



Actu'APH



Journal d'Action Praticiens Hôpital

n°15

Numéro spécial **RETRAITE** des PH ET HU

ARE YOU

READY?

juin 2023

Pourquoi un numéro spécial sur la retraite ?

La retraite des praticiens hospitaliers, PH et HU, est un vaste sujet qui mérite un dossier complet, exhaustif, pour la majorité d'entre nous. Dans ce sens, Action Praticiens Hôpital vous propose un point pour éclairer au mieux votre compréhension.

Pour Action Praticiens Hôpital, la retraite des PH est un des leviers de l'attractivité des carrières hospitalières. Malheureusement, dans le modèle français basé sur des principes d'équité et de solidarité, les praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires subissent un ensemble d'injustices qui parfois se cumulent toujours à notre détriment.

Dans les différentes synthèses qui vont détailler la construction de vos droits pour la constitution de votre retraite au travers des différents régimes obligatoires ou optionnels, nous insisterons aussi sur la caisse complémentaire du régime obligatoire des PH, l'IRCANTEC.

Nous traiterons également la retraite de nos collègues HU titulaires spoliés dans la non-prise en compte de leurs émoluments hospitaliers. Les travaux en cours dans la mission confiée par le ministre de la Santé et de la Prévention au Pr Uzan, font l'objet d'un rapport pour corriger cette ignominie. APH a été parmi les forces de proposition dans l'élaboration de ce document qui permettra, nous l'espérons, de corriger cette injustice.

L'actualité avec la loi sur les retraites publiée au Journal Officiel le 15 avril 2023 nous oblige également à analyser ses impacts sur les droits des PH.

L'interview du Pr Sibilia, doyen de la faculté de médecine de Strasbourg, ainsi que celles de PH retraités constitueront une approche des attentes, déçues ou non, et des conseils de ceux qui bénéficient d'une retraite bien méritée.

SOMMAIRE

SYSTÈME DE RETRAITE

Principes légaux et historiques sur notre système de retraite.....4

LES PH ET LES HU

La retraite des PH et des HU en quelques chiffres5

LES PH

La retraite : des praticiens hospitaliers.....6

LA RÉFORME

Réforme des retraites 2023 : quel impact sur les praticiens hospitaliers ?9

IRCANTEC

IRCANTEC, les PH toujours assis sur un strapontin !.....11

HU

Amélioration des retraites hospitalo-universitaires : l'Arlésienne ?12
Si rien ne bouge, la désintégration progressive de la communauté HU aggravera encore plus la destruction de notre système de santé !.. 14

TÉMOIGNAGES

Ils ont pris leur retraite ou vont la prendre prochainement17

PETITES ANNONCES.....19

Au travers des documents qu'APH publie dans ce numéro, vous comprendrez pourquoi et comment nous défendons vos intérêts.

- La victoire du combat pour le décompte horaire du temps de travail permettra non seulement de quantifier la pénibilité de notre exercice et d'ouvrir des droits spécifiques, mais également de valoriser votre salaire de base en majorant *de facto* vos cotisations retraite et donc votre pension à venir.

ISSN : 2678-3606

DIRECTEUR DE PUBLICATION : CHRISTIANE MURA

RÉDACTEUR EN CHEF : JEAN-FRANÇOIS CIBIEN

COORDONNATEUR DE LA RÉDACTION : RICHARD TORRIELLI

COMITÉ DE RÉDACTION : ÉRIC BRANGER, EMMANUEL CIXOUS,

FLORENCE COMPAGNON, MARIE-JOSÉ CORTÈS,

ANNE DAVID-BRÉARD, DELPHINE GLACHANT, ERIC GUIHENEUF,

YVES HATCHUEL, MARC NOIZET, ÉRIC LE BIHAN, PASCALE LE PORS,

JEAN-MARIE LELEU, SALEM OULD-ZEIN, XAVIER PALETTE,

CAROLE POUPON, YVES RÉBUFAT, ANNE WERNET, JACQUES YGUEL

EDITEUR : EKTOPIC

EKTOPIC@EKTOPIC.COM

PETITES ANNONCES : K. TABTAB

K.TABTAB@RESEAUROSANTE.FR

IMPRESSION : IMPRIMATUR



- De la même façon, APH prône la prise en compte des gardes et des astreintes en termes de revalorisation salariale, mais exige aussi et surtout l'intégration des astreintes dans le décompte du temps de travail des PH comme la prise en compte de leur pénibilité. Les plus actifs d'entre nous profiteront ainsi de mesures compensatoires pour leurs droits à la retraite.
- Les cotisations retraite à l'IRCANTEC des PH à temps partiel ne sont pas proratisées à l'identique des autres salariés de cette caisse : les pertes sont conséquentes sur leurs droits.
- Pour les HU-titulaires, l'absence de prise en considération des cotisations retraite sur la part des émoluments hospitaliers s'apparente à mes yeux à un vol qualifié.
- De même, la non-reconnaissance de la totalité des trimestres effectués lors de nos études dans la prise en compte du calcul des trimestres travaillés est une autre injustice flagrante, du même acabit que l'absence d'intégration de la totalité des services actifs réalisés (nomination à titre provisoire, statut de faisant fonction, années de recherche ou de mobilité...).

poursuivra sur la voie de la défense de vos droits élémentaires et sera, si vous le souhaitez, votre voix pour que ces combats puissent aboutir. Les praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires ont des devoirs qu'ils remplissent dans leur exercice quotidien pour un juste soin, pour l'enseignement, la recherche, la vie institutionnelle, le lien ville - médicosocial - hôpital... Ces mêmes praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires ont des droits qu'APH fera valoir.

Je tiens à remercier l'ensemble des contributeurs pour ce numéro spécial retraite. J'adresse une mention spéciale au Docteur Jean Garric pour son investissement sans faille sur ce dossier, et plus particulièrement pour son action au sein du Conseil d'Administration de l'IRCANTEC.

Je vous souhaite une bonne lecture, et Action Praticiens Hôpital reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Prenez soin de vous et profitez des vôtres.

Dr Jean-François Cibien, Président d'APH et d'Avenir Hospitalier

Le chantier des retraites des PH est comme, vous allez le comprendre, effectivement immense. APH

APH remercie PH Services Prévoyance et Santé, l'Association pour les Praticiens Hospitaliers et assimilés (APPA), le Groupe Pasteur Mutualité et l'APHNU pour leur soutien financier

Principes légaux et historiques sur notre système de retraite.

Le système de retraite français est un système par répartition, c'est-à-dire que les cotisations versées par les actifs et par les employeurs au titre de l'assurance vieillesse au cours d'une année servent à payer les pensions des retraités de cette même année.

Nul n'étant censé ignorer la Loi, nous vous rappelons l'Article L.111-2-1 du Code de la sécurité Sociale modifié par la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 1 II, qui détaille le fondement de la construction de notre système et qui étayera notre réflexion.

« La Nation réaffirme solennellement le choix de la retraite par répartition au cœur du pacte social qui unit les générations. Le système de retraite par répartition assure aux retraités le versement de pensions en rapport avec les revenus qu'ils ont tirés de leur activité. Les assurés bénéficient d'un traitement équitable au regard de la durée de la retraite comme du montant de leur pension, quels que soient leur sexe, leurs activités et parcours professionnels passés, leur espérance de vie en bonne santé, les régimes dont ils relèvent et la génération à laquelle ils appartiennent. La Nation assigne également au système de retraite par répartition un objectif de solidarité entre les générations et au sein de chaque génération, notamment par l'égalité entre les femmes et les hommes, par la prise en compte des périodes éventuelles de privation involontaire d'emploi, totale ou partielle, et par la garantie d'un niveau de vie satisfaisant pour tous les retraités. La pérennité financière du système de retraite par répartition est assurée par des contributions réparties équitablement entre les générations et, au sein de chaque génération, entre les différents niveaux de revenus et entre les revenus tirés du travail et du capital. »

Pour terminer, nous vous proposons un déroulé historique synthétique retraçant la construction du système de retraite qui est structuré autour de plusieurs composantes visant à améliorer les droits des Français (Régimes obligatoires).

- **La retraite de base dans le cadre du régime général** issue de la loi du 22 mai 1946 posant le principe de la généralisation de la Sécurité sociale à l'ensemble des citoyens dans un esprit de solidarité de la Nation.
- **La retraite complémentaire** : l'AGIRC (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres) est créée dès 1947 sous l'égide d'une convention rassemblant toutes les institutions de retraite com-

plémentaire pour les cadres. Puis l'ARRCO (Association des Régimes de Retraite Complémentaire) est créée de la même manière pour les non-cadres. En 1972, l'État a rendu obligatoire l'affiliation à un régime de retraite complémentaire et a posé le principe d'une solidarité interprofessionnelle et générale entre les institutions de retraite complémentaire. L'AGIRC et l'ARRCO ont fusionné le 1^{er} janvier 2019. Quelques institutions restent pour le moment en dehors de la fusion organisée par l'ARRCO et par l'AGIRC. C'est le cas par exemple de l'IRCANTEC (Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités locales) qui gère la partie complémentaire de nos retraites.

En plus des régimes obligatoires, **une retraite supplémentaire, dite aussi « surcomplémentaire »**, permet à certains retraités de compléter leurs revenus au travers de dispositifs facultatifs proposés par certaines entreprises. Il s'agit des contrats dits « articles 39, 82 et 83 » du Code général des impôts, des plans d'épargne retraite d'entreprise (PERE), auxquels il faut ajouter le dispositif d'épargne salariale du plan d'épargne pour la retraite collectif (Perco). Elle comprend aussi des produits d'épargne retraite individuels comme le plan d'épargne retraite populaire (PERP), les dispositifs Madelin, etc. Ces dispositifs fonctionnent par capitalisation. La part des retraites supplémentaires dans l'ensemble des régimes de retraite est faible et inférieure à 5 %.

Dr Jean Garric,
Dr Jean-François Cibien, Président d'APH et d'AH

La retraite des PH et des HU en quelques chiffres

Quelques exemples au 15 mai 2023 de montants de pension de retraite pour un praticien temps plein ayant la totalité de ses trimestres validés et ayant atteint l'âge de départ à la retraite dans les régimes obligatoires.

Ces régimes obligatoires sont régis par un certain nombre de règles communes parfois cumulatives, qui comprennent :

- un âge minimum d'ouverture des droits ;
- un nombre minimum de trimestres à valider avec une décote en cas de trimestres manquants ou une surcote au-delà dès que le nombre de trimestres requis est atteint ;
- des majorations de pension à partir de 3 enfants.

Le principe de décote ou de surcote vient amputer ou majorer les droits à pension.

À partir de 67 ans et quel que soit le nombre de trimestres travaillés, les praticiens hospitaliers, comme tous les salariés, ont droit à bénéficier d'une retraite à taux plein sans décote se basant sur les droits acquis le jour de leur départ.

Si le praticien a perçu d'autres émoluments lors de son parcours professionnel, les sommes versées lui ouvrent également des droits qui viennent se cumuler pour sa pension.

L'ensemble des montants perçus est imposable.

Praticien hospitalier :

- Pension retraite issue du régime général

Retraite de base 1833 euros brut mensuels

Majoration enfant de 10 % à partir de 3 enfants, et 5 % par enfant supplémentaire, la pension ne pouvant toutefois pas excéder le montant du traitement sur lequel elle est calculée.

- Pension de retraite issue du régime obligatoire complémentaire Ircantec

La valeur du point IRCANTEC est fixée à 0,51621 € depuis le 1^{er} janvier 2023.

<https://www.ircantec.retraites.fr/>

Pour 60 000 points acquis, les droits sont de 2 581 € brut/mois
 Pour 70 000 points acquis, les droits sont de 3 011 € brut/mois
 Pour 80 000 points acquis, les droits sont de 3 441 € brut/mois
 Pour 90 000 points acquis, les droits sont de 3 872 € brut/mois
 Pour 100 000 points acquis, les droits sont de 4 302 € brut/mois
 Pour 110 000 points acquis, les droits sont de 4 732 € brut/mois
 Pour 120 000 points acquis, les droits sont de 5 162 € brut/mois
 Pour 130 000 points acquis, les droits sont de 5 592 € brut/mois

Majoration enfant de 10 % à partir de 3 enfants et 5 % supplémentaires par enfant à charge au-delà du 3^{ème}.

Hospitalo-Universitaire titulaire (PU-PH ou MCU-PH) :

- Pension retraite issue du régime général

75 % du dernier salaire sur le traitement universitaire (fût-il que le HU ait cotisé au moins sur une période de plus de 6 mois dans cet échelon).

Pour trois enfants, vous bénéficiez d'une majoration de 10 % du montant de votre pension. Elle est augmentée de 5 % par enfant à partir du quatrième. Toutefois, le pourcentage de votre pension majorée est limité à 100 % de votre dernier traitement indiciaire brut détenu depuis au moins 6 mois.

- Pension retraite issue du régime obligatoire complémentaire = RAFP

La valeur de service du point en 2023 est de 0,05035 €.

<https://www.rafp.fr/actif/activite/calcul-et-paiement-votre-prestation-rafp>

En fonction du nombre de points acquis, le retraité perçoit soit un capital soit une pension mensuelle qui reste faible (moins de 100 euros brut) et que vous pouvez calculer avec le simulateur dans le lien suivant.

<https://www.rafp.fr/actif/futur-retraite/simulateur-prestation>

- Pension retraite issue du régime optionnel abondé (pour compenser la non-prise en compte du traitement hospitalier dans les cotisations retraite des HU titulaires).

Son montant dépend des sommes capitalisées par le praticien.

La retraite : des praticiens hospitaliers

Les conséquences de la précédente réforme (2014) n'étaient pas encore absorbées que la nouvelle réforme a été promulguée. Cette dernière réforme va impacter doublement les générations nées entre 1965 et 1973, puis toutes les générations après 1973.

Le régime des retraites des PH est particulier : il relève à la fois du régime général et d'un régime particulier, l'IRCANTEC.

Le régime général détermine une pension versée par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) sur la base des 25 meilleures années de cotisation. Le régime IRCANTEC est un régime de cotisation par points.

Dans un cas comme dans l'autre, les pensions de retraite sont financées par les cotisations des actifs (système par répartition).

Concernant le régime général, la pension est plafonnée par une valeur de référence (50 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit à ce jour 1 833 €). Les cotisations sont prélevées essentiellement sur la partie du salaire brut située en dessous du plafond du salaire mensuel de la Sécurité sociale (tranche A de la fiche de paye), d'un montant actuel de 3 666 €. Ce plafond étant atteint très tôt dans la carrière, un PH ayant au moins 25 années de carrière atteindra peu ou prou un montant de pension CNAV de 1 833 € mensuel.

C'est donc sur la part IRCANTEC de la retraite que vont se jouer les différences. D'autant que le pourcentage de cotisation IRCANTEC est bien plus élevé sur le salaire brut situé au-dessus du plafond (tranche B). Les cotisations permettent d'acheter des points, et le nombre de points achetés à la liquidation de la retraite détermine le montant de la pension. En somme, plus la carrière se prolonge, plus la tranche B augmente, et plus la pension de retraite IRCANTEC sera élevée à terme.

L'IRCANTEC est le système de cotisation obligatoire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques, dont des élus. Il faut souligner que les PH ne représentent que 3 % des cotisants IRCANTEC, mais 19 % des montants de pension versés, car ils ont des salaires plus élevés et qu'une

bonne partie d'entre eux cotisent toute leur carrière à ce régime.

Nous mentionnerons ici que le Conseil d'Administration de l'IRCANTEC est composé de 34 membres, dont 16 représentants des bénéficiaires, mais aucun siège n'est dévolu aux représentants ès qualités des PH – alors même que la FHF bénéficie de 4 sièges.

À ces considérations s'ajoutent des règles de calcul de nature générale

Il s'agit de l'âge légal de départ et la durée de cotisation. Le principe général est qu'il faut à la fois avoir atteint l'âge légal de départ et la durée de cotisation requise pour bénéficier de sa retraite à taux plein. Le non-respect de ces deux conditions implique une pénalisation (appelée décote).

Seul le dispositif des carrières longues permet d'avancer l'âge de départ avant 64 ans. Du fait de leurs études, les PH sont exceptionnellement concernés par le dispositif des carrières longues.

L'impact négatif de la réforme pour les PH tient à l'âge tardif de début de cotisation, à l'occasion de leurs premiers stages rémunérés comme étudiant hospitalier (« externe »). Les conditions de revenu minimal sont telles que tous les stages d'étudiant hospitalier ne sont pas pris en compte (une année d'externat ne rapporte que deux trimestres). Parvenus à l'âge légal, nombreux sont les PH qui n'auront pas encore atteint les 43 années de cotisations. Ce phénomène concernait déjà les PH avant la réforme actuelle, et il va s'amplifier : certes l'âge légal est passé à 64 ans, mais la durée de cotisation augmente également.

L'âge légal de départ était de 62 ans, et avec la réforme de 2023, il passera donc progressivement à 64 ans jusqu'en 2030.

Suite à la réforme de 2014, la durée de cotisation passait progressivement de 41,5 ans (166 trimestres) à 43 ans (172 trimestres) : le rythme d'augmentation de la durée de cotisation a été accéléré par la réforme de 2023. L'impact personnel exact de la réforme dépend donc du parcours (durée de cotisation) et de la génération de chacun.

La décote

La décote est une pénalisation affectée au calcul de la pension pour un cotisant qui n'a pas cotisé la durée requise.

La décote diminue à la fois la pension au régime général et la pension IRCANTEC. La décote est un coefficient de diminution appliqué au coefficient de liquidation de la pension, dont la hauteur dépend du nombre de trimestres manquants. Le mode de calcul de la décote est propre à chacun des deux régimes.

Il convient de bien comprendre que, dans les deux régimes, la diminution effective de la pension sera plus élevée que le pourcentage affiché de la décote. En effet, même si les modalités de cotisation sont différentes entre la CNAV et l'IRCANTEC, le pourcentage de décote s'appliquera sur un montant de pension lui-même diminué.

Dans le régime général, la pension est calculée sur le prorata de trimestres cotisés (durée de cotisation/durée de référence), le pourcentage de diminution est donc à la fois celui de la décote et celui de ce prorata.

Dans le régime IRCANTEC, la pension est calculée au regard des cotisations encaissées et donc des points achetés : en partant plus tôt, le nombre de points achetés sera plus faible, et donc la décote est imputée sur une pension plus faible que celle qui avait été estimée pour un départ à l'âge du taux plein.

En symétrie de la décote, il existe un système de surcote

Il s'agit d'un pourcentage d'augmentation de la pension pour tout PH qui travaillerait après l'âge légal et après avoir atteint la durée de cotisation requise. Par année de travail supplémentaire, le gain est de 5 % sur la pension CNAV et de 2,5 % sur la pension IRCANTEC. La réforme de 2023 fait donc logiquement



ment reculer l'âge à partir duquel chaque PH pouvait voir sa pension valorisée par la surcote.

Cet aspect concerne une partie non négligeable des PH : nous sommes nombreux à travailler au-delà de l'âge légal. De nombreux dispositifs existent, qui ont chacun leur intérêt et leurs conditions (retraite progressive, recul de la limite d'âge pour charge de famille, prolongation d'activité, cumul emploi-retraite) et qui permettent parfois de partir après l'âge de 67 ans.

On ne saurait affirmer qu'il s'agit dans l'absolu d'une bonne nouvelle, mais **l'âge de taux plein automatique n'a pas été modifié par la réforme** : il s'agit de l'âge à partir duquel la retraite est versée sans pénalisation, même si la durée de cotisation est insuffisante. Cet âge de taux plein automatique est maintenu à 67 ans. Cela signifie qu'à partir de 67 ans, la pension de retraite du PH ne subit plus de décote.

Mais cette pension versée à 67 ans reste calculée sur les droits acquis : pourcentage des 25 meilleures années pour la retraite CNAV, et nombre de points achetés pour la retraite IRCANTEC. **L'absence de décote ne signifie pas que la retraite sera perçue à taux plein.**

Le fait d'avoir eu, élevé ou adopté un ou des enfants permet l'octroi d'un certain nombre de trimestres de cotisation.

Il peut s'agir de l'octroi automatique de trimestres pour la grossesse, l'adoption, et le fait d'avoir

élevé des enfants. Le congé parental – cessation de toute activité pendant une durée déterminée avant les 3 ans de l'enfant – peut ouvrir certains droits supplémentaires. Les conditions d'octroi de ces droits ne sont pas toutes cumulables, et il convient alors de faire le choix le plus intéressant.

Enfin, le nombre d'enfants est pris en compte pour majorer la pension CNAV (10 %, mais pas plus à partir de 3 enfants) ou la pension IRCANTEC (10 % et plus à partir de 3 enfants).

On aura compris qu'il existe de très nombreux cas de figure parmi les PH, selon le parcours personnel et professionnel de chacun. De nombreuses situations et conditions particulières existent, qu'il serait impossible de détailler ici.

Pour cette raison, le SPH et APH ont décidé de frapper un grand coup : un dossier complet de 28 pages sur la retraite des PH sera bientôt disponible. Vous y trouverez des explications détaillées sur l'effet de la réforme sur votre génération sur votre parcours personnel et des conseils de carrière pour optimiser votre retraite.

Dr P.-F. Godet – trésorier du SPH

SOUTENIR LES REVENDEICATIONS DU SPH ET D'APH : INTÉRÊT POUR VOS RETRAITES AUSSI !

Avant de rejoindre le corps des praticiens retraités, le corps des praticiens a besoin... des « corps intermédiaires » ! Le SPH et APH n'ont eu de cesse d'alerter sur la pénurie des effectifs médicaux et la dégradation de la QVT des PH.

Mais les points forts des revendications principales portées par APH sont aussi des revendications qui permettraient d'améliorer la retraite des PH.

L'intégration des années d'étudiant hospitalier

APH porte le principe de la reprise totale des services actifs des praticiens intégrant toutes leurs années d'études du moment qu'ils sont en stage hospitalier.

Un traitement équitable des PH temps partiels

En raison des seuils de cotisation sur la tranche A, les PH temps partiels sont pénalisés dans l'acquisition de points IRCANTEC : APH demande que leur soit appliquée la même réglementation qu'à tous les salariés à temps partiel.

Intégration des représentants des PH au CA de l'IRCANTEC

Les PH représentent 19 % des pensions versées par le régime : ils doivent être représentés à égalité pour défendre leur situation.

La revalorisation générale de la grille des salaires

APH demande cette revalorisation. Toute augmentation du salaire augmente le nombre de points IRCANTEC achetés.

Les accords du Ségur ont lésé les praticiens hospitaliers en début de carrière

APH demande la reprise en compte des 4 années d'échelons perdus. Soit autant de points IRCANTEC de plus.

La revalorisation de la permanence des soins

L'augmentation de la sujétion des gardes serait un juste moyen pour augmenter le nombre de points IRCANTEC. De plus, APH exige que la nuit de garde soit enfin considérée pour ce qu'elle est : 14 heures de travail, soit 3 demi-journées. Le système de décompte actuel est inique, car il considère que 1 nuit égale 2 demi-journées. Ainsi, une journée de repos est accordée après une nuit de garde, alors que chaque nuit de garde devrait générer 3 demi-journées de repos. Ainsi chaque nuit de semaine devrait générer une plage de TTA en plus du jour de repos, et chaque nuit précédant un jour non travaillé (garde de nuit des vendredis, samedis et veilles de jours fériés) devrait générer non pas 2 plages mais 3 plages de TTA.

PENSEZ À SUIVRE L'ACTUALITÉ SUR LE SITE D'APH

<https://aph-france.fr/>

Pour s'abonner aux newsletters : <http://eepurl.com/c04mX1>



vez-nous sur Facebook :

<https://www.facebook.com/Action-Praticien-Hôpi->

Sui-



Suivez-nous sur Twitter :

[@ActionPratHopit](https://twitter.com/ActionPratHopit)

Réforme des retraites 2023 : quel impact sur les praticiens hospitaliers ?

Après plusieurs mois d'un parcours législatif houleux, mais jugé conforme à la constitution, la réforme des retraites version 2023, voulue par l'exécutif et encore aujourd'hui très critiquée, a été promulguée par le président de la République le 15 avril dernier.

Cette réforme contient deux mesures importantes qui vont impacter les praticiens hospitaliers :

- Le report de l'âge légal qui passe de 62 à 64 ans.
- La durée de cotisation qui est portée à 43 ans.

Âge légal

L'âge légal augmente de 3 mois par génération pour atteindre 64 ans en 2030. En conséquence, tous ceux nés après 1968 devront donc attendre leurs 64 ans pour espérer partir en retraite sans décote.

Pour les autres, il convient de se référer au tableau suivant :

Date de naissance	Âge légal de départ
Avant le 01/09/1961	62 ans
À partir du 01/09/1961	62 ans et 3 mois
1962	62 ans et 6 mois
1963	62 ans et 9 mois
1964	63 ans
1965	63 ans et 3 mois
1966	63 ans et 6 mois
1967	63 ans et 9 mois
1968	64 ans

Durée de cotisation

Concernant la durée de cotisation, celle-ci avait déjà été augmentée par les réformes précédentes. En effet, avant la réforme de 2003, la durée de cotisation nécessaire pour bénéficier d'une retraite à taux plein était de 40 ans (160 trimestres) dans la fonction publique.

La durée de cotisation a donc progressivement été allongée de génération en génération pour gagner 3 ans en moins de 20 ans.

On comprend mieux l'insistance initiale du gouvernement à vouloir reporter l'âge légal à 65 ans. Cela aurait permis de gagner 3 ans de chaque côté (âge et durée de cotisation).

La réforme de 2023 accélère ainsi la réforme précédente faite par Marisol Touraine. Ceux qui pensaient y échapper se prennent 2 à 3 trimestres supplémentaires. Dans l'ambiance hospitalière du moment, avec la dégradation de nos conditions d'exercice, cela fait un peu mal...

Année de naissance	Durée de cotisation requise avant réforme de 2023	Durée de cotisation requise après réforme de 2023	Nb de trimestres supplémentaires
Avant 1960	167 trimestres	167 trimestres	0
1/1/61 au 31/8/61	168 trimestres	168 trimestres (42 ans)	0
1/9/61 au 31/12/61	168 trimestres	169 trimestres	1
1962	168 trimestres	169 trimestres	1
1963	168 trimestres	170 trimestres	2
1964	169 trimestres	171 trimestres	2
1965	169 trimestres	172 trimestres (43 ans)	3
1966	169 trimestres	172 trimestres	3
1967	170 trimestres	172 trimestres	2
1968	170 trimestres	172 trimestres	2
1969	170 trimestres	172 trimestres	2
1970	171 trimestres	172 trimestres	1
1971	171 trimestres	172 trimestres	1
1972	171 trimestres	172 trimestres	1
1973	172 trimestres	172 trimestres	0

Avec ces deux tableaux, votre date de naissance et en consultant votre compte retraite sur les différents sites qui le proposent, vous devriez pouvoir trouver le moment optimal pour faire valoir vos droits.

Un impact pour les praticiens assez faible

L'impact de la réforme sur les praticiens hospitaliers sera globalement assez faible, puisque le facteur limitant les départs précoces est avant tout celui du nombre de trimestres nécessaires pour pouvoir partir à taux plein plus que l'âge légal. En effet, de par la longueur des études médicales, les praticiens commencent à cotiser assez tard et les trois années d'externat ne permettent pas de récupérer l'ensemble des trimestres qui auraient pu être glanés sur cette période, même s'il est possible de les racheter plus tard.

Selon les données du CNG pour l'année 2021, l'âge moyen de départ d'un praticien hospitalier temps plein est de 65,8 ans toutes disciplines confondues. Il était de 63,8 ans en 2009. Les réformes précédentes ont donc déjà beaucoup impacté les praticiens.

Certaines disciplines affichent un âge moyen plus bas (64,9 pour la biologie et 64,8 pour la pharmacie), ce sont les disciplines aujourd'hui les plus féminisées (70 à 80 % de femmes). Cette réforme pourrait avoir donc tout de même une incidence sur ces catégories, mais aussi potentiellement sur l'ensemble des femmes du corps des praticiens hospitaliers qui bénéficiaient de trimestres supplémentaires lors de la naissance de leurs enfants, et se heurteront désormais aux deux nouveaux seuils (âge légal et durée de cotisation).

Par ailleurs, pour beaucoup de praticiens hospitaliers, la prolongation raisonnable d'activité au-delà de 64 ans ne poserait pas de problème si les conditions d'exercice hospitalier étaient bonnes, ce qui n'est pas le cas actuellement.

La vraie question réside donc dans l'acceptation de nos conditions de travail actuelles au sein des établissements publics de santé.

Ce sont elles qui sont le facteur déterminant de la volonté et de la capacité à poursuivre notre activité quelques années de plus. Ce sont elles qu'il faut donc adapter et aménager si l'on souhaite que les praticiens hospitaliers poursuivent plus longtemps leur activité. Le travail des seniors a été sorti de la loi, à nous de le remettre sur la table des négociations pour rendre nos fins de carrière plus douces. La permanence des soins étant largement reconnue comme le facteur majeur de la pénibilité de notre exercice, pouvoir s'en faire dispenser partiellement à 55 ans et totalement à 60 ne paraît pas insensé. Il y a encore bien d'autres pistes à explorer pour aménager les fins de carrière.

L'engagement dans le service public hospitalier est une démarche choisie.

Cette démarche se construit en pesant les avantages et les inconvénients de chacun des modes d'exercice proposés en début de carrière. Nos conditions d'exercice et de rémunérations actuelles ne sont plus celles de nos aînés, et ne sont plus à la hauteur de nos attentes. Comme pour toutes les professions, l'engagement dans une carrière dépend des conditions d'entrée, de l'activité, des rémunérations, de l'évolution ou de la progression, mais aussi des conditions de sortie qui traduisent pour Action Praticiens Hôpital la notion d'attractivité que nous portons au quotidien. Pour beaucoup d'entre nous le « package » réel est loin du package « attendu ». Il ne faudrait donc pas que cette réforme, dans les conditions démographiques actuelles, favorise encore de nouveaux départs en négligeant l'exercice spécifique et les contraintes des praticiens hospitaliers, comme ce fut le cas lors des réformes précédentes. Nous souhaitons donc de véritables négociations avec nos tutelles sur l'aménagement des fins de carrière, la pénibilité, la permanence des soins et nos rémunérations (qui ont un impact direct sur nos pensions ultérieures), afin de pouvoir nous adapter au mieux à cette réforme et à ses nouvelles contraintes. Actions Praticiens Hôpital, avec ses représentants, a déjà entamé les discussions sur certains de ces sujets avec ses interlocuteurs institutionnels, soyez certains de notre engagement sans faille au bénéfice de tous les praticiens des hôpitaux publics quels que soient leurs statuts.

Dr Yves Rébufat, Délégué Général APH

IRCANTEC, les PH toujours assis sur un strapontin !



La retraite complémentaire publique

L'IRCANTEC (Institution de Retraite Complémentaire des Agents Non Titulaires de l'État et des Collectivités publiques) est la caisse de retraite complémentaire où cotisent les praticiens hospitaliers. Elle a été créée en 1970, est gérée par la Caisse des dépôts et consignations et administrée par un conseil d'administration.

La part versée par l'IRCANTEC au moment de la retraite est la plus importante pour les praticiens hospitaliers, et dépasse de loin celle versée par l'assurance vieillesse du régime général obligatoire. L'enjeu est donc très important pour nous : **la stabilité et la pérennité de cette institution sont le gage d'une retraite décente, ce qui n'est pas toujours le cas dans de nombreux métiers.**

Les praticiens hospitaliers (PH) constituent une population spécifique au sein des affiliés de l'IRCANTEC. Ils représentent environ 19 % des masses de pensions versées par le régime alors qu'ils ne sont que 3 % des retraités. Du point de vue des cotisations, il peut être estimé que les cotisations des PH représentent 15 % à 18 % des cotisations de l'IRCANTEC. Cette importance est liée à une rémunération plus élevée des PH par rapport aux autres affiliés, mais aussi à leur durée de cotisation, puisque, en majorité, les PH cotisent sur l'ensemble de leur carrière, soit plus de 30 ans, ce n'est pas le cas des autres affiliés qui ne cotisent que durant une dizaine d'années en moyenne.

Depuis 1970, les médecins, pharmaciens, odontologues hospitaliers y cotisent et bénéficient des prestations de cet organisme, sans représentation réelle dans ses instances. Ce fut toujours le cas en 1984 lors de la création du corps de Praticiens Hospitaliers. Ce n'est qu'en 2008 qu'ils pourront siéger au conseil d'administration en tant qu'administrateurs seulement au titre de personnalité qualifiée. Cette représentation inique perdure depuis près de 15 ans, et nous avons

récemment perdu la possibilité d'y avoir un suppléant pourtant prévu par la réglementation initiale.

Depuis 2019, avec la création du Conseil Supérieur des Professions Médicales, la représentation des organisations syndicales représentatives des médecins, pharmaciens et odontologues hospitaliers a été électoralement et réglementairement établie et nous estimons qu'il est temps aujourd'hui d'avoir une place dans ce conseil d'administration à la hauteur du nombre de cotisants et bénéficiaires que nous représentons mais surtout de la « masse cotisante » que nous représentons.

Le rapport de l'IGAS n°2021-014R/CEGEFI n° 20 11 20 publié en novembre 2021 et rendu public à l'été 2022 nous conforte dans cette démarche puisque la recommandation n°11 suggère « *d'engager une réflexion sur une représentation plus appropriée des praticiens hospitaliers* ». À noter que ce rapport avait été commandé par les précédents ministres de la Santé après quelques difficultés au sein du conseil d'administration de l'IRCANTEC.

Pour l'ensemble de ces raisons, nous estimons qu'il est aujourd'hui légitime de revendiquer une place plus importante pour nos organisations et les praticiens hospitaliers au sein du conseil d'administration de l'IRCANTEC. Nous avons donc adressé deux courriers en ce sens à Monsieur François Braun, ministre de la Santé et de la Prévention en octobre et décembre 2022. Ceux-ci sont à ce jour restés sans réponse !

Nous avons donc profité des concertations que nous avons pu obtenir lors de la réforme des retraites cet hiver pour remettre le couvert sur ce problème avec le ministre et ses services et nous avons pu aussi en faire part au cabinet de la Première ministre.

APH ne lâchera pas sur cette question et continuera à porter cette demande tant que nous n'aurons pas obtenu une réponse opérationnelle et satisfaisante à cette demande juste et légitime.

Dr Yves Rébufat, Délégué Général APH

Amélioration des retraites hospitalo-universitaires : l'Arlésienne ?

Après un premier semestre 2023 fécond en réunions de travail positives et consensuelles, la concrétisation des paroles en actes semble s'être égarée dans quelque oubliette administrative...

Pour mémoire, les quelque 6 000 médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes hospitalo-universitaires titulaires (PU-PH et MCU-PH) ont un salaire en deux parties : un traitement salaire universitaire (fonction publique d'État) versé par le ministère de l'Enseignement supérieur de la Recherche et de l'Innovation (MESRI) et « des émoluments » hospitaliers versés par le ministère de la Santé et de la Prévention. À ce jour, seul le traitement de fonctionnaire universitaire est soumis à prélèvement obligatoire pour la retraite. Les émoluments hospitaliers ne donnent lieu à aucun dispositif de retraite obligatoire par répartition. Le taux de remplacement (fraction du dernier salaire perçu comme pension à la retraite) des HU est estimé à moins de 30 %.

Les dispositifs par capitalisation présentés comme « solutions d'accompagnement » ont montré leurs limites.

Le dispositif optionnel de cotisation volontaire dans un système d'épargne individuelle par capitalisation mis en place en 2007 n'est pas une solution satisfaisante. Pour rappel, les praticiens HU cotisant volontairement dans un système de plan épargne retraite par points (type COREM, PREFON, MACSF...) peuvent bénéficier d'un abondement de l'employeur hospitalier d'un montant équivalent aux sommes placées dans la limite d'un plafond récemment rehaussé de 9 % à 12 %. Mais ces dispositifs par capitalisation sont financièrement peu intéressants, car il faut survivre 20 ans après le départ à la retraite pour espérer récupérer les sommes investies.

Cette précision quantitative est-elle nécessaire si on ne compare pas aux retraites par répartition ? Les pensions versées peuvent varier en fonction des aléas des marchés financiers. Il n'existe pas encore de données

exhaustives, mais une étude faite en 2022 au sein des Hospices Civils de Lyon a montré que, malgré le relèvement du plafond à 12 % lors du Ségur HU, seulement 60 % des praticiens HU titulaires avaient souscrit à un tel dispositif ; principalement des PU-PH plus à l'aise financièrement.

Le régime additionnel de la fonction publique (RAFP), régime par capitalisation assis sur une partie des primes et au rendement misérable (25 ans de survie après la retraite pour « récupérer sa mise »), n'est qu'un complément de pension anecdotique et négligeable au regard des salaires HU (moins de 100,00 €/mois...).

Le dispositif le plus défavorable est la disparition, depuis 2013, de la possibilité de « valider les services auxiliaires ».

Cette « validation des services auxiliaires » permettait de faire valoir, dans la carrière de fonctionnaire universitaire, la durée d'exercice hospitalier avant la nomination HU et d'avoir, à la retraite, une carrière complète dans la fonction publique et une pension de fonctionnaire sans décote (pension de retraite universitaire égale à 75 % du salaire universitaire des six derniers mois). Les HU nommés après 2013 ne bénéficient plus de cette possibilité et seront donc obligatoirement « polypensionnés », c'est-à-dire que leur retraite sera calculée sur plusieurs carrières incomplètes, dans le système SS + Ircantec et dans la fonction publique ; situation extrêmement défavorable financièrement.

Ces problèmes chroniques des retraites HU sont un repoussoir de plus en plus criant pour les jeunes générations, qui rechignent toujours plus à s'engager dans les cursus exigeants requis pour embrasser une carrière HU.

Une mission spécialement dédiée à ce problème des carrières HU

Cette mission a été confiée, en février 2023, à Mme la Professeure Catherine Uzan (Cheffe du service de Gynécologie à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière). Plusieurs réunions avec les intersyndicales et les représentants des deux ministères de tutelle ont eu lieu au premier trimestre 2023, coordonnées par Mme la Professeure Uzan.

Les relevés de conclusion de ces réunions ont été remarquablement unanimes et consensuels.

L'ensemble des participants était convaincu de l'urgence de relever significativement les retraites HU via un système par répartition de cotisations obligatoires au sein des systèmes de retraite de l'État. La réactivation du dispositif de « validation des services auxiliaires » (rétroactif à 2013) est unanimement souhaitée.

Concernant la prise en compte pour la retraite des émoluments hospitaliers :

- **L'option qui a la préférence de toutes les intersyndicales est l'inclusion du traitement de base hospitalier dans l'assiette de calcul de la retraite de fonctionnaire (75 % du salaire des 6 derniers mois pour une carrière complète). C'est l'option la plus intéressante financièrement (confirmée par les estimations faites par la mission Uzan) mais la plus coûteuse pour l'employeur. À noter que, lissé sur la pyramide des âges des 6 000 HU qui ne partiront pas tous à la retraite en même temps, ce surcoût ne devrait pas mettre en péril l'équilibre financier des CHU.**
- **Une autre option serait de soumettre les émoluments hospitaliers des HU aux cotisations SS + Ircantec ce qui correspond au mode de cotisations retraite de PH ou bien des HU non titulaires (CCU-AH, AHU, PHU, Enseignants associés). Cette option, qui pourrait avoir la faveur des tutelles et de certains collègues « égalitaristes », présente néanmoins de nombreux pièges, le diable résidant bien souvent dans les détails. Pour être acceptable, cette option doit inclure l'ensemble des primes et « éléments variables de paie » (ISPE, gardes & astreintes, primes diverses) dans l'assiette des cotisations.**

Le serpent de mer de la « proratisation » du salaire plafond de Tranche A/Tranche B doit enfin être pris en compte. Brièvement, la retraite complémentaire

IRCANTEC consiste en un cumul de points acquis tout au long de la carrière. La partie du salaire au-dessus du salaire plafond de la SS permet d'acquérir deux fois plus de points (tranche B) que la fraction de salaire sous le salaire plafond de la SS (tranche A). Ce seuil Tranche A/Tranche B est proratisé pour tous les salariés du public non titulaires de la fonction publique SAUF pour les Praticiens Hospitaliers qui subissent un « effet de tranche » très pénalisant pour les praticiens exerçant à temps réduit ou à temps partiel. Si les MCU-PH et les PU-PH devaient cotiser sur ce mode SS + Ircantec, il faudrait impérativement appliquer un seuil Tranche A/B inférieur au salaire plafond de la SS (3 666 €/mois en 2023) ... ce qui ouvre la porte à cette revendication pour l'ensemble des PH. Le chantier syndical de la reconnaissance de la pénibilité des gardes et astreintes pourrait aussi être abordé sous un angle commun par l'attribution de trimestres ou de points IRCANTEC bonifiés.

Les conséquences de la réforme 2023 rehaussant l'âge de la retraite à 64 ans ont été peu commentées par les intersyndicales médicales, les médecins prenant en moyenne leur retraite au-delà de 64 ans. C'est à mon sens une erreur stratégique, car au-delà de la solidarité avec l'ensemble du corps social majoritairement opposé à cette réforme, l'augmentation du nombre d'annuités pour avoir une retraite complète (disposition qui fait partie de la réforme) va obligatoirement impacter les médecins, notamment ceux qui ont des carrières incomplètes ou comportant de grandes périodes de temps partiel, c'est-à-dire souvent les femmes ... qui sont majoritaires maintenant dans le corps médical !

Alors que les travaux de la commission dirigée par Mme la Pr Uzan sont achevés depuis fin mars, le rapport n'a toujours pas été remis officiellement aux ministères concernés, preuve que le problème est sensible, mais pour APH, il est hors de question de laisser ce dossier en jachère ! Il est plus que temps de déboucher enfin sur une solution à la hauteur des enjeux et de la nécessaire attractivité des carrières hospitalo-universitaires, fleuron du système de santé français.

Dr Raphaël Briot

Si rien ne bouge, la désintégration progressive de la communauté HU aggravera encore plus la destruction de notre système de santé !

Jean Sibilia est Professeur de rhumatologie à Strasbourg, doyen de la faculté de Strasbourg et ancien président de la conférence nationale des doyens. Il a accepté de répondre à nos questions relatives aux mesures qu'il faudrait prendre pour redonner de l'attractivité à la carrière HU.

Actu'APH : Actuellement, on note une perte d'attractivité majeure pour les carrières hospitalo-universitaires puisqu'à ce jour 15 % des postes ne seraient plus pourvus chez les Chef de Clinique Assistant, porte d'entrée dans la carrière HU. Le nombre de démissions et de demandes de disponibilités sont en forte hausse, surtout chez les plus jeunes titulaires (MCU PH). Le système actuel des retraites des HU titulaires, qui n'intègre pas les émoluments hospitaliers dans le calcul des droits pour les retraites des HU titulaires, vous paraît-il acceptable et juste ? Pourquoi ?

Pr Jean Sibilia : C'est non seulement injuste, mais même inique et unique. Il y a peu (ou pas) d'exemple de métiers avec un tel engagement sans reconnaissance de l'engagement professionnel par une retraite décente. L'investissement des HU est de plus en plus important et complexe compte tenu des difficultés du système de santé. La crise COVID l'a démontré. Historiquement, l'absence de salaire hospitalier a été acceptée du fait de l'activité libérale hospitalière des HU. Pour beaucoup, cette activité libérale, qui est modeste, ne compense en rien l'absence de prise en compte des émoluments hospitaliers pour la retraite. Dans mon CHU, près de 1/3 des HU font du privé et parmi ce tiers, certains en font peu. De plus, pour certaines disciplines, l'activité libérale est impossible. Aujourd'hui, nous sommes face à un problème majeur d'attractivité des carrières HU, qui peut s'expliquer par trois raisons qui sont soulignées dans l'enquête Happy HU publiée récemment dans le JAMA.

- Le désarroi de la communauté HU est lié au fait qu'elle n'a plus le temps de se consacrer à ses activités universitaires, se sentant « aspirée » par les tâches de soin et par les tâches de management. Cette activité hospitalière, qui ne donne droit qu'à



des émoluments nous détourne de notre métier principal d'enseignant-chercheur universitaire, ce qui est regrettable.

- La vision des nouvelles générations, et c'est légitime, est d'avoir une juste valorisation de leur travail, par une reconnaissance, en particulier par une retraite et un salaire à la hauteur de leurs compétences et de leur engagement. Le métier de HU est fantastique, mais difficile. Le niveau de compétences et d'engagement de soins, de formation et de recherche rend légitime de ne pas être aussi mal traité.
- Les jeunes qui s'engagent dans la carrière HU le font avec le souhait d'un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Avoir une retraite qui ne prend pas en compte la moitié de son activité est vécue comme une injustice et comme un élément de non-attractivité.

Il n'y aura pas les ressources nécessaires pour remplacer les départs à la retraite du papy-boom, et ceux qui seront toujours là seront aspirés par les tâches de soins !

À force de ne pas traiter de ces sujets d'attractivité et de carrière, les jeunes vont se détourner de la carrière d'enseignant-chercheur. Dans un avenir proche, il n'y aura plus suffisamment de formateurs et de chercheurs. Par exemple, dans ma faculté, de 2027 à 2029, près de 40 % des PU-PH partiront à la retraite. Nous n'aurons certainement pas les ressources humaines nécessaires pour les remplacer. Ainsi, si l'hôpital souffre, l'institution qui risque d'être en grande difficulté est l'université. Et ce n'est qu'un début !

Actu'APH : Avez-vous participé à la mission du Pr Catherine Uzan ? Si oui, à quel titre ? Qu'en attendez-vous ?

Pr Jean Sibilia : Je n'y ai pas participé directement mais nous avons des débats importants à la conférence des doyens. Notre conférence porte avec conviction et détermination ces sujets. J'ai aussi porté ce message lorsque j'étais président de la conférence des doyens avec les syndicats H et HU. Nous devons proposer

une plateforme de propositions partagées par les doyens, l'institution universitaire et hospitalière et les syndicats. Il faut faire preuve d'esprit de corps, avec une vision de l'intérêt général de notre système de santé. Pour les patients, les étudiants et les jeunes générations, on ne peut pas imaginer un système de santé sans formation et recherche de qualité.

Il n'y a pas de soins de qualité sans recherche et formation de qualité !

On attend de cette mission :

- Un signal de reconnaissance et de respect, car il y a une symbolique dans la valorisation de notre métier par une retraite des HU.
- Un travail de fond sur l'attractivité d'entrée dans la carrière HU : non seulement en termes de salaire, mais surtout en termes de reconnaissance sociale (la retraite en fait partie) et de qualité des conditions de travail.
- Qu'elle permette réellement l'épanouissement des missions universitaires, sans quoi la formation va s'effiloche (celle des médecins, mais également celle des paramédicaux). Si on ne sanctuarise pas ces missions, il n'y aura plus de formation de qualité ni de recherche de qualité.

Actu'APH : Quelles pistes proposez-vous ?

Pr Jean Sibilia : En dehors de la prise en considération des émoluments hospitaliers dans le calcul des droits pour les retraites des HU titulaires, il ne faut pas oublier qu'il n'y a pas de date d'entrée standard dans le métier de HU. On peut être nommé à 35 ans ou bien plus tard. Il faudrait une péréquation par rapport aux missions réalisées antérieurement, notamment en termes d'échelon, afin qu'il y ait une forme d'équité par rapport à des entrées dans la titularisation qui varie beaucoup selon les parcours professionnels. On demande aux jeunes futurs HU des prérequis de très haut niveau (habilitation à diriger les recherches, mobilité d'un an sur ses propres deniers, niveau scientifique et médical mesuré par des indicateurs validés par les CNU). On ne peut pas accumuler ces exigences qui sont légitimes (et même indispensables) pour maintenir l'excellence de la médecine française, mais sans reconnaissance et sans valorisation.

Actu'APH : L'affiliation de la rémunération hospitalière au régime de base de fonctionnaire de l'État des HU a été plébiscitée par toutes les organisations syndicales. Cependant, la FHF s'est immédiatement inquiétée des conséquences financières qui s'élevaient entre 150 et 200 millions d'euros par an. APH et d'autres organisations syndicales ont fait valoir que l'État a déjà économisé des milliards d'euros sur « le dos » des HU titulaires et qu'en termes de symbolique l'équité entre tous qui sert de base à notre système de retraite par répartition qui se veut solidaire ne doit plus se faire aux dépens des HU titulaires. Quelle est votre analyse de ces positions ?

Pr Jean Sibilia : Je soutiens complètement cette position. Il est indécent dans le contexte actuel d'imaginer des « économies » au détriment du corps des enseignants-chercheurs HU. Il faut raisonner en investissement. Qu'est-ce qui est utile à la nation et à notre société ? Quels sont les grands sujets, les grands enjeux et les grandes demandes sociales ? La santé en fait éminemment partie comme l'écosécurité, l'accès au travail et l'accès aux ressources élémentaires. Il n'est pas imaginable de faire des économies sur un point aussi fondamental que celui de la santé. C'est un investissement fondamental pour demain avec une vision « One Health » qui donne une nouvelle dimension à nos missions HU.

Le manque de perspective et les incertitudes croissantes de notre monde augmentent le malaise actuel. Ma grande inquiétude porte sur le renouvellement des cadres HU car, sans eux, le niveau de la médecine en France va obligatoirement faiblir.

Si on veut une formation et une recherche de qualité, il faut former nos jeunes en ayant les moyens de le faire, sinon nos « jeunes cerveaux » feront autre chose ou partiront ailleurs !

Actu'APH : Pensez-vous que les préconisations du Pr Uzan vont être suivies de faits ?

Pr Jean Sibilia : On l'espère sincèrement. Je souhaitais saluer l'excellent travail de Mme Uzan. Nous avons aussi l'écoute bienveillante de François Braun et de Sylvie Retailleau, nos deux ministres. J'ai confiance dans leur intelligence et leur engagement à défendre les enseignants-chercheurs HU, mais nous attendons du concret. Le temps de la réflexion est passé. Le temps de l'action est venu. Arrêtons de subir. Il est

temps d'agir. J'ai confiance dans nos tutelles, mais nos ministres n'ont pas forcément les clés de la décision, car les arbitrages économiques se feront à Bercy. J'espère que la « réduction de voilure » préconisée récemment par notre Première ministre ne se fera pas sur le dos des mesures d'attractivité pour les enseignants-chercheurs HU.

Confiance, mais immense prudence...

La retraite c'est important, mais il faut surtout assurer la qualité du travail en nous donnant les moyens à la hauteur des immenses enjeux de la santé, mais aussi de la prévention. Nos hôpitaux et nos universités sont en souffrance comme l'ensemble de notre système de santé. Il faut tout faire pour retrouver efficacité et sérénité.

Le malaise actuel s'amplifie. Je sens monter une grogne que je n'ai jamais connue. Si rien n'est fait, je ne garantis pas que les choses continuent à bien se passer. On nous demande de réformer profondément les études de santé, notamment en intégrant une pédagogie par la simulation, de mieux organiser la coordination universitaire entre tous les métiers de santé, d'assurer la recherche et l'innovation, d'intégrer la transformation de l'e-santé et d'aider à sauver le système de santé. Il faut reconnaître que cela s'apparente parfois aux 12 travaux d'Hercule. Ce n'est pas au moment où on nous demande tant d'efforts qu'il faut réduire la voilure. Cela serait incompréhensible.

Notons qu'il y a 20 ans nous étions environ 7 000 HU et aujourd'hui nous sommes près de 6 000 alors que le nombre d'étudiants en médecine a été multiplié quasiment par trois et que les tâches universitaires se sont drastiquement renforcées, sans évoquer la complexité des soins d'une population vieillissante, percluse d'affections chroniques. On n'a pas de baguette magique, mais nous sommes là pour faire tout ce que nous pouvons pour continuer à assurer une formation, une recherche et des soins exemplaires. C'est la noblesse de l'engagement des HU !

Propos recueillis par Christiane Mura

ils ont pris leur retraite ou vont la prendre prochainement

Interview de Jean Garric

Comment as-tu préparé le passage de la vie active à la vie de retraité ?

Cela a été simple en fait. Les questions étaient les suivantes :

- Comment tenir jusqu'au départ en retraite ? Ayant eu quelques pépins de santé dès l'âge de 56 ans, je me devais de poser cette question.
- Que faire de mon CET (j'avais plus de 6 mois) ? Le fractionner ou le vider totalement d'un coup juste avant mon départ en retraite ?
- Prévoir une prolongation d'activité ? Ayant eu trois enfants, je pouvais bénéficier de droit d'une prolongation d'un an sans problème.
- Prévoir un cumul emploi-retraite ? Ayant pratiquement fait toute ma carrière hospitalière en réanimation, il m'apparaissait difficile de revenir en anesthésie pure et pouvoir donner un coup de main à mes collègues au bloc opératoire ou en consultation. Cibler des postes transversaux comme la qualité ou l'hémovigilance, ou la matériovigilance était impossible, ces postes étant occupés par des collègues plus jeunes. Donc prévoir un cumul emploi-retraite à l'intérieur de mon établissement, impliquant des négociations avec l'administration locale (outre le chef de service) avant la date de départ, était illusoire. Prévoir un cumul emploi-retraite à l'extérieur de l'établissement ne serait à l'ordre du jour qu'une fois en retraite.
- De quels documents aurais-je besoin pour faire valoir mes droits à retraite et à quels organismes devrais-je m'adresser ? Déjà toutes mes feuilles de paye, c'est-à-dire celles de notre carrière hospitalière, mais aussi celles de mon externat, de tous les petits boulots éventuels qui ont jalonné mes études, et ce depuis la première jusqu'à la dernière, de manière à pouvoir justifier tous les trimestres possibles d'activité. Cela permet aussi de vérifier les relevés de carrière envoyés régulièrement au cours de notre vie professionnelle par la Sécurité sociale. Cela permet aussi de repérer les caisses de retraite complémentaires qui ont donné lieu à cotisations. Sinon, des documents officiels telles photocopies de carte d'identité, de livret de famille, de livret militaire ...

La première chose a été d'aménager ma fin de carrière en allégeant ma participation à la permanence des soins au niveau de mon unité d'affectation (réanimation chirurgicale), mais également à l'extérieur de celle-ci (SMUR hélico). Ainsi, deux ans avant mon départ, à la suite d'une restructuration du service, j'ai eu la chance de ne plus participer à la permanence des soins que sous forme d'astreintes (une semaine par mois) et seulement au niveau de mon unité d'affectation.

Par ailleurs, j'avais accepté de prolonger d'un an mon activité, en sachant que je solderai sous forme de congés tout mon CET en une seule fois et juste avant mon départ en retraite.

Ainsi, mon âge de départ, initialement de 65 ans et 9 mois, est devenu 66 ans et 9 mois, et j'ai pu partir en CET le 15 mai 2018 et en retraite le 28 décembre 2018.

Ne pas oublier de débiter les formalités administratives de départ six mois avant le départ effectif.

J'ai entrepris les démarches pour la mise en place de ma retraite six mois avant, comme conseillé par les différents organismes de retraite dont je dépendais. Cette préparation a permis aussi de diminuer progressivement mes revenus. En effet pendant la période de récupération de mon CET, je ne percevais que le salaire sans participation à la permanence des soins. Au final, avec 179 trimestres validés, trois enfants et une année supplémentaire, le tout donnant une certaine surcote (18 % pour la CNAV), le taux de remplacement basé sur les cinq dernières années d'activité s'élève à 59 % (63 % pour un taux basé sur les trois dernières années).

Quelles difficultés as-tu rencontrées auprès des organismes, voire de l'hôpital, pour la mise en place de ta retraite ?

Je n'ai rencontré aucune grosse difficulté particulière. Dans mon établissement, la direction des affaires médicales était très bien organisée quant aux départs en retraite (c'était la fonction principale d'un agent) et

apportait sans problème tout son soutien aux personnes concernées pour établir leur dossier et leur expliquer la procédure. Mais c'est vrai que, du fait de mes fonctions et de mon engagement, pas seulement syndical, au sein de l'établissement, ils me connaissaient bien... Là où il fallait être très attentif, c'est au niveau des décomptes des congés annuels, des jours CET, des RTT de l'année en cours, des plages additionnelles de l'année en cours (le plus simple c'est de les rémunérer) à partir de la date officielle de départ en retraite. Mais avec une bonne méthodologie (décompte simple sur calendrier), nous sommes vite tombés d'accord.

Quant aux organismes de retraite, que ce soit la CNAV ou AGIRC-ARRCO ou l'IRCANTEC, à partir du moment où le délai de six mois était respecté, il n'y a eu aucun problème. Ils signalent même les périodes lacunaires où vous n'avez pas cotisé et vous en demandent la raison. Pour ma part, un mois avant ma date de départ, j'ai été avisé du montant de ma retraite avec incorporation de l'année en cours. Mais peut-être que le fait que ma date de départ était proche de la fin de l'année civile a-t-il facilité les choses.

Que conseilles-tu en termes de préparation aux personnes proches de la retraite ?

Y penser dès que l'on entre dans la vie active. Garder toutes ses feuilles de paye est essentiel. Le nombre de trimestres validés est une donnée essentielle pour éviter au maximum une décote.

Puis de bien peser le pour et le contre aussi pour sa retraite à chaque changement de vie professionnelle. Enfin de réfléchir à sa fin de carrière et à son « après » dès l'âge de 60 ans. En effet certains choix, comme le cumul emploi-retraite ou l'utilisation de son CET nécessiteront des négociations, des changements de poste peut-être ou des mutations, voire auront des réper-

cussions sur le montant de la retraite (surcote, décote). Bien sûr, tout est question des aspirations et des contraintes. Le seul moyen de ne pas être « trop » déçu, c'est de s'y prendre tôt pour une analyse sereine incorporant la réflexion sur la retraite.

TÉMOIGNAGE DE RICHARD TORRIELLI, MEMBRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION D'APH ET ANCIEN MEMBRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU SNPHARE.

Pour Richard, la retraite n'est ni un retrait ni une inactivité. La retraite ne doit pas être une rupture. C'est une erreur de se dire que l'on va changer complètement sa vie. Préparer sa retraite c'est faire que sa vie ait un intérêt et que la vie professionnelle ne soit pas l'alpha et l'oméga de son existence.

Pendant sa vie professionnelle, il a toujours eu des activités non professionnelles, comme des activités syndicales, humanitaires (cours dans les pays exotiques), écrivain, qu'il a continuées après l'arrêt de son activité clinique. Il est lui-même, dans une seule peau, qui soigne, qui écrit.

Pour lui, la meilleure préparation est de fixer la date à partir de laquelle on part en sachant qu'on ne sera « plus rien » pour l'hôpital dans lequel on a été important. En ce qui le concerne, il avait décidé du jour précis du départ et fait son pot de départ la veille en remettant ses clés. Il faut que la rupture soit claire et nette, sans continuer à « traîner » dans le service. Cette attitude lui a permis, quelques mois après son départ, de ne se sentir ni ému, ni dégoûté, ni nostalgique à l'occasion d'une visite dans son ancien service à la demande d'un de ses collègues.

La vie n'est pas le remplissage continu d'activités de réflexion, de contacts humains... « Le savoir ne rien faire » fait partie du bien-être.

On n'a rien trouvé de plus structurant que le travail et certains se sentent déstructurés en partant à la retraite. Il est important de garder un contenant social (et le syndicat lui apporte beaucoup) et d'être contenu par quelque chose et/ou par quelqu'un.

TÉMOIGNAGE DE CAROLE POUPON, PRÉSIDENTE DU SNBH ET VICE-PRÉSIDENTE D'APH

Tu prépares actuellement ton départ à la retraite. Où en es-tu ?

J'ai pris rendez-vous avec l'IRCANTEC pour faire une simulation. Ce rendez-vous est important, car on s'aperçoit qu'il y a des oublis à compléter, ce qui peut nous faire gagner des trimestres. Pendant le congrès du SNBH, nous invitons toujours un représentant de l'IRCANTEC, ce qui permet aux congressistes de leur demander des conseils.

Pour l'assurance retraite, le site info-retraite est très bien fait et il faut s'y rendre pour compléter son dossier.

On envoie les éléments manquants, et progressivement on peut faire des simulations de la date minimale et maximale de prise de la retraite.

Une fois qu'on a pris sa décision sur la date de départ, il faut prendre rendez-vous avec la direction de son établissement pour faire le décompte de son CET pour les prendre en congé. Certains établissements proposent de payer les CET lorsqu'ils ont besoin de vous.

Appréhendes-tu ce passage de la vie active à la vie de retraitée ?

J'aime mon métier et mes missions syndicales. Afin qu'il n'y ait pas de rupture brutale, j'envisage des missions qui vont me permettre de garder des contacts avec le syndicat et la biologie. Je suis même une formation de médiation.

J'ai également proposé au SNBH de continuer à m'occuper de l'organisation du congrès. Je verrai comment ça se passe...