



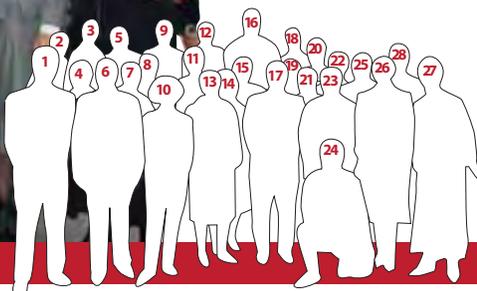
**Touche pas
à ma
CARMF!**

Informations de la CARMF
Décembre 2010 - n°58



Le Conseil

d'administration



Une caisse confraternelle et représentative

Président

Dr Gérard MAUDRUX (n°17)

Présidents honoraires

Dr Jean BADETTI
Dr Claude LABADENS

Collège des cotisants

Mandat 2006/2012

Dr Bernard CASASSUS (n°23)	Pau
Dr Jean-Paul BOITEUX (n°12)	Clermont-Ferrand
Dr Hervé ENTRAYGUES (n°1)	Lons-le-Saunier
Dr Régine OOGHE (n°26)	Ardres
Dr Philippe GARBEZ (n°7)	Cannes
Dr Bruno BILLARD (n°21)	Castelnau-le-Lez
Dr Bruno LEMAIRE (n°9)	Olivet
Dr Jean-Luc FRIGUET (n°25)	Rennes
Dr Jean-Philippe ADAM (n°2)	Les Andelys
Dr Thierry LARDENOIS (n°28)	Angevillers

Mandat 2009/2015

Dr Martine PELAUEIX (n°27)	Ambazac
Dr Nicole BEZ (n°10)	Lyon
Dr Eric MICHEL (n°20)	Reims
Dr Jean-Yves BOUTIN (n°18)	La Roche-sur-Yon
Dr Jean-Marc CANARD (n°16)	Paris
Dr Gérard GRILLET (n°19)	Paris
Dr Alexis MARION (n°3)	Levallois-Perret
Dr Philippe KOSKAS (n°5)	Neuilly
Dr Jean CHACCOUR (n°24)	Albi

Collège des retraités

Dr Claude POULAIN (n°15) Barneville-Carteret
Dr Louis CONVERT (n°6) Salies-de-Béarn

Collège des conjoints survivants retraités

Mme Geneviève COLAS (n°13) Lyon

Collège des bénéficiaires du régime invalidité-décès

Mme Joëlle PERRIN (n°14) Bron

Administrateurs agréés et présentés par le Conseil national de l'Ordre

Dr Jean-Marie COLSON (n°4) Coulon
Dr François ROUSSELOT (n°8) Fouesnant

Administrateurs cooptés

Dr Yves LÉOPOLD (n°11) Avignon
Dr Gérard MAUDRUX (n°17) St-Paul-les-Fonts
Dr Michel SERVAUD (n°22) Limoges

Sommaire



Éditorial
du Conseil
d'administration



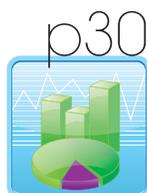
Actualités



Colloque
La réforme
des retraites



Gestion



Statistiques



En bref



Questions
Réponses



Associations
de retraités



Éditorial

du Conseil d'administration



Touche pas à ma CARMF

Depuis plus de soixante ans, à travers la CARMF, vous vous occupez de votre retraite, qui évolue en fonction de vos besoins et de la conjoncture. Vous en décidez des orientations, soit en vous investissant directement, soit en votant pour ceux qui défendent les mêmes idées. Votre caisse est **depuis toujours dirigée par les médecins, pour les médecins**. C'est une caisse pilote, dans de nombreux domaines. Son rôle et son pilotage n'ont jamais été remis en question, et ses changements d'orientation ont toujours été démocratiques et demandés par une large majorité.

Pour la première fois depuis soixante ans, elle vient d'être **violemment agressée**, comme jamais une caisse en France n'a été remise en question. Ceci non par l'Autorité dans un délire réglementaire, mais par des médecins, une poignée qui ignore les élections CARMF, les élus, et se croit au-dessus de la démocratie. Son intention était de vous déposséder de cette gestion, pour la confier à la Tutelle et aux caisses d'assurance maladie !

LES FAITS

En septembre sont publiés les « **100 recommandations pour l'avenir libéral de la médecine** », fruit de « réflexions et concertations de nombreux acteurs ». Nous en recevons copie, avec remerciements pour notre « contribution », remerciements très **hypocrites** car, en matière sociale nous ne retrouvons rien concernant notre intervention. Il s'agit d'un simple copié-collé de propositions de la CSMF, connues de longue date, masquées par une fausse concertation, technique fréquente en France dans de nombreux rapports et commissions. Parmi celles-ci une proposition (voir page 4), substituant le pilotage par la CARMF de nos trois régimes, c'est-à-dire vous, au profit d'un **comité quadripartite, avec les syndicats, les caisses, la Tutelle**, accessoirement la CARMF. Nous ne réagissons pas, chacun ayant le droit d'exprimer son opinion, cette proposition paraissant de plus tellement farfelue et dangereuse qu'elle ne pouvait sérieusement être envisagée.

Le 25 octobre, stupeur. Nous découvrons un **amendement** au PLFSS 2011 (voir page 4), reprenant mot à mot cette proposition, et devant passer à l'Assemblée trois jours plus tard, avec l'accord de la Commission des affaires sociales. S'il est voté, le rôle du Conseil d'administration passe de décideur à celui d'exécutant, pour le compte d'organismes majoritairement non concernés, sinon par d'autres objectifs pouvant conduire à utiliser votre retraite comme moyen de pression.

Trois jours difficiles pour désamorcer la bombe minutieusement préparée avant qu'elle n'explode. Parmi les très nombreuses interventions, vous trouverez page 5 la lettre faite aux députés. Ils ont tenté de nous calmer en nous expliquant que ce n'était qu'un rapport, que ce n'était que pour l'ASV,... Nous n'avons rien lâché, expliquant que nous savions lire le français et que nous connaissons l'importance des virgules dans les textes : un comité de pilotage, c'est fait pour piloter, et si ce n'est que pour l'ASV, pourquoi cela n'est-il pas écrit ?

En séance cet amendement n'a été retiré qu'à cause de notre réaction, sachant que la totalité des administrateurs, titulaires et suppléants, allait démissionner, non pour faire pression, mais parce que n'ayant alors plus de rôle. Nous tenons à remercier l'action amicale et efficace de notre confrère et Président de l'Assemblée. La CARMF lui doit en partie d'avoir gardé le dernier espace de liberté et de responsabilité qu'il lui restait

La **CSMF**, dont nous ne parlons plus directement ou indirectement depuis plus de deux ans dans nos publications, et malgré un récent dîner entre présidents pour mieux se connaître et se rapprocher, a revendiqué haut et fort cette action dans ses publications. Le SML s'est immédiatement et fermement désolidarisé, l'ensemble des autres syndicats, MG France en tête, a défendu l'autonomie de la CARMF.



Une fois ce texte rejeté sous notre pression, le soulagement et le repos ont été de courte durée, car ils ont remis cela quelques jours plus tard au Sénat. Même énergie, même perte de temps, même solidarité, même méthode pour défendre votre liberté de choix, votre responsabilité à la CARMF.

QUESTIONS

Comment dans une démocratie digne de ce nom, une faible minorité, sans l'avis de son comité directeur, sans l'avis de sa propre base, peut, en s'arrangeant avec un élu, faire passer des lois, et être suivie sans que les élus et organismes concernés ne soient au minimum informés et consultés ? En fonctionnant ainsi, il ne faut pas s'étonner que les Français dépriment et ne croient plus en leurs dirigeants.

Comment peut-on **mépriser** à ce point la **démocratie** ? Si on veut piloter la CARMF, il y a des élections tous les trois ans. Pour être élu, il faut être d'accord avec ceux que l'on prétend défendre. Quand on n'est pas d'accord avec les autres on respecte la majorité. Dans notre pays, on ne peut rayer le résultat des élections comme en Birmanie, la dictature n'y a pas sa place.

Comment peut-on croire que le résultat aux dernières élections professionnelles, donne le droit, avec les voix de moins de 10 % des affiliés CARMF, de confier notre caisse à d'autres. Les votants sont-ils d'accord et sont-ils seulement au courant ?

Nous en doutons. Chacun à sa place et il y a de la place pour tous à la CARMF.

Comment peut-on prétendre être **défenseur de la médecine libérale** et apporter sur un plateau d'argent notre caisse à la Tutelle et à la CNAMTS qui ne demandaient rien ?

En échange de quoi a-t-on voulu vendre la CARMF ?

Si les méthodes sont les mêmes dans d'autres domaines, nous avons des craintes pour la médecine libérale. Un peu de consensus ne ferait pas de mal.

Comment peut-on croire qu'en appliquant la « méthode » de pilotage quadripartite de l'ASV aux autres régimes cela fera notre bonheur ? Pourquoi ne retient-on pas les leçons du passé ? Ceux qui ont **dilapidé en toute connaissance de cause** les réserves de l'ASV veulent-ils maintenant dilapider celles du régime complémentaire ? Nous n'avions pas évoqué ce problème mais un sénateur l'a fait spontanément : « le régime de l'ASV est dans une situation catastrophique à cause de sa

Dr Gérard MAUDRUX
Président de la CARMF

« Je ne ferai aucun commentaire sur cette action, cherchant à déposséder les médecins de leur liberté et de la maîtrise de leur avenir, vous laissant le soin de le faire. Elle ne grandit pas ses auteurs. Je veux surtout remercier tous les administrateurs et les délégués, pour leur comportement lors de cette crise et pour cet éditorial. La solidarité n'est pas qu'un mot à la mode à la CARMF, c'est une réalité qui a su se faire respecter, et qui fait honneur aux médecins libéraux ».



gestion calamiteuse : lognerait-on sur les fonds des autres régimes?».

Citons également Albert Einstein « Vous ne résoudrez aucun problème avec ceux qui les ont créés ».

Cet amendement serait passé si nous n'avions pas été vigilants, à trois jours près.

Les confrères députés et sénateurs alertés ont pris conscience de la stupidité de cet amendement, de ce qui se cachait derrière, et ont réagi, nous les en remercions.

La Tutelle qui aurait pu rester neutre a compris notre détermination à ne pas accepter cela, nous la remercions également.

Le Conseil d'administration, comme toute la profession, ne peut que condamner à l'unanimité cette action, tant sur le fond que sur la forme. Il continuera à veiller pour garantir à la CARMF son autonomie, elle doit rester entre les mains des seuls médecins. 📌

Les administrateurs de la CARMF.



L'autonomie de la CARMF en danger

Les 100 recommandations pour l'avenir libéral de la médecine

La couverture sociale pour le médecin, déroulement de carrière et l'incitation des retraités à maintenir une activité

50° recommandation
 Mise en place d'un **comité de pilotage des 3 régimes** de retraite des médecins, multipartite État, Caisses, Syndicats, CARMF décisionnel afin de procéder en temps réel aux modifications nécessaires. Revoir la compensation du régime de base au profit de l'ASV. Faire face au problème posé par les autos-entrepreneurs, affiliés obligatoirement à ce régime, et qui à terme le mettront en déficit par ce mécanisme de compensation.
 Ce comité appréciera les conséquences de la réforme en cours des retraites sur les médecins, avec notamment le recul progressif de l'âge légal de départ en retraite à 62 ans (en régime de base pour les médecins).

- 51° recommandation
 Hausse sur une période cinq ans de la cotisation retraite complémentaire de **9,2 à 11 %**, afin d'améliorer la retraite globale du médecin.
- 52° recommandation
 Apurer le passif de l'ASV, comme prévu par la loi, par la cotisation transitoire d'ajustement de l'ordre de **2 %** du revenu financé aux 2/3 par les Caisses et 1/3 par les médecins, avec la poursuite du blocage de la valeur du point pendant cette période de cinq ans (solidarité).
- 53° recommandation
 Construire l'avenir de l'ASV par la mise en application d'une part de proportionnalité des cotisations basées sur le revenu et non plus la valeur du C, et en prévoyant sur cinq ans une **augmentation** de la cotisation médecin ASV (1/3 de la cotisation) et de la cotisation Caisses pour les 2/3.

Amendement

Projet de loi
 Financement de la Sécurité sociale pour 2011 N° 41
 (1ère lecture) 3 novembre 2010
 Service de la séance (n° 84, 88, 90)

AMENDEMENT

présenté par

Mme DEMOÏTÉS, MM. CAZEAU et DAUDIGNY, Mmes LE TEXIER et JARRAUD-VERGNOLLE, M. DESESSARD, Mmes CAMPION, ALQUIER, PRINTZ et SCHILLINGER, MM. LE MENN, KERDRAGON, GODEFRY, JEANNEROT, S. LARCHEY et GILLOT, Mmes SAN VICENTE-BAUDRIN et GHALI, M. TEULADE

et les membres du Groupe Société, apparentés et rattachés

ARTICLE ADDITIONNEL AVANT ARTICLE 48

Avant l'article 48, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans les six mois après la publication de la présente loi, est créé un comité de pilotage national chargé de piloter les trois régimes de retraite des médecins libéraux.

Ce comité est composé des représentants de l'État, des caisses d'assurance maladie, des syndicats médicaux représentatifs et de la caisse autonome de retraite des médecins de France.

Amendements n°181 et 523 déposés en octobre à l'Assemblée nationale, n° 41 et 361 déposés en novembre au Sénat.
 Compte rendu intégral du débat sur : www.carmf.fr



Lettre du Président aux députés

**CAISSE AUTONOME DE RETRAITE
DES MÉDECINS DE FRANCE**

Le Président,
GM – 233/2010

PARIS, le 26 octobre 2010

Monsieur le Président
Mesdames et Messieurs les membres
de la Commission des Affaires Sociales
de l'Assemblée Nationale
126 rue de l'Université
75355 PARIS 07 SP

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les Députés,

La Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France a appris qu'il était question de créer par un amendement au PLFSS 2011 (N° 181 et 523), un comité de pilotage quadripartite associant Etat, Caisses, CARMF et syndicats médicaux sur la retraite des médecins.

La CARMF a été créée en 1948 et elle fonctionne comme toutes les caisses de retraite de France, avec un Conseil d'Administration. Les administrateurs sont élus par l'ensemble des médecins syndiqués, ainsi que des membres de l'Ordre et tout cela fonctionne parfaitement bien à la grande satisfaction de l'ensemble des médecins libéraux.

L'objectif de cet amendement, est clairement de court-circuiter la démocratie, car il a été proposé par ceux qui n'ont pu être élus comme délégués et administrateurs. Nous espérons que les députés ne se prêteront pas à ce petit jeu, lourd de conséquences sur la profession.

Si le pilotage de nos régimes de retraite devait être transféré à une commission de ce genre, la majorité des membres du Conseil d'Administration à commencer par son Président, élus très largement par l'ensemble de la profession, ne pourraient que démissionner s'ils n'ont plus la responsabilité du pilotage de la Caisse, transférée aux non élus.

Le pilotage de nos régimes donne actuellement toute satisfaction aux 180 000 affiliés puisque ce Conseil d'Administration et le Président sont depuis des années régulièrement plébiscités et malgré des cotisations lourdes, la Caisse présente un des meilleurs taux de recouvrement de France témoignant de la confiance dans sa gestion. Les affiliés, viennent de le confirmer avec 96% des délégués sortants réélus, et un Président réélu pour la troisième fois par 28 voix sur 28. Avec cet amendement, leur confiance dans le système, le parlement et les syndicats s'effondrera encore, ajoutant à leur déprime actuelle dont il ne faut pas ignorer l'ampleur, les vocations se faisant déjà de plus en plus rares.

Un de nos régimes de retraite, l'ASV, fait déjà l'objet d'un « pilotage » quadripartite, sans cadre légal. Ce régime suscite régulièrement de nombreuses questions écrites au parlement et est décrit par les nombreux rapports de l'IGAS que nous avons eus, comme le pire des régimes de France. Lorsque son rapport démographique est divisé par 5, son rendement se voit divisé par 15 ! La création d'un comité de pilotage spécifique à ce régime peut se justifier, mais si c'est pour appliquer la même gestion calamiteuse à tous nos régimes, en fonction de considérations non actuarielles à long terme mais politiques et syndicales à court terme, nous n'en prendrons pas la responsabilité et je puis vous affirmer que les médecins libéraux fuiront notre Caisse.

En espérant que cette proposition ne vient pas de vous et qu'elle ne verra pas le jour, je vous prie de croire, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les Députés, en l'assurance de ma haute considération.

Docteur Gérard MAURUX



46, rue Saint-Ferdinand - 75841 Paris Cedex 17
Tél. : 01 40 68 32 00 - Fax : 01 45 72 11 87



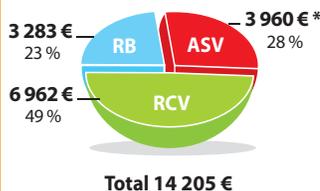
Rappel

Trois retraites différentes

La retraite du médecin libéral est composée de trois régimes distincts.

- ❏ **Le régime de base (RB)**, commun à toutes les professions libérales, encaissé par la CARMF pour le compte de la CNAVPL (Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales).
- ❏ **Le régime complémentaire vieillesse (RCV)** entièrement piloté par la CARMF.
- ❏ **L'allocation supplémentaire de vieillesse (ASV)**, pour les médecins conventionnés.

Cotisations moyennes annuelles en 2010



* Dont 2 640 € payés par les caisses pour le secteur 1

Chaque régime suit un fonctionnement différent. Le régime de base est géré en répartition pure, le régime complémentaire en répartition provisionnée : des réserves sont constituées pour compléter la répartition et assurer une partie des prestations quand le rapport démographique cotisants/allocataires sera moins favorable. On ne peut pas dire que l'ASV, qui devait fonc-

tionner en capitalisation (part caisses restituée au départ en retraite), fonctionne réellement en répartition, car ce régime n'est pas piloté en fonction d'impératifs démographiques et d'équilibre sur le long terme, mais en fonction d'impératifs politiques ignorant le lendemain.

La gestion financière de ces régimes est compartimentée et donc indépendante. Les trois régimes fonctionnent en points, les deux premiers ont une cotisation proportionnelle aux revenus, pour l'ASV la cotisation est forfaitaire.

Régime de base

Des points et des trimestres

Depuis 2004, la cotisation est divisée en deux parts proportionnelles. Plus de points sont distribués dans la première tranche pour favoriser les bas revenus. Parallèlement, il est attribué jusqu'à quatre trimestres par an par tranche de revenu correspondant à 200 heures de SMIC (1 772 € en 2010). Ces trimestres viennent s'additionner à ceux acquis tout au long de la carrière.

Les points servent à calculer le montant de la retraite, les trimestres servent à calculer la décote ou la surcote éventuelle qui sera appliquée au départ en retraite.

Cotisation et valeur du point sont fixées par décret, sans contrôle de la CARMF. Entre 2004 et 2010, le point est passé de 0,484 € à 0,532 €, soit une progression de 8,93 % strictement calquée sur l'évolution de l'indice des prix INSEE. Près de 50 % de la cotisation sont prélevés par l'État pour alimenter la compensation nationale : les caisses riches démographiquement alimentent celles qui n'ont pas assez de cotisants pour payer les prestations.

Régime complémentaire

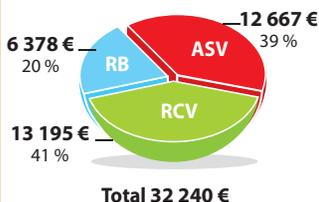
La cotisation et la valeur du point sont fixées par le Conseil d'administration. Le médecin acquiert un nombre de points directement proportionnel aux cotisations versées avec un maximum de dix points par an.

Un régime bien piloté

Une réforme est engagée depuis une quinzaine d'années pour transformer ce régime tout répartition à l'origine en un régime de répartition provisionné.

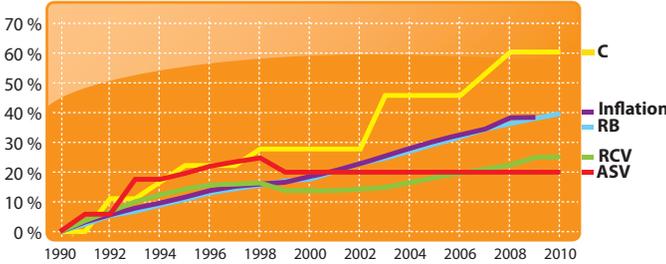
Sur les 9,2 % de la cotisation versée par les médecins, 7,1 % servent au paiement des retraites versées actuellement, 2,1 % servent à la constitution de réserves pour passer, notamment, le cap des années 2020-2040, années où les seules cotisations de l'année ne suffiront pas à payer les retraites. L'étude de la démographie médicale est très précise, même à long terme.

Allocations moyennes annuelles versées aux retraités ayant liquidé leur retraite en 2010





Évolution des valeurs de points des trois régimes de retraite, du « C » et de l'inflation



Aujourd'hui, on connaît le nombre de médecins de 40 ans, dans vingt-cinq ans, ils auront 65 ans, et ils vivront 20-21 ans à la retraite. La marge d'erreur sur quarante-cinq ans est faible.

Une hausse des cotisations a été faite ces dernières années, de façon neutre pour les cotisants, car l'augmentation du RCV a été synchronisée avec la disparition du régime de préretraite des médecins (ADR/MICA). Le total RCV + ADR est en effet inchangé. Cette année, le Conseil d'administration de la CARMF a décidé de remonter le plafond de cotisation pour obtenir dix points, car les revenus des médecins augmentent plus vite que ce plafond, à terme, tout le monde obtiendrait dix points. Une inflation de points entraînerait une baisse de sa valeur.

Les retraités ont participé à l'effort de pérennisation du régime en acceptant une hausse de la valeur du point inférieure à l'inflation. Pour les années où l'inflation était trop forte, un coup de pouce supplémentaire a été accordé sur la valeur du point pour en neutraliser l'effet.

La crise financière

La crise financière de 2008 a réduit les réserves et oblige à repenser le plan de lissage de la bosse démographique des années 2018-2038. En 2007, les réserves du RCV s'élevaient à 3,6 milliards d'euros soit l'équivalent de 6,8 années d'allocations. Fin 2008, après une perte financière de 582 millions d'euros (M€), seuls 3,2 milliards d'euros subsistaient, et ce, malgré l'apport de 187 M€ mis en réserve à partir des cotisations versées. Heureusement, les marchés se sont rattrapés depuis et ont permis de combler une bonne partie de la perte financière.

ASV

La cotisation et la valeur du point sont fixées par décret. Les médecins en secteur 1 paient un tiers de la cotisation, les deux autres tiers sont payés par les caisses maladie. La participation des caisses est fixée par la convention. Les médecins en secteur 2 paient la totalité de la cotisation mais obtiennent le même nombre de points (27). Le rapport 2/3-1/3 est fixé dans le cadre de la convention. La valeur du point est inchangée depuis 1999, soit près de 20 % de baisse en pouvoir d'achat.

Une réforme qui se fait attendre

En 2010, les dépenses sont de 70 M€ supérieures aux recettes. En 2011, malgré une augmentation de la cotisation de 4,5 %, il manquera 90 M€. À ce rythme, les onze mois de réserves encore disponibles au 1^{er} janvier 2010 seront épuisés fin 2013. Ce régime doit faire l'objet d'une réforme décidée par le gouvernement à l'appui d'un rapport de l'IGAS, dont nous attendons encore la publication officielle, qui préconise une baisse drastique de la retraite ASV (tableau ci-dessous).

ASV : le prix du maintien

Valeur du point

- 1** Points déjà liquidés :
→ baisse de 20 % depuis 1999.
- 2** À la liquidation, points acquis :

Avant 1992	Après 1992	À partir de la réforme
- 66 %	- 33 %	- 50 %

 → baisse moyenne de 50 %.
- 3** Après réforme : blocage 20 ans de la valeur du point
→ baisse de 30 %.

Total : (- 20 %) puis (- 50 %) puis (- 30 %) = - 73 %

Cotisation

Amputer les 3/4 de la valeur du point n'est pas suffisant pour maintenir l'équilibre. Il faut en plus une augmentation des cotisations :

👉 de 45 à 50 %

avec une 2^e cotisation proportionnelle au revenu.

Participation des caisses pour les médecins de secteur 1 dans la 2^e tranche = 50 %
(chiffre des 3 autres régimes réformés : dentistes, auxiliaires médicaux, pharmaciens).



Actualités

La réforme des retraites

Conséquences de la réforme pour les médecins

Dans les grandes lignes, la réforme prévoit d'ici 2023, pour tous les régimes de base, que l'on doit attendre 67 ans pour avoir droit à la retraite à taux plein, âge pouvant baisser à 62 ans au lieu de 60 si on peut justifier de 166 trimestres de cotisations, d'ici 2018.



Quel en est l'intérêt ? Si vous vivez vingt ans en retraite, et que l'on décale celle-ci de deux ans, vous ne toucherez votre retraite que pendant dix huit ans, soit 10 % de moins.

La charge du paiement des retraites diminuant de 10 %, cela évite une augmentation des cotisations de 10 %, ou une baisse des retraites de 10 %.

Régime de base

Aujourd'hui, on peut partir à 65 ans avec le taux plein, en 2023 ce sera 67 ans. On peut toutefois partir dès 60 ans, avec 162 trimestres ou moyennant décote de 5 % par année d'anticipation. En 2018 ce sera dès 62 ans et

166 trimestres (sous réserve). Il n'y aura pas de décote si on a travaillé 166 trimestres, tous régimes confondus.

ASV

Un amendement prévoyait le même traitement pour l'ASV. Attendons la réforme de l'ASV pour savoir vraiment ce qu'il en sera. Comment croire que la CNAMTS, dans le marchandage de la réforme, acceptera de payer pour une disposition que ses propres affiliés n'auront pas ? Les salariés qui ne peuvent pas prendre leur retraite avant 62 ans, paieraient pour que les médecins puissent l'avoir à 60 ans ? Le gouvernement souhaite également imposer un alignement de tous les régimes, sur les règles du régime de base.

Régime complémentaire

65 ou 67 ans ?

Le Conseil d'administration a le choix dans ce seul régime : 65 ou 67 ans pour la retraite à taux plein, 62 ou 60 ans pour les premiers départs. Il réfléchit, étudie toutes les hypothèses avec comme objectif principal que cette réforme soit à peu près neutre, sans changement par rapport à la situation actuelle.

La Tutelle veut que nous nous alignions sur le régime de base, ce n'est pas forcément ce que nous voulons. Si besoin, nous envisageons de vous consulter. Contrairement au régime général, nous pilotons depuis des années sur le long terme, nous avons demandé des efforts et sommes équilibrés, la réforme remet inutilement tout cela en question et sans bénéfice. ☹

Une réforme pour rien !

Si la réforme était indispensable pour les salariés (et les régimes spéciaux un peu oubliés), elle ne l'était pas pour les libéraux, pire elle pose problème.

Dans le régime général, le passage de 65 à 67 ans, enlève deux ans sur une retraite qui dure vingt ans. On gagne 10 % de charges en moins, sans que la retraite n'augmente, car toujours calculée sur les 25 meilleures années.

Chez les libéraux, et dans les systèmes à points, en repoussant de deux ans l'âge de départ, on gagne la même chose, mais on augmente la retraite presque d'autant, en augmentant le nombre de points à servir.

Pourquoi n'y a-t-on pas pensé ? Un gain pour une perte.

Dans les deux cas, deux années de cotisations supplémentaires quand même.

Vu nos régimes équilibrés sur le long terme avec des réformes déjà engagées, cette réforme est pour nous inutile, pire : un mauvais traitement, donné à une personne saine, peut être dangereux.

Ils le savaient, puisqu'ils n'arrêtaient pas de nous le dire !



Partir avant ou après 65 ans ? Avant ou après la réforme ASV ? Comment calculer ce qui est le plus intéressant ?

Ce sont les questions que vous nous posez le plus souvent dans les réunions. Nous allons tenter d'y répondre, dans le cadre de la législation 2010. Avec la réforme des retraites qui va s'étaler jusqu'en 2023, le principe restera le même, mais les âges ou les coefficients pourront être décalés ou modifiés. Nous réactualisons donc cette réponse chaque année, en fonction des modifications à venir.

L'âge de liquidation de la retraite n'est pas fixe, il existe une liberté de choix qui s'articule autour de 65 ans, avec possibilité de partir avant (60 ans), de prolonger après 65 ans, et enfin de cumuler retraite et activité libérale. Ce dernier point est abordé page 11.

Le départ avant 65 ans est possible, mais avec une retraite moindre, compensant le fait qu'elle est perçue pendant plus longtemps. Quel est le plus intéressant ? La décote est calculée pour être neutre : vous ne gagnez rien, vous ne perdez rien en faisant l'un ou l'autre choix. Ceci afin, d'une part, de préserver vos droits, d'autre part pour que votre choix personnel ne coûte rien aux autres, ni ne leur rapporte. Statistiquement en partant cinq ans plus tôt, vous touchez moins mais pendant cinq ans de plus, le total devant être plus ou

moins le même. Il n'y a pas lieu de faire de simulations d'autant plus que vous ne connaissez pas votre date de décès !

En conclusion ce choix est personnel et doit répondre à deux objectifs :

- ☒ premièrement, faites ce que vous avez envie de faire, arrêtez ou continuez, sans vous occuper de considérations de rentabilité,
- ☒ deuxièmement, faites ce que vous pouvez faire : si vous partez avec une décote, de 20 % par exemple, vos revenus seront-ils suffisants pour 25 ans de retraite ? ☒

Avec la réforme de l'ASV à venir, n'ai-je pas intérêt à partir avant, pour ne pas avoir de décote ?

En principe non. Pour éviter les effets de seuils brutaux, - 66 % selon que vous êtes nés le 31 décembre ou le 1^{er} janvier, la réforme sera étalée sur au moins cinq ans (pour éviter également la pénurie brutale de médecins).

Ainsi, si vous partez un an après une réforme qui prévoit - 10 % par an sur cinq ans, vous perdez 10 %, mais vous gagnez une année de cotisation supplémentaire, soit 3 à 3,5 %, la perte est réduite à 6,5 - 7 %. Si vous partez un an plus tôt avec 5 % de décote, la différence est de 1,5 à 2 % et l'ASV représentant moins de 40 % de la retraite, **cela fait moins de 1 % de perte par an, donc la réponse est négative.** Pour le moment, aucune nouvelle de la date et du contenu de la réforme.

Coefficients d'anticipation

Dans le régime de base, pas de décote si 162 trimestres validés avant 65 ans. Décote en-dessous de cette limite.

Exemple :

Un médecin né le 30 juin 1950. S'il prend sa retraite le 1^{er} janvier 2014 à 63,5 ans et totalise 162 trimestres, il ne subira pas de décote. S'il avance sa retraite au 1^{er} juillet 2012 à 62 ans et 156 trimestres, il subira une décote de 7,50 %.

Coefficients de minoration définitive des régimes

Âge	Valeur
64 ans	- 5 %
63 ans	- 10 %
62 ans	- 15 %
61 ans	- 20 %
60 ans	- 25 %

Rachats de points

Pour les départs anticipés, il existe des possibilités de rachat de points dans les régimes complémentaire et ASV. Il est aussi possible de racheter des trimestres dans le régime de base pour se rapprocher des 162 trimestres et obtenir une retraite à taux plein avant 65 ans.

Les modalités et les coûts sont détaillés :

- ☒ sur le site internet www.carmf.fr,
- ☒ dans le bulletin réactualisé tous les deux ans,
- ☒ sur demande à la CARMF (délai deux mois vu le nombre de demandes).



Inaptitude

☑ de 60 à 64 ans

Les médecins en inaptitude, anciens combattants (grands invalides de guerre, anciens déportés ou internés politiques ou de la Résistance) peuvent bénéficier de la retraite des régimes de base, complémentaire et ASV sans minoration à partir de 60 ans.

Régime de base

Il est possible de bénéficier de la retraite du régime de base à taux plein dès 60 ans (passant à 62 ans après réforme) si l'on peut justifier du nombre de trimestres d'assurance tous régimes de base confondus requis (nombre variant en fonction de l'année de naissance, voir tableau ci-dessous).

60 ans en	Trimestres requis
2007	160
2008	160
2009	161
2010	162
2011	163
2012	164

Cette condition n'existe pas dans les régimes complémentaire et ASV qui ne permettent un départ avant 65 ans qu'avec une minoration définitive.

Retraite à taux plein

- ☑ À partir de 65 ans (**67 ans après réforme**) quelle que soit la durée d'assurance.
- ☑ De 60 (**62**) à 65 (**67 ans**) si le médecin a validé 162 (**166**) trimestres, tous régimes confondus, CARMF, salariat, externat, internat ...
- ☑ Avant 60 ans ? (en attente de la réforme ?).

Retraite avec décote

Si la retraite est minorée de 5 % par an dans les régimes complémentaire et ASV. La minoration se fait par trimestre dans le régime de base, 1,25 % par trimestre (soit 5 % par an).

Cette disposition évitant les effets de seuil (5 % de perte si trois mois avant anniversaire), ne nous a pas été accordée dans le régime complémentaire.

65 ou 67 ans ? Dans un système par points la question ne se pose pas ou peu

Avant réforme

je pars à 65 ans, sans décote, mais l'équilibre du régime nécessite une baisse de 10 % de la valeur du point.

Après réforme

en partant à 65 ans au lieu de 67 ans, avec 10 % de décote, j'ai la même retraite qu'avant, car en économisant 10 % de charges, on ne touche pas à la valeur du point. De plus, en partant en moyenne à 66 ans, les médecins n'auraient que 5 % de décote, mais 10 % de gain sur la valeur du point.

Conclusion

La liberté de choix de l'âge de départ s'impose. Le même âge pour les trois régimes est plus lisible. 65 ou 67 ans ? Et si c'est vous qui décidez ?

Retraite avec surcote

La surcote peut être obtenue si le médecin justifie de plus de trimestres d'assurance tous régimes de base confondus que le nombre requis l'année de ses 60 ans.

La retraite de base sera majorée de 0,75 % par trimestre supplémentaire cotisé au-delà de ce nombre, après le 1^{er} janvier 2004 et après 60 ans.

Durée d'assurance

La durée d'assurance pour partir à taux plein est établie génération par génération. C'est le barème en vigueur l'année des 60 ans du médecin qui est prise en compte. Cette valeur est maintenue s'il fait valoir ses droits au-delà de cet âge.

Pour la détermination de la durée d'assurance, entrent en ligne de compte les périodes :

- ☑ de cotisations (un trimestre par tranche de revenu égale à 200 SMIC horaires dans la limite de quatre par an),
- ☑ d'exonération pour maladie et accouchement (naissances antérieures au 1^{er} janvier 2004),
- ☑ d'exonérations accordées aux créateurs de certaines entreprises,
- ☑ d'exonérations pour impécuniosité,
- ☑ de bénéfice de la rente d'invalidité dans le cadre du régime invalidité-décès,
- ☑ de service national obligatoire. ☑



Cumul retraite/activité libérale

Si vous le souhaitez, vous pouvez continuer ou reprendre un exercice médical libéral pendant votre retraite.

Les médecins retraités, sous réserve qu'ils aient liquidé l'ensemble de leurs pensions personnelles auprès des régimes de retraite obligatoires (de base et complémentaires, français et étrangers) dont ils ont relevé, peuvent cumuler sans limitation leur retraite et le revenu d'une activité professionnelle à partir de 60 ans s'ils ont la durée d'assurance nécessaire pour bénéficier d'une retraite à taux plein ou, à défaut, à partir de 65 ans.

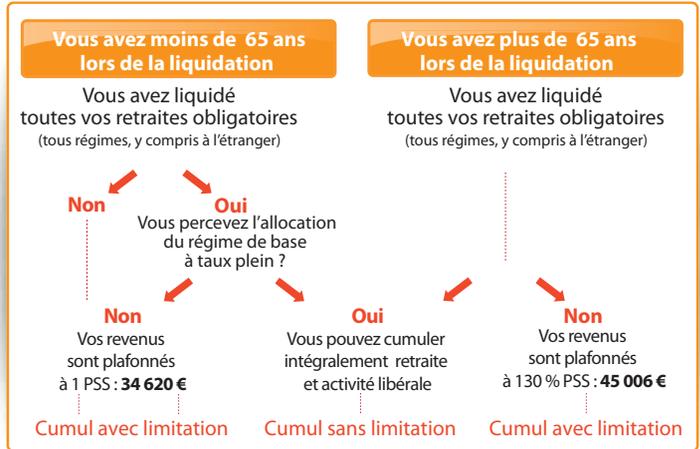
Les médecins ne remplissant pas ces conditions, peuvent quant à eux, exercer une activité procurant des revenus limités (voir schéma ci-contre). À défaut, le versement de la pension sera suspendu à hauteur du dépassement.

Les limites de revenus ne sont pas appliquées :

- ☑ aux revenus tirés de la participation à la permanence des soins,
- ☑ aux revenus tirés (sous certaines conditions) des activités juridiques, artistiques, littéraires, scientifiques ou consultatives.

Règles applicables aux cotisations 2010

1- Le plafond de l'assiette de calcul de cotisations spécifique au cumul retraite/activité libérale est supprimé dans les régimes de base et complémentaire, pour tous les médecins en cumul, avec ou sans limitation. Dans tous les cas, les cotisations sont calculées



de la même manière que pour les médecins cotisants, en fonction des revenus non salariés nets de l'avant-dernière année.

2- Les médecins gardent la possibilité de demander le calcul à titre provisionnel de leurs cotisations des régimes de base et complémentaire sur un revenu estimé pour l'année en cours, notamment en cas de baisse d'activité et donc des revenus.

Ce revenu estimé est rectifiable sans majorations de retard jusqu'en août de l'année en cours. Si le revenu définitif est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé, une majoration de retard de 5 % est appliquée au supplément de cotisations exigible.

3- Une régularisation systématique intervient deux ans après, lorsque le revenu professionnel de l'année est connu, et ce, même en cas de cessation de l'activité libérale entre-temps :

- dans le seul régime de base, si la cotisation a été déterminée à titre provisionnel en fonction des

revenus professionnels non salariés de l'avant-dernière année ;
- dans les régimes de base et complémentaire, si les cotisations ont été calculées à titre provisionnel sur la base de revenus estimés.

Les droits à la retraite étant liquidés à titre définitif, les cotisations ne donneront pas lieu à attribution de points de retraite et de trimestres d'assurance.

Important

Un médecin en instance de retraite qui envisagerait de reprendre, à court terme, une activité médicale libérale doit conserver son assurance responsabilité civile professionnelle. La souscription d'un nouveau contrat lors de cette reprise d'activité libérale entraînerait une augmentation considérable de la prime d'assurance du fait de l'accroissement - présumé par les assureurs - du risque lié à l'âge. 📄



Actualités

Le cumul

Le cumul est-il intéressant ?

Exemple

- ☑ médecin de 65 ans, marié,
- ☑ sans enfants à charge (deux parts fiscales),
- ☑ 80 000 € de bénéfices non commerciaux,
- ☑ seul revenu d'activité du ménage,
- ☑ exercice en secteur 1,
- ☑ cotise depuis trente ans à la CARMF.

En 2010, le montant de ses cotisations sociales s'élève à 21 857 €. Il doit s'acquitter de 13 032 € d'impôts. Son revenu net s'élève à 66 968 €.

De plus, il aura acquis cette année 485,2 points dans le régime de base, 7,08 points dans le régime complémentaire, 27 points dans l'ASV, générant un supplément de retraite de 1 203 € bruts, soit

1 118 € nets. Il aura donc 66 ans l'année prochaine et se demande s'il doit prendre ou non sa retraite.

Quatre situations possibles

1) Il poursuit son activité sans prendre sa retraite.

Il conserve le même rythme de 80 000 € de revenus. Chaque année cotisée lui rapporte un supplément de retraite de 1 116 € nets. S'il avait validé plus de 160 trimestres, une majoration de 0,75 % se serait ajoutée sur l'intégralité de la retraite du régime de base.

2) Il poursuit son activité et demande sa retraite.

Ses revenus professionnels sont inchangés et s'élèvent à 80 000 €, auxquels s'ajoutent 32 778 € nets de retraite. Il lui reste après charges et impôts 90 620 €.

Ses cotisations CARMF ne viendront pas augmenter le montant de sa retraite qui, une fois liquidée, ne peut être recalculée.

3) Il prend sa retraite et cesse totalement son activité.

Il perçoit une retraite nette de 32 778 € (35 283 € bruts). Après prélèvements et impôts, il lui reste 31 158 € nets correspondants à ses trente ans cotisés.

4) Il prend sa retraite et poursuit une activité réduite.

Ses revenus réels sont identiques à l'hypothèse 1. Son BNC doit s'élever à 46 212 €, auquel s'ajoutent 32 778 € de retraite. Il lui reste après charges et impôts 66 968 €. Ses cotisations CARMF ne viendront pas non plus augmenter sa retraite. Le médecin peut conserver le même revenu en maintenant la moitié de son activité.

	1) Poursuite de l'activité sans retraite	2) Poursuite de l'activité et retraite	3) Retraite seule	4) Retraite et activité réduite
BNC (Revenus d'activité)	80 000 €	80 000 €		46 212 €
Retraite nette		32 778 €	32 778 €	32 778 €
Cotisations sociales (taux 2010)				
CARMF	12 744 €	12 048 €		8 387 €
Assurance maladie (CNAMTS)	88 €	88 €		51 €
Allocations familiales	1 273 €	1 273 €		428 €
CSG et CRDS (7,5 % + 0,5 %)	7 528 €	7 473 €		4 406 €
CFP (Formation professionnelle)	51 €	51 €		51 €
CURM (Union régionale)	173 €	173 €		173 €
Cotisations sociales sur retraite				
CSG et CRDS (6,6 % + 0,5 %)		2 505 €	2 505 €	2 505 €
Total cotisations sociales	21 857 €	23 611 €	2 505 €	16 001 €
Impôts				
Assiette IR	80 000 €	110 421 €	30 421 €	76 633 €
dont bénéfice (revenus activité)		80 000 €		46 212 €
dont retraite (CSG déductible à 4,2 % puis abattement fiscal 10 % soit 4 862 €)		30 421 €		30 421 €
Montant impôt/revenu (2 parts)	13 032 €	22 158 €	1 620 €	12 022 €
Revenu réel (après impôts) (1^{re} année)	66 968 €	90 620 €	31 158 €	66 968 €



Permanence des soins et remplacements

Les médecins régulateurs dans le cadre de la permanence des soins ainsi que les médecins remplaçants, relèvent de la CARMF à titre obligatoire de par le caractère libéral de leur activité.

Dispense d'affiliation

Ces médecins peuvent demander à être dispensés d'affiliation à la CARMF en cas de non assujettissement à la contribution économique territoriale (CET) qui se substitue à la taxe professionnelle depuis le 1^{er} janvier 2010. Cette dispense est possible sous réserve que leur revenu professionnel non salarié ne dépasse pas celui ouvrant droit à une dispense d'affiliation au régime ASV (c'est-à-dire des revenus inférieurs à 11 000 € pour 2010). Si le médecin devait être imposé de manière rétroactive à la CET ou dépasser le plafond de revenus (qui fera l'objet d'un contrôle), il serait demandé le rappel de cotisations arriérées auquel s'ajoutent les majorations de retard qui courent automatiquement à compter de la date d'échéance normale.

Autres activités

L'activité salariée, exercée dans un lien de subordination et faisant l'objet d'une rémunération sur laquelle les charges sociales sont prélevées, est possible dans tous les cas (sauf inaptitude).

Renseignements divers

Les médecins en cumul retraite / activité libérale doivent cotiser à la CARMF. Ils sont dispensés des cotisations au régime invalidité-décès. Cependant, ils n'acquiescent pas de nouveaux droits.

Le médecin et sa famille ne bénéficient plus de certaines prestations du régime invalidité-décès : indemnités journalières, rente invalidité, capital décès. En cas de décès, les rentes sont versées, le cas échéant, au conjoint s'il est âgé de moins de 60 ans, et aux enfants âgés de moins de 21 ans (25 ans en cas de poursuite des études).

Déductibilité fiscale

Les cotisations liées au cumul sont déductibles dans les mêmes conditions que les cotisations versées avant la retraite.

Formalités

Le médecin doit prévenir la CARMF lorsqu'il cesse son activité libérale. En cas de maintien ou de reprise de cette activité, il doit effectuer les démarches suivantes.

Auprès de la CARMF

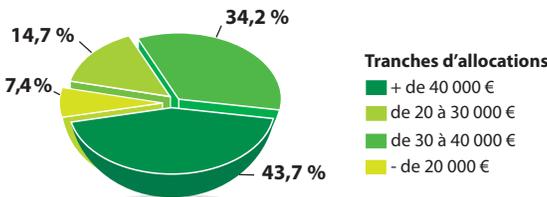
- ☒ adresser par courrier, une demande de retraite en précisant le maintien de l'activité libérale,
- ☒ retourner la déclaration d'activité dans les trente jours suivant la reprise d'activité, afin que la CARMF procède à la réaffiliation aux régimes de base, complémentaire, ASV et ADR,
- ☒ adresser l'avis d'imposition avant le 31 décembre de l'année suivant la poursuite ou la reprise de l'activité.

Auprès d'autres organismes

- ☒ prévenir le Conseil départemental de l'Ordre des médecins de sa demande de retraite avec cumul d'une activité libérale,
- ☒ souscrire une assurance responsabilité civile professionnelle,
- ☒ effectuer également toutes les démarches habituelles inhérentes à une reprise d'activité auprès des organismes concernés (URSSAF, caisses maladie...).

Retraite annuelle versée aux médecins en cumul retraite / activité libérale

base 3^e trimestre 2010



Le cumul retraite/activité libérale ne concerne ni les médecins retraités de moins de 65 ans au titre de l'inaptitude, ni les bénéficiaires du régime de préretraite (MICA) qui doivent attendre de percevoir leur retraite pour reprendre une activité, à l'exception de la participation à la permanence des soins. ☒



Modifications statutaires : des améliorations concrètes au régime complémentaire

Un arrêté du ministère du Travail, de la solidarité et de la fonction publique, paru au *Journal officiel* du 1^{er} septembre 2010, approuve de nombreuses modifications des statuts du régime de base et du régime complémentaire des médecins.

Intervenant quelques mois après celle des statuts généraux de la CARMF, cette approbation matérialise le conséquent travail de réforme entrepris par le Conseil d'administration de la caisse depuis plusieurs années aux fins d'améliorer le fonctionnement de ses régimes, au bénéfice de l'ensemble des affiliés.

Des avancées concrètes

Ainsi, les modifications approuvées dans le régime complémentaire :

- ❑ limitent désormais aux seuls revenus imposables du médecin, à l'exclusion de ceux de son conjoint, les ressources prises en compte pour l'octroi d'une dispense partielle ou totale de cotisations en cas d'impécuniosité,
- ❑ ouvrent la possibilité d'un rachat au titre des deux premières années d'affiliation ayant donné lieu à dispense statutaire (ceci ne concerne que les médecins affiliés depuis 1996),
- ❑ permettent, en cas d'exonération de cotisations semestrielles ou annuelles pour raison de santé ne donnant droit qu'à deux ou quatre points gratuits, d'acquérir

ultérieurement par une cotisation complémentaire les droits perdus du fait de la maladie...

Des mesures sociales

Le Conseil d'administration a également voulu dans le régime complémentaire :

- ❑ étendre la possibilité de rachat de points en cas d'éducation d'un enfant handicapé,
- ❑ prendre en charge, sous la forme d'une pension de réversion, tout enfant infirme, orphelin de père et de mère, et non bénéficiaire de la rente temporaire.

Des mesures spécifiques

Enfin, d'autres dispositions plus spécifiques ont été obtenues, comme la possibilité d'adhésion volontaire au régime complémentaire pour tout médecin inscrit à l'Ordre, résidant sur le territoire français, et ce, même en l'absence d'affiliation préalable à titre obligatoire.

Le Conseil d'administration de la CARMF, qui continue d'agir pour la sauvegarde et l'amélioration des droits et intérêts des affiliés,



reste actuellement dans l'attente de l'approbation par la Tutelle de l'importante réforme du régime invalidité-décès qu'il a, d'ores et déjà, votée.

Des mesures en attente

Cependant, quelques mesures n'ont pas été encore approuvées et non des moindres :

- ❑ l'extension des possibilités d'achat de points, à titre volontaire, à raison de deux points par année d'affiliation au motif que cela introduisait une forme de capitalisation dans un régime obligatoire par répartition,
- ❑ la réduction des coefficients de minoration définitive à 1,25 % par trimestre séparant la date d'effet de la retraite de celle de leur 65^e anniversaire.

Actuellement, ils s'élèvent à 5 % par année d'anticipation quelle que soit la date de départ en retraite : ainsi, un médecin qui part à 61 ans et un jour subit la même minoration que celui qui part à 61 ans et onze mois.

Cette mesure aurait permis d'atténuer la minoration et aussi d'aligner les régimes complémentaire et ASV sur le régime de base.

Enfin, il reste en suspens la réforme du régime invalidité-décès avec l'instauration de trois classes de cotisations / prestations, l'affiliation obligatoire des conjoints collaborateurs à ce régime, et bien sûr la réforme de l'ASV. ❑



Attribution de trimestres pour enfants dans le régime de base

Jusqu'à présent, les femmes ayant exercé une profession salariée, commerciale, artisanale ou agricole à un moment de leur carrière, bénéficiaient, sous certaines conditions, d'une majoration de durée d'assurance de huit trimestres maximum pour chaque enfant élevé.

Depuis le 1^{er} avril 2010, la loi a remplacé cette majoration par trois nouvelles majorations auxquelles les ressortissants du régime de retraite de base des professions libérales peuvent désormais, eux aussi, prétendre.

Le nouveau dispositif préserve les droits des mères tout en permettant aux pères, dans certains cas et sous certaines conditions, de valider des trimestres pour enfants.

Sans manifestation des parents dans les délais définis par la loi, c'est la mère qui bénéficiera, sous certaines conditions, des trimestres.

Les modalités d'attribution à la mère ou au père des majorations pour éducation et pour adoption varient selon la date de naissance ou d'adoption des enfants.

Enfants nés ou adoptés avant le 1^{er} janvier 2010

Trois majorations distinctes peuvent être attribuées aux mères qui déclarent des enfants nés ou adoptés.

☒ La majoration au titre de la maternité, soit quatre trimestres par enfant (y compris les enfants mort-nés).

☒ La majoration au titre des démarches d'adoption, soit quatre trimestres par enfant adopté durant sa minorité (le nom de la mère doit être mentionné sur l'acte ou le jugement d'adoption).

☒ La majoration au titre de l'éducation, soit quatre trimestres par enfant biologique ou adopté éduqué pendant les quatre années suivant sa naissance ou son adoption, à raison d'un trimestre par année complète de résidence commune avec l'enfant et sous réserve que les conditions suivantes soient remplies :

- avoir pour chacun des parents une durée d'assurance minimale de deux années à un régime obligatoire français ou européen (sauf si la mère indique avoir élevé seule l'enfant tout ou partie de la période des quatre années suivant sa naissance ou son adoption),
- avoir eu l'autorité parentale sur l'enfant biologique pendant les quatre années suivant sa naissance.

Le père ayant élevé seul (c'est-à-dire sans la mère) son enfant pendant une ou plusieurs années avant ses quatre ans (ou au cours des quatre ans suivant son adoption) peut bénéficier d'un trimestre de majoration au titre de l'éducation par année complète de résidence commune avec l'enfant, et sous certaines conditions (toutes les informations utiles sont disponibles sur notre site internet : www.carmf.fr).

Important : dans tous les cas, le père doit faire sa demande d'ici le 27 décembre 2010 (ou, pour les enfants nés ou adoptés après le 1^{er} juillet 2006, dans un délai de quatre ans et six mois à compter de la naissance ou de l'adoption).

Enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} janvier 2010

La mère bénéficiera de la majoration au titre de la maternité, soit quatre trimestres.

Les majorations au titre de l'éducation ou de l'adoption pourront être attribuées à l'un ou l'autre des parents (ou réparties entre eux). Les parents devront faire part de leur choix dans les six mois qui suivront le quatrième anniversaire de la naissance ou de l'adoption de l'enfant.

Des textes, précisant les modalités de mise en œuvre de ces dispositions, sont en cours d'élaboration. ☒

Important

L'appel de cotisations de janvier comporte le relevé individuel de vos points de retraite cumulés depuis votre affiliation à la CARMF et une estimation indicative globale de retraite à 65 ans établie au 31 décembre. Toutefois, en raison de la régularisation des cotisations du régime de base à partir de 2008, les points et les trimestres de ce régime sont susceptibles d'être modifiés. Utile, simple et pratique : l'attestation de mise à jour de vos cotisations est jointe à votre appel de cotisations. ☒



Fonds d'action sociale (FAS)

Un nouveau secours forfaitaire pour les allocataires exonérés de la CSG

Le Conseil d'administration, en sa séance du 26 janvier 2002, a adopté, au titre des statuts généraux et de ceux du régime ASV, une modification relevant du fonds d'action sociale et accordant aux allocataires exonérés de la CSG un secours forfaitaire.

Les modifications apportées aux statuts généraux ont été adoptées par arrêté du 16 avril 2009, paru au *Journal officiel* du 13 mai 2009, et sont, de ce fait, applicables. Il est rappelé qu'un alinéa a été inséré à l'article 58 de ces statuts au terme duquel, le fonds d'action sociale a pour objet :

"L'attribution d'un secours forfaitaire aux allocataires exonérés de la contribution sociale généralisée en vertu du 2° du III de l'article L. 136-2 du code de la Sécurité sociale. Le montant annuel de ce secours est fixé par le Conseil d'administration dans la limite de 14 % des seuils fixés en application des dispositions I et III de l'article 1417 du Code général des impôts".

Le Conseil d'administration a fixé, lors de sa séance du 21 novembre 2009, les modalités d'attribution d'un secours forfaitaire qui est versé systématiquement à tous les allocataires exonérés de la CSG.

Important

Les personnes dont le revenu fiscal de référence 2009 est inférieur à 9 876 € pour une part ou inférieur à 15 150 € pour deux parts, peuvent, sur demande, être exonérées de la CSG et de la CRDS.

Pour que cette demande soit prise en compte en 2011, il faut envoyer à la CARMF une photocopie complète de l'avis d'imposition délivré en 2010, calculé sur les revenus 2009.

Ce secours, versé par foyer fiscal, est accordé systématiquement aux allocataires concernés et réglé en une seule fois, au mois de juillet. Il représente 5 % du revenu fiscal de référence retenu pour l'exonération de la CSG (voir tableau ci-dessous).

Fonds d'action sociale en 2009

Aides accordées aux cotisants et allocataires



262 dossiers traités



En 2009, 1 215 allocataires ont été exonérés de la CSG (333 médecins, 872 veuves et 10 conjoints collaborateurs). Parmi ceux-ci, 322 médecins et 865 veuves étaient domiciliés en Métropole.

Pour les premiers, l'impôt est majoritairement calculé sur la base de deux parts, alors que ce calcul s'établit en règle générale sur une part pour les veuves.

Revenu fiscal de référence 2008 pour exonération en 2010

Nombre de parts pour le calcul de l'impôt sur le revenu	Métropole	Secours 5 %	DOM (sauf Guyane)	Secours 5 %	Guyane	Secours 5 %
1 part	9 837 €	492 €	11 640 €	582 €	12 171 €	609 €
1,5 part	12 464 €	623 €	14 420 €	721 €	15 522 €	776 €
2 parts	15 091 €	755 €	17 047 €	852 €	18 149 €	907 €

Au-delà de deux parts et pour chaque demi-part supplémentaire, ces montants sont majorés de 2 627 €, soit un secours de 131 €.



Mensualisation des retraites

Suite à la demande de la CARMF du 8 octobre 2007 visant à mettre en œuvre une mesure fiscale en faveur des allocataires en cas de mensualisation des retraites, la Direction générale des Impôts a répondu que les mesures accordées aux retraités salariés, ont revêtu un caractère exceptionnel et n'ont pas vocation à s'appliquer à la mensualisation d'autres régimes de retraite !

Elle propose alors le « système du quotient sur la base d'un diviseur/multiplicateur égal à deux ».

Ce système permet, en principe, d'atténuer la progressivité de l'impôt sur le revenu, mais les simulations effectuées montrent que, tant pour les médecins que pour les conjoints survivants, l'avantage de cette méthode est très faible, voire négatif dans certains cas.

De ce fait, le Conseil d'administration, en sa séance du 19 avril 2008, a décidé de ne pas poursuivre l'étude de la mensualisation des allocations, sauf demande ultérieure des délégués du collège des retraités et des conjoints survivants.

Ces demandes étant de plus en plus nombreuses, les membres du bureau, réunis le 17 septembre 2010, ont envisagé lors de l'examen des vœux des délégués des retraités et des conjoints survivants, une autre possibilité qui serait de préparer le passage à la mensualisation sur trois ans, en

versant en décembre de chaque année un mois d'allocation supplémentaire, le solde du trimestre étant versé au début de l'année suivante. Les intéressés seraient, sur cette période, imposés sur treize mois de prestations, ce qui limiterait le problème fiscal.

Cet étalement pourrait débiter fin 2011, afin d'arriver à une mensualisation effective le 1^{er} janvier 2014.

Une mise en place sur trois ans

La mise en place de la mensualisation s'étalerait sur trois ans en versant un mois de plus dans l'année, pendant trois ans.

Le quatrième trimestre 2011 serait versé en deux fois. Fin 2011, il y aurait un tiers de plus versé (ce qui porterait à treize mois les retraites versées pour 2011). Les deux autres tiers seraient versés début 2012.

Fin 2012, le paiement du quatrième trimestre 2012 serait lui aussi divisé en deux versements :

- ☒ deux tiers seraient versés cette fois, en décembre (ce qui porterait aussi les retraites versées pour 2012 à treize mois),
- ☒ un tiers serait versé début janvier 2013.

Le quatrième trimestre 2013 serait versé intégralement en décembre 2013 (ce qui porterait à treize mois, là encore, les retraites versées pour 2013).



Au 1^{er} janvier 2014, la mensualisation serait effective.

Avantages

La mise en place de la mensualisation est assez rapide. L'incidence fiscale est atténuée avec seulement un douzième de revenus supplémentaire pendant trois ans.

Inconvénients

Quelques personnes peuvent voir certaines aides sociales se réduire ou disparaître du fait de cette légère augmentation du revenu fiscal et d'un éventuel dépassement de plafond de revenus quand elles sont proches des limites de ressources.

Vers un référendum

La mise en place de cette mesure fera l'objet d'une consultation des allocataires concernés lors de l'envoi de la lettre qui leur est adressée en janvier. Elle nécessitera, par ailleurs, une modification des statuts du régime complémentaire. ☒



La réforme des retraites

La CARMF a organisé le 17 septembre 2010, un colloque sur la réforme des retraites au Palais des congrès de Paris. Accueillis par le Docteur Gérard Maudrux, Président de la CARMF, de prestigieux intervenants ont pu donner leur point de vue sur les changements à attendre pour les salariés, les régimes spéciaux et les indépendants.

La réforme des retraites Introduction

Présentée par le Docteur Gérard Maudrux, Président de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF).



En ouverture du colloque, devant un auditoire de plus de quatre cents personnes, le Président de la CARMF, le Dr Gérard Maudrux a rappelé l'importance du rapport démographique comme principal outil de pilotage des régimes de retraite par répartition et a justifié l'urgence d'une réforme des retraites - par les retards accumulés au cours des trente dernières années par les gouvernements successifs.

Le vieillissement de la population, phénomène prévisible, n'a pas été suffisamment pris en compte pour pérenniser



Dr Gérard MAUDRUX

Président de la CARMF

« Nous avons en France un système de retraite par répartition où l'on ne cotise pas pour soi-même mais pour les autres.

Qui financera votre retraite ? »



le système français de retraites par répartition et a accentué le déséquilibre financier dû à l'évolution démographique du pays.

Le Dr Gérard Maudrux a rappelé à l'assemblée que le système de retraites français par répartition était un excellent système en 1945 mais que, confronté à l'évolution du rapport démographique, ce facteur engendrait un dramatique déséquilibre accentué par le passage de la retraite à 60 ans en 1981.

« Nous avons en France un système de retraite par répartition où l'on ne cotise pas pour soi-même mais pour les autres.

Qui financera votre retraite ? Ce seront les actifs, les cotisants, en fonction de leur nombre et de leur richesse.

Quel est le facteur qui influence le plus ce système ?

C'est le rapport démographique : plus on est nombreux à payer les retraites, plus c'est facile et moins on a à payer. Dans les années 45, c'était le meilleur système. En revanche, quand on est dans la situation où une personne va travailler pour un retraité, plus sa famille, soit deux ou trois personnes [...] cela ne peut pas continuer à fonctionner.

Toutes professions confondues - salariés, indépendants ou relevant d'un régime

spécial - on tend, en moins d'une génération, à un cotisant pour un retraité. »

En effet, ce déséquilibre est dû moins à une diminution du nombre de cotisants qui reste stable, qu'à l'augmentation de l'espérance de vie. En 1945, on travaillait quarante ans et on vivait un an à la retraite (en moyenne).

En 2010, on travaille trente ans et on vit vingt ans à la retraite.

Et on a gardé le même système de retraite !

Le Dr Gérard Maudrux a ensuite présenté les intervenants qui se sont succédés à ses côtés pour débattre de la réforme des retraites en les remerciant de leur participation.

Conclusion :

« Ce n'était pas gagné d'avance de rassembler des gens d'horizons et de culture différents, mais quand on est sincère et honnête, il est très agréable de voir [...], que l'on a tous envie de la même chose et que l'on est capable d'avancer ensemble.

Pour ce qui est de la réforme, on prend acte de ce qu'elle est, que c'est un premier pas, mais que c'est insuffisant. Malheureusement, on n'a pas l'impression que les Français soient convaincus qu'il faille aller plus loin, ce qui nous gêne tous pour avancer et mieux préserver l'avenir. » ☑



Présentation de la réforme des retraites

par Monsieur Henri Chaffiotte
Directeur de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF).



M. Henri Chaffiotte a présenté les nouvelles dispositions du projet de loi sur la réforme des retraites voté à l'Assemblée nationale le 15 septembre 2010 en première lecture.

Il a rappelé que « [...] la France est l'un des rares pays à avoir la retraite à 60 ans en Europe, ce qui n'est pas favorable à l'équilibre financier des régimes de retraite si l'on conjugue ces deux éléments : l'augmentation de l'espérance de vie et l'augmentation importante du nombre de retraités du fait du baby boom ».

Le gouvernement a privilégié une augmentation de l'âge de départ à la retraite et de la durée de cotisations afin de préserver le montant des allocations de retraites sans augmenter les cotisations et ce, en vue de résorber le déséquilibre financier des régimes de retraites d'ici 2018.

« [...] À partir de ce point clé qu'est l'augmentation de l'âge de la retraite, la réforme est assez ambitieuse puisqu'elle a vocation à s'appliquer à tous les régimes - à la fois les régimes de base du secteur privé, des fonctionnaires et des régimes spéciaux - même s'il y a décalage dans le temps en l'occurrence. Les nouvelles dispositions qui entreront en vigueur au

1^{er} juillet 2011, tendent à augmenter progressivement l'âge de départ jusqu'à arriver à 62 ans minimum, sachant que l'objectif est de repousser de quatre mois par an, l'âge de départ, non pas à des dates déterminées mais génération par génération. [...] Parallèlement à l'augmentation de l'âge de départ, le nombre de trimestres nécessaires va augmenter, mais ne sera pas plus pénalisant, relativement, que l'augmentation de l'âge. »

Dès lors, un actif né après le 1^{er} juillet 1951, pourra partir à la retraite à 60 ans et quatre mois minimum en ayant obtenu 163 trimestres d'assurance (taux plein) au régime de base au lieu de 60 ans et 162 trimestres actuellement. L'âge de liquidation sans abattement qui était précédemment à 65 ans va être reculé également de quatre mois par an jusqu'à 67 ans.

Néanmoins, le départ à 60 ans sera maintenu pour les travailleurs du régime général des salariés ayant un taux d'incapacité égal ou supérieur à 10 % ayant donné lieu à l'attribution d'une rente pour maladie professionnelle.

« Initialement, le projet prévoyait une incapacité de 20 %. Cela a été assoupli et acté dans le projet de loi, sachant que les dispositions précises seront fixées par décret, mais seront sans doute assez difficiles à déterminer. »

M. Henri Chaffiotte a souhaité rappeler que ce dispositif sera financé par la branche « accidents du travail et maladies professionnelles ». Des mesures complémentaires améliorant la prévention seront également mises en œuvre telles que le dossier médical en santé au travail et, pour apprécier les périodes de pénibilité, la consignation des périodes et des conditions de pénibilité.

Malgré une réforme ambitieuse, de nombreux points suscitent des interrogations, notamment l'absence de réforme des régimes complémentaires des salariés (AGIRC-ARRCO) et le financement de cette réforme qui dérive vers une fiscalisation des recettes.

« Il est vrai que le relèvement de l'âge de la retraite est une mesure techniquement efficace, plus efficace que l'augmentation du nombre de trimestres. [...] Cela étant, on ne peut pas dire que la réforme soit tout à fait complète. Techniquement, le régime général n'a pas de réforme de fond, puisque l'on avait envisagé un régime par points qui permettait de régler la question des trimestres qui pénalise les carrières courtes ; [...]. Financièrement, l'équilibre est affiché pour 2018. Au-delà, il n'est pas certain que la situation démographique et l'équilibre financier des retraites s'améliorent. »

M. Henri CHAFFIOTTE Directeur de la CARMF

« Il est vrai que le relèvement de l'âge de la retraite est une mesure techniquement efficace, plus efficace que l'augmentation du nombre de trimestres. »



« [...] Financièrement, l'équilibre est affiché pour 2018. Au-delà, il n'est pas certain que la situation démographique et l'équilibre financier des retraites s'améliorent. »



La réforme des retraites

La réforme du régime général des salariés

Présentée par Madame Danièle Karniewicz, Présidente du Conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV). La CNAV fait partie de l'Assurance Retraite qui gère la retraite du régime général de la Sécurité sociale. C'est la retraite de base des salariés.



Mme Danièle Karniewicz a rappelé l'urgence de la réforme des retraites qui s'est accélérée par l'ampleur de la crise financière de 2008 et a précipité un handicap de paiement, non seulement de la retraite mais également de la protection sociale.

« Si l'on ne fait rien, on laisse cela aux générations futures. Je crois que l'on ne peut plus rien faire. Il est urgent de réagir. Année après année, on crée du déficit sur la plupart des caisses de retraite. Il manque un mois par an pour payer les retraites des salariés du privé. On les paye quand même, mais avec du déficit budgétaire. Ce n'est plus tenable. »

« Certains se demandent si l'on peut attendre ou non de reporter telle ou telle décision. Si nous avons le choix, ce serait bien, mais je crois que nous ne l'avons plus. La montée en charge de toute décision prise sur des régimes de retraite est très progressive ; l'impact ne se produira pas dans la première ou la deuxième année mais dans les dix ou quinze ans. »

Mme Danièle Karniewicz a précisé qu'actuellement le besoin de financement des régimes de retraite à l'horizon 2018-2020, est de 42 milliards d'euros de déficit prévu par le Conseil d'orientation des retraites (COR) sur des hypothèses très optimistes.

La Présidente du Conseil d'administration de la CNAV privilégie également le levier activé par le gouvernement sur l'augmentation de la durée de cotisations pour réduire le déficit, à condition toutefois, d'améliorer les conditions de santé au travail et d'accompagner le retour des seniors à l'emploi.

« Dans le projet de réforme tel qu'il sort de l'Assemblée nationale, on a bien compris que le principal levier activé est l'âge. [...] Selon un avis du Conseil d'administration de la CNAV, à une très faible majorité [...] nous sommes d'accord qu'il faudra jouer sur l'âge. Le deuxième levier [...] concerne ceux qui n'ont pas les trimestres suffisants mais qui peuvent partir quand même à 65 ans. Cela passerait à 67 ans. C'est nécessaire, même si peu de personnes veulent l'entendre. La loi, telle qu'elle est aujourd'hui, prévoit un assouplissement [...] pour les carrières longues. [...] Une transition plus douce, qui me paraît acceptable. »

Mme Danièle Karniewicz a souhaité également mettre en évidence la nécessité de bonifier les années d'études en trimestres de cotisations.

« C'est aussi travailler que de faire des études dans ces domaines, mais

Mme Danièle KARNIEWICZ
 Présidente du Conseil d'administration de la CNAV

« Certains se demandent si l'on peut attendre ou non de reporter telle ou telle décision.



Si nous avons le choix, ce serait bien, mais je crois que nous ne l'avons plus. »

cotise pas. Il faudra régler cela dans la loi car il n'est pas normal de considérer que celui qui a fait des études n'a pas travaillé. »

« Aujourd'hui, dans les débats, on demande sans arrêt de la solidarité. Je le dis souvent : il faut un système solidaire, mais il ne faut pas tout demander à la solidarité. [...] Encore faut-il la financer. Dans les

débats actuels, on ressent une part d'affichage. Quand le texte arrive au Sénat, on a déjà l'impression que certaines zones vont encore bouger. Attention, car tout ce qui bouge, coûte ! »

Mme Danièle Karniewicz a alerté l'assemblée sur le fait que cette réforme ne permettait pas actuellement de revenir à un équilibre financier en 2018 puisque les mesures d'âge ne permettent de financer que 19 milliards d'euros sur les 42 milliards nécessaires. Par conséquent, en l'état actuel de la réforme, et ce, sans l'apport de ressources nouvelles, il sera très difficile d'éviter une baisse des retraites, à tout le moins pour le secteur privé. ☒



La réforme des retraites : quels changements pour les régimes spéciaux ?

Présentée par Monsieur Pierre-Édouard du Cray, Directeur des études à l'association Sauvegarde Retraites, association dont l'objectif est de sensibiliser et d'éduquer les Français sur le problème des retraites.



M. Pierre-Édouard du Cray a décrit l'évolution des régimes de fonctionnaires et des régimes spéciaux au travers des réformes de retraite successives de 2003 à celle de 2010.

M. Pierre-Édouard du Cray a tout d'abord précisé que les régimes spéciaux, en droit de la Sécurité sociale, préexistaient aux ordonnances de 1945 qui ont créé la Sécurité sociale, et ont refusé l'intégration au régime général.

« Déjà, à l'époque, ces régimes versaient des prestations plus avantageuses que celles du régime général à ses affiliés. »

Il existe trois grandes catégories de régimes spéciaux : la première, la plus importante, est composée des régimes spéciaux de la fonction publique ; ensuite, il y a les régimes des entreprises et des établissements publics (SNCF, RATP, Banque de France et EDF-GDF) ; enfin, certains salariés du privé, comme les marins, les mineurs et les clercs et employés de notaire bénéficient aussi de régimes spéciaux.

« Que prévoit le projet de loi de réforme des retraites pour ces régimes ? »

Même si l'on constate que les âges légaux des régimes spéciaux vont certes reculer, les écarts entre le droit commun et ces régimes spéciaux, notamment les régimes de la fonction publique, sont préservés.

« Un recul de l'âge légal de la retraite de deux ans à raison de quatre mois par année. De 60 ans, on passe à 62 ans, de 55 à 57 ans, de 50 à 52 ans. Le résultat est que les âges légaux reculent.

Mais, même si l'âge légal de départ à la retraite recule progressivement de deux ans [...], cette disposition ne s'appliquera qu'à partir de 2017 pour les régimes spéciaux des entreprises publiques : EDF, GDF, SNCF, RATP, etc. »

Cette réforme des retraites fait un effort sur le recul de l'âge des régimes spéciaux, mais l'écart entre le secteur public et privé demeure, laissant jour à des inégalités flagrantes : le mode de calcul de la retraite, la réversion.

La retraite dans les régimes spéciaux du secteur public est calculée à partir des traitements des six derniers mois de carrière. Dans le privé, pour le régime de base, ce sont les vingt cinq meilleures années dans la limite du plafond de la Sécurité sociale.

M. Pierre-Édouard du CRAY
Directeur des études à Sauvegarde Retraites

« On peut en tirer la conclusion sévère, mais juste, que les réformes des régimes spéciaux ne sont jusqu'ici pas très probantes. Si l'on veut être bienveillant, on peut dire que si rien n'avait été fait, le phénomène décrit aurait été accentué. »



M. Pierre-Édouard du Cray a précisé également que dans les régimes spéciaux du secteur public, les retraites sont 100 % garanties. Ce sont des régimes à prestations définies. Le montant de la retraite est connu à l'avance à savoir 75 % minimum du dernier traitement de la carrière dès lors que l'on a une carrière complète. Et ce, quelle que

soit la conjoncture économique ou la situation démographique.

« Que prévoit la réforme pour résorber ces inégalités ? Rien. » De plus, « [...] en tenant compte de l'inflation, les dépenses retraites dans les régimes spéciaux ont augmenté deux fois plus vite que le nombre de retraités. [...] Dans les régimes des entreprises publiques, bien qu'il y ait 2,5 % de retraités en moins, les dépenses retraites ont augmenté de 20 %. On peut en tirer la conclusion sévère, mais juste, que les réformes des régimes spéciaux ne sont jusqu'ici pas très probantes. Si l'on veut être bienveillant, on peut dire que si rien n'avait été fait, le phénomène décrit aurait été accentué. »



La réforme des retraites

L'assurance vieillesse des professions libérales

Présentée par Monsieur Bernard Lagneau, Président de la Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens (CAVP).

La caisse de retraite des pharmaciens est un organisme de retraite autonome qui gère la retraite et la prévoyance obligatoires des pharmaciens libéraux et biologistes non médecins.



M. Bernard Lagneau a rappelé le fonctionnement des caisses autonomes de retraite des professions libérales qui, regroupées auprès de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Professions libérales (CNAVPL), ont su mettre en avant leurs très bonnes performances en matière de gestion financière.

M. Bernard Lagneau a ensuite décrit la particularité des régimes libéraux et les problèmes démographiques et structurelles de ces régimes.

En effet, « [...] la particularité de nos régimes, c'est la longueur de nos études puisque, dans la définition du professionnel libéral, il y a une partie

intellectuelle qui est retenue et qui se juxtapose à la longueur des études qui président à l'installation dans la carrière libérale. [...] On note l'installation tardive, soit à 40 ans pour l'ensemble des libéraux. [...] De plus : très souvent, on achetait notre outil de travail et une clientèle. [...] Aujourd'hui, le nombre de ceux qui partent à la retraite sans avoir vendu leur officine est en croissance exponentielle. [...] La démographie pilote tout simplement la reprise de ces clientèles et [...] on savait depuis longtemps que nous aurions un actif pour un retraité en 2025. »

Les caisses autonomes des professions libérales ont su anticiper le déséquilibre financier lié au vieillissement de la population et à l'allongement de la durée de versement des prestations, en provisionnant d'importantes

réserves, en vue de maintenir le montant des retraites de l'ensemble de leurs affiliés d'ici 2020-2025 et ce, tout en participant à la compensation nationale.

« Nous avons évoqué tout à l'heure la solidarité. Ce n'est pas un gros mot, mais il est parfois perçu comme tel. Nous devons cotiser à la solidarité pour ceux qui sont en difficulté et qui n'en sont pas responsables de leur fait.

C'est un élément important. Les professions libérales, sans ne jamais recevoir de personne,

contribuent à la solidarité à travers la compensation nationale : 483 millions d'euros en 2009, soit près de 1 000 euros par personne de contribution à la compensation pour venir en aide à des régimes structurellement déficitaires. »
« On dit haut et fort aux professions libérales qu'il serait bien qu'elles se rassemblent dans un système commun. Aujourd'hui, croyez-vous qu'il soit plus simple de faire les réformes telles qu'elles vont se présenter, en rassemblant tous ces régimes ? »

Pour le Président de la Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens, il est important de préserver les 13 milliards d'euros de réserves provisionnés par l'ensemble des caisses de retraite autonomes et de conserver la juxtaposition des systèmes des régimes libéraux pour préserver leurs indépendances qui est la garantie d'une bonne gestion.

« L'autonomie d'une caisse de retraite ne se décrète pas. Je dis, avec les autres présidents, qu'elle se mérite. Nous l'avons méritée. Sans jamais demander à personne, en ayant anticipé comme personne et sans avoir jamais démerité sur la gestion de nos régimes et en ayant fait les réformes des régimes complémentaires, nous n'avons pas volé l'autonomie qui est en place aujourd'hui.

C'est cette autonomie qui rend performantes les réformes telles qu'on doit les conduire dans nos professions libérales. »

M. Bernard LAGNEAU Président de la CAVP

« Sans jamais demander à personne, en ayant anticipé comme personne et sans avoir jamais démerité sur la gestion de nos régimes et en ayant fait les réformes des régimes complémentaires, nous n'avons pas volé l'autonomie qui est en place aujourd'hui. »





Point de vue politique sur la réforme

Présenté par
le Professeur Bernard Debré,
chirurgien urologue et député.

Le Pr Bernard Debré a livré sa vision politique du projet de loi de la réforme des retraites.

Confronté aux difficultés financières issues de la conjoncture économique mondiale et de la crise de 2008, il a rappelé l'urgence de cette réforme. Si nous souhaitons préserver notre système de retraite par répartition sans toutefois baisser le montant des prestations versées, il faut nécessairement reculer l'âge légal de départ à la retraite et/ou augmenter la durée de cotisations.

« Quand on nous dit que l'on doit réformer l'assurance vieillesse, c'est vrai, et qu'il faudra vraisemblablement faire une réforme plus importante que celle que l'on nous propose, c'est vrai aussi. Or, on voit une France qui ne veut pas voir la vérité, des politiques qui ne veulent pas voir la vérité. [...] Faire une réforme difficile en profondeur, c'est donc parfois s'assurer de ne pas être réélu. »

Professeur Bernard DEBRÉ
Chirurgien urologue
et député

« Nous avons fait, en tout cas à l'Assemblée nationale, ce que nous avons pu. Il était évident que nous aurions pu faire mieux car la réforme ne couvre que jusqu'en 2018 et que nous avons peu ou pas touché aux régimes spéciaux. »



Le Pr Bernard Debré a mis en garde contre toute forme de démagogie qui souhaiterait revenir sur les propositions de cette réforme et a précisé que tout recul, quel qu'il puisse être, qui coûte très cher et pourrait réduire considérablement le réel effort d'équilibrage financier d'ici à

2018 que prévoit le projet de réforme. Le Pr Bernard Debré a en outre rappelé que les tentatives d'intégrer les facteurs de pénibilité au travail rendent complexe la réforme et nécessitent de nombreux ajustements.

« Initialement, il avait été décidé que la pénibilité était une IPP de 20 %. Quelque chose m'a choqué car pénibilité veut dire incapacité.

[...] On est descendu de 20 % à 10 %. Ce n'est pas beaucoup et je me demande qui va échapper à ce taux de 10 %. [...] Si l'on ajoute 65 ans au lieu de 67 ans et ces 10 % - peut-être même 5 % pour faire dans la démagogie - il n'y a plus de réforme, il n'y a plus de retraite.

Je suis assez inquiet, je vous le dis très simplement. Nous avons fait, en tout cas à l'Assemblée nationale, ce que nous avons pu. Il était évident que nous aurions pu faire mieux car la réforme ne couvre

que jusqu'en 2018 et que nous avons peu ou pas touché aux régimes spéciaux. »

[...] Tout cela pour vous dire qu'il est très difficile de réformer en France. »

Cependant, le Pr Bernard Debré appelle les différentes sections professionnelles et les partenaires sociaux, à réfléchir dans les quelques mois ou années à venir sur l'introduction de la capitalisation au sein de nos systèmes actuels de retraite afin que l'ensemble des salariés, tous régimes confondus, puisse en bénéficier.

« Il faut une retraite par répartition de base la plus haute possible, mais il faut bien entendu associer à cette retraite par répartition une dose de capitalisation. [...] Il y aura une réflexion à mener avec les entreprises pour que cette capitalisation puisse atteindre le plus grand nombre de Français possible. C'est ce que nous avons à faire dans les années ou mois qui viennent.

Ce sera difficile. [...] Il faudra encore travailler, réformer, convaincre, et aussi, affronter. Le combat politique pour ses idées, c'est aussi l'affrontement. On ne doit pas céder en permanence. Bien sûr, il y a des tractations. Il faudra recommencer dans les années qui viennent et je compte sur vous. »



Gestion

Comptes

Analyse des comptes pour l'activité générale et les régimes complémentaire et ASV

Activité générale

L'ensemble des cotisations des régimes obligatoires émises en 2009 (hors régime de base) s'élève à 1 380 millions d'euros et le montant des allocations et prestations (hors régime de base), s'élève à 1 207 millions d'euros.

L'augmentation des cotisations émises en 2009 de 69 millions d'euros (+ 5,3 % par rapport à 2008, pour un effectif cotisants quasiment stable [- 0,2 %]) ne couvre pas l'augmentation des charges de prestations de 82 millions d'euros (+ 7,3 %, compte tenu d'une augmentation moyenne du nombre d'allocataires de 5,7 %).

Pour information, les cotisations du régime de base en 2009 se montent à 422 millions d'euros pour des prestations à hauteur de 250 millions d'euros ; l'excédent de ce régime est reversé à la CNAVPL pour le service de la compensation nationale et le solde est doté aux réserves du régime de base de la CNAVPL.

La chute des marchés financiers en 2008 a conduit la CARMF à actualiser ses comptes sur les valeurs de ses actifs financiers par dépréciation de son portefeuille titres, ce qui a pesé sur l'affichage des résultats financiers de 2008. En 2009, suite au redressement des indices boursiers, la CARMF a dégagé un résultat net financier excédentaire de 521 millions d'euros.

Ce résultat permet de couvrir les pertes financières enregistrées en 2008 à plus de 50 %. En conséquence, le résultat global consolidé des régimes obligatoires (hors régime de base) passe d'une perte nette de 508 millions d'euros en 2008, à un résultat net positif de 672 millions d'euros en 2009.

Régime complémentaire

Le régime complémentaire en 2009 dégage un résultat bénéficiaire de 627 millions d'euros par rapport à un résultat déficitaire de 406 millions d'euros en 2008.

Le résultat technique du régime (cotisations moins prestations) est encore excédentaire de 190 millions d'euros, malgré une augmentation de 8,3 % des prestations payées en 2009.

Ce régime continue d'investir en titres financiers (100 millions d'euros) et dans l'immobilier (50 millions d'euros) afin d'abonder les réserves.

Au 1^{er} janvier 2010, les réserves du régime complémentaire correspondent à environ six ans et trois mois de prestations de retraite, contre cinq ans et huit mois au 1^{er} janvier 2009 et six ans et dix mois au 1^{er} janvier 2008.

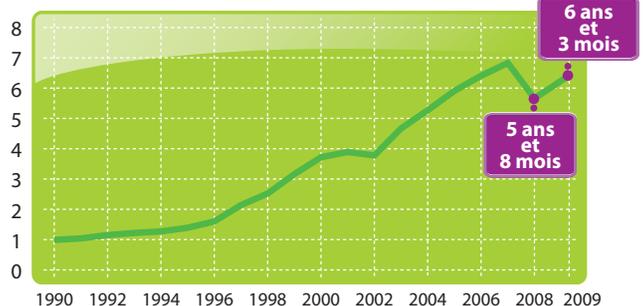
ASV

Le résultat technique (hors résultat financier) baisse et est déficitaire à hauteur de 39 millions d'euros en 2009 par rapport à un excédent technique en 2008 de 2 millions d'euros, suite à deux années successives d'augmentation du « C » et des cotisations en 2007 et 2008.

Au 1^{er} janvier 2010, les réserves de l'ASV restent à moins d'un an (onze mois) de prestations de retraite.

En l'absence de réforme, l'ASV aura épuisé ses réserves qui s'élèvent à 490 millions d'euros au 1^{er} janvier 2010, à fin 2013.

Évolution des réserves du régime complémentaire en années de prestation





Bilan et Compte de résultat

Bilan au 31 décembre 2009								
Actif	Au 31.12.2009			Au 31.12.2008		Passif	Au 31.12.2009	Au 31.12.2008
	Int	Amortissements/Provisions	Net	Int	Net			
Immobilisations incorporelles	427	406	21	50		Réserves des gestions techniques	727 325	820 439
Immobilisations corporelles	453 592	84 742	368 850	365 814		Report à nouveau action sociale	67 954	63 891
Titres immobilisés et de participation (B)	4 988 074	910 252	3 778 122	3 211 413		Résultats nets de l'exercice	676 805	1 504 501
Autres immobilisations financières	233		233	300		Capitaux propres (A)	1 472 084	3 791 912
I - Actif immobilisé (1)	6 542 426	1 995 400	4 147 226	3 967 583		Provision technique vieillesse - FC (B)	3 168 870	3 573 344
Fournisseurs, prestataires débiteurs	1 019	591	428	271		I - Fonds propres (A + B) (2)	4 638 880	8 353 256
Clients, coassurés et comptes rattachés (3)	211 168	125 583	85 485	106 718		Dettes financières	338 811	314 573
Organismes de Sécurité sociale	38 688		38 688	42 018		Coassurés et clients crédocteurs	32 399	38 206
Autres créances	7 919	484	6 835	6 951		Fournisseurs	1 675	554
Valeurs mobilières de placement (B)	767 790		767 790	808 008		Prestataires et allocataires	14 231	13 545
Banques, Ets financiers et assimilés	2 185		2 185	7 179		Dettes sociales et fiscales	18 584	16 531
Caisses	3		3	4		Organismes de Sécurité sociale	48	42
Comptes de régularisation	994		994	959		Autres dettes	4 824	2 982
II - Actif circulant	1 028 184	129 738	803 406	772 188		II - Dettes	418 672	388 473
Total général	8 570 610	2 224 138	6 046 472	4 739 771		Total général	5 048 532	8 741 729

Compte de résultat de l'exercice 2009						
Libellé	Régimes			Total général 2009*	Total général 2008*	F.A.S 2009
	Capitulaires Vieillesse	Allocataires suppléentaires Vieillesse	Invalidité Décès			
Produits						
- Cotisations émises forfaitaires		465 583	83 883	569 468	567 202	
- Cotisations émises proportionnelles	811 138			811 138	714 052	
Total cotisations	811 138	465 583	83 883	1 360 606	1 281 254	
- Capitaux de rachat	2 853	4		2 857	2 783	
- Majorations de retard	737	210	82	1 029	480	
- Produits divers			(28)	(28)	18	9 883
- Produits exceptionnels	1 600	131	83	1 794	1 086	
- R reprise sur provisions	116	1 241	649	2 006	690	
- Gestion financière (excédent)	431 589	50 784	39 006	521 379	675	
Total des produits	1 248 633	637 955	123 635	1 909 623	1 218 321	16 358
Charges						
- Pensions, I.J. et I.D., Droits Propres	475 798	440 729	44 160	960 687	886 053	5 507
- Pensions et I.D., Droits Dérivés	127 578	34 642	44 831	247 051	239 300	472
Total prestations	603 376	515 371	88 991	1 207 738	1 125 353	5 979
- Charges de compensations		15		15	84	
- Cotisations admises en non valeur	650	243	66	959	500	
- Diverses charges	5 213	4 491	66	9 770	6 650	
- Charges exceptionnelles	18	18	1	38	82	
- Dépréciation des créances cot. et Alloc.	1 092	93	403	1 588	2 296	
- Frais administratifs	9 989	6 328	1 040	17 357	16 177	
- Gestion financière (déficit)					673 611	
Total des charges	829 328	526 387	89 581	1 237 397	1 824 962	5 979
Résultats	627 694	11 308	33 134	672 226	(508 481)	4 579
Total	1 248 633	637 955	123 635	1 909 623	1 218 321	16 358

* Hors Régime de Base pour ce régime en 2009 : 422 millions d'euros de cotisations et 250 millions d'euros de prestations.



Gestion

Placements

Les placements de la CARMF

Conjoncture économique en 2009

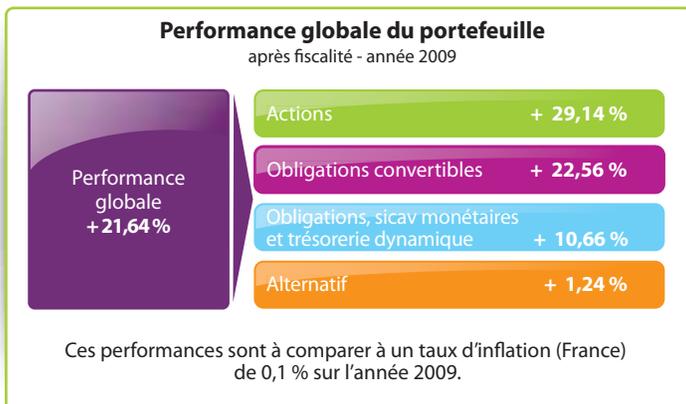
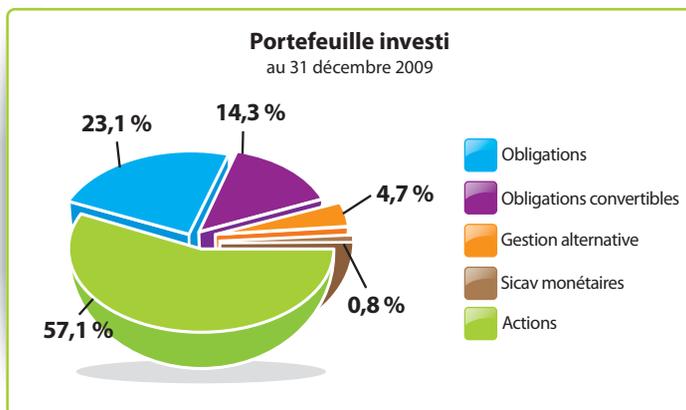
L'année 2009 s'est avérée excellente pour l'ensemble des classes d'actifs risqués malgré un début d'année dominé par la peur du défaut des grandes institutions financières.

L'envergure planétaire des plans de soutien monétaire et budgétaire a permis à l'économie mondiale de sortir de la récession en milieu d'année avec le retour progressif de la confiance des ménages et des entreprises, sur fond de dynamisme des pays émergents et de la Chine en particulier.

Le prix à payer pour la forte baisse de la volatilité sur les marchés et la normalisation des primes de risque en univers de taux monétaires quasi nuls est l'endettement massif des États.

La politique dite à taux zéro des États-Unis a fait reculer le dollar devenu monnaie de financement et les matières premières se sont renchéries, l'or établissant un record historique à près de 1250 dollars l'once.

La prise de fonctions du Président Obama et la nomination du Secrétaire d'État au Trésor Tim Geithner ont créé les conditions d'un vaste plan de rachat des actifs toxiques bancaires et le G20 du 2 avril exprimait une gouvernance systémique mondiale.



Rendement des placements

Rendement global
par année - après fiscalité

Années	Rendements
2009	21,64 %
2008	- 28,83 %
2007	4,62 %
2006	11,76 %
2005	17,41 %
2004	7,08 %
2003	12,79 %
2002	-14,60 %
2001	- 7,42 %

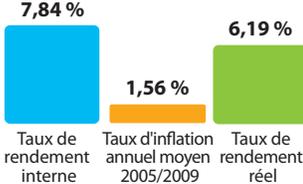
Rendement annuel global
au 31/12/2009 - après fiscalité

Périodes	Rendements
1 an	+ 21,64 %
3 ans	- 3,19 %
5 ans	+ 2,86 %
10 ans	+ 1,78 %
18 ans	+ 3,83 %



Placements immobiliers

Taux de rendement annuel du parc immobilier depuis 5 ans



La réglementation fixe deux limitations :

- ☑ 20 % au plus des actifs totaux pour les immeubles situés dans l'espace économique européen et les parts de SCPI,
 - ☑ 5 % au plus de l'actif de l'organisme pour le même immeuble.
- En 2009, il a été procédé à l'achat de trois immeubles de bureaux parisiens de 5 400m² (8^e, 16^e et 17^e arrondissements).
Le taux d'occupation des immeu-

bles au 31 décembre 2009 était de 99,28% pour les immeubles à usage de bureaux et de 94,12% pour les immeubles à usage d'habitation. La valeur vénale estimée des immobilisations s'élève à 715 millions d'euros, pour une valeur nette comptable qui s'établit à 451 millions d'euros.

Sur les cinq dernières années, la performance globale du patrimoine immobilier, intégrant les revenus et plus-values latentes, s'établit à 7,84 % par an (6,19 % de rendement réel hors inflation). ☑

Répartition du patrimoine immobilier par rapport à sa valeur vénale estimée

au 31 décembre 2009

Bureaux	78 %
Habitations	11 %
Parts de Fonds	11 %

Rendements des régimes

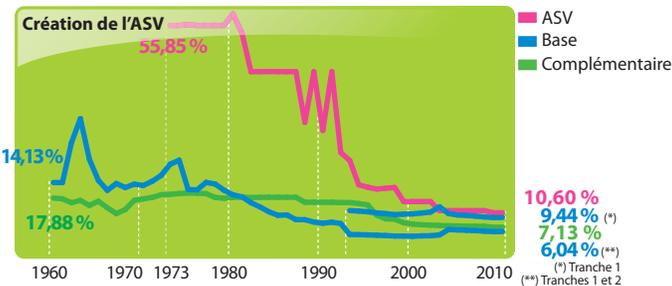
Le rendement d'un régime est l'élément annuel de retraite obtenu pour 100 euros de cotisation.

Dans un régime par points, comme la CARMF, le rendement

correspond au rapport entre la valeur du point de retraite et le coût d'acquisition du point pour une année. Les résultats de la gestion financière permettent d'obtenir ces rendements. ☑

Évolution des rendements instantanés

par régime de retraite

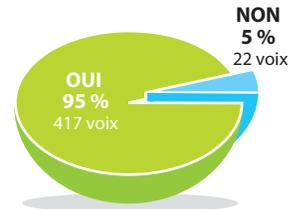


Assemblée générale des délégués 2010

L'Assemblée générale de la CARMF s'est tenue le samedi 18 septembre 2010 au Palais des congrès de Paris, au cours de laquelle ont été exposés : le bilan et compte de résultat de l'année 2009, par l'agent comptable de la CARMF, le rapport de la Commission de contrôle, par le Docteur Jean-Yves Boutin, Administrateur et les placements mobiliers et immobiliers par le Directeur et les gestionnaires de portefeuille de la CARMF.

Approbation des comptes de gestion et du bilan 2009

Résultats des votes



À l'issue de cette Assemblée générale, le Docteur Gérard Maudru, Président de la CARMF, a demandé aux délégués de se prononcer sur l'approbation des comptes de gestion et du bilan pour l'année 2009 (voir le bilan page 25).

Retrouvez l'intégralité des diapositives projetées au cours de l'Assemblée générale 2010 sur notre site internet www.carmf.fr. ☑



Gestion

Votre caisse

Les événements 2010

Les 3 journées portes ouvertes



Parallèlement au Salon du MEDEC qui s'est tenu du 17 au 19 mars 2010, la CARMF a organisé trois journées « portes ouvertes » dédiées à l'information des médecins au sein de ses propres locaux, 44 bis, rue Saint-Ferdinand, 75017 Paris.

Pendant toute la durée de cet événement, des études de droits personnalisées et des informations d'ordre général ont été effectuées par nos conseillers, avec ou sans rendez-vous.

La fréquentation de ces premières journées « portes ouvertes » à la CARMF a été de 127 médecins.

Les médecins souhaitent très majoritairement une estimation de leur retraite et des informations sur les nouvelles conditions du cumul retraite / activité libérale pour l'année 2010.

D'autres sujets furent néanmoins abordés : notamment la réforme de l'ASV, les cotisations des conjoints collaborateurs et le mode de calcul des pensions...

Agenda 2011

Colloque annuel de la CARMF

La CARMF organisera son prochain colloque le vendredi 16 septembre 2011 au Palais des congrès de Paris.

Retrouvez les principaux temps forts du sujet politico-social de la rentrée 2010 dans la partie "Colloque" en page 18.

Assemblée générale 2011

L'Assemblée générale des délégués aura lieu le samedi 17 septembre 2011, au Palais des congrès de Paris.

À l'issue des présentations des comptes de gestion et des placements mobiliers et immobiliers, les délégués devront se prononcer sur l'approbation des comptes de la CARMF pour l'exercice 2010.

Le rôle des délégués

Les délégués ont pour mission d'informer les affiliés et d'attirer l'attention de la CARMF sur des situations délicates (médecins ayant des difficultés financières, des problèmes de santé...).

Les services de la CARMF peuvent leur demander de donner leur avis motivé sur les diverses demandes des médecins (en particulier auprès du fonds d'action sociale).

Les délégués sont appelés à élire les administrateurs qui composent le Conseil d'administration. Ils peuvent faire acte de candidature aux postes d'administrateurs, sous réserve de certaines conditions.

Lors de l'Assemblée générale, les délégués examinent les comptes et présentent les vœux de chaque région. Ils seront ensuite examinés en commission.

Les activités des délégués et des administrateurs sont bénévoles.



Important

Inscrivez-vous, dès maintenant à notre newsletter pour être informé de tous les événements CARMF à ne pas manquer ! www.carmf.fr





Votre web CARMF

Revisité l'an passé, le nouveau site internet de la CARMF est alimenté quotidiennement en actualités pour que vous soyez informés en temps réel de toutes les évolutions qui peuvent intervenir dans vos régimes de retraite.

Le site internet est composé d'un menu interactif qui facilite immédiatement l'accès à l'intégralité des documentations, publications et formulaires.

Trois caulettes de cotisations permettent aux médecins cotisants, conjoints collaborateurs et médecins cumulant retraite et activité libérale, d'estimer leurs cotisations.

Également disponibles les actus CAPIMED : découvrez les performances de notre régime de retraite complémentaire par capitalisation - loi Madelin - se situant parmi les produits financiers les plus attractifs du marché !

Une caulette de simulation de rentes CAPIMED est également disponible afin d'estimer une économie d'impôt réalisée, ainsi que le rendement de la retraite avant et après déduction fiscale des cotisations.

Important

Besoin d'être rapidement mis en contact avec un confrère près de chez vous : le site internet donne accès aux coordonnées de vos administrateurs CARMF par région.

iCARMF : votre nouvel extranet

Le site internet de la CARMF accueillera, dès le premier semestre 2011, une nouvelle fonctionnalité, le premier extranet personnalisé et entièrement interactif dédié aux médecins libéraux cotisants et retraités : l'iCARMF.



Ergonomique, simple, et interactif : en créant votre compte iCARMF, vous accéderez directement - depuis la page d'accueil du site internet de la CARMF - à l'ensemble de vos données personnelles.

Cet extranet vous permettra d'accéder immédiatement à "Votre compte" de cotisations avec entre autres : vos derniers versements, vos coordonnées bancaires pour le prélèvement de vos cotisations, vos derniers appels de cotisations, votre attestation de mise à jour de compte "loi Madelin"...

Également dans la rubrique "Votre retraite", vous pourrez estimer votre retraite et consulter, parmi d'autres documents, votre relevé de situation (*trimestres et points*), votre déclaration fiscale des allocations et vos allocations versées.

Soucieux de répondre à vos attentes, une rubrique simplifiée vous permettra de télécharger l'ensemble des formulaires ainsi que toutes vos attestations, immédiatement en ligne, et ce, dès que vous en avez besoin :

- Déclaration de cessation d'activité / adhésion volontaire.
- Déclaration de revenus professionnels.
- Demande de réductions pour insuffisance de revenus.
- Demande d'aide sociale.
- Attestation de règlement...

Que vous soyez cotisant, retraité, ou prestataire, votre espace iCARMF personnalisé et interactif vous facilitera le quotidien.

Inscrivez-vous à notre newsletter pour être informé de l'ouverture de ce service.





Statistiques

Cotisants

La démographie sous surveillance

Pour que les régimes de retraite soient en équilibre, la démographie de ses affiliés doit être surveillée.

Le vieillissement de la population médicale

Le vieillissement de la population médicale s'accroît inexorablement depuis ces vingt dernières années, tout comme l'âge moyen d'affiliation des médecins libéraux qui ne cesse d'augmenter.

Pyramide des âges des cotisants

La pyramide des âges des médecins libéraux cotisants vient corroborer le vieillissement global de la population médicale. En effet, on constate que sur un effectif de 86 487 médecins hommes, l'âge moyen est de 53,97 ans et que

parmi ceux-ci, 29 % ont 60 ans et plus.

Les 39 827 femmes sont également touchées par le vieillissement de leur effectif avec un âge moyen de 49,74 ans. Plus de 34 % d'entre elles ont plus de 55 ans.

Quelle évolution des effectifs ?

Le nombre de médecins cotisants reste stable. Cependant, il faut

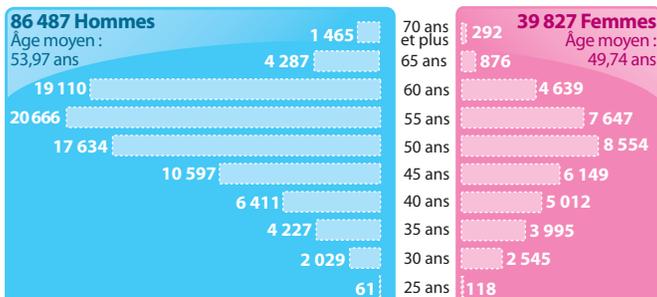
relativiser ce phénomène car il est dû à l'apparition, depuis quelques années, des médecins en cumul retraite / activité libérale (voir statistiques page 39).

Sans ces derniers, le nombre de médecins cotisants serait en régression de 3 % depuis 2005.

1

Pyramide des âges des cotisants

126 314 médecins au 1^{er} juillet 2010



Quelles sont les principales spécialités ?

La médecine générale est de loin la première spécialité d'installation en libéral, avec un effectif de 68 201 médecins dont 69 % des affiliés sont des hommes.

L'âge moyen des médecins généralistes est nettement inférieur à celui des autres spécialités.

Il varie fortement de 51,80 ans pour les généralistes, à 55,51 ans pour les psychiatres et à 54,57 ans pour les gynécologues obstétriciens.

2

Répartition des affiliés par sexe et par spécialité

au 1^{er} juillet 2010

Spécialités	Hommes	Femmes	Âge moyen
Médecine générale	46 964	21 237	51,80 ans
Chirurgie	6 211	364	51,76 ans
Radiodiagnostic Imagerie médicale	4 420	1 439	52,37 ans
Pathologie cardio-vasculaire	3 841	693	52,91 ans
Psychiatrie générale	3 767	2 396	55,51 ans
Ophthalmologie	2 913	2 056	53,85 ans
Gynécologie obstétrique	2 419	1 335	54,57 ans



Médecins généralistes ③

Proportion des plus de 55 ans

38,4 % des généralistes libéraux non retraités ont plus de 55 ans. La moyenne d'âge nationale est de 51,44 ans.

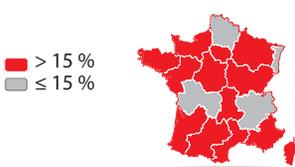
Médecins généralistes par région

au 1^{er} juillet 2010

Proportion des plus de 55 ans



Proportion des plus de 60 ans



La proportion de médecins généralistes âgés de plus de 55 ans est globalement très importante sur tout le territoire et notamment, dans les régions de Paris et d'Orléans où plus de deux médecins généralistes sur cinq sont âgés de plus de 55 ans.

Proportion des plus de 60 ans

En 2010, 16,1 % des généralistes ont plus de 60 ans soit 10 765 médecins.

En 2015, ils auront plus de 65 ans et seront en âge de prendre leur retraite. 38 % des médecins actuels dépasseront cet âge dès 2020 représentant un effectif de plus de 25 000 médecins.

La carte ③ met en évidence le vieillissement global de la population médicale des généralistes sur la France entière.

Toutes les régions françaises accusent une proportion de médecins généralistes de plus de 60 ans supérieure à 15 %, à l'exception des régions de Lille, de Lyon, de Limoges et de Strasbourg.

Les régions de Bordeaux, de Toulouse et de Paris subissent, quant à elles, un vieillissement plus marqué avec plus de 18 % de médecins généralistes de plus de 60 ans.

Médecins spécialistes ④

Proportion des plus de 55 ans

42,8 % des spécialistes libéraux non retraités ont plus de 55 ans. La moyenne d'âge nationale est de 52,96 ans.

La région de Paris accuse une proportion de 47,9 % de spécialistes : pratiquement un médecin spécialiste sur deux est âgé de plus de 55 ans. La région d'Orléans est presque dans le même cas avec 44,29 %.

Proportion des plus de 60 ans

18,9 % des spécialistes ont plus de 60 ans. Ce vieillissement, supérieur à celui des généralistes, est amplifié avec une proportion de

médecins spécialistes de plus de 60 ans supérieure à 15 % dans toutes les régions françaises. Les régions de Paris, de Nancy, de Dijon et d'Orléans subissent un vieillissement encore plus net : deux médecins spécialistes sur cinq ont plus de 60 ans !

Au niveau national, un médecin spécialiste sur cinq pourra partir en retraite dans cinq ans. Ce chiffre monte à un sur deux en 2020 représentant près de 24 000 médecins.

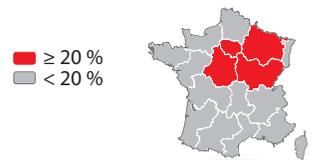
Médecins spécialistes par région

au 1^{er} juillet 2010

Proportion des plus de 55 ans



Proportion des plus de 60 ans





Statistiques Cotisants

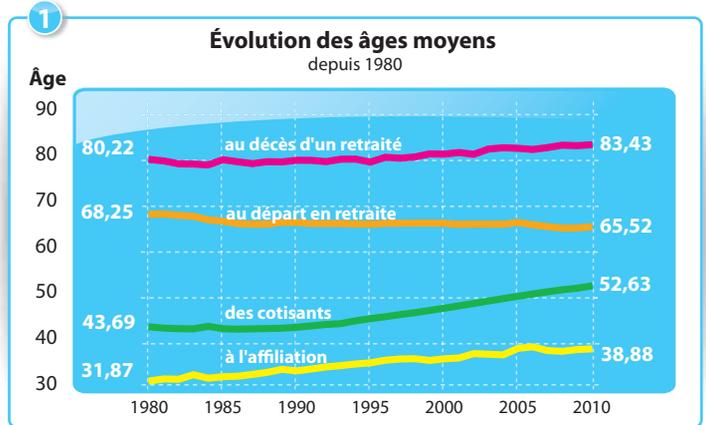
Évolution des âges moyens ①

L'âge moyen des cotisants est passé de 43,60 ans en 1990 à 52,63 en 2010. L'âge moyen des nouveaux affiliés est dorénavant de 38,88 ans en 2010 alors qu'il était de 34,09 ans en 1990.

L'âge moyen de départ en retraite subit une légère baisse depuis les années 2000 et passe de 66,29 ans à 65,26 ans en 2010.

Numerus clausus ②

Pour pallier la baisse d'effectifs, il est possible d'agir sur un des seuls leviers permettant d'augmenter le nombre de médecins : le numerus clausus. Celui-ci est maintenu, depuis 2009, à 7 400 étudiants admis en deuxième année d'études médicales. Il était prévu de le porter à 8 000 dès 2010, seuil préconisé de longue date par l'Ordre des médecins et l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS). Sachant que le numerus clausus produit ses effets entre dix et quinze ans après, le remplacement des départs en retraite des quinze prochaines années n'est absolument pas assuré.



En effet, en additionnant généralistes et spécialistes, ce sont près de 50 000 médecins qui pourraient partir en retraite d'ici dix ans.

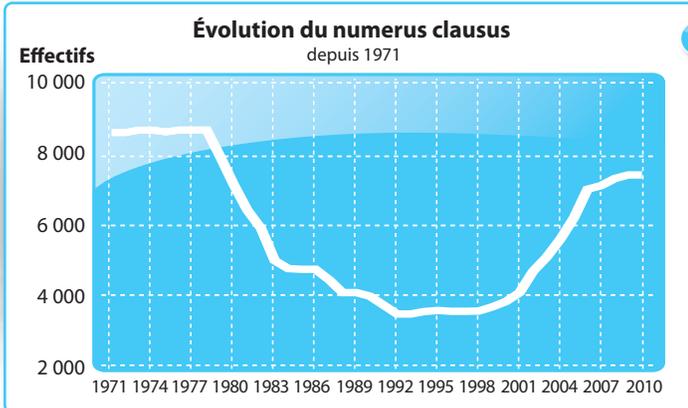
Avec le numerus clausus actuel, si seulement un tiers des étudiants en médecine choisissait l'exercice libéral, la France produirait seulement environ 2 500 nouveaux médecins libéraux par an. Il en manquerait donc 25 000 dans une dizaine d'années, ramenant l'effectif médical libéral à celui du milieu des années 80 où la population française était 15 à 20 % inférieure à celle d'au-

jourd'hui. C'est donc bien vers une pénurie médicale que l'on tend avec les risques sanitaires que l'on imagine.

Nouveaux affiliés ③

Suite à la publication par le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) de l'atlas de la démographie 2010 et de chiffres concernant, en particulier, les installations en libéral, la CARMF a souhaité compléter ces études d'éléments issus de ses propres données relatives aux affiliations.

Les chiffres diffusés par le CNOM révèlent que, pour l'année 2009, 32,5 % des nouveaux inscrits au tableau de l'Ordre exercent une activité libérale de nature à entraîner une affiliation à la CARMF (8,6 % des intéressés s'installent en libéral et 23,9 % effectuent des remplacements). Les éléments relevés par la CARMF dans ses fichiers paraissent corroborer ces chiffres. En effet, parmi les nouveaux affiliés entre le 1^{er} juillet 2009 et le 30 juin 2010, 33 % ont obtenu leur thèse en 2009 ou 2010. Si les nouveaux affiliés semblent





privilégier une première expérience post-doctorat de nature salariée, il faut néanmoins ajouter qu'ils sont nombreux à s'installer en libéral dans les quelques années qui suivent.

Ainsi, 61 % des médecins nouvellement affiliés à la CARMF, se sont installés dans les cinq années qui ont suivi l'obtention de leur thèse.

Une étude réalisée sur les affiliations des cotisants actuels de

1989 à 2009 montre, à ce sujet, que l'écart moyen entre la date de thèse et l'affiliation à la CARMF est passé de 2,77 ans en 1989 à 6,62 ans en 2009.

Cet allongement entre la thèse et l'installation libérale est plus flagrant chez les spécialistes : 3,83 ans en 1989 et 9,72 ans en 2009 contre 1,62 an en 1989 et 3,51 ans en 2009 pour les généralistes.

Il est aussi plus important pour les médecins hommes, puisqu'il

passé de 2,68 ans en 1989 à 7,81 ans en 2009. Pour les médecins femmes, il est de 2,94 ans en 1989 et 5,33 ans en 2009.

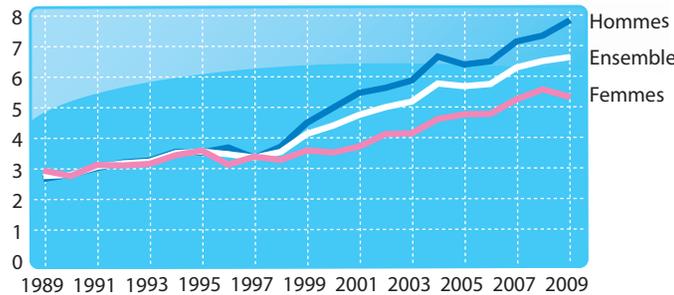
La proportion de femmes, lors de la 1^{re} affiliation, progresse d'année en année. De 34,3 % en 1989, elle atteint 48,0 % en 2009.

Il faut préciser pour conclure, que le nombre des affiliations prononcées actuellement par la CARMF est conforme à celui des années précédentes et en accord avec l'ensemble des projections réalisées par la caisse.

Intervalle moyen thèse/affiliation

par année d'affiliation et par sexe

Nombre d'années



3

Important

L'absence de déclaration d'affiliation prive le médecin de sa couverture du risque de l'invalidité-décès et l'expose à des majorations de retard en cas d'affiliation rétroactive.

Âge moyen à l'affiliation

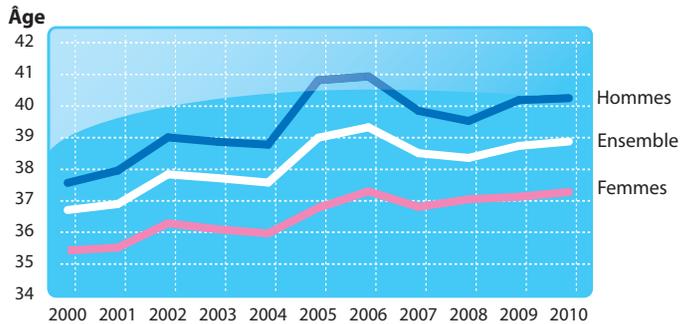
En dix ans, l'âge moyen à l'affiliation a augmenté de près de deux ans pour les femmes tandis que celui des hommes augmentait de plus de deux ans pour dépasser 40 ans.

Ceci démontre une volonté tardive d'installation : les médecins cotisent donc moins longtemps et ceci change les paramètres de gestion des régimes de retraite, notamment ceux qui fonctionnent par répartition.

4

Évolution de l'âge moyen à l'affiliation

depuis 2000





Statistiques

Cotisants

Dans quelles spécialités s'installent les jeunes médecins ①

Comme pour leurs aînés, la médecine générale est la première spécialité d'installation des jeunes médecins affiliés. Avec 58 % de femmes médecins nouvellement affiliés,

on constate que cette spécialité se féminise. Ce phénomène est également constaté en psychiatrie avec plus de 52 % de femmes médecins.

Cependant, sur les trois dernières années, 52 % des nouveaux affiliés sont des hommes, toutes spécia-

lités confondues. La chirurgie a attiré plus particulièrement les hommes alors que les femmes n'ont été que 83 à s'installer dans cette spécialité. Inversement, 200 femmes ouvrent un cabinet libéral de pédiatrie alors qu'ils ne sont que 68 hommes à le faire.

1

Installation des jeunes médecins par spécialité

entre le 1^{er} juillet 2007 et le 30 juin 2010

Spécialités	Hommes	Spécialités	Femmes
Médecine générale	2 128	Médecine générale	2 688
Chirurgie	707	Psychiatrie	237
Anesthésie réanimation	359	Radiologie imagerie médicale	223
Radiologie imagerie médicale	311	Pédiatrie	200
Pathologie cardio-vasculaire	308	Gynécologie obstétrique	171
Psychiatrie	217	Dermatologie vénéréologie	151
Gynécologie obstétrique	193	Ophthalmologie	148
Autres spécialités	872	Autres spécialités	797
Total	5 095	Total	4 615

Installation des nouveaux affiliés ②

Les nouveaux affiliés en libéral s'installent essentiellement dans les grands pôles urbains, tels que la région de Paris, de Bordeaux et de Marseille.

Cependant, même si l'on constate une raréfaction de l'installation en libéral dans les milieux ruraux, la proportion des nouveaux installés par rapport au nombre de médecins cotisants non retraités en activité, est quasiment identique pour l'ensemble des régions du territoire Français. Si l'on compare la région parisienne où se concentre le plus grand nombre de nouvelles installations à la région de Clermont-Ferrand où

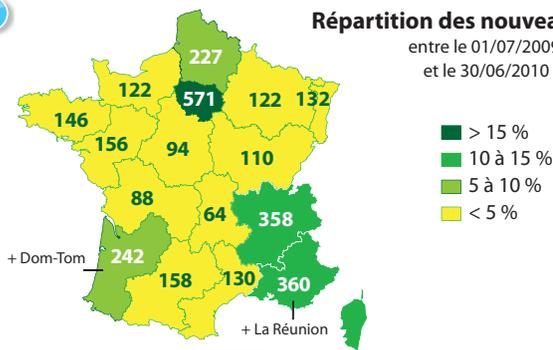
elles sont les moins nombreuses, la proportion de nouveaux installés en libéral est même supérieure

dans la région de Clermont-Ferrand avec un taux de 2,7 % par rapport à une proportion de 2,3 % pour Paris.

2

Répartition des nouveaux affiliés

entre le 01/07/2009 et le 30/06/2010



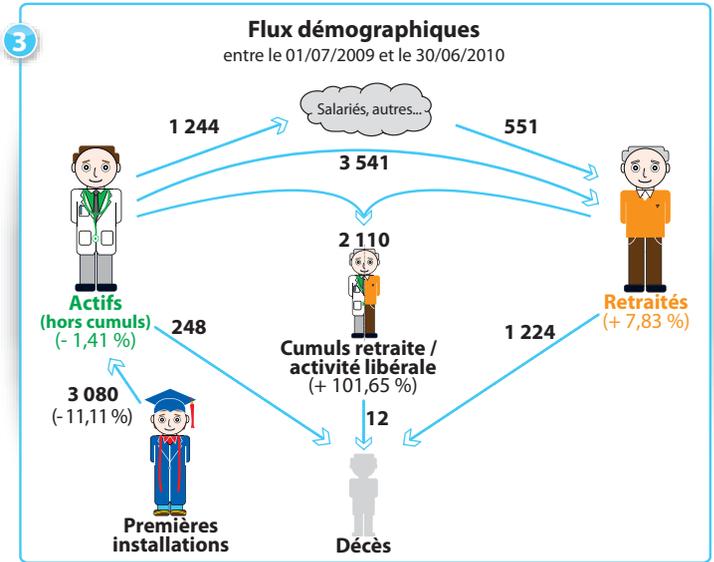


Flux démographiques ③

Entre le 1^{er} juillet 2009 et le 30 juin 2010, la CARMF a affilié 3 080 médecins. Pendant cette même période, 4 092 médecins notamment issus du « baby boom » ont pris leur retraite. Ce phénomène aura des conséquences sur le rapport démographique et engendrera des déséquilibres sur les régimes de retraite.

L'augmentation du flux de nouveaux médecins retraités est en partie liée à la possibilité d'exercer dorénavant en cumul retraite / activité libérale, ce qui engendre un abaissement significatif de l'âge de départ à la retraite.

(voir le graphique « Évolution des âges moyens » page 32)



BNC

Les bénéficiaires non commerciaux (BNC) 2008 (voir tableau page 36) des médecins libéraux sont en légère augmentation (+0,46 %) par rapport à l'année 2007. Ils atteignent 82 052 € en 2008.

Cependant, cette faible augmentation est très largement absorbée par l'inflation (+ 1,00 % pour l'année 2008).

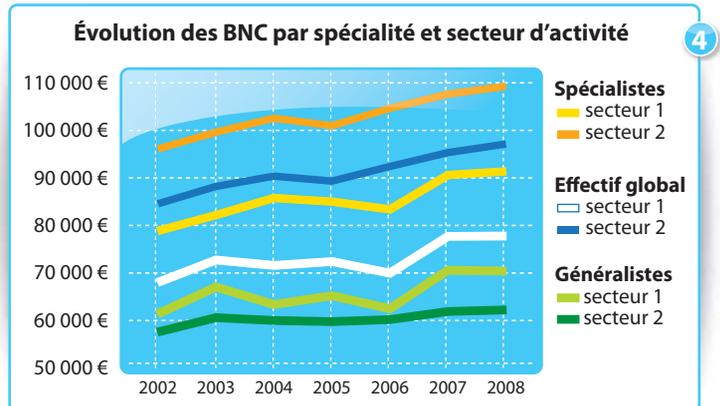
Les généralistes voient leurs revenus diminuer légèrement passant à 69 578 € (- 0,22 %), alors que ceux des spécialistes progressent (+0,71 %) pour atteindre 91 380 € pour le secteur 1, et 109 297 € pour le secteur 2 (+ 1,37 %).

La stagnation de ces revenus, en pleine crise financière, intervient après une année 2007 exceptionnelle (+ 8,97 % en moyenne, + 12,06 % pour les généralistes, + 6,45 % pour les spécialistes)

dont l'évolution était imputable en grande partie à la hausse de 4,76 % du « C » au 1^{er} juillet 2007.

④ En comparant l'évolution de ces revenus sur la période 2002-2008, on constate que tous les secteurs et toutes les spécialités progressent globalement de la

même façon. Ceux des spécialistes du secteur 2 ont une progression légèrement supérieure aux autres, alors que les revenus des généralistes de ce même secteur conventionnel évoluent nettement plus lentement.





Statistiques Cotisants

Bénéfice non commercial (BNC) moyen 2008	Secteur 1			Secteur 2			Total secteurs 1 et 2		
	effectifs	BNC moyen	évolution 2008/2007	effectifs	BNC moyen	évolution 2008/2007	effectifs	BNC moyen	évolution 2008/2007
Effectif global	85 163	77 775 €	0,06%	24 143	97 140 €	1,61%	109 306	82 052 €	0,46%
Médecine générale	55 249	70 408 €	-0,30%	6 235	62 224 €	0,01%	61 484	69 578 €	-0,22%
Moyenne des spécialistes	29 914	91 380 €	0,71%	17 908	109 297 €	1,37%	47 822	98 089 €	1,07%
Anatomie cytologie pathologiques	414	108 325 €	0,15%	65	145 988 €	-3,86%	479	113 436 €	-0,24%
Anesthésie réanimation	1 832	145 434 €	3,14%	786	186 114 €	0,39%	2 618	157 647 €	2,57%
Chirurgie	1 283	91 296 €	1,79%	3 639	142 760 €	0,55%	4 922	129 345 €	0,94%
Dermatologie vénérologie	1 982	67 478 €	3,04%	1 251	74 614 €	1,45%	3 233	70 239 €	2,40%
Endocrinologie et métabolisme	274	44 487 €	2,01%	448	48 885 €	1,95%	722	47 216 €	1,96%
Gastro entérologie hépatologie	1 179	91 656 €	3,37%	660	104 469 €	3,48%	1 839	96 254 €	3,52%
Génétique médicale	- (*)			- (*)					
Gériatrie	- (*)			- (*)					
Gynécologie médicale	1 029	51 746 €	0,27%	661	62 031 €	0,85%	1 690	55 768 €	0,55%
Gynécologie médicale et obstétrique	69	62 677 €		60	91 277 €		129	75 979 €	
Gynécologie obstétrique	1 356	74 518 €	2,49%	1 735	105 410 €	1,91%	3 091	91 858 €	2,45%
Hématologie	12	51 900 €	-4,30%	- (*)				55 683 €	-7,68%
Médecin biologiste	191	152 771 €	-5,40%				191	152 771 €	-4,95%
Médecine interne	140	60 054 €	2,44%	180	62 300 €	3,85%	320	61 318 €	3,21%
Médecine nucléaire	165	118 755 €	-14,81%	- (*)				119 890 €	-14,66%
Médecine physique et de réadaptation	294	60 622 €	1,69%	162	85 796 €	2,04%	456	69 566 €	1,87%
Néphrologie	307	122 259 €	9,65%	11	57 948 €	3,61%	318	120 035 €	9,44%
Neurologie	527	71 371 €	4,23%	234	82 119 €	2,94%	761	74 676 €	4,06%
Cancérologie	344	163 952 €	5,87%	58	119 417 €	-6,13%	402	157 527 €	4,47%
Ophthalmologie	2 176	105 366 €	4,50%	2 073	146 776 €	3,93%	4 249	125 569 €	4,16%
Oto-rhino laryngologie	944	79 493 €	2,33%	1 113	90 446 €	0,57%	2 057	85 419 €	1,37%
Pathologie cardio-vasculaire	3 151	104 744 €	0,57%	706	103 157 €	1,11%	3 857	104 453 €	0,66%
Pédiatrie	1 841	62 369 €	-1,92%	799	74 687 €	-0,92%	2 640	66 097 €	-1,50%
Pneumologie	852	80 336 €	0,64%	171	71 152 €	-1,07%	1 023	78 801 €	0,32%
Psychiatrie	4 242	62 692 €	0,52%	1 634	64 833 €	0,46%	5 876	63 287 €	0,53%
Radiologie imagerie médicale	3 792	124 339 €	-4,17%	454	152 525 €	-0,02%	4 246	127 352 €	-3,55%
Rhumatologie	980	76 702 €	-2,16%	744	76 230 €	-0,36%	1 724	76 498 €	-1,41%
Stomatologie	496	107 965 €	4,15%	247	136 867 €	2,05%	743	117 573 €	3,46%
Spécialité non précisée	31	35 092 €	-3,78%	- (*)				34 772 €	-6,01%

(*) effectif non significatif
Statistique arrêtée au 01/07/2010



Conjoints collaborateurs

Pyramides des âges ①

La population des conjoints collaborateurs, féminine à 96 %, est un peu plus âgée (53,97 ans) que la population des médecins cotisants (52,63 ans).

L'écart d'âge entre le médecin et le conjoint collaborateur est de près de deux ans.

Si le conjoint collaborateur est un homme, il est plus âgé que le médecin de 1,4 an en moyenne, et si c'est une femme, elle est plus jeune de 2,1 ans.

Les médecins ayant un conjoint collaborateur sont principalement des généralistes : 70,83 %.

Les médecins ayant un conjoint collaborateur ont un revenu non salarié moyen de 109 201 euros. Ce revenu sert à déterminer le montant de la cotisation.

Choix d'assiette ② ③

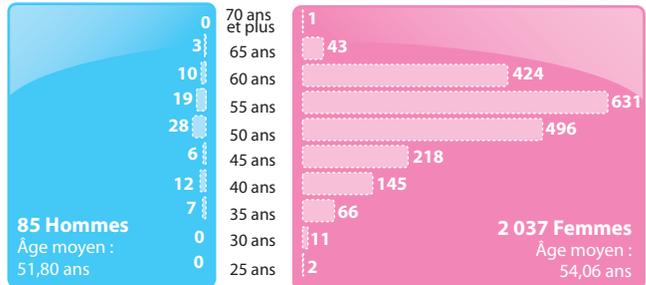
Les conjoints collaborateurs peuvent choisir le niveau de leurs cotisations dans les régimes de base et complémentaire.

Dans le régime complémentaire ils sont près de 20 % à choisir une surcotisation qui permettra d'acquiescer le maximum de points pour leur conjoint.

Les décrets d'application n'étant pas parus, aucune cotisation au régime invalidité-décès n'est appelée.

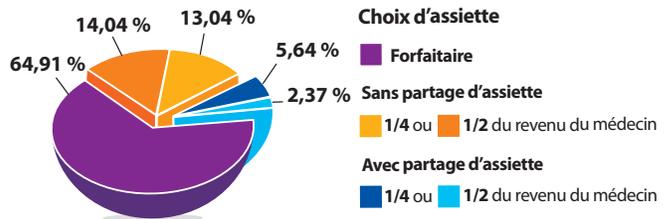
1 Pyramide des âges des conjoints collaborateurs

au 1^{er} juillet 2010



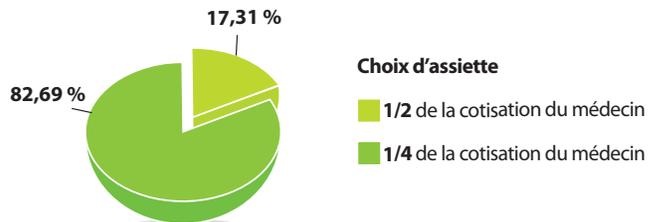
2 Régime de base

Répartition des conjoints collaborateurs selon le choix d'assiette de cotisation



3 Régime complémentaire

Répartition des conjoints collaborateurs selon le choix d'assiette de cotisation





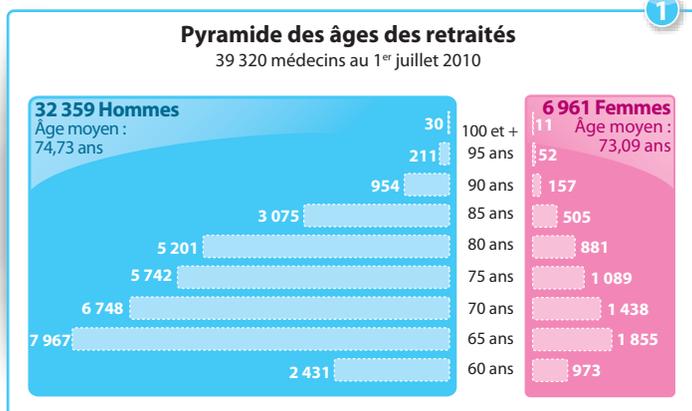
Statistiques

Retraités

Retraités

Pyramide des âges 1

Le graphique "Évolution des âges moyens" (voir page 32), nous permet de constater que l'âge moyen de départ à la retraite ne cesse de diminuer. Ceci est en partie provoqué par l'augmentation du nombre de médecins en cumul retraite / activité libérale (voir page 39). Sur un effectif total de 39 320 médecins retraités au 1^{er} juillet 2010, 25 % d'entre eux ont entre 65 et 69 ans. Sur l'effectif global, l'âge moyen des 32 359 hommes médecins est de 74,73 ans et de 73,09 ans pour les 6 961 femmes médecins.



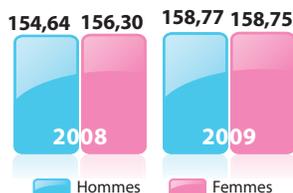
Trimestres d'assurance 2 3

Le nombre de trimestres d'assurance validés lors du départ à la retraite pour l'exercice 2009 est en augmentation par rapport à 2008 avec quatre trimestres d'assurance validés pour les hommes et deux trimestres supplémentaires pour les femmes médecins.

L'exercice 2009 affiche un équilibre hommes / femmes avec plus de 158 trimestres d'assurance validés lors de la liquidation.

Ceci met en évidence qu'en moyenne, les médecins ne réuniraient pas le nombre nécessaire de trimestres pour obtenir le taux plein et que la limite de 65 ans leur est plus favorable que le décompte des trimestres cotisés.

2 Nombre de trimestres d'assurance validés à la liquidation de la retraite dans le régime de base



3 Retraite moyenne versée en 2010 par spécialité suivant l'année de liquidation de la retraite

base 2^e trimestre

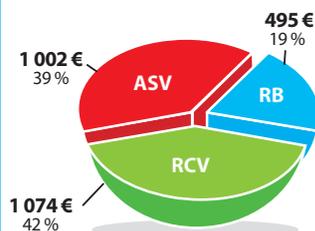


Retraite moyenne 4

Les médecins retraités ont perçu une retraite moyenne, pour le troisième trimestre 2010, de 7 714,03 € correspondant à 2 571,34 € par mois. Avec 1 074 €, la retraite moyenne du régime complémentaire représente la plus grosse part (42 %) de la retraite CARMF versée au médecin. Le régime ASV s'élève en moyenne à 1 002 € mensuels (39 %) suivi du régime de base qui représente 495 €, soit 19 % de la retraite moyenne versée.

4 Retraite moyenne versée : 2 571 € par mois

base 3^e trimestre 2010





Médecins en cumul

Évolution du nombre de médecins en cumul 5

Entre 2009 et 2010, le déplaçonnement du cumul retraite / activité libérale a fait doubler le nombre de médecins utilisant ce dispositif, passant de 1 884 à 3 799.

Répartition géographique 6

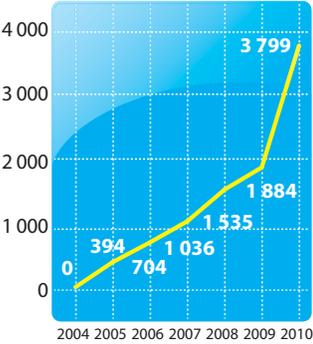
Cette cartographie des médecins exerçant en cumul retraite / activité libérale montre très clairement que leurs exercices se situent essentiellement dans la région parisienne et la région de Provence-Alpes-Côte-d'Azur avec respectivement 1 389 et 480 médecins en cumul.

Répartition par sexe 7

Les médecins en cumul sont très majoritairement âgés de 65 ans et plus. Ils ne sont que 8,7% à exercer ce cumul avant 65 ans. Leur répartition par sexe est la même que la population retraitée : ce mode d'exercice n'attire donc pas plus les médecins hommes que les médecins femmes. 75% des médecins qui cumulent retraite et activité libérale le font sans limitation de revenus.

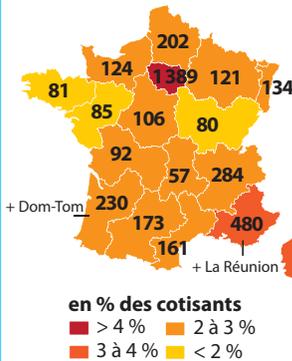
5 Évolution des effectifs

Effectifs



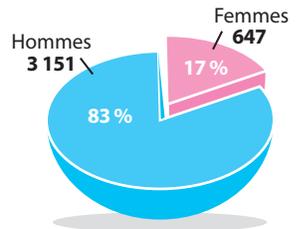
6 Répartition géographique

au 1^{er} juillet 2010



7 Répartition par sexe

au 1^{er} juillet 2010



8 Spécialités et cumul

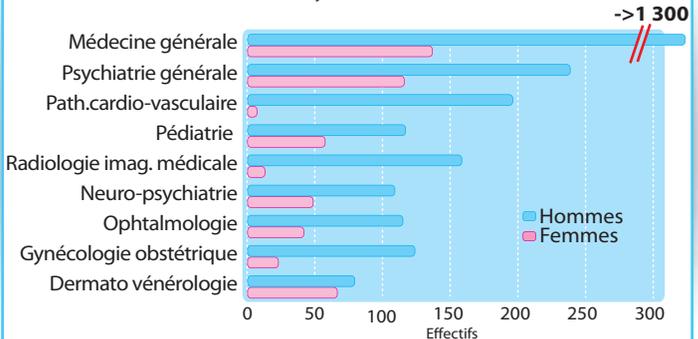
La spécialité de médecine générale demeure la plus exercée par les médecins en cumul retraite / activité libérale avec un effectif de 1 445 médecins en cumul retraite / activité libérale.

La psychiatrie générale exercée en cumul se retrouve, comparativement, être la deuxième spécialité la plus exercée avec un effectif de 358 médecins en cumul retraite / activité libérale.

8

Répartition par spécialité

au 1^{er} juillet 2010





Statistiques

Invalidité-décès

Conjoints survivants retraités

Pension moyenne versée ①

17 483 conjoints survivants retraités ont perçu, pour le troisième trimestre 2010, une pension de réversion moyenne de 3 441,14 € correspondant à 1 147,05 € par mois. Comme pour les médecins, c'est le régime complémentaire qui en compose la plus grosse partie avec 54 % pour une allocation mensuelle moyenne de 619 €.

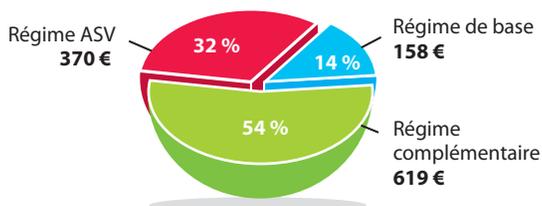
Le régime ASV avec en moyenne 370 € mensuels, représente 32 % de la pension versée et le régime de base seulement 14 % avec en moyenne 158 €.

Conditions de ressources 2009 ②

Un questionnaire de ressources est adressé à chaque veuve. Cependant, 13 % d'entre elles ne le retournent pas. Dans ce cas, le versement de la retraite peut être suspendu.

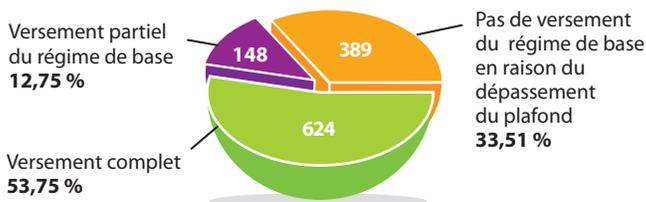
Pension moyenne versée : 1 147 € par mois

base 3^e trimestre 2010



Contrôle des conditions de ressources 2009

conséquences sur le versement des retraites de réversion



Important

Vous devez impérativement retourner le questionnaire de ressources à la CARMF pour percevoir le versement de votre retraite! 📧

Tranches d'allocation ③

Au cours de l'année 2009, 1 158 conjoints se situant en deçà du plafond de ressources imposables, ont bénéficié de l'exonération de la CSG et de la CRDS.

Environ 4 304 veuves ont perçu une pension de réversion com-

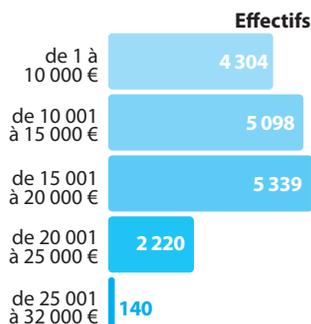
prise entre 400 € et 900 € mensuels.

5 098 veuves, pratiquement 1/3 de l'ensemble des conjoints survivants retraités, ont perçu une pension de réversion s'élevant entre 900 et 1 250 € par mois, 5 339 veuves entre 1 250 € et 1 650 € par mois et seulement 2 220 ont touché une pension de 1 650 € à 2 000 €.

140 conjoints survivants retraités bénéficient d'une pension de réversion au-delà de 2 000 € par mois.

Tranches d'allocations des conjoints survivants de plus de 60 ans

en 2009





Médecins bénéficiaires du régime invalidité-décès

Aussi bien pour des arrêts de travail de courte durée que pour des mises en invalidité, on note une prévalence des affections psychiatriques chez les médecins.

4 Les affections cancéreuses demeurent la principale cause d'arrêt de travail des médecins et sont en forte augmentation entre de 2007 et 2009.

5 Même si les troubles psychiatriques régressent entre 2007 et 2009, ils demeurent toutefois la principale affection des médecins en invalidité définitive.

Comparativement, les nombres d'affections cancéreuses et d'affections du système nerveux sont en nette augmentation sur la même période.

Il faut noter que 248 médecins cotisants non retraités sont décédés entre le 1^{er} juillet 2009 et le 30 juin 2010.

4

Nature des affections des médecins en indemnités journalières



	2007	2008	2009
Cancéreuses	31,40 %	34,09 %	34,44 %
Psychiatriques	18,26 %	18,32 %	17,14 %
Traumatologiques	12,09 %	10,84 %	10,42 %
Cardio-vasculaires	9,48 %	10,03 %	8,92 %
Autres	28,77 %	26,72 %	29,08 %
1 861 médecins en 2009			

5

Nature des affections des médecins en invalidité définitive



	2007	2008	2009
Cancéreuses	10,06 %	9,56 %	11,49 %
Psychiatriques	41,05 %	41,67 %	39,76 %
Système nerveux	12,75 %	12,87 %	13,74 %
Cardio-vasculaires	11,35 %	10,91 %	10,57 %
Autres	24,79 %	26,99 %	24,44 %
757 médecins en 2009			



www.apss-sante.fr



La qualité des soins dépend de la santé du soignant

L'APSS prend en charge les soignants malades, dans des structures qui leur sont dédiées et dans le respect total de l'anonymat.





En bref

Taux 2010

Cotisations 2010

Calcul des cotisations 2010 (sous réserve des décrets)

Régimes	Assiette	Taux et montants	Cotisation maximum
Base			
Tranche 1	➤ jusqu'à 29 427 € (0,85 PSS)	8,6 %	2 531 €
Tranche 2	➤ de 29 427 € à 173 100 € (de 0,85 PSS à 5 PSS)	1,6 %	2 299 €
			4 830 €
Complémentaire	Dans la limite de 113 000 €	9,2 %	10 396 €
Invalidité-décès			
	Cotisation forfaitaire	696 €	
	└ Invalidité	└ 152 €	
	└ Décès	└ 354 €	
	└ Incapacité temporaire	└ 190 €	

Exemples de cotisations 2010 (en fonction des revenus 2008)

Revenus	20 000 €	60 000 €	80 000 €	173 100 €
Total secteur 1	5 583 €	10 577 €	12 744 €	17 303 €
Total secteur 2	8 223 €	13 217 €	15 384 €	19 943 €

Dispenses

Régimes	Revenus	Taux de dispense
ASV revenu non salarié net 2009	inférieur à 11 000 €	100 %



Allocations 2010

Valeur du point de retraite	Médecin	Conjoint collaborateur	Conjoint survivant
Régime de base ⁽¹⁾	0,532 €	0,532 €	0,2847 €
Régime complémentaire	74,10 €	74,10 €	44,46 €
ASV ⁽²⁾	15,55 €	-	7,78 €

⁽¹⁾ Au 1^{er} avril 2010.

⁽²⁾ Sous réserve du décret d'application de l'article 77 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006.

Prestations 2010

Incapacité temporaire

Taux plein : 90 € par jour.

Taux réduit : 46 € par jour à compter du 91^e jour d'incapacité totale de travail.

Durée de versement

Pour les médecins âgés de moins de 60 ans jusqu'à trente six mois consécutifs ou discontinus au taux plein, puis pension d'invalidité*.

Médecin âgé

de 60 à 65 ans

Jusqu'à douze mois maximum au taux plein, puis retraite pour inaptitude ou nouvelle période de vingt-quatre mois* au taux réduit.

Médecin âgé

de plus de 65 ans

Mise à la retraite ou attribution des indemnités journalières au taux réduit, pour une période variant entre douze et vingt-quatre mois (ou trente-six mois si la date d'effet des droits est antérieure au 65^e anniversaire du bénéficiaire)*.

* Sur décision de la Commission de contrôle de l'incapacité d'exercice

Invalidité totale et définitive

Pension annuelle

de 7 080 € à 16 520 € jusqu'à 60 ans.

Majorations s'il y a lieu :

- ☑ de 2 478 € à 5 782 €, pour conjoint,
- ☑ + 10 % si trois enfants,
- ☑ + 35 % pour la tierce-personne.

Rente annuelle

De 6 136 € par enfant à charge (jusqu'à 21 ou 25 ans s'il poursuit des études).

Décès

Indemnité-décès :

38 000 €

En cas de décès d'un médecin cotisant (à jour des cotisations ou titulaire de la pension d'invalidité ou de l'allocation de remplacement de revenu), âgé de moins de 75 ans.

Rente annuelle

de 5 850 € à 11 700 € au conjoint jusqu'à 60 ans.

Majorations

La rente annuelle est majorée de 10 % si le médecin a eu au moins trois enfants.

Enfant orphelin : 6 890 €.

Enfant orphelin de père et de mère : 8 580 € (jusqu'à 21 ou 25 ans s'il poursuit des études).

Ces prestations peuvent être complétées par des contrats avec les assurances ou les mutuelles. Pour faciliter certaines démarches, la CARMF a passé des accords avec la Mutuelle du Médecin et l'association générale des médecins de France (AGMF).





En bref

CAPIMED

Six bonnes raisons de choisir CAPIMED !

Médecins libéraux et conjoints collaborateurs, bénéficiez de l'expérience et de la performance des professionnels de la CARMF !

Un rendement performant et régulier

Les adhérents ont bénéficié en 2009 d'un rendement financier net de **4,23 %** (taux technique moyen augmenté de la revalorisation de la valeur du point).

Sur les deux dernières années, la performance de CAPIMED a été supérieure à celle de la plupart des classes d'actifs.

CAPIMED, c'est avant tout un placement conçu pour vous, afin de vous permettre de constituer une épargne complémentaire de retraite assortie d'un rendement figurant parmi les plus attractifs du marché, tout en bénéficiant d'une déductibilité fiscale de vos cotisations.

Vous créez votre rente à votre rythme, avec une cotisation modulable

Vous pouvez changer de classes de cotisations tous les ans. Vous pouvez aussi racheter les années écoulées entre l'affiliation à la CARMF et l'année de souscription à CAPIMED, au coût de la cotisation annuelle.

Vous pouvez régler vos cotisations par prélèvements mensuels

À demander avant le 15 avril.

10 classes de cotisations

	Option A	Option B
1	1 130 €	2 260 €
2	2 260 €	4 520 €
3	3 390 €	6 780 €
4	4 520 €	9 040 €
5	5 650 €	11 300 €
6	6 780 €	13 560 €
7	7 910 €	15 820 €
8	9 040 €	18 080 €
9	10 170 €	20 340 €
10	11 300 €	22 600 €

Cotisations et âges moyens des adhérents à CAPIMED au 1^{er} juillet 2010

Choix d'option	Cotisation moyenne	Âge moyen
Option A	3 447,63 €	55,58 ans
Option B	5 424,80 €	56,09 ans
Options A et B	4 325,27 €	

Vous constituez votre rente à frais très réduits

- ☑ 2,5 % sur les versements,
- ☑ 0 % sur les fonds gérés,
- ☑ 2 % sur les rentes.

Vous choisissez les modalités de votre rente

Le montant de votre rente correspondra au nombre de points acquis, multiplié par la valeur de service du point. Suivant le montant de la rente souhaité, adaptez vos versements futurs en conséquence. Le paiement de la rente peut être demandé entre 60 et 70 ans.

Votre rente sera révisée chaque année sur la base des résultats du régime certifiés par un commissaire aux comptes (+ 1,6 % en 2010).

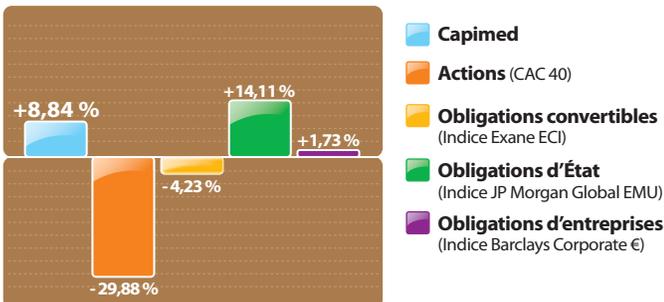
La réversion

Vous pourrez bénéficier au choix soit d'une rente sans réversion, soit d'une rente avec réversion sur la personne de votre choix.

En cas de décès, avant votre départ à la retraite, CAPIMED verserait les droits acquis à un bénéficiaire désigné par vous, sous la forme de rente temporaire ou viagère.

Performance des différentes classes d'actifs

en 2008 - 2009





Vous profitez d'une déductibilité fiscale attrayante

Les cotisations de retraite facultatives versées dans le cadre de la loi Madelin sont déductibles du bénéfice imposable dans la limite de :

Plancher

10 % du PSS 34 620 € ⁽¹⁾.

Plafond

10 % du bénéfice imposable ⁽²⁾ dans la limite de huit PSS

+

15 % de la fraction du bénéfice imposable ⁽²⁾ entre un et huit PSS

=

64 047 € maximum moins abondement PERCO ⁽³⁾.

⁽¹⁾ Plafond de Sécurité sociale pour 2010 : 34 620€.

⁽²⁾ Le bénéfice imposable s'entend avant déduction des cotisations ou primes versées dans le cadre de la loi Madelin.

⁽³⁾ PERCO : plan d'épargne retraite collectif.

Exemple de déductibilité fiscale
Pour un bénéfice imposable de 80 000 €, la déductibilité s'élève à :

10 % de 80 000 €
+
15 % de (80 000 € - 34 620 €)
=
8 000 € + 6 807 €

soit 14 807 € maximum.

Pour une cotisation CAPIMED de 4 520 € avec deux parts fiscales et un taux marginal d'imposition de 30 %, le coût réel ne s'élèvera plus qu'à 3 164 €.

@ Estimez votre épargne sur www.carmf.fr

Toutes les informations pratiques sur notre calculette en ligne :

- simulations de vos rentes,
- rendement de votre épargne,
- évaluation de votre économie d'impôt.

i Bulletin de situation

Il est envoyé annuellement à chaque adhérent, il indique le montant des versements, le nombre de points acquis et la valeur de service du point pour l'année en cours ainsi que la rente obtenue.

Je souhaite recevoir, sans engagement de ma part, le dossier d'adhésion au régime CAPIMED (contrat loi Madelin)

(réservé aux médecins en exercice et aux conjoints collaborateurs en activité âgés de moins de 70 ans).

Coupon-réponse à retourner sous enveloppe affranchie ou par fax : 01 45 72 42 70

Numéro de cotisant CARMF :

Nom :Prénom :

Adresse :

Code postal :Ville :

Date de naissance :



Questions

Réponses

10 conseils pour bien compléter sa retraite

- Ne pas mettre tous ses œufs dans un même panier.
- Acquérir sa résidence principale (entre deux retraités, l'un payant un loyer, l'autre pas, la différence de pouvoir d'achat est énorme).
- Acquérir si possible son local professionnel (pour bénéficier de certaines déductions).
- Faire le plein de produits fiscalement déductibles type plan épargne d'entreprise seule capitalisation sans perte de capital.
- Mixer produits avec rente fiscalement déductibles (Madelin comme CAPIMED) et capitalisation classique (conservation du capital, mais pas de déductions).
- Une bonne part d'immobilier, avec emprunts couverts par les loyers.
- La Bourse : jamais sur cinq ou dix ans, où il y a autant de chances de perdre que de gagner. Sur le long terme, 6 % de rendement annuel. Vous êtes jeune, presque tout en actions dont la proportion doit diminuer avec l'âge pour terminer à 10 % au départ à la retraite (pour ne pas se retrouver avec une chute lors des besoins).

- Les actions ont un meilleur rendement à long terme mais un risque à court terme.
- Les obligations ont un rendement régulier mais le capital n'est pas garanti avant terme. C'est un placement sensible à l'inflation.
- Les Sicav, FCP ont l'avantage d'une gestion mutualisée mais avec des frais plus élevés.

Important

L'épargne retraite se fait sur vingt ou trente ans, pas sur dix ans : 100 € par an sur trente ans rapportent autant que 500 € par an sur dix ans.



Comment s'y prendre à l'approche de la retraite (modalités administratives, quel délai pour la première perception de la pension ?)

L'attribution de la retraite n'est pas automatique.

Il faut dans tous les cas (sauf bénéficiaires du MICA et de la rente d'invalidité) en faire la demande écrite au service "Allocataires", dans le courant du trimestre précédant la date d'effet choisie, en précisant le cas échéant le motif d'anticipation (convenance personnelle, raison de santé, etc.).

Formalités à accomplir auprès de la CARMF

Formuler une demande écrite dans le courant du trimestre précédant la date d'effet envisagée (le point de départ d'une pension est toujours fixé au premier jour d'un trimestre civil).

Le médecin reçoit alors un formulaire de demande de retraite de la CARMF, qu'il faut compléter et signer puis faire viser par le Conseil de l'Ordre des médecins. En cas d'adhésion au régime CAPIMED, une demande séparée de retraite doit être impérativement formulée.

Demande de dossier d'information sur CAPIMED

CARMF
46 rue Saint-Ferdinand
75841 PARIS CEDEX 17

Fax : 01 45 72 42 70



Formalités à accomplir auprès d'autres administrations

Prévenir de la prise de retraite
CARMF les autres administra-
tions auxquelles le praticien
est rattaché, entre autres :

- CPAM
- Impôt
- URSSAF
- Mutuelles...

Pensez à formuler une
demande séparée de retraite
auprès des autres régimes de
vieillesse auxquels vous êtes
en droit de prétendre.

La date d'effet ne peut jamais
être antérieure à celle de la
demande. Vous devez égale-
ment informer par lettre le
Conseil départemental de
l'Ordre de sa demande de
retraite.

Quels sont les droits d'une épouse divorcée se manifestant au décès du médecin ?

L'ex-conjoint divorcé du
médecin peut prétendre à une
pension de réversion des
régimes complémentaire et
ASV calculée au prorata des
années de mariage s'il est non
remarié et âgé de 60 ans révo-
lus au décès du médecin.

Le droit au regard du régime
de base de réversion est
ouvert dès le 55^e anniversaire
de l'ex-conjoint, qu'il soit
remarié ou pas.

Toutefois, une condition de
ressources est à remplir pour
permettre le versement d'une
allocation de base de réver-
sion.

La donation faite par le médecin de son vivant est-elle prise en compte dans les ressources du conjoint survivant pour déterminer le régime de base de réversion ?

Non, seule la donation d'un bien
appartenant au conjoint survi-
vant sera prise en compte si elle a
été réalisée il y a moins de 10 ans.

À quel moment s'arrête la communauté de biens ?

La communauté s'interrompt au
décès du médecin, hormis si un
changement de régime matrimo-
nial est intervenu du vivant des
époux.

Le conjoint survivant est-il l'unique bénéficiaire des assurances-vie souscrites par le médecin ?

Il est rappelé que le souscripteur
d'une assurance-vie désigne,
comme pour tout autre place-
ment volontaire, le bénéficiaire
de son choix.

Par ailleurs, l'assurance-vie sous-
crite au nom du conjoint survi-
vant doit être déclarée comme
une ressource personnelle du
conjoint survivant, même si elle
s'est constituée par les fonds
communs du ménage.

J'ai hérité d'un bien de mes parents, comment en estimer la valeur ?

Les déclarations portées sur le for-
mulaire de ressources nécessaire à
l'étude du régime de base de
réversion sont faites sous la
foi du serment. Une évaluation,
même si elle est approximative,
réalisée par exemple au regard
des prix du marché, est nécessaire.

Existe-t-il des maisons de retraite agréées par la CARMF ?

Résidence de retraite à Meudon

La résidence AREPA accueille les
médecins et leur famille, valides
et en voie de dépendance. Située
dans un quartier résidentiel à
proximité des commerces et de la
gare de Meudon Bellevue, la rési-
dence dispose d'un jardin et
assure une prise en charge
médicale des résidents par le
personnel de l'établissement
(médecin coordonnateur, infir-
mières et aides-soignantes).

Elle comprend 65 studios clairs et
ensoleillés, avec balcon, pièces
rafraîchies. En fonction des dispo-
nibilités, la résidence peut aussi
accueillir des personnes en séjour
temporaire.



Pour tout renseignement :

Résidence de retraite AREPA

37, avenue du Général Galliéni
92190 Meudon
Tél. : 01 46 26 30 24
Fax : 01 46 26 02 52
(www.arepa.org)



Associations de retraités

Ces structures de défense, d'entraide et de rencontres organisent de nombreuses activités et vous aident à mieux vivre votre retraite. Vos nombreuses associations départementales ou les seize associations régionales regroupant médecins retraités, veuves et veufs, peuvent vous venir en aide. Elles sont fédérées au sein de la FARA (fédération des associations régionales des allocataires de la CARMF).

Bureau de la FARA

79 rue de Tocqueville - 75017 Paris
www.retraite-fara.com

Président honoraire

Dr Francis Challiol (7^e région)
Tél. 04 91 40 27 32

Président

Dr Claude Poulain (14^e région)
Secrétaire général adjoint de la CARMF
Tél. 02 33 53 86 70

Vice-présidents

Dr Louis Convert (1^{re} région)
Administrateur de la CARMF
Tél. 05 59 38 13 43

Dr Paul Fleury (12^e région)
Tél. 01 39 83 20 31

Secrétaire général

Mme Danièle Vergnon (5^e région)
Administrateur de la CARMF
Tél. 06 74 65 92 54

Secrétaire général adjoint

Dr Victor Liebmann (6^e région)
Administrateur de la CARMF
Tél. 04 50 23 21 43

Trésorier général

Dr Pierre-Yves Castelain (7^e région)
Tél. 04 91 72 52 72

Membres

Mme Geneviève Colas (6^e région)
Administrateur de la CARMF
Tél. 04 78 00 75 28

Dr François Bonnet (12^e région)
Tél. 01 43 96 40 51

Dr Gérard Brillat (6^e région)
Tél. 04 78 52 87 30

Mme Odette Mancy (7^e région)
Tél. 04 91 43 38 65

1^{re} région - **AMEREVE**
Aquitaine
Antilles

Dr Henry Leduc
84 quai des Chartrons - 33300 Bordeaux
Tél. 05 56 40 95 90

2^e région - **AMARA**
Auvergne

Dr Jacques Penault
1 place la Riomoise - 15400 Riom-ès-Montagnes
Tél. 04 71 78 02 17

3^e région - **AMEREVE**
Bourgogne
Franche-Comté

Dr Jean-Louis Berthet
19 chemin du Tacot - 71500 Louhans
Tél. 03 85 75 03 42

4^e région - **AMRA 4**
Nord
Picardie

Dr Claude Chandelier
125 rue de la Reine Astrid
59700 Marcq-en-Barœul
Tél. 03 20 98 07 57

5^e région - **AACO**
Limousin
Poitou-Charentes

Mme Danièle Vergnon
La Barbaudière - 86600 Lusignan
Tél. 06 74 65 92 54

6^e région - **AMVARA**
Rhône-Alpes

Dr Victor Liebmann
24 Clos Mariquita - 74940 Annecy-le-Vieux
Tél. 04 50 23 21 43 Fax : 04 50 66 57 92

7^e région - **ASRAL 7**
PACA
Corse
Réunion

Mme Odette Mancy
Terres Château n° 25
51,55 rue Arnould - 13011 Marseille
Tél. 04 91 43 38 65 Fax : 04 91 43 38 65

8^e région - **ASRAL 8**
Languedoc-Roussillon

Dr Henri Romeu
16 avenue du Lycée - 66000 Perpignan
Tél. 04 68 85 47 22

9^e région - **AMRV9-AMVACA**
Lorraine
Champagne-Ardenne

Dr Yves Kessler
5 rue Bassonpierre - 54000 Nancy
Tél. 03 83 41 44 69

10^e région - **AMRVM**
Pays-de-Loire

Dr Michel Roch
29 boulevard Pasteur - 44100 Nantes
Tél. 02 40 43 47 40

11^e région - **AMRAC**
Centre

Dr Michel Brunet
16 bis rue des Murlins - 45000 Orléans
Tél. 02 38 81 76 50 ou 06 80 64 88 85

12^e région - **AMVARP**
Paris
Région parisienne

Dr Paul Fleury
Centre Antoine Béclère
45 rue des Saints-Pères - 75006 Paris
Tél. 01 43 28 65 33 ou 06 09 12 37 89

13^e région - **AMREVM**
Bretagne

Dr Jacques Leguyader
3 rue Paul Ladmiraault
29200 Brest
Tél. 02 98 41 94 21

14^e région - **AMVANO**
Normandie

Dr Claude Poulain
29 rue du Cap - 50270 Barneville-Carteret
Tél. 02 33 53 86 70 Fax : 02 33 53 26 46

15^e région - **AMVARE**
Alsace
Moselle

Mme Marie-Thérèse Foessel
4 rue Saint-Pierre - 67202 Wolfisheim
Tél. 03 88 78 08 64

16^e région - **AMRAMP 16**
Midi-Pyrénées

Dr Paul Stillmunkès
256 rue des Fontaines - 31300 Toulouse
Tél. 05 61 49 37 00

Odalys

vacances

Les Sybelles à Saint-Sorlin d'Arves

Le Hameau de Praroustan à Pra-Loup

Le Jardin d'Artemis à Cassin

de 10% à 28%* de réduction

0825 562 562

(0,15€/mn)

www.odalys-vacances.com

Code : 75CARMF

75CARMF
Renvoyez votre confirmation et un justificatif de votre appartenance à la CARMF (tampon, ordonnance du cabinet ou autre).

Plus de 250 résidences, résidences-clubs, hôtels et hôtels-clubs en **France, Corse, Espagne, Italie...** au meilleur rapport qualité / prix. Montagne, mer, campagne... des destinations à découvrir en famille ou entre amis.

*10% cumulables avec les promotions des catalogues Odalys Hiver 2010/2011 et Été 2011, 15€ de frais de dossier (Frais de dossier réduit sur internet) Siren : 511 929 739 - Licence : Li 075 09 0021 - responsabilité civile et professionnelle : AGF contrat n°41 602 034 Garant APS - Photos : Guillaume

HIVER 2010-2011 / ÉTÉ 2011 - SPÉCIAL ADHÉRENTS CARMF



Jusqu'à

25%

de réduction sur l'hébergement
Variable selon les destinations et les périodes et cumulable avec les offres des catalogues Pierre & Vacances et Maeva.

INFORMATIONS, RÉSERVATIONS ET DEMANDES DE BROCHURES

● **PIERRE & VACANCES 0 825 00 20 20**

(0,15 €/télém. de France métropolitaine)

Mentionnez votre code 12230

● **MAEVA 0 825 059 060**

(0,15 €/télém. de France métropolitaine)

Mentionnez votre code 12230

www.ce.pv-holidays.com

Identifiant : carmf

Mot de passe : 12230

SPÉCIAL ÉTÉ 2011
Réservez tôt et bénéficiez d'une remise supplémentaire pouvant aller jusqu'à
-20%

Pierre & Vacances vous propose des locations haut de gamme dans 90 destinations d'exception. Avec Maeva, "Partagez bien plus que des vacances" dans plus de 150 résidences.

Pierre & Vacances

maeva
Résidences de vacances

Pierre & Vacances Maeva (Distribution S.A. au capital de 1 400 000 € - 344 263 338 RCS Paris) Licence d'Exploitation de voyages n° 11876 W 0162 - Garantie Financière B.E.S.2 - 9.0. professionnelle - ARA 21.0 - Annot J.E. - Imprimé F.S. - Taxis



Tél : 01 40 68 32 00
Fax : 01 44 68 33 73
Rdv : 01 40 68 33 64
de 9h à 16h30



46 rue Saint-Ferdinand
75841 Paris CEDEX 17



Serveur vocal
01 40 68 33 72
www.carmf.fr
carmf@carmf.fr

