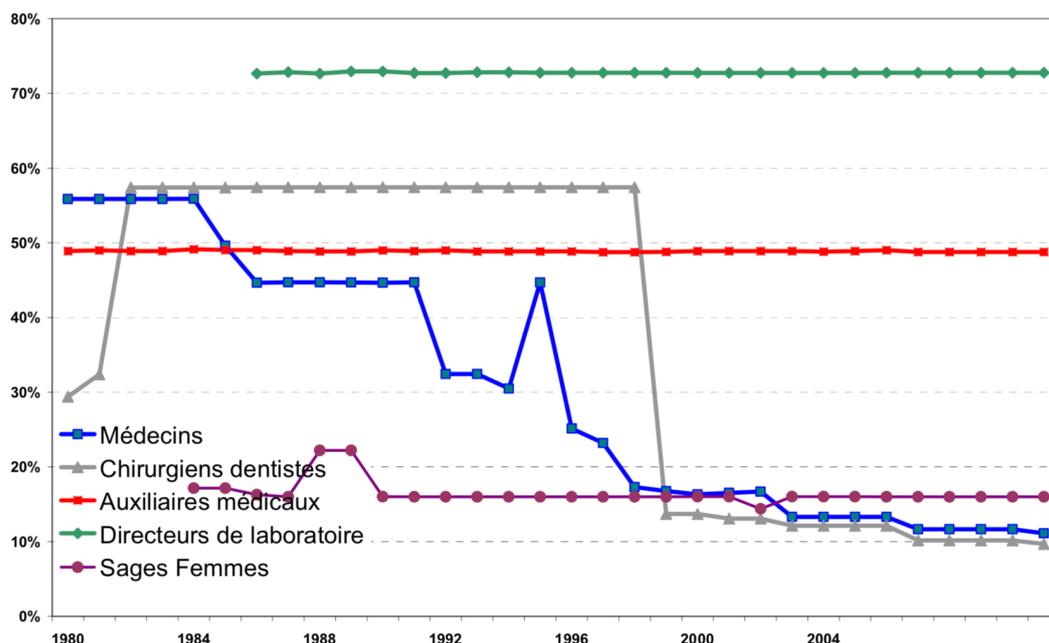
En tenant compte de l'alourdissement de la fiscalité sur la période, dont les deux hausses précitées, la perte du pouvoir d'achat liée **aux retraites est proche de 20%**. Ceci ne mesure pas l'évolution du niveau de vie général des médecins retraités, du fait des autres sources de revenus disponibles. En revanche, cette analyse illustre le sort très défavorable subi par les retraites des médecins libéraux.

Pour mieux comprendre cette évolution défavorable, une étude approfondie du régime ASV s'impose tant ce régime a le plus dégradé le pouvoir d'achat des médecins retraités.

2.3/ Le naufrage du régime ASV

Ce régime supplémentaire, mis en place en 1960 et rendu obligatoire en 1972, a été très rentable jusque dans les années 1990, puis a vu son rendement s'effondrer ensuite. Le rendement est passé de **plus de 55% en 1980 à 4,70% en 2017**. Ce rendement de 2017 représente le strict minimum pour une retraite de 21 ans¹⁸ (1 euro de cotisation donne un euro de prestation).

Graphe 15 : Evolution du rendement du régime ASV depuis 1980



Source : DSS- la réforme des régimes ASV

Si cette chute des rendements de l'ASV se constate aussi chez les chirurgiens-dentistes, on ne l'observe pas dans les 3 autres professions médicales. La direction de la sécurité sociale explique cette évolution de la façon suivante :

« L'absence d'outils effectifs de pilotage de ces régimes en points (le montant des cotisations forfaitaires et le niveau des prestations étant jusqu'en 2006 indexés sur les lettres clés) a conduit au maintien de rendements excessifs : dès lors, le départ massif des professionnels en retraite, dégradant les ratios démographiques, engendre une augmentation très importante du nombre de points à servir. »

Il y aurait donc eu un certain laxisme dans la gouvernance du régime et une gestion court-termiste qui n'a pas anticipé l'évolution démographique pourtant prévisible. Ce laxisme a conduit à la quasi faillite du système puis à la reprise en main par l'Etat du pilotage du régime en 2006, tout en laissant la gestion à la CARMF.

¹⁸ Rendement de 4,7%- Sur 21 ans de retraite, il faut un rendement minimum de 4,70% pour récupérer en prestations l'équivalent de ses cotisations

Avant 2006, le pilotage de l'ASV était partagé entre les syndicats professionnels médicaux, l'Assurance maladie et l'Etat. Jusqu'à la fin des années 90, les choix de gestion ont largement été pris au profit des retraités de l'époque et à la génération suivante (actifs en fin de carrière).

30 ans de gestion court-termiste ont affaibli durablement le régime ASV

Avant d'être rendu obligatoire en 1972, le régime ASV était **facultatif et par capitalisation**. Du fait de son caractère facultatif, le régime a constitué des réserves importantes de 1960 à 1972, estimé à 24 années de prestations. Le rapport démographique des professions médicales très favorable sur cette période et un système par capitalisation très rentable en période de forte croissance économique expliquent le succès du régime. Comme le montre le graphe 15, le régime disposait d'une excellente rentabilité proche de 60% encore dans les années 80.

Qu'est-il arrivé entre les années 1970 et 2000 ?

La Cour des Comptes¹⁹ a analysé cette période et en a conclu à **un excès de privilèges octroyés aux générations de cette période par les dirigeants de l'ASV** : « *Pour inciter les professionnels de santé à adhérer aux régimes ASV et aux conventions auxquelles ils sont liés, des avantages importants leur ont été accordés initialement, en autorisant les sections professionnelles à fixer le taux de rendement des régimes ASV à un niveau très élevé (par l'attribution d'un trop grand nombre de points par années de cotisation, parfois de points gratuits et par le choix d'une valeur de service du point de retraite très favorable)* ».

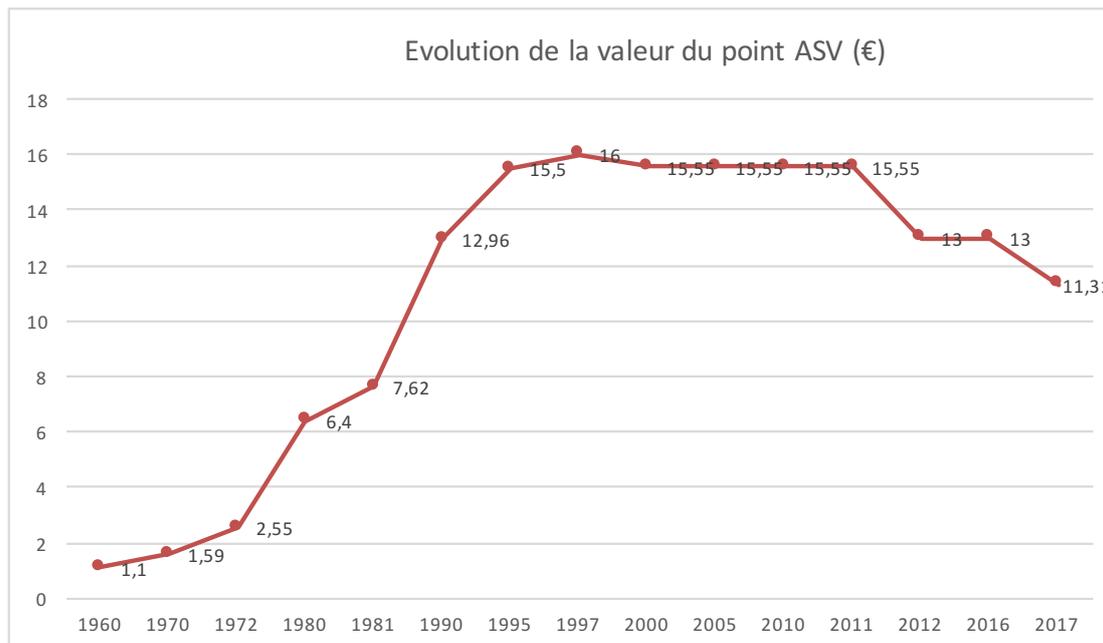
Le graphe 15 indique que le régime ASV des médecins a été le premier à payer cet « excès de générosité » et cette approche court-termiste, entraînant une chute des rendements dès 1985. Le système tiendra jusqu'en 1998 pour les chirurgiens-dentistes.

Pour le régime ASV des médecins, la valeur de service du point ASV a **augmenté de 338% entre 1971 et 1981 (+34% par an en moyenne)**, passant de 1,74€ à 7,62€. La valeur la plus élevée a été de **16 € en 1996, soit une hausse moyenne de 7,4% par an de 1981 à 1996 (+110% en 15 ans)**.

La valeur du point a été ensuite stable à 15,55 € jusqu'en 2011, avant de baisser de 8% en 2012 à 13€. La baisse de 2017 à 11,31€ est liée à la réforme de la retraite choisie, qui fait passer l'âge de la retraite à 62 ans en contrepartie d'une baisse du point et d'une surcote de 5% entre 62 ans et 65 ans et de 3% de 66 ans à 70 ans.

Graphe 16 : Evolution de la valeur du points ASV depuis 1960

¹⁹ Cour des Comptes-rapport sur la sécurité sociale-Septembre 2005



Source : La chronologie des chiffres de la CARMF 1998

Outre une hausse très forte de la valeur de service du point ASV, la politique de gestion du régime ASV s’est traduite par la possibilité **de racheter des annuités dans des conditions assez incroyables pour les médecins de l’époque**. Au début, la CARMF permettait aux assurés de racheter 3 annuités supplémentaires par année d’exercice sous convention, dans la limite du nombre d’années d’exercice global.

Exemple d’un cas réel²⁰ : « Agé de 76 ans en 1966, le Dr V a pu racheter 40 annuités pour un prix de 1440 Francs. Ce rachat lui a permis de toucher une pension mensuelle de 2857 Francs contre 897,6 s’il n’avait pas réalisé ce rachat ».

Une autre décision va être lourde de conséquence dans la dégradation future de l’équilibre financier du système : **la baisse sensible des cotisations de 1973 à 1987**. Alors que la cotisation restait fixée à 90C, le taux d’appel des cotisations est passé de 80% en 1972 à 60% de 1973 à 1980, puis à 75% jusqu’à 1987 avant de le ramener à 100% en 1992.

Tableau 12 : Evolution des cotisations ASV

Années	1972	1973 à 1980	1981	1982 à 1987
Cotisations en C	90C	90C	90C	90C
Taux d’appel	80%	60%	67,50%	75%

Source: Carmf- ASV des médecins

Une valeur de service du point multipliée par 10 accompagnée d’une forte baisse des cotisations, il n’en fallait pas plus pour mettre à terre un régime de retraites qui disposait pourtant de **fondamentaux financiers très favorables et qui était destiné à compenser des honoraires modérés**.

²⁰ Informations de la CARMF- Livre blanc et noir de l’ASV- Septembre 2007

Après une telle politique de gestion, le régime ASV se trouve dans une situation de quasi faillite dans les années 1990. **En 1991, les réserves du régime ASV sont épuisées**, la CARMF menace de ne verser en fin d'année que 55% de la retraite ASV. Les autorités de tutelle sont sollicitées pour relever les cotisations tout en faisant perdurer la part de financement par les caisses. En 1994, la CARMF constate que les prévisions font apparaître un nouveau déficit de trésorerie et alerte les Pouvoirs Publics.

Les projections démographiques et financières élaborées par la Cour des Comptes en 2003 et 2004 montrent que « *la dégradation de la situation et les perspectives d'évolution sont alarmantes : le régime ASV est en déficit technique en 2005 et ses réserves sont déjà épuisées ou vont l'être d'ici 2011...* »²¹. En 2000 et 2003, les cotisations ont été relevées et le taux de rendement a été diminué mais cette tentative de sauvetage a été **insuffisante et trop tardive**.

Un évènement important a été le changement des règles en 1972 pour le régime ASV. D'un système facultatif par capitalisation, le système est devenu obligatoire et par répartition. Les gestionnaires du système de l'époque ont fait le choix de distribuer progressivement les réserves accumulées pendant dix ans, de 24 années de prestations. Le caractère obligatoire du régime garantissait une croissance durable des recettes qui pouvait inciter à améliorer sensiblement les prestations.

Cependant, la situation démographique de la profession très favorable dans les années 70 allait se dégrader très rapidement dans les 30 ans à venir et ces données étaient connues. Ainsi, le rapport Cotisants/allocataires est passé de 11,6 en 1975 à 5,1 en 1995, 3,7 en 2005, 1,8 en 2015 et 0,97 en 2025. On peut ajouter à cela la chute du numérus clausus dans les années 90²². Là aussi, les conséquences sur l'équilibre démographique à long terme étaient prévisibles et ne peuvent donc expliquer des décisions de gestion qui allaient plomber les performances financières pour les générations futures.

Reprise en main par l'Etat et hausse drastique des cotisations : le prix très élevé du sauvetage du régime ASV

Cette gestion laxiste se paie au prix cher pour les générations actuelles de médecins en exercice.

D'abord, c'est **l'ensemble de la profession qui a perdu le contrôle de la gouvernance du régime suite à la LFSS de 2006**.

L'article 77 de la LFSS 2006, effectif au 1^{er} janvier 2006, donne à **l'Etat** la possibilité de piloter ces régimes (le montant des cotisations et des prestations étant fixé par décret).

Ensuite, c'est **une hausse drastique des cotisations** pour les médecins en activité que cette même loi va permettre de mettre en place. Elle prévoit de prendre les dispositions douloureuses nécessaires pour rétablir l'équilibre financier du régime : **déconnexion de la cotisation des lettres clé des professionnels de santé**. La cotisation et le nombre de points sont désormais fixés par décret ; et possibilité d'appeler une **cotisation**

²¹ Cour des comptes- Rapport sur la sécurité sociale – Septembre 2005

²² 1978 : 8661places ; 1990 : 4000 ; 1993 : 3500 ; 2001 : 4100 ; 2015 : 7500 ; 2018: 8205.

proportionnelle aux revenus. La loi ouvre la possibilité que cette cotisation soit créatrice de droits en fonction de la situation propre à chaque régime.

De 1972 à 2011, les cotisations ont doublé en termes de multiples de C, passant de 90C à 180 C, avec un taux d'appel allant de 60% à 100%.

Tableau 13 : Evolution des cotisations du régime ASV pour les médecins de secteur 1 de 1972 à 2011

	Caisses	Médecins	Total	Taux d'appel
1972	60 C	30 C	90 C	1er semestre : 100 %
	60C	30 C	90 C	2e semestre : 60 %
1973 à 1980	60 C	30 C	90 C	60%
1990	66 C	33 C	99 C	100%
1995 à 1998	104 C	52 C	156C	100%
1999 à 2011	120 C	60C	180C	100%

Source: Chronologie CARMF 2018

A partir de 1981, pour les médecins qui ont choisi le secteur conventionné à honoraires libres lors de la convention du 5 juin 1980, les caisses d'Assurance Maladie **ne participent plus au financement du régime ASV**. Les médecins de secteur 2 financent ainsi 100% du total du tableau 13.

A partir de 2012, avec l'entrée de la réforme du régime ASV, il n'est plus fait référence au tarif de la consultation, les montants et les taux de cotisation sont fixés par décret. Une part proportionnelle au revenu est ajoutée aux cotisations forfaitaires et va être multipliée **par 15 en 7 ans, passant de 0,25% en 2012 à 3,80% en 2018 des revenus professionnels**. Sur cette période, la part forfaitaire augmente de 16% à 4 977€.

Ainsi, en 2016, la cotisation ASV pour un médecin gagnant 80 000 euros est de **2512€ en secteur 1 et de 7 537€ en secteur 2** (voir annexe 8). En 2019, la cotisation ASV pour un revenu de 80 000 euros passera à 8017€ en secteur 2, soit un montant supérieur à la cotisation du RCO qui représente pourtant 44% des retraites totales, contre 35% pour le régime ASV. Comme évoqué précédemment, la pertinence de ce régime pour le secteur 2, soit près de 30 000 médecins, est en question. Il restera intéressant pour les médecins de secteur 1 tant qu'il sera largement subventionné.

Il n'en demeure pas moins que le régime ASV peut être considéré aujourd'hui sauvé si on se projette à long terme sur sa viabilité financière.

Tableau 14 : Evolution des cotisations du régime ASV pour les médecins de secteur 1 de 1972 à 2011

Années	Textes	Forfaitaire (montant)			Proportionnelle (taux)			Taux d'appel
		Caisses	Médecins	Total	Caisses	Médecins	Total	
2012	Décret n° 2011-1644 du 25 novembre 2011	2 867 €	1 433 €	4 300 €	0,167 %	0,0833 %	0,25 %	100 %
2013	Décret n° 2011-1644 du 25 novembre 2011	2 933 €	1 467 €	4 400 €	0,60 %	0,30 %	0,90 %	100 %
2014	Décret n° 2011-1644 du 25 novembre 2011	3 000 €	1 500 €	4 500 €	1,00 %	0,50 %	1,50 %	100 %
2015	Décret n° 2011-1644 du 25 novembre 2011	3 100 €	1 550 €	4 650 €	1,40 %	0,70 %	2,10 %	100 %
2016	Décret n° 2011-1644 du 25 novembre 2011	3 233 €	1 617 €	4 850 €	1,7333 %	0,8667 %	2,60 %	100 %
2017	Décret n° 2016-1198 du 2 septembre 2016	3 286 €	1 643 €	4 929 €	1,8667 %	0,9333 %	2,80 %	100 %
2018	Décret n° 2016-1198 du 2 septembre 2016	3 318 €	1 659 €	4 977 €	2,1333 %	1,0667 %	3,20 %	100 %

Source : Chronologie CARMF 2018

Un impact important sur la politique de conventionnement des médecins libéraux et sur la performance globale des retraites des médecins libéraux

Ce régime ASV est étroitement lié à la politique de conventionnement des médecins libéraux dans les années 60. Rappelons que la première convention nationale a été signée en 1971²³.

Ce régime se veut **une contrepartie du sacrifice financier** consenti par les médecins qui acceptent des tarifs d'honoraires modérés applicables en vertu des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie et les syndicats médicaux. Le tarif de consultation actuelle à 25 euros est un symbole de la faible valorisation des actes médicaux par l'assurance maladie.

La forte dégradation de la performance du régime ASV depuis les années 70, aboutissant à un rendement des cotisations réduit au strict minimum (4,47% en 2017) induit une double pénalité pour les médecins conventionnés, qui représentent plus de 99% des médecins libéraux :

²³ Loi n°71-525 du 03 février 1971 « introduisant dans le code de la sécurité sociale les principes de la convention nationale liant les syndicats médicaux représentatifs et les caisses d'Assurance maladie ». Cette loi fixe les règles régissant les rapports entre chacune des professions de santé et les caisses sous formes de conventions nationales passées entre les caisses nationales (CNAM, CANAM, MSA) et les syndicats définis comme représentatifs des professions concernées. Renouvellement tous les 4 ans mais faisant l'objet d'avenants annuels.

- L'avantage du conventionnement **a perdu en partie l'une de ses contreparties financières importantes**. Même si les médecins de secteur 1 conservent une prise en charge des deux tiers de leurs cotisations, la chute du rendement des cotisations modère cet avantage financier et la hausse des cotisations affecte leur pouvoir d'achat. C'est encore plus impactant pour les médecins de secteur 2.
- **Le pouvoir d'achat des médecins actifs et retraités actuels est sérieusement affecté**. Nous avons vu que les médecins retraités ont perdu 15% de pouvoir d'achat en 10 ans, sans tenir compte de l'alourdissement fiscal des retraites.

Partie III

Perspectives d'avenir du système des retraites des médecins libéraux

3.1/ Les principales données sur le projet présidentiel de la réforme des retraites²⁴

Emmanuel Macron s'est engagé pendant sa campagne électorale à réformer les retraites. Il souhaite instaurer un nouveau système universel où la retraite serait calculée de la même manière quel que soit le régime.

Sa promesse principale de campagne présidentielle se résume ainsi :

« Nous créerons un système universel de retraites où un euro cotisé donne les mêmes droits, quel que soit le moment où il a été versé, quel que soit le statut de celui qui a cotisé ».

Date et calendrier

Une concertation avec les partenaires sociaux est en cours pour définir le contenu de la réforme. Elle a lieu sous la responsabilité du haut-commissaire à la Réforme des retraites, Jean-Paul Delevoye. Il s'agit d'une phase préparatoire à la rédaction du futur projet de loi.

L'élaboration concrète de la réforme prendra dans tous les cas du temps. Dans un discours prononcé devant la Cour des comptes le 22 janvier 2018, le Président Macron a annoncé qu'il souhaitait que **les textes de la réforme des retraites soient finalisés avant l'été 2019**. Le projet de loi devrait ainsi être présenté en juin 2019, tandis que le vote du texte au Parlement devrait avoir lieu lors du dernier trimestre 2019. Les perturbations sociales de fin 2018 risquent de décaler ce calendrier dans le temps.

Selon Emmanuel Macron, la mise en place du nouveau système serait dans tous les cas progressifs. Il a été confirmé que, lorsque la réforme entrera en vigueur, les conditions de départ des assurés qui **sont à moins de 5 ans de la retraite ne seraient pas modifiées**. Pour les autres, la transition se ferait graduellement. Les conditions de cette transition entre le système actuel et le nouveau système doivent toutefois encore être précisées.

Règles de calcul

Actuellement, les retraites du régime général des salariés sont calculées à partir du **salaires annuel moyen perçu par chaque salarié au cours des 25 meilleures années**

²⁴ Les mesures présentées ici sont tirées du programme présidentiel d'Emmanuel Macron, des annonces faites par le haut-commissaire à la Réforme des retraites, Jean-Paul Delevoye, ainsi que de certaines informations à ce jour parues dans la presse. Elles sont donc susceptibles d'être modifiées au fil de l'élaboration de la réforme, qui commencera véritablement en 2019

de sa carrière, que l'on multiplie par un taux de liquidation²⁵, qui peut varier en fonction du nombre de trimestres cotisés²⁶.

L'exécutif souhaite modifier ces règles de calcul. La notion de trimestre cotisé ne serait plus prise en compte et un nouveau dispositif serait mis en place. Les règles actuelles par annuités seront **remplacées par une retraite par points**, à l'image des règles existant déjà pour le régime de retraite complémentaire Agirc-Arrco ou du régime de base et des régimes complémentaires des médecins libéraux. Le montant de la retraite sera donc calculé à partir du nombre de points acquis au cours de la carrière, et non plus à partir du nombre de trimestres cotisés.

Ce nombre de points dépendra des revenus touchés par l'assuré, mais certains événements (une naissance par exemple) permettront aussi d'en acquérir. L'assuré sera libre de partir quand il le souhaite dès lors qu'il aura atteint l'âge légal de départ en retraite et qu'il estimera avoir cotisé suffisamment de points. Sa pension en euros sera calculée en multipliant son nombre de points acquis par leur valeur de liquidation au jour du départ en retraite. Une valeur qui pourra alors varier au fil des années, ce qui permettrait de moduler le montant des pensions.

Vers un régime universel

Aujourd'hui, le système des retraites comporte **42 régimes distincts**, avec des règles différentes selon les professions et les statuts. Macron souhaite uniformiser le système en appliquant les mêmes règles de calcul pour tous (public et privé, régimes spéciaux...).

Taux de cotisation

Actuellement, tous les actifs ne sont pas soumis aux mêmes taux de cotisation retraite. Les indépendants cotisent par exemple moins que les salariés (10 à 20% selon les professions contre 27% pour un salarié).

La réforme visant à uniformiser le système des retraites, la question des taux de cotisation **constituera un point clef du projet**. Salariés et fonctionnaires pourraient ainsi cotiser au même niveau, tandis que les indépendants se verraient appliquer un régime de cotisation adapté à leur situation. Ces règles restent toutefois encore à définir avec les partenaires sociaux.

²⁵ Le taux de liquidation de la retraite est le taux appliqué lors de son départ en retraite, dans le calcul du montant de sa **pension de retraite** de base. Le taux de liquidation maximal de sa retraite de base est égal à 50 % pour le secteur privé et à 75 % pour les fonctionnaires civils.

²⁶ La durée d'assurance s'exprime en trimestres. On peut valider jusqu'à 4 trimestres par année civile. Pour obtenir une retraite entière, il faut justifier d'une durée d'assurance comprise entre 150 et 172 trimestres, selon votre année de naissance.

Régimes spéciaux

Le sujet des régimes spéciaux (SCNF, RATP, EDF...) constituera un autre point épineux de la réforme des retraites. Pour le moment, peu d'informations ont filtré sur les mesures envisagées par le gouvernement sur cette question. Dans son programme présidentiel, Emmanuel Macron avait précisé **que les taux de cotisation et les conditions d'âge pourraient différer selon les professions.**

Le gouvernement pourrait donc jouer sur ces critères : les assurés des régimes spéciaux continueraient de bénéficier d'avantages, à condition de cotiser plus. Des cotisations supplémentaires qui pourraient en partie être financées par l'Etat ou les entreprises publiques.

Cette incertitude pèse aussi sur les régimes professionnels des professions libérales en général et des médecins libéraux en particulier. Est-ce que l'Assurance Maladie prendrait en charge la hausse des cotisations des médecins libéraux engendrée par la réforme des retraites ?

Répartition

Le principe d'un régime par répartition sera conservé. Les cotisations versées aujourd'hui continueront de payer les pensions des actuels retraités. Les cotisations d'assurance retraite ne seront donc pas supprimées et seront toujours prélevées sur les salaires (contrairement aux cotisations salariales d'assurance maladie et d'assurance chômage que le gouvernement a supprimé en 2018 pour compenser la hausse de la CSG).

Pénibilité

Tous les salariés n'ont pas la même espérance de vie. Ceux exposés aux travaux pénibles vivent, par exemple, moins longtemps que ceux qui ne le sont pas. Les modalités de prise en compte de la pénibilité dans les nouveaux régimes pourraient donc, elles aussi, s'avérer complexes.

Le programme du candidat Macron précisait simplement que la « pénibilité » serait retenue dans la formule de calcul des retraites. Il faudra donc attendre des informations plus précises de la part du gouvernement pour connaître les modalités de cette prise en compte.

Actuellement, les salariés exposés aux facteurs de pénibilité acquièrent des points sur leur compte pénibilité, qui peuvent leur permettre de partir à la retraite plus tôt que l'âge minimal (62 ans).

Carrière longue

Selon le programme d'En Marche, la réforme continuera à tenir compte des carrières longues qui, aujourd'hui, permettent de partir à la retraite avant l'âge minimum légal. Sur ce sujet aussi, peu d'informations ont filtré concernant les modalités de prise en compte des carrières longues dans le futur régime de retraite.

Age légal des retraites

Emmanuel Macron a indiqué qu'il **ne comptait pas augmenter l'âge légal de départ à la retraite pendant son quinquennat, aujourd'hui fixé à 62 ans**. Une position à nouveau confirmée par Jean-Paul Delevoye dans un tweet du 8 octobre 2018. L'âge de la retraite devrait donc rester le même au moins jusqu'en 2022. Il sera toutefois possible de partir plus tard pour toucher une meilleure pension de retraite.

La manière d'exposer le problème dans la consultation citoyenne lancée par le gouvernement de mai à octobre 2018 sur la thématique de l'âge de départ est explicite de la tentative de sortir de l'imbroglie des 62 ans gouvernemental.

« Dans un système universel où chaque euro cotisé compte pour le calcul de la pension et où les droits sont gérés en points, le maintien de critères d'âge ou de durée d'assurance ne s'impose plus. Il sera plus facile de connaître sa retraite future en temps réel, en fonction du nombre de points déjà acquis, et de choisir, en fonction de sa situation personnelle, de travailler plus longtemps (avec une pension plus élevée) ou de partir plus tôt (avec une pension moindre). »

Naissance et enfants

La réforme tiendra compte des naissances d'enfants, qui peuvent impacter la carrière des parents et donc potentiellement diminuer leurs droits à la retraite. Chaque naissance devrait donner lieu à l'attribution de points de retraite, dans des conditions restant à définir.

Pension de réversion

La réforme concernera également les pensions de réversion versées au conjoint survivant. Le gouvernement compte **modifier leur régime et harmoniser leurs conditions d'attribution, en tenant notamment compte des bénéficiaires ayant les ressources les plus faibles**. Le montant des pensions pourrait donc être diminué pour certains retraités et être augmenté pour d'autres.

Cette réforme des pensions de réversion en est encore au stade des discussions. Selon Jean-Paul Delevoye, l'une des mesures à l'étude consisterait à instaurer un système de partage des droits à la retraite entre époux, en tenant compte de l'ensemble des revenus du couple. Une autre piste consisterait à autoriser la transmission de points de retraite d'un époux à l'autre.

D'après le Président de la République, les personnes qui touchent une pension de réversion avant l'entrée en vigueur de la réforme ne devraient pas, dans tous les cas, être concernées par les nouvelles mesures.

Bonus-Malus

Une autre réforme touche déjà les pensions de retraite complémentaire à partir du 1er janvier 2019. Elle concerne les personnes nées à compter du 1er janvier 1957 qui partiront en retraite après 2019.

Dès lors qu'ils partiront à l'âge auquel ils peuvent toucher une retraite de base à taux plein, ces salariés subiront **un malus de 10 % sur le montant de leur pension complémentaire Agirc-Arrco**. Cette minoration s'applique pendant 3 ans.

Cette mesure vise à inciter les assurés à prolonger leur activité : le malus ne s'applique pas si l'assuré décide de partir **un an plus tard**. Dans le même sens, le système prévoit une majoration de sa pension (une année seulement) s'il décide de prolonger son activité de plusieurs années : 10 % pour une prolongation de 2 ans, 20 % pour une prolongation de 3 ans et 30 % pour une prolongation de 4 ans.

Rappelons que le régime complémentaire obligatoire des médecins fonctionne déjà avec la possibilité d'un bonus pour un départ en retraite au-delà de 62 ans (sans système de malus cependant et pendant toute la retraite).

3.2/ Impact de la réforme Macron pour les médecins libéraux

3.2.1/ L'hypothèse centrale d'un régime universel à 3 PASS condamnerait la CARMF

La réunion de concertation du 10 octobre 2018 entre le Haut Conseil à la réforme des retraites et les syndicats a été un premier test pour le gouvernement sur quelques grands principes de son projet de réforme des retraites.

Deux points abordés sont fondamentaux pour l'avenir du système des retraites des médecins libéraux :

- Pour absorber les 42 régimes actuels (base, complémentaires, fonctionnaires, indépendants, régimes spéciaux...), **l'assiette des cotisations du régime de base serait plafonnée à 3 PASS²⁷ (soit environ 120 000 €).**

- **Un grand flou sur le pilotage du nouveau système** : le gouvernement a simplement posé quelques principes généraux à ce stade. Qui seront les opérateurs du futur système de retraites. L'Etat sera-t-il le seul opérateur et le seul pilote pour gérer et distribuer la retraite de 99% de la population ? Y aura-t-il un seul opérateur et une gestion partagée avec les corps intermédiaires ?

Le risque d'étatisation du système est un véritable chiffon rouge que le gouvernement agite, soit par conviction pour la future architecture du système, soit pour mieux négocier la participation des autres acteurs.

Le Haut-Commissaire a mentionné qu'il n'avait pas d'objectifs d'économies par rapport aux dépenses actuelles (14% de PIB, un maximum selon Delevoye) et une obligation d'équilibre financier du système. « *Des règles d'or qui n'impactent pas les générations futures* ».

Un plafond des cotisations à 3PASS condamne les régimes complémentaires et la solidarité professionnelle

Le RCO de la CARMF ayant déjà ses cotisations plafonnées à 3,5PSS (139 060€), la principale raison d'être de la CARMF disparaîtrait si le gouvernement venait à confirmer le plafond des 3 PASS. Le nouveau système de retraites français serait donc un système universel global, sans régime obligatoire complémentaire.

D'un projet ambitieux, nécessaire et potentiellement consensuel, cette évolution vers un régime global universel **rend le projet très contestable pour les médecins libéraux (et beaucoup d'autres professions) et clivant en mettant fin à leurs caisses professionnelles.**

²⁷ Plafond annuel de la sécurité sociale, fixé à 39 732 € au 1^{er} janvier 2018.

Les régimes complémentaires sont régis par des règles et un esprit différents car le **socle de la solidarité est professionnel alors que pour les régimes de base, le socle de la solidarité est national**, se matérialisant par des mécanismes de compensation.

La position officielle de la CARMF²⁸ est d'être favorable à un régime de base universelle dont le plafonnement des cotisations permettrait de conserver une viabilité des régimes complémentaires, i.e. autour de 1 PASS (40 000 euros). Un tel plafond englobe environ **80% des revenus et toucherait 100% des actifs, ce qui en fait bien un système universel**. Le Haut-Commissaire est à ce stade opposé à un plafond aussi bas, arguant que cela maintiendrait beaucoup de régimes spécifiques et irait contre l'esprit de la loi.

On peut noter que d'autres régimes universels à l'étranger souvent citer en exemple ont un plafond proche de 1 PASS. C'est le cas de la Suède par exemple avec un plafond proche de 48 000 euros.

Les autres questions cruciales des réserves et de la gouvernance

Dans l'hypothèse de la reprise de l'activité de la CARMF dans la gestion des retraites des médecins libéraux par le régime global (RB +RC) universel, il se poserait la question de **l'avenir des quelques 7 milliards d'euros de réserves** au bilan des comptes de la CARMF.

Ces réserves sont sans aucun doute le patrimoine des médecins libéraux dont les cotisations ont permis leur constitution. Ainsi, toute mainmise de l'Etat sur ces réserves sera légitimement un *casus belli* des professionnels contre l'ensemble de la réforme.

Toujours dans cette hypothèse, on voit mal l'Etat constitué une caisse publique unique pour gérer ce régime mastodonte de retraite universelle. Est-ce que l'Etat autorisera une caisse comme la CARMF agir en délégation de service public pour gérer pour le compte des médecins libéraux le régime universel ?

Outre le RCO et sa solidarité professionnelle, le devenir du régime ASV d'une part et des régimes de prévoyance invalidité vieillesse et des services des aides sociales d'autre part se pose.

Le régime ASV a été conçu comme la contrepartie au conventionnement, et représente encore 35% des retraites des médecins libéraux. Avec 75% des médecins libéraux inscrits en secteur 1, ce régime reste encore une contrepartie financière significative (autour de 5200 € par an de cotisations retraites ASV financées par l'AMO).

Une possibilité d'évolution dans cette hypothèse serait la création d'un système supplémentaire de retraite par capitalisation qui intégrerait l'ensemble des réserves accumulées et dans lequel l'Assurance maladie abonderait chaque année une somme équivalente aux cotisations ASV.

²⁸ Exprimée dans un colloque dédié à la réforme Macron en Septembre 2017

3.2.2/ Des raisons légitimes de défendre la conservation de la CARMF

Plusieurs raisons justifient que les médecins libéraux agissent auprès des pouvoirs publics pour conserver leur régime complémentaire :

- La carrière professionnelle d'un médecin libéral présente des caractères spécifiques qui justifient une caisse dédiée (30 ans de carrière en moyenne) ;
- L'effort contributif des professions libérales est plus faible que celui des salariés et des fonctionnaires, moins de 20% des revenus pour les médecins libéraux de secteur 1 (75% des médecins libéraux) ;
- Les lourds efforts réalisés ces dix dernières années aussi bien par les actifs que par les retraités ont permis de sauver les deux régimes et en principe d'assurer leur pérennité ;
- La perte de pouvoir d'achat des retraités devrait cesser puisqu'il est prévu de réindexer la valeur du point des deux régimes sur l'inflation dès 2020. Le gouvernement a décidé de désindexer de l'inflation les pensions du régime de base, en limitant la hausse de 0,3% en 2019 et en 2020 ;
- Les médecins libéraux ont constitué des réserves de plus de 7 milliards d'euros en 2018 qui sont leur patrimoine et garantissent la pérennité de leurs régimes spécifiques.

Si l'adoption d'un régime universel de base ne pose pas de difficultés pour les médecins libéraux et présente même un avantage en matière de compensation démographique, l'absorption des deux autres régimes dans un grand régime universel sera clairement compliquée à faire accepter à la profession.

Les règles de durée de cotisation dans le régime de base de la CNAVPL sont déjà identiques que celles du régime général ce qui simplifie le passage à un régime de base universel. En revanche, l'absence de systèmes de solidarité nationale en matière de minima des pensions sera un sujet parmi d'autres à considérer dans ce régime de base universel.

Malgré la légitimité démocratique de la réforme systémique de Macron, le projet présidentiel était suffisamment flou pour laisser la place à la conservation de la CARMF. Outre la rentabilité égale des cotisations quel que soit le statut érigé comme le dogme de la réforme, la différence en matière d'effort contributif des libéraux comme celle des autres indépendants devrait être conservée sachant que l'effort est entièrement supporté par l'individu.

Les inconvénients d'un système universel à 3PASS

Si le gouvernement maintient son approche d'un régime universel englobant la quasi-totalité des revenus et instaure un régime unique, il risque **de dégrader la retraite des bas revenus, sauf à mettre en place une usine à gaz d'aides sociales**. Avec un taux unique de cotisations pour tous et le même régime pour tous, il faudra un taux de remplacement d'équilibre identique pour tous.

Ce dernier se situera autour de 60% pour tous les revenus (le SMICARD comme le cadre à plus de 10 000 euros), alors qu'aujourd'hui il est proche de 75% pour les bas revenus.

Le plafond à 3 PASS va réduire le taux de remplacement des revenus les plus bas, ce qui est bien une régression sociale. On est là dans un nouveau système qui, drapé des vertus de l'égalité, dégrade la retraite des bas revenus. Un système de compensation par des aides sociales créera des effets de seuil et des complexités administratives évitables avec un plafond plus faible des cotisations du régime universel.

Le gouvernement envisagerait une contribution de solidarité sur les revenus au-dessus de 3 PASS pour remédier à cela. **Cela éloignerait les bas revenus du modèle contributif (contraire à la promesse électorale de Macron) et renforcerait l'étatisation du système, avec un financement par l'impôt.**

Ce point est très important sur un plan systémique et politique. Le nouveau système de retraites universel de Macron conduirait donc à une baisse des retraites pour la classe populaire, compensée par des aides sociales payées par les plus hauts revenus. C'est donc bien un affaiblissement du système par répartition qui ne sera plus soutenable socialement sans des aides sociales²⁹. On peut douter qu'une part importante de la population française ait envie **d'un système de retraite qui nécessitera pour eux d'être assistés pour vivre dignement.**

Négocier la conservation de la CARMF en cas des 3 PASS

Si le plafond du régime de base universel (RBU) est confirmé à 3 PASS dans les semaines qui viennent par le Haut-Commissaire à la réforme des retraites, la CARMF pourrait perdurer sur un modèle plus réduit de régime complémentaire. Selon les revenus actuels des médecins libéraux, un plafond à 3 PASS laisse environ 35% des revenus des médecins encore disponibles pour un régime complémentaire.

Cela nécessiterait de faire remonter le plafond actuel du RCO de 3,5 PASS à 5 PASS sans quoi le 0,5 PASS restant ne représenterait que 6% des cotisations actuelles (soit moins de 60M€ sur la base 2017) et condamnerait le régime RC.

Quant au régime ASV, sa survie semble problématique dans le schéma à 3 PASS, d'autant plus que le projet à ce stade prévoit son intégration. La négociation pourrait porter sur une participation de la caisse d'assurance maladie au financement des cotisations du régime universel. Sur la base des deux tiers actuels des cotisations ASV, cela reviendrait à financer **environ 26% de ce régime par l'Assurance maladie**. Cette évolution devra faire l'objet d'un avenant à la convention actuelle.

Délégation de service public pour être opérateur du régime universel des médecins

²⁹ Cette situation n'est pas sans rappeler celle de la taxe sur l'essence dont le gouvernement pensait qu'elle serait acceptable par la classe moyenne si elle était compensée par des aides sociales.

Outre la conservation d'un RC, la survie de la CARMF pourrait passer aussi par devenir l'opérateur du régime universel pour les médecins libéraux, l'universalité d'un régime ne signifiant pas l'unicité. En cas de régime unique, on serait dans une situation d'étatisation des retraites en France.

Le maintien d'un plafond à 3 PASS et l'absence de délégation du régime universel à des opérateurs privés signeraient la mort de la CARMF.

Le sort des réserves de la CARMF

La tentation de l'Etat de récupérer ces réserves est grande, l'argument de l'Etat étant le suivant : « *Puisque vos réserves ont été constituées pour équilibrer le système à terme, j'ai besoin de vos réserves* ». La réalité est qu'elles appartiennent aux médecins et qu'elles ne peuvent légitimement (ni légalement) pas être mutualisées avec les autres assurés.

Nous avons évoqué les **lourds sacrifices réalisés ces dernières années par les médecins** libéraux actifs et retraités pour permettre la reconstitution des réserves. C'est loin d'être le cas de tous les régimes. Hors ceux des libéraux, la plupart des régimes ont peu de réserves ou sont déficitaires. Le sort des cigales serait donc mélangé avec celui des fourmis.

Ce bras de fer avec les Pouvoirs Publics sur les réserves est essentiel car s'il est envisageable de voir l'Etat céder sur la conservation des réserves des médecins, ce ne sera probablement pas le cas du plafond des cotisations qui s'imposera à toutes les professions.

Donc, si le plafond des 3PASS est conservé et que les réserves actuelles sont laissées aux médecins, un régime complémentaire par répartition ou par capitalisation à partir de ces réserves est des cotisations au-delà de 3 PASS pourrait être envisagé. Rappelons que ce régime permettrait la survie d'une CARMF qui gèrerait aussi un régime de prévoyance et un système d'aides sociales pour les médecins libéraux.

Le poids des valeurs des médecins libéraux dans la défense de la CARMF

La médecine n'est pas un métier comme un autre si on considère sa finalité humaine unique et les exigences éthiques qui l'accompagnent. Ces valeurs sont multiples mais on peut en citer une, la confraternité.

Hippocrate : « *J'apporte mon aide à mes confrères, à leur famille, dans l'adversité* »

Article 56 (article R.4127-56 du code de la santé publique)

*Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité.
Un médecin qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'ordre.
Les médecins se doivent assistance dans l'adversité.*

Le CNOM évoque cette confraternité en ces termes sur son site :

« Il ne s'agit pas d'une manifestation de corporatisme mais d'une solidarité et d'une entraide nécessaires à l'accomplissement de la mission médicale. Les médecins ont besoin les uns des autres, en complémentarité, non seulement au chevet des patients, mais aussi dans le domaine de la prévention, dans l'accès aux avantages sociaux, dans la reconnaissance des droits de leurs patients. Les médecins doivent donc se connaître et savoir travailler ensemble, sans qu'une bonne entente entre eux ne devienne jamais une connivence au détriment du patient. L'expérience a montré que lorsque des différends existent entre les praticiens qui s'occupent d'un même patient, celui-ci risque d'en pâtir ».

Différencier cette confraternité du corporatisme puise ainsi dans les racines profondes de la médecine, **qui puise elle-même dans les racines de l'humanité**. Un médecin pour soigner a besoin de sérénité dans son travail, il ne peut bien soigner que si lui et ses proches sont dans la sécurité. A ce titre, le maintien de la compensation financière au conventionnement sous la forme de l'ASV ou d'une autre forme est cruciale pour la pérennité de l'exercice libérale en médecine.

Agir vite et fort pour contrecarrer le projet du Haut-Commissaire dans sa forme actuelle

Plutôt que de s'opposer à la réforme du gouvernement, il semble opportun de défendre un modèle alternatif qui intègre la mise en place d'un régime de base universel dont les cotisations seraient plafonnées à 40 000 ou 50 000 euros. A l'exception des fonctionnaires, les régimes complémentaires au-delà de ce plafond existent déjà. La fusion des différents régimes de base actuels apporterait déjà une grande simplification par rapport au système actuel.

L'instauration d'un système à points pour l'ensemble des régimes et ce régime de base universel répondraient aux principaux objectifs de la réforme souhaitée par macron, tout en conservant une capacité d'adaptation pour les parcours professionnels très spécifiques. Il n'y a pas de raison que l'absence d'un régime complémentaire pour les fonctionnaires fassent disparaître les régimes complémentaires existants des autres professions.

Enfin, l'exercice libéral de la médecine comme des autres professions a des ressorts individualistes indéniables, qui forgent aussi un sentiment de responsabilité fort et important pour le succès de ces professions. Si on ajoute les inconvénients et complexités liés au régime universel à 3 PASS, le gouvernement risque de coaliser l'ensemble des professions libérales contre son projet.

L'union faisant la force, c'est peut-être une voie à initier pour les médecins libéraux de coaliser le plus tôt possible ces professions libérales.

ANNEXES

Annexe 1 : Historique des droits des médecins libéraux pour l'âge de départ à la retraite

Historique des décrets : décret n° 49-456 du 30 mars 1949 codifié dans le livre VI titre IV chapitre 3 section 2 du CSS, loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites ; décret n° 2004-460 et décret n° 2004-461 du 27 mai 2004 ; loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites ; décret n° 2010-1734 du 30 décembre 2010 ; décret n° 2011-620 du 31 mai 2011 ; décret n° 2011-916 du 1^{er} août 2011 ; loi n° 2011-1906 de financement de la sécurité sociale du 21 décembre 2011 ; et loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites n°2014-14 du 20 janvier 2014 ; décret n° 2014-1413 du 27 novembre 2014.

Age minimum de départ en retraite à taux plein pour le régime de base

► *Principe*

L'affilié bénéficie d'une pension pleine dès l'âge légal de départ à la retraite, s'il justifie tous régimes confondus, de la durée d'assurance nécessaire à l'obtention d'une pension pleine.

► *Cas particuliers où l'affilié bénéficie d'une pension pleine*

○ Avant l'âge légal de départ à la retraite : - s'il a commencé son activité très jeune et a acquis un certain nombre de trimestres, ou - s'il a accompli, dans le régime de retraite de base des professions libérales et, le cas échéant dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, tout en étant travailleur handicapé, une durée d'assurance et une durée de cotisation effective minimale.

○ Dès l'âge légal de départ à la retraite, quel que soit le nombre de trimestres acquis, s'il justifie être :

- totalement et définitivement inapte au travail, ou

- invalide de guerre à 85% au moins, ou

- titulaire de la carte de déporté ou interné de la Résistance ou de la carte de déporté ou interné politique, ou

- ancien combattant ou ancien prisonnier de guerre, sous certaines conditions de durée de captivité ou de mobilisation, ou - travailleur handicapé.

Age légal de départ en retraite selon les générations

► Dates d'effet de la retraite de base selon la date de naissance			
Date de naissance	①	②	③
	Date d'ouverture des droits (retraite au plus tôt)	Trimestres d'assurance requis pour bénéficier du taux plein entre ① et ③	Date de départ à la retraite à taux plein quel que soit le nombre de trimestres cotisés
Avant le 01/01/1949		160	
du 01/01 au 31/12/1949	1 ^{er} jour du trimestre civil suivant le 60 ^e anniversaire	161	1 ^{er} jour du trimestre civil suivant le 65 ^e anniversaire
du 01/01 au 31/12/1950		162	
du 01/01 au 30/06/1951		163	
du 01/07 au 01/09/1951		01/01/2012	
du 02/09 au 01/12/1951	01/04/2012	163	01/04/2017
du 02/12 au 31/12/1951	01/07/2012	163	01/07/2017
le 01/01/1952	01/10/2012	164	01/10/2017
du 02/01 au 01/04/1952	01/01/2013	164	01/01/2018
du 02/04 au 01/07/1952	01/04/2013	164	01/04/2018
du 02/07 au 01/10/1952	01/07/2013	164	01/07/2018
du 02/10 au 31/12/1952	01/10/2013	164	01/10/2018
du 01/01 au 01/02/1953	01/04/2014	165	01/04/2019
du 02/02 au 01/05/1953	01/07/2014	165	01/07/2019
du 02/05 au 01/08/1953	01/10/2014	165	01/10/2019
du 02/08 au 01/11/1953	01/01/2015	165	01/01/2020
du 02/11 au 31/12/1953	01/04/2015	165	01/04/2020
du 01/01 au 01/03/1954	01/10/2015	165	01/10/2020
du 02/03 au 01/06/1954	01/01/2016	165	01/01/2021
du 02/06 au 01/09/1954	01/04/2016	165	01/04/2021
du 02/09 au 01/12/1954	01/07/2016	165	01/07/2021
du 02/12 au 31/12/1954	01/10/2016	165	01/10/2021
1955 à 1957	1 ^{er} jour du trimestre civil qui suit les 62 ans	166	1 ^{er} jour du trimestre civil qui suit les 67 ans
1958 à 1960		167	
1961 à 1963		168	
1964 à 1966		169	
1967 à 1969		170	
1970 à 1972		171	
1973 et suivantes		172	

Exemple : si vous êtes né le 15 mai 1956, vous pouvez prendre votre retraite :
 – à partir du 01/07/2023 sans décote ③ quel que soit le nombre de trimestres validés,
 – entre le 01/07/2018 ① et le 30/06/2023 ③ à taux plein dès que vous réunissez 166 trimestres ②,
 – entre le 01/07/2018 ① et le 30/06/2023 ③ avec décote si vous ne réunissez pas les 166 trimestres d'assurance ②.

Source : La CARMF en 2018

○ A l'âge de 65 ans, quel que soit le nombre de trimestre acquis, s'il est né à compter du 1er juillet 1951 et s'il justifie :

- avoir interrompu au moins trente mois consécutifs son activité professionnelle en raison de sa qualité d'aidant familial, ou

- être handicapé en étant atteint d'une incapacité permanente supérieure à 50%,
ou
- être parent d'enfant handicapé s'il peut justifier, soit d'avoir bénéficié d'au moins un trimestre d'assurance au titre de la majoration de durée d'assurance vieillesse pour enfant handicapé, soit d'avoir apporté une aide effective à son enfant bénéficiaire de la compensation de handicap, pendant une durée minimale de 30 mois, ou
- être né entre le 1^{er} juillet 1951 et le 31 décembre 1955 inclus et remplir les conditions cumulatives suivantes : avoir eu ou élevé au moins trois enfants ; avoir interrompu ou réduit son activité professionnelle pour se consacrer à l'éducation d'au moins un enfant ; avoir validé sous certaines conditions au moins huit trimestres.

Annexe 2 : Disparités des revenus des médecins libéraux

	Effectifs	Moyenne	Médiane	Q1	Q3	D1	D9	Q3/Q1	D9/D1
Spécialité									
Omnipraticiens	56 289	76 619	71 696	49 343	97 355	31 233	125 933	1,97	4,03
Anesthésistes	2 848	170 157	163 209	123 977	208 689	87 466	256 046	1,68	2,93
Cardiologues	3 861	129 580	119 523	85 012	160 878	55 065	214 295	1,89	3,89
Chirurgiens	4 560	160 447	141 792	104 018	197 555	65 247	272 480	1,90	4,18
Dermatologues	2 955	77 375	68 916	47 717	99 141	28 111	134 311	2,08	4,78
Radiologues	5 122	173 911	158 791	117 060	212 279	80 330	282 124	1,81	3,51
Gynécologues	4 916	100 583	86 629	52 312	132 018	31 734	186 839	2,52	5,89
Gastro-entérologues	1 925	115 727	109 629	78 989	141 284	49 934	182 956	1,79	3,66
Oto-rhino-laryngologues	2 077	108 725	101 463	68 084	134 963	41 611	177 093	1,98	4,26
Pédiatres	2 429	82 115	74 188	50 637	104 038	31 968	138 773	2,05	4,34
Pneumologues	1 047	98 660	93 801	67 381	121 811	41 687	156 379	1,81	3,75
Rhumatologues	1 693	89 020	79 591	51 843	115 084	31 930	156 268	2,22	4,89
Ophthalmologues	4 185	139 811	114 193	73 727	175 267	48 124	258 389	2,38	5,37
Psychiatres et neuropsychiatres	5 635	80 810	70 928	48 257	102 432	28 552	143 364	2,12	5,02
Stomatologues	925	129 061	111 745	69 953	165 933	42 666	236 904	2,37	5,55
Autres médecins	3 900	104 105	92 974	57 022	136 900	32 171	188 333	2,40	5,85
Autres chirurgiens	812	164 566	149 192	112 514	206 018	81 860	259 218	1,83	3,17
Secteur de conventionnement									
Secteur 1	79 621	91 991	80 365	54 353	115 182	34 471	161 424	2,12	4,68
Secteur 2	25 558	114 266	94 103	57 193	147 385	32 851	217 237	2,58	6,61
Sexe									
Hommes	75 309	109 183	94 374	65 503	134 792	43 225	190 329	2,06	4,40
Femmes	29 870	67 705	58 308	39 172	83 751	23 728	120 425	2,14	5,08
Age									
moins de 40 ans	8 355	91 174	74 338	48 991	114 703	30 473	172 948	2,34	5,68
40 à 49 ans	27 802	100 908	84 863	57 219	125 818	37 433	182 368	2,20	4,87
50 à 59 ans	50 407	99 020	85 142	56 876	123 656	35 810	175 607	2,17	4,90
60 ans et plus	18 615	90 588	78 128	49 307	115 401	27 127	165 163	2,34	6,09
Nbre d'années entre la thèse et l'installation en libéral *									
0 an	26 998	85 869	77 033	53 340	106 285	34 302	144 648	1,99	4,22
1 an	23 315	88 046	77 981	53 503	108 976	34 171	150 071	2,04	4,39
2 ans	12 780	99 525	83 917	56 051	124 762	34 777	180 493	2,23	5,19
3 à 4 ans	18 339	112 444	93 576	58 489	145 918	36 234	210 172	2,49	5,80
5 à 6 ans	8 598	107 810	90 688	55 791	140 043	32 989	203 456	2,51	6,17
7 ans et plus	15 078	106 632	93 515	55 205	139 720	31 064	196 314	2,53	6,32

* 71 VALEURS MANQUANTES.

** : LA VARIABLE DU MODE D'EXERCICE DE L'ACTIVITÉ PROVIENT DE LA CNAMTS. LES MODALITÉS DE CETTE VARIABLE SONT CORRECTEMENT RENSEIGNÉES, HORMIS ÉVENTUELLEMENT QUELQUES ERREURS DANS LA MISE À JOUR DES MODALITÉS « EXERCICE LIBÉRAL AVEC TEMPS PARTIEL HOSPITALIER » ET « EXERCICE LIBÉRAL À TEMPS PARTIEL », I.E. AVEC SALARIAT NON HOSPITALIER, SANS QUE L'ON PUISSE LES QUANTIFIER. LA MODALITÉ « EXERCICE LIBÉRAL AVEC SALARIAT NON HOSPITALIER À TEMPS PARTIEL » SE DIFFÉRENCIE DE « L'EXERCICE LIBÉRAL AVEC TEMPS PARTIEL HOSPITALIER » PAR UN EXERCICE À TEMPS PARTIEL SALARIÉ DU TYPE TRAVAIL DANS UN CENTRE DE SANTÉ OU EN MÉDECINE DU TRAVAIL, ETC. ON NE CONNAÎT PAR CONTRE PAS LA PART DE TEMPS PARTIEL POUR LES MÉDECINS CONCERNÉS NI LA PART QU'OCCUPE LE SECTEUR PRIVÉ DES HTP.

SOURCES : INSEE-DGFIP-CNAMTS - EXPLOITATION DREES.

CHAMP : FRANCE MÉTROPOLITAINE, DONNÉES 2008.

Annexe 3 : Historique des mesures influant sur le calcul de l'assurance vieillesse de base des médecins libéraux

L'objet initial des sections professionnelles de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales était de servir, sous certaines conditions, une allocation vieillesse dont le taux était fixé à la moitié de celui de l'Allocation aux Vieux Travailleurs Salariés (AVTS).

Par le décret n° 62-439 du 14 avril 1962, ce taux a été porté au même niveau que celui de l'allocation aux vieux travailleurs salariés. Le 1^{er} juillet 1978, les périodes d'activité supérieures à 15 ans sont prises en compte.

Le 1^{er} janvier 1983, la condition de 15 années d'activité est supprimée pour l'octroi d'une pension et le montant de l'allocation est donc égal à 1/15^{ème} d'AVTS par année cotisée.

Le 1^{er} janvier 1993 (loi n° 91-73 du 18 janvier 1991), une fraction de la cotisation du régime de base est devenue proportionnelle aux revenus, dans la limite de 5 fois le plafond de la sécurité sociale.

Le 1^{er} janvier 2004 (loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites), la cotisation est entièrement proportionnelle aux revenus non-salariés divisés en 2 tranches. Chaque tranche est affectée d'un taux de cotisation. Les droits sont proportionnels.

Les conjoints collaborateurs non affiliés à un régime d'assurance vieillesse pouvaient adhérer, à titre volontaire, au régime vieillesse de base depuis le 1^{er} octobre 1989. **L'article 12 de la loi du 2 août 2005** en faveur des PME rend obligatoire le choix pour le conjoint du chef d'entreprise entre les statuts de conjoint collaborateur, conjoint salarié ou conjoint associé. Ce nouveau statut est entré en application à compter du 1^{er} juillet 2007.

Les **décrets n° 2007-582 du 19 avril 2007** relatif aux cotisations d'assurance vieillesse des conjoints collaborateurs des professionnels libéraux et n° 2011-699 du 20 juin 2011 relatif aux régimes d'assurance invalidité-décès des professionnels libéraux et de leurs conjoints collaborateurs ont complété les décrets instituant les régimes complémentaires et les régimes invalidité-décès afin de rendre effectif l'accès des conjoints ou pacsés collaborateurs à ces régimes et de fixer la cotisation au quart ou à la moitié de celle due par le professionnel.

Depuis le **1^{er} janvier 2015 (décret n°2014-1413 du 27 novembre 2014)**, les paramètres du régime d'assurance vieillesse de base des professionnels libéraux ont été réformés. Le plafond de la première tranche de revenus est porté de 85% à 100% du plafond annuel de la sécurité sociale. La seconde tranche de revenus est comprise entre 0 et 5 fois le plafond de la sécurité sociale. Le taux de la première tranche est de 8,23%, celui de la seconde tranche est de 1,87%.

Le décret n°2017-301 du 8 mars 2017 prévoit que la base de cotisation forfaitaire de

2ème année d'activité est alignée sur celle de 1ère année (19% du PSS). Toutefois cette mesure s'applique à compter des créations d'entreprises intervenues à compter du 1er janvier 2017 ; les assurés qui sont en 2ème année d'activité en 2017 ne sont donc pas concernés.

Chiffres clés sur les points de retraites en 2018-11-13

Le médecin	
<i>Nombre de points de retraite par année cotisée</i>	
Base	
Tranche 1 :	525 points maximum
Tranche 2 :	25 points maximum
Total :	550 points maximum
Complémentaire	10 points maximum
ASV	
Part forfaitaire	27 points
Part proportionnelle	9 points maximum, soit 36 points maximum
<i>Valeur du point de retraite</i>	
Base	0,5672 € au 1^{er} janvier 2018
Complémentaire	68,30 €* (inchangée)
ASV	11,31 €* (inchangée)
Le conjoint collaborateur	
<i>Valeur du point de retraite</i>	
Base	0,5672 € au 1 ^{er} janvier 2018
Complémentaire	68,30 €

(*) Valeur du point de retraite à 62 ans. Suite à l'application de la réforme de la retraite en temps choisi, un médecin qui reporte la liquidation de sa retraite après l'âge de 62 ans bénéficiera d'une majoration de ses retraites complémentaire et ASV de 1,25 % par trimestre cotisé (soit 5 % par an) jusqu'à 65 ans et de 0,75 % par trimestre (soit 3 % par an) entre 65 et 70 ans.

Exemple de calcul

Retraite à 65 ans en fonction de la législation et des statuts en vigueur au 1^{er} janvier 2018. Médecin né le 10 novembre 1953. Affilié depuis 30 ans à la CARMF et ayant réuni 165 trimestres tous régimes de base confondus. Revenu moyen de 80 000 € sur toute la durée de la carrière. Retraite au 1^{er} janvier 2019, en fonction de la législation et des statuts en vigueur au 1^{er} janvier 2018.

Synthèse du calcul des retraites pour les trois régimes

RÉGIME DE BASE	
1 > nombre de points acquis jusqu'au 31/12/2017	> figurant sur l'appel de cotisation de janvier 2018
2 > nombre d'années de cotisations futures jusqu'à la prise de la retraite	> du 1 ^{er} janvier 2018 jusqu'à l'âge de la retraite (voir tableau)
3 > points annuels à acquérir jusqu'à la prise de la retraite	> 525 points pour 39 732 € de revenus + 1 point par tranche de revenu de 7 946,40 € = 25 points maximum
4 > nombre total de points	> 1 + 3
5 > valeur du point au 01/01/2018	> 0,5672 €
6 > retraite annuelle	> 5 x 4
RÉGIME COMPLÉMENTAIRE	
1 > nombre de points acquis jusqu'au 31/12/2017	> figurant sur l'appel de cotisation de janvier 2018
2 > nombre d'années de cotisations futures jusqu'à la prise de la retraite	> du 1 ^{er} janvier 2018 jusqu'à l'âge de la retraite (voir tableau)
3 > points annuels à acquérir jusqu'à la prise de la retraite	> Pour 2018 : 1 point par tranche de revenu de 13 906 €, 10 points maximum
4 > nombre total de points	> 1 + 3
5 > valeur du point au 01/01/2018	> 68,30 €
6 > majoration pour report de la prise de retraite	1,25 %/trimestre de report de 62 à 65 ans 0,75 %/trimestre de report de 65 à 70 ans
7 > retraite annuelle (hors majoration familiale)	> 4 x 5 x 6
RÉGIME ASV	
1 > nombre de points acquis jusqu'au 31/12/2017	> figurant sur l'appel de cotisation de janvier 2018
2 > nombre d'années de cotisations futures jusqu'à la prise de la retraite	> du 1 ^{er} janvier 2018 jusqu'à l'âge de la retraite (voir tableau)
3 > points annuels à acquérir jusqu'à la prise de la retraite	> Pour 2018 : 27 points + 1 point par tranche de 8 640,63€ de revenus, 9 points maximum
4 > nombre total de points	> 1 + 3
5 > valeur du point au 01/01/2018	> 11,31 €
6 > majoration pour report de la prise de retraite	1,25 %/trimestre de report de 62 à 65 ans 0,75 %/trimestre de report de 65 à 70 ans
7 > retraite annuelle (hors majoration familiale)	> 4 x 5 x 6
PENSION VERSÉE	
Retraite de base + Retraite complémentaire + Retraite ASV	

Source : CARMF

Calcul effectif du montant de la retraite pour un revenu moyen de 80 000 euros sur toute la durée de carrière

RÉGIME DE BASE	
1 > Nombre de points acquis du 01/01/1988 au 31/12/2017	> 13 000 points (*)
2 > Durée de cotisations futures jusqu'au 31/12/2018	> du 1 ^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018 = 1 an
3 > Points annuels à acquérir jusqu'au 31/12/2018 avec un revenu de 80 000 €	> T1 = 525 pts T2 = 10,07 pts : Total = 535,10 pts
4 > Nombre total de points	> 1 + 3 = 13 535,10 points
5 > Valeur du point au 01/01/2018	> 0,5672 €
6 > Retraite annuelle	> 5 x 4 = 7 677,10 €
RÉGIME COMPLÉMENTAIRE	
1 > Nombre de points acquis du 01/01/1988 au 31/12/2017	> 210 points (*)
2 > Durée de cotisations futures jusqu'au 31/12/2018	> du 1 ^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018 = 1 an
3 > Points annuels à acquérir jusqu'au 31/12/2018	> revenu de 80 000 € : nombre de points = 80 000 € / 13 906€ = 5,76points
4 > Nombre total de points	> 1 + 3 = 215,76 points
5 > Valeur du point au 01/01/2018	> 68,30 €
6 > majoration pour report de la prise de retraite	3 ans de report soit 12 trimestres 12 x 1,25 % = 15 % - coefficient : 1,15
7 > Retraite annuelle (hors majoration familiale)	> 4 x 5 x 6 = 16 946,87€
RÉGIME ASV	
1 > Nombre de points acquis du 01/01/1988 au 31/12/2017	> 860points
2 > Durée de cotisations futures jusqu'au 31/12/2018	> du 1 ^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018 = 1 an
3 > Points annuels à acquérir jusqu'au 31/12/2018	> revenu de 80 000 € : nombre de points = 27 points + (80 000 € / 8 640,63€) = 36points
4 > Nombre total de points	> 1 + 3 = 896points
5 > Valeur du point au 01/01/2018	> 11,31 €
6 > majoration pour report de la prise de retraite	3 ans de report soit 12 trimestres 12 x 1,25 % = 15 % - coefficient : 1,15
7 > Retraite annuelle (hors majoration familiale)	> 4 x 5 x 6 = 11 653,82 €
PENSION VERSÉE	
Total annuel = 7 677,10€ + 16 946,87€ + 11 653,82 € = 36 277,79 €	

Annexe 4 : Comptes de résultats de la CARMF de l'exercice 2017 (en milliers d'euros)

Libellé	Régimes			Total général 2017 *	Total général 2016 *	F.A.S. 2017
	Complémentaire vieillesse	Allocations supplémentaires vieillesse	Invalidité décès			
Produits						
- Cotisations émises forfaitaires		572 529	82 243	654 772	651 085	
- Cotisations émises proportionnelles	962 007	307 118		1 269 125	1 228 297	
Total cotisations	962 007	879 647	82 243	1 923 897	1 879 382	
- Capitaux de rachat	2 687			2 687	3 531	
- Majorations de retard	614	265	44	923	2 247	
- Produits divers	52	47	1 205	1 304	1 024	8 497
- Produits exceptionnels	1 352	478	37	1 867	1 308	
- Reprise sur provisions	260	62	986	1 308	1 014	
- Gestion financière	163 184	7 380	11 671	182 235	243 951	501
Total des produits	1 130 156	887 879	96 186	2 114 221	2 132 457	8 998
Charges						
- Pensions, I.J. et I.D. : droits propres	929 843	722 262	39 291	1 691 396	1 591 677	7 942
- Pensions et I.D. : droits dérivés	158 469	92 986	36 577	288 032	280 844	949
Total prestations	1 088 312	815 248	75 868	1 979 428	1 872 521	8 891
- Cotisations admises en non valeur	1 954	462	141	2 557	3 162	
- Diverses charges	7 001	400		7 401	14 879	
- Charges exceptionnelles	5	5	1	11	81	
- Dépréciation des créances cot. et alloc.	1 768	1 091	910	3 769	3 969	
- Frais administratifs	7 224	7 004	4 960	19 188	19 133	
Total des charges	1 106 264	824 210	81 880	2 012 354	1 913 745	8 891
Résultats	23 892	63 669	14 306	101 867	218 712	107
Total	1 130 156	887 879	96 186	2 114 221	2 132 457	8 998

* Hors régime de base (pour ce régime en 2017 : 593 millions d'euros de cotisations et 476 millions d'euros de prestations)

Source : CARMF

Annexe 5 : Bilan et tableau des capitaux propres de la CARMF au 31 décembre 2017 (en milliers d'euros)

BILAN

Actif	Au 31.12.2017			Au 31.12.2016	Passif	Au 31.12.2017	Au 31.12.2016
	Brut	Amortissements/ Provisions	Net	Net			
Immobilisations incorporelles	1 566	638	928	75	Réserves techniques des régimes	6 687 066	6 468 354
Immobilisations corporelles	1 007 035	105 584	901 451	814 117	Report à nouveau action sociale	110 017	102 441
Titres immobilisés et de participation ⁽¹⁾	5 413 637	78 253	5 335 384	5 456 223	Résultats nets de l'exercice	101 974	226 288
Autres immobilisations financières	121		121	93			
I - Actif immobilisé ⁽²⁾	6 422 359	184 475	6 237 884	6 270 508	I - Capitaux propres ⁽⁴⁾	6 899 057	6 797 083
					Autres provisions pour charges		
Fournisseurs, prestataires débiteurs	1 106	1 048	58	93	II - Provision pour charge		
Clients, cotisants et comptes rattachés ⁽³⁾	182 864	107 192	75 672	73 040	Dettes financières	7 733	155 346
Cotisants R.B. - CNAVPL ⁽³⁾	61 823	27 473	34 350	34 446	Cotisants et clients créditeurs	28 982	28 780
Organismes de Sécurité sociale	432		432	425	Fournisseurs	1 876	1 854
Autres créances	11 621	778	10 843	7 751	Prestataires et allocataires	10 704	10 462
Valeurs mobilières de placement	22 724		22 724	323 018	Dettes sociales et fiscales	17 780	17 072
Banques, Éts financiers et assimilés	667 350		667 350	348 851	Organismes de Sécurité sociale	76 355	40 243
Caisse	2		2	8	Autres dettes	7 411	7 854
Comptes de régularisation	583		583	554			
II - Actif circulant	948 505	136 491	812 014	788 186	III - Dettes	150 841	261 611
Total général	7 370 864	320 966	7 049 898	7 058 694	Total général	7 049 898	7 058 694

Source : CARMF

TABLEAU DES CAPITAUX PROPRES

Régimes	Réserves au 31.12.2016	Résultats 2016	Réserves au 31.12.2017	Résultats 2017	Projet réserves au 01.01.2018
- Régime complémentaire	5 583 070	137 489	5 720 559	23 892	5 744 451
- Régime ASV	327 824	68 369	396 193	63 669	459 862
- Régime invalidité-décès	557 460	12 854	570 314	14 306	584 620
Total réserves	6 468 354	218 712	6 687 066	101 867	6 788 933
- FAS	102 441	7 576	110 017	107	110 124
Total report à nouveau	102 441	7 576	110 017	107	110 124
Total général	6 570 795	226 288	6 797 083	101 974	6 899 057

Source : CARMF

Annexe 6 : Répartition des placements de la CARMF au 31/12/2017

<u>VALEURS MOBILIÈRES</u>	2016	2017
▪ <u>Limitation 34 % au moins de l'actif de référence</u>		
• Obligations et titres inscrits à la cote d'une bourse française	1,72 %	1,56 %
• Sicav et fonds communs de placements obligataires	35,92 %	34,65 %
• Déduction des sommes nécessaires au service des prestations	<u>-0,74 %</u>	<u>0,00 %</u>
	36,90 %	36,21 %
▪ <u>Sans limitation</u>		
• Actions et titres assimilés, certificats d'investissement inscrits à la cote officielle ou à la cote du second marché d'une bourse de valeurs zone euro	7,04 %	7,48 %
• Sicav et fonds communs de placements actions	<u>39,38 %</u>	<u>39,40 %</u>
	46,42 %	46,88 %
▪ <u>Limitation 5 % au plus de l'actif net</u>		
• Fonds communs de placements à risques, actions de sociétés françaises non cotées	0,99 %	0,92 %
<u>VALEURS IMMOBILIÈRES ET PRÊTS</u>		
▪ <u>Limitation 20 % au plus de l'actif de référence</u>		
• Terrains et immeubles à l'exclusion des immeubles administratifs et sociaux et SCPI.....	<u>15,69 %</u>	<u>15,99 %</u>
TOTAL	100,00 %	100,00 %

Source : Carmf

Annexe 7 : Coûts de la retraite des médecins libéraux en 2018

Calcul des cotisations pour les trois régimes

Base de calcul des cotisations				
Régimes	Assiette	Taux et montants		
		Médecins	Caisses maladies	
Base ⁽¹⁾ (provisionnel)	Revenus non salariés 2016: - tranche 1: jusqu'à 39 732€ ⁽²⁾ - tranche 2: jusqu'à 198 660€ (5PSS)	secteur 1 ⁽³⁾	6,28 %	1,95 %
		secteur 2	8,23 %	-
Complémentaire vieillesse	Revenus non salariés 2016 dans la limite de 3,5PSS soit 139 062€	secteur 1 ⁽³⁾	1,59 %	0,28 %
		secteur 2	1,87 %	-
ASV	Part proportionnelle sur les revenus non salariés 2016	- secteur 1 maximum	3 % 1 659€	3 318€
		- secteur 2 maximum	9 % 4 977 €	-
	Part d'ajustement sur le revenu conventionnel 2016 plafonné à 5 PSS : 198 660 €	- secteur 1	1,0667 %	2,1333 %
		- secteur 2	3,20 %	0 %

⁽¹⁾ Les cotisations provisionnelles sont recalculées en fonction des revenus 2017 lorsque ceux-ci sont connus.

⁽²⁾ PSS = plafond de Sécurité sociale: 39 732€ au 1^{er} janvier 2018.

⁽³⁾ Réduction des taux de cotisations des médecins de secteur 1 prise en charge par l'assurance maladie (avenant n°5 de la convention médicale) pour compenser la hausse de la CSG : Tranche 1 : 8,23 % - 1,95 % = 6,28 % - Tranche 2 : 1,87 % - 0,28 % = 1,59 %

Source : CARMF

Coût de la retraite des médecins selon 4 scénarii de revenus

Exemples de cotisations 2018 en fonction des revenus 2016 ⁽¹⁾				
Régimes	20 000 €	60 000 €	80 000 €	198 660€ (maximum)
Base (provisionnel)				
secteur 1	1 574 €	3 449 €	3 767 €	5 654 €
secteur 2	2 020€	4 392€	4 766€	6 985€
Complémentaire	1 960€	5 880€	7 840€	13 628€
ASV				
Part proportionnelle :				
secteur 1	600€	1 659€	1 659€	1 659€
secteur 2	1 800€	4 977€	4 977€	4 977€
Part d'ajustement :				
secteur 1	213€	640€	853€	2 119€
secteur 2	640€	1 920€	2 560€	6 357€
Total secteur 1	4 347€	11 628€	14 119€	23 060€
Total secteur 2	6 420€	17 169€	20 143€	31 947€

⁽¹⁾ Les cotisations provisionnelles sont recalculées en fonction des revenus 2017 lorsque ceux-ci sont connus.

Source : CARMF

Bibliographie

- Drees – « Les revenus des médecins libéraux- Document de travail » - N°45 - Juin 2014
- Site de la CNAVPL
- Site de la CARMF
- Bilan et comptes de résultats de la CARMF de 2004 à 2017
- Le rapport du directeur de la CARMF de 2005 à 2017
- La réforme des retraites : « Panorama de la situation actuelle : quelles sont les véritables différences aujourd'hui ? » - Etude Deloitte –Sapiendo – Octobre 2018
- Chronologie des chiffres de la CARMF-2017

- Informations de la CARMF- Lettres de 1999 à 2018
- Rapport IGAS- Juin 2017- « Contrôle des placements de la CARMF »
- Rapport du Conseil d'administration de la CARMF sur les comptes annuels de 2017
- Projections financières de la CARMF sur le RCO et l'ASV-2018
- « La réforme des régimes ASV » - Direction de la sécurité sociale- Conseil d'Orientation des retraites- 8 avril 2009
- Rapport annuel du COR- Juin 2018
- Drees- « Un médecin libéral sur dix en activité cumul emploi et retraite » - Décembre 2018
- CNAVPL- recueil statistique de l'assurance vieillesse des professions libérales
- Jérôme BERNADOU, *Effet sur l'allocation d'actifs du coût des fonds propres liés aux classes d'actifs dans Solvabilité II : Le cas des obligations convertibles*, mémoire d'actuariat, novembre 2010.
- André BERNAY, *Rentabilité des actifs à long terme et risque inflation : enjeux de modélisation pour l'assurance*, mémoire d'actuariat, 2007

- Rapport public annuel de la cour des comptes 2018
- Cour des comptes- Rapport sur les retraites du 6 octobre 2016
- Rapport annuel de la cour des Comptes de 2014
- Rapport annuel de la cour des comptes de 2017
- Rapport annuel du COR-Juin 2015- perspectives et évolution des retraites en France
- « Retraites : annuités, points ou comptes notionnels ? Options et modalités techniques », septième rapport du COR, janvier 2010.
- INSEE, bilan démographique 2014 et projections de population 2007-2060 réalisées en 2010.

Frédéric BIZARD

Frédéric Bizard est économiste, spécialiste des questions de protection sociale et de santé.

Il est Professeur d'économie à l'ESCP Europe et enseigne aussi à Sciences Po Paris.

Il est Président de l'Institut Santé, un organisme de recherche apolitique, indépendant et citoyen, destiné à la refondation du système de santé français (www.institut-sante.org).

Il est un expert reconnu du secteur de la santé en France et à l'international.

Il conseille des gouvernements étrangers sur leur politique de santé, notamment de pays émergents et est expert auprès du Sénat français sur les questions de protection sociale.

Dernier livre

« Protection sociale : Pour un nouveau modèle », Dunod, Mars 2017

www.fredericbizard.com