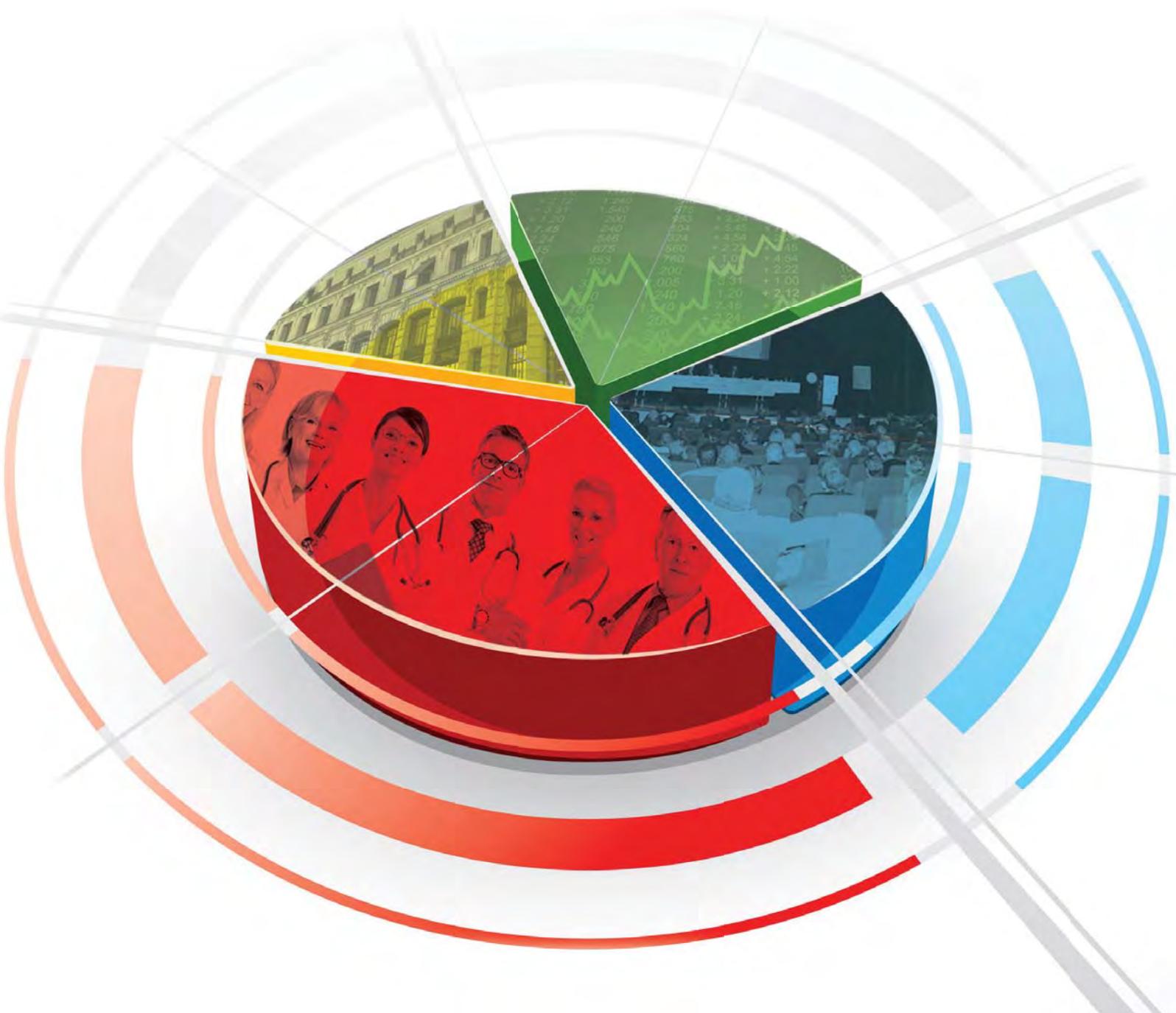


Le rapport du directeur 2016



Le présent rapport dresse le bilan de l'activité de la CARMF pour l'année 2016

SOMMAIRE

→ L'activité de la CARMF en 2016	Page	5
→ La gestion technique	Page	37
→ La gestion financière	Page	119
→ La gestion administrative	Page	131
→ Conclusion	Page	139

En bref, l'activité de la CARMF en 2016

Janvier 2016

- 125 601 cotisants à la CARMF, y compris les médecins en cumul retraite/activité et les conjoints collaborateurs cotisants.
- 81 918 allocataires (droits propres et droits dérivés), comprenant les conjoints collaborateurs retraités.
- 4 165 prestataires.
- Le montant de la retraite complémentaire est revalorisé de 0,2 %, celui des prestations d'incapacité temporaire de 1 %, celui de l'assurance invalidité de 1 % et celui des prestations décès de 1 %.
- La valeur de service du point du régime CAPIMED est augmentée de 0,8 %.

15 janvier 2016

- Dans le cadre d'une élection complémentaire, le Docteur Paul Henri BOLLA est élu administrateur suppléant du collège des cotisants de la région n° 12 – BANLIEUE PARISIENNE.

30 janvier 2016

- Le Conseil d'administration adopte la réforme de l'âge de départ à la retraite dans le régime complémentaire à partir de 62 ans dite « en temps choisi », qui permettra aux médecins qui choisissent de continuer leur activité après 62 ans, de bénéficier en plus des points acquis par leurs cotisations, de 5 % supplémentaires de retraite par an (1,25 % par trimestre) jusqu'à 65 ans et de 3 % supplémentaires par an (0,75 % par trimestre) de 65 à 70 ans.

Les modifications statutaires adoptées obtiendront un avis favorable du Conseil d'administration de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des professions libérales (CNAVPL) le 24 mars 2016.

27 février 2016

- Parution au Journal Officiel d'un décret n° 2016-192 du 25 février 2016 relatif à la simplification et à l'harmonisation du recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants non agricoles.

Celui-ci reporte notamment au 1^{er} janvier 2018 l'entrée en application du dispositif d'appel de cotisations du régime de base dit « 3-en-1 » (régularisation de la cotisation de l'année précédente, ajustement de la cotisation provisionnelle de l'année en cours, et appel de la cotisation de l'année suivante) et de la gestion des appels de cotisations au fil de l'eau.

Un décret n° 2016-193 du 25 février 2016 est également relatif au recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants non agricoles relevant du régime prévu à l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale.

Mars 2016

- Parution de la Lettre aux Allocataires de la CARMF, N° 13.

Avril 2016

- La mise en place en juin 2016 de l'appel de cotisations dit « 2-en-1 » dans le régime de base (cf. infra) conduit la CARMF à avancer dorénavant à partir d'avril la collecte des revenus servant au calcul des cotisations, jusqu'alors réalisée au dernier trimestre de l'année.

Pour les affiliés dont les derniers revenus non-salariés sont supérieurs à 7 723 €, cette déclaration doit en outre obligatoirement être faite par voie dématérialisée, sur l'espace personnel eCARMF.

En l'occurrence, les revenus d'activité 2015 doivent être déclarés à la CARMF avant le 19 mai 2016 pour les déclarations « papier » et le 9 juin 2016 pour les déclarations sur internet.

4 avril 2016

- Le Docteur LARDENOIS, Président de la CARMF, demande par une lettre adressée à Madame TOURAINE, ministre des Affaires sociales et de la Santé, une modification du décret étendant la cotisation minimale du régime de base à compter du 1^{er} janvier 2016 à l'ensemble des professionnels libéraux, y compris à ceux dont l'activité libérale n'est pas l'activité principale ou qui exercent dans le cadre du cumul retraite/activité libérale qui en étaient jusqu'alors exclus, et un retour à la situation antérieure.

23 avril 2016

- Les comptes annuels de l'exercice 2015 et le rapport du Conseil d'administration sur les comptes sont adoptés à l'unanimité par le Conseil d'administration de la CARMF.

Les comptes annuels ont été auparavant certifiés sans réserves par le commissaire aux comptes de la CARMF comme réguliers et sincères et donnant une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice 2015 ainsi que de la situation financière et du patrimoine de la CARMF à la fin de cet exercice.

23 avril 2016 (suite)

- Dans un souci d'harmonisation et conformément à un vœu de l'ensemble des syndicats médicaux, le Conseil d'administration adopte des modifications des statuts du régime des allocations supplémentaires de vieillesse (ASV) afin d'y introduire les dispositions de la réforme de l'âge de départ à la retraite à partir de 62 ans dite « en temps choisi », dans les mêmes conditions que dans le régime complémentaire.

Ces modifications statutaires obtiendront un avis favorable du Conseil d'administration de la CNAVPL le 30 juin 2016.

26 mai 2016

- Parution au Journal Officiel du décret n° 2016-667 du 24 mai 2016 relatif au calcul des droits à pension d'invalidité dans le cadre de la coordination entre divers régimes.

27, 28 et 29 mai 2016

- Les membres du Conseil d'administration sont réunis en séminaire à REIMS, consacré à la gouvernance de l'Organisation Autonome d'Assurance Vieillesse des Professions Libérales, en présence du Président de la CNAVPL, Monsieur Pol LAVEFVE.

Mi-Juin 2016

- Entrée en application dans le cadre de l'appel du solde des cotisations CARMF du nouveau dispositif, dit « 2 en 1 », applicable aux cotisations du régime de base :
 - calcul de la régularisation de la cotisation de la dernière année dès que le revenu de la dernière année écoulée est définitivement connu ;
 - recalcul (ou « ajustement ») de la cotisation provisionnelle de l'année en fonction du même revenu.

23 juin 2016

- Le Conseil d'Etat fait droit au recours pour excès de pouvoir formé par la CARMF à l'encontre du décret et de l'arrêté relatifs aux conditions et modalités d'attribution de six sièges aux représentants des organisations syndicales au sein du Conseil d'administration de la CNAVPL et annule les textes concernés à effet du 1^{er} octobre 2016.

Juillet 2016

- 53,77 ans, âge moyen des médecins affiliés à la CARMF.
- 73,28 ans, âge moyen des médecins retraités.
- 79,67 ans, âge moyen des conjoints survivants retraités.
- 65 490 médecins généralistes (dont 38,13 % sont des femmes) et 58 168 médecins spécialistes (dont 34,44 % sont des femmes) ; la féminisation de la profession est légèrement plus marquée chez les généralistes.
- Le mode conventionnel est le suivant : 92 268 médecins (soit 76,21 %) exercent en secteur I (dont 37,93 % de femmes) et 28 800 (soit 23,79 %) en secteur II (dont 31,26 % de femmes). L'effectif des médecins non conventionnés est de 2 041 (dont 799 femmes, soit 39,15 %).

22 juillet 2016

- Signature du contrat pluriannuel entre l'Etat et la CNAVPL pour la période 2016-2019 comportant notamment des objectifs de qualité de gestion pour le régime de base.

4 septembre 2016

- Publication au Journal Officiel du décret n° 2016-1198 du 2 septembre 2016 modifiant le décret n° 2011-1644 du 25 novembre 2011 relatif au régime ASV, qui d'une part relève progressivement le montant de la cotisation d'ajustement à partir de 2017 pour atteindre 3,8 % en 2020 (article 1^{er}) et d'autre part fixe la nouvelle valeur de service du point à compter du 1^{er} janvier 2017, soit 11,31 €, en cohérence avec la réforme du départ en retraite en temps choisi à partir de 62 ans adopté par le Conseil d'administration de la CARMF.

16 septembre 2016

- Le Conseil d'administration de la CARMF examine un projet de décret relatif aux règles d'investissements de plusieurs caisses de retraite des professions libérales dont la CARMF et adopte la motion suivante :

« Alors que la CARMF a fait la preuve de sa capacité à gérer avec prudence et efficacité les réserves de ses régimes (avec un taux de rendement annuel moyen net d'inflation de 3 % depuis plus de 20 ans), ce projet considère les caisses concernées comme manquant de compétences en imposant notamment :

- la participation d'un représentant de l'État aux Commissions de Placements,
- la création de « fonds mutualisés » non prévus par le Code Monétaire et Financier comportant obligatoirement des investisseurs tiers,
- des contraintes de gestion supérieures à celles des autres investisseurs.

Alors que les caisses concernées gèrent des réserves de long terme et ont une vocation naturelle à participer au financement de l'économie, ce projet réduit les possibilités d'investissement en actions et dans l'immobilier.

Le Conseil d'administration comme d'autres caisses l'ont déjà fait, rejette donc fermement ce projet de décret dans sa forme actuelle et demande sa réécriture complète, dans le cadre d'une concertation réelle avec les pouvoirs publics. ».

17 septembre 2016

→ L'Assemblée générale des délégués, réunie au Palais des Congrès de Paris, approuve à la quasi-unanimité les comptes de la CARMF pour l'exercice 2015. Le résultat a été de 96,02 % de "OUI" et de 3,98 % de "NON" soit 458 voix contre 19 sur un total de 477 suffrages exprimés.

En préambule de cette assemblée, un colloque est organisé sur le thème suivant : "Action sociale, entraide ordinaire, associations... Quel soutien pour les médecins ?", en présence de nombreux intervenants :

- Docteur Thierry Lardenois, Président de la CARMF
- Madame Bénédicte Jouffroy, Présidente de commission de l'action sociale de la CNAVPL
- Docteur Patrick Bouet, Président du CNOM
- Docteur Jacques Morali, Président de la commission d'entraide du CNOM
- Docteur Yves Léopold, APSS (Association pour la promotion des soins aux soignants)
- Docteur Michel Carsin, Président de l'ERMB (Entraide Régionale des Médecins de Bretagne)
- Docteur Michel Evreux, Président de L'ASRA (Aide aux soignants de Rhône-Alpes)
- Docteur Jean Thévenot, Association «MOTS» (Organisation du travail et santé du médecin)
- Docteur Eric Galam, Association «AAPML» (Association d'aide aux professionnels de santé & médecins libéraux)
- Docteur Vincent Royaux, Association «ARENE» (Association Régionale d'Entraide du Nord Est).

Octobre 2016

→ Parution de la lettre CARMF n° 40, consacrée pour partie à la réforme de l'âge du départ en retraite dite « en temps choisi ».

18 octobre 2016

→ Suite à l'annulation par le Conseil d'Etat du texte précédent (cf. supra), paraît au Journal Officiel un décret n° 2016-1391 du 17 octobre 2016 relatif à la composition du Conseil d'administration de la CNAPVL et à la désignation des représentants des organisations syndicales au sein de cette instance.

Réunis le 21 octobre suivant, les membres du Conseil d'administration de la CARMF décident d'un nouveau recours pour excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat à l'encontre de ce dernier décret.

21 octobre 2016

→ PRÉVISIONS POUR 2017

Régime complémentaire

- Le taux de la cotisation est porté à 9,7 %.
- La valeur annuelle du point de retraite est augmentée de 0,8 %.

Régime invalidité-décès

- La cotisation reste à 720 € (Classe B)
- Les prestations sont revalorisées de 1,8 % pour l'assurance invalidité et de 1,8 % pour l'assurance décès. Le montant de l'indemnité-décès reste fixé à 60 000 €.

23 octobre 2016

- Publication au Journal Officiel de l'arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.

Un article 72, intitulé « *Pérennisation du régime des allocations supplémentaires de vieillesse (ASV)* », maintient la participation des caisses au financement de la cotisation due par les médecins conventionnés aux deux tiers du montant de ladite cotisation.

18 novembre 2016

- Le Conseil d'administration adopte différentes modifications des statuts généraux de la CARMF relatives à la détermination du nombre de délégués des collèges des cotisants et des retraités, ou encore aux règles applicables en cas de changement de collège des administrateurs en cours de mandat.

19 novembre 2016

→ PRÉVISIONS POUR 2017

Régime de base

(pour mémoire, le régime est géré depuis 2004 par la CNAVPL)

➤ Cotisations

- Tranche 1
Taux : 8,23 % jusqu'à 39 228 €
- Tranche 2
Taux : 1,87 % jusqu'à 196 140 €

➤ Valeur annuelle du point de retraite : 0,5635 €.

Décembre 2016

- Parution du bulletin *Informations de la CARMF* n° 64.

4 décembre 2016

- Parution au Journal Officiel de l'arrêté du 30 novembre 2016 portant approbation des modifications apportées aux statuts du régime complémentaire de la section professionnelle des médecins (CARMF), correspondant aux dispositions de la réforme de l'âge du départ en retraite dite « en temps choisi ».

Il sera complété d'un arrêté du 21 décembre 2016.

Pour le régime ASV, un arrêté du 1^{er} décembre 2016 portant approbation des modifications apportées aux statuts dudit régime sera publié au Journal Officiel le 6 décembre suivant.

Ces dispositions entreront en vigueur au 1^{er} janvier 2017.

Elles donneront lieu par ailleurs à deux communiqués de presse de la CARMF des 8 et 12 décembre 2016.

15 décembre 2016

- Signature du contrat de gestion CNAVPL – CARMF pour la période 2016 – 2019 par les présidents et directeurs respectifs des deux organismes.

16 décembre 2016

- Dans le cadre d'élections complémentaires, le Docteur Jean-Claude SOULARY est élu administrateur suppléant du collège des cotisants de la région de LILLE et le Docteur David MACHEDA est élu administrateur suppléant du collège des cotisants de la région de LYON.

24 décembre 2016

- Parution au Journal Officiel de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

31 décembre 2016

- La performance financière globale du portefeuille de la CARMF (après impôts) s'établit à 3,17 % en 2016.
- Le pourcentage des cotisations non acquittées à fin 2016 est de 0,54%.
- Les frais administratifs représentent en 2016 1,051 % des cotisations encaissées.
- Le régime CAPIMED connaît une situation dans la continuité des années précédentes s'agissant des effectifs cotisants. Le rendement financier net attribué aux assurés en 2016 s'élève à 3 %.

1^{er} janvier 2017

- Parmi les 64 365 médecins retraités, 35,58 % (soit 22 900) ont 75 ans et plus ; ce taux se fixait à 54,28 % au 1^{er} janvier 2006, à 46,72 % au 1^{er} janvier 2011 et à 36,26 % au 1^{er} janvier 2016.
- Chez les conjoints survivants retraités, ce pourcentage se fixe à 67,88 % (soit 13 891 sur 20 464 allocataires) ; ce taux s'élevait à 70,85 % au 1^{er} janvier 2006, à 70,63 % au 1^{er} janvier 2011 et à 67,91 % en 2016.
- Chez les médecins cotisants, la classe d'âge la plus nombreuse est celle des 60 à 64 ans ; au 1^{er} janvier 2006, c'était celle des 50 à 54 ans et au 1^{er} janvier 2011, celle des 55 à 59 ans.

La gestion technique

L'évolution des effectifs

▪ Cotisants	15
▪ Allocataires	24
▪ Prestataires	31

La gestion des différents régimes

→ Assurance vieillesse	
▪ Régime de base	37
▪ Régime complémentaire	58
▪ Régime ASV	66
→ Prévoyance régime invalidité-décès	91
→ Assurance facultative CAPIMED	98
→ Pré-retraite régime ADR (dit MICA)	103

Les aspects du fonctionnement

▪ Activité 2016	104
▪ Modifications statutaires (approuvées et en attente d'approbation)	106
▪ Dossiers en cours et examinés	110

L'action sociale	116
-------------------------------	-----

L'évolution des effectifs

Au 1^{er} juillet 2016, les affiliés à la CARMF, toutes catégories confondues (médecins cotisants, conjoints collaborateurs, allocataires, prestataires, ...), sont au nombre de 213 733, étant précisé que certains ressortissants peuvent appartenir à une ou plusieurs de ces catégories (médecins en cumul retraite/activité libérale, cotisants ou retraités et par ailleurs conjoints survivants d'un médecin décédé, ...).

EVOLUTION DE L'EFFECTIF DES MÉDECINS COTISANTS

Mouvements

7 370 médecins ont été affiliés entre le 1^{er} juillet 2015 et le 30 juin 2016 (dont 387 réaffiliations et 2 407 réaffiliations au titre du cumul retraite/activité libérale).

En tenant compte du nombre de médecins radiés pendant cette période pour retraite, invalidité, décès et autres motifs, l'effectif des médecins cotisants, y compris ceux en cumul retraite/activité libérale, passe de 124 535 au 1^{er} juillet 2015 à 123 658 au 1^{er} juillet 2016 (soit - 0,70 %).

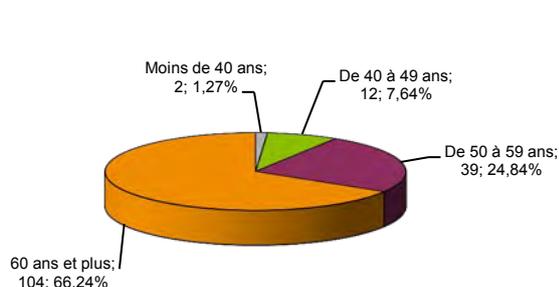
1/Radiés pour décès

Le nombre de médecins cotisants (hors médecins en cumul retraite/activité libérale) décédés entre le 1^{er} juillet 2015 et le 30 juin 2016, s'est élevé à 203.

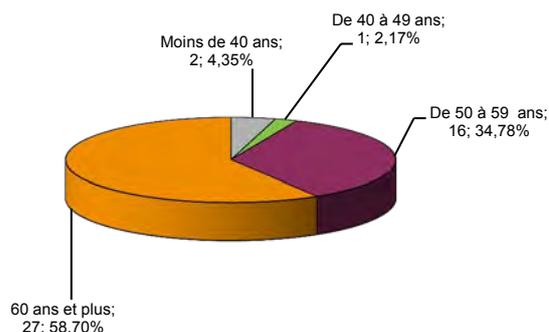
L'âge moyen au décès est de 60,36 ans (60,54 ans pour les hommes et 59,76 ans pour les femmes) ; il se fixait à 54,24 ans en 2001, 56,97 ans en 2006 et 58,27 ans en 2011.

La répartition de ces 203 décès par classe d'âge et par sexe est la suivante :

Hommes = 157



Femmes = 46



2/Radiés pour retraite

Le nombre de médecins cotisants radiés pour retraite entre le 1^{er} juillet 2015 et le 30 juin 2016 s'est fixé à 4 820 (3 579 hommes soit 74,25 % et 1 241 femmes soit 25,75 %).

L'âge moyen des médecins cotisants ayant pris leur retraite durant cette période est de 65,66 ans (65,80 ans pour les hommes et 65,24 ans pour les femmes).

3/Radiés pour invalidité

76 médecins cotisants (50 hommes soit 65,79 % et 26 femmes soit 34,21 %) ont été admis au service de la pension d'invalidité entre le 1^{er} juillet 2015 et le 30 juin 2016.

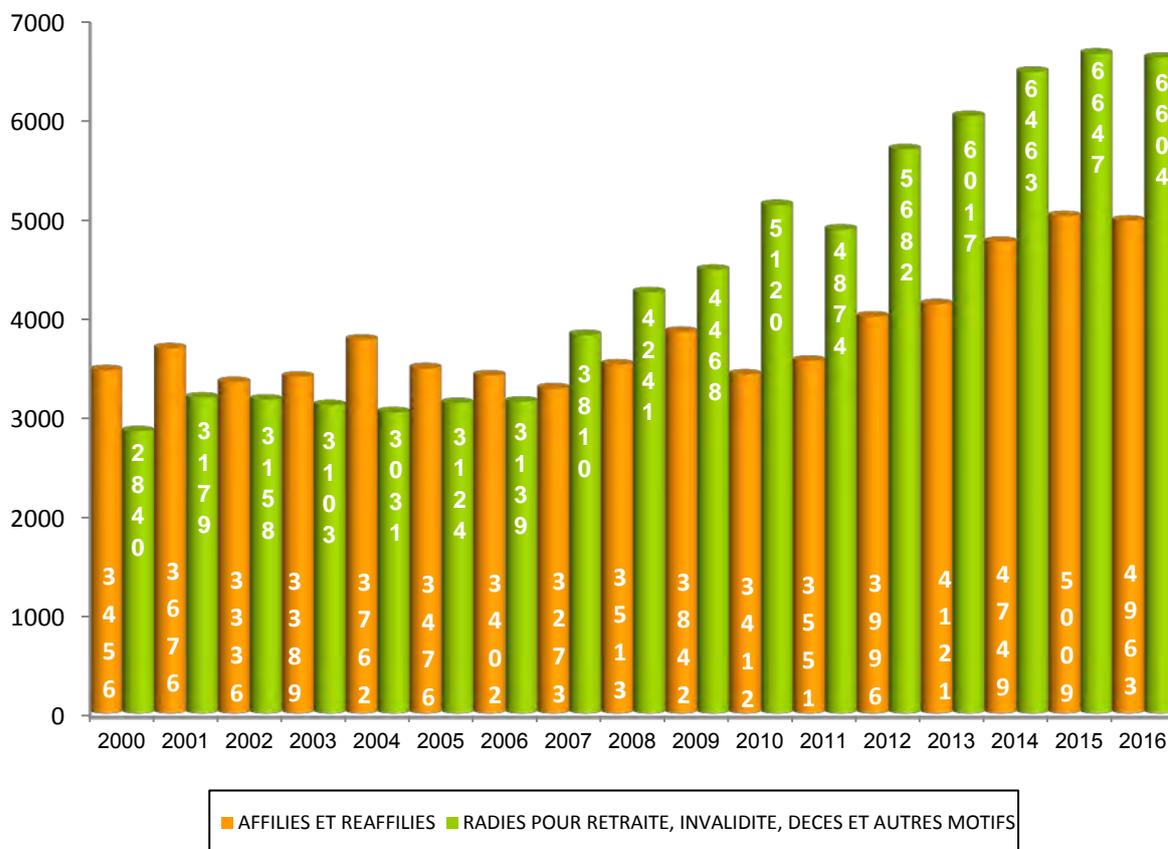
L'âge moyen est de 57,46 ans (57,64 ans pour les hommes et 57,12 ans pour les femmes).

4/Radiés pour autres motifs

1 505 médecins cotisants ont été radiés pour autres motifs entre le 1^{er} juillet 2015 et le 30 juin 2016 (780 hommes et 725 femmes).

L'âge moyen de radiation est de 48,46 ans (52,11 ans pour les hommes et 44,54 ans pour les femmes).

**Mouvements démographiques depuis 2000
(hors médecins en cumul retraite/activité libérale)**



Age et Sexe

Parmi les 4 963 médecins inscrits à la CARMF (hors médecins en cumul retraite/activité libérale) entre le 1^{er} juillet 2015 et le 30 juin 2016, 2 735 sont des femmes (soit 55,11 %).

Elles représentent au 1^{er} juillet 2016, 36,39 % des effectifs des médecins cotisants ; ce taux se fixait à 22,38 % en 1991, à 27,39 % en 2001 et à 31,99 % en 2011.

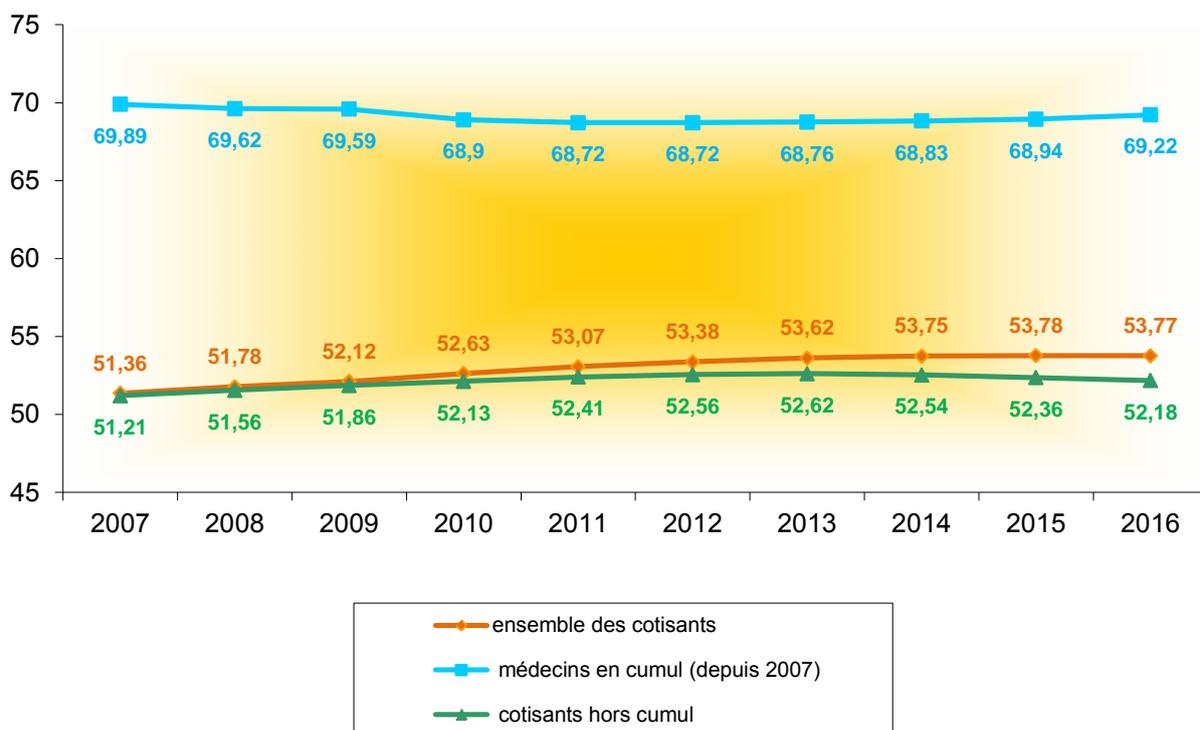
L'âge moyen des médecins cotisants est au 1^{er} juillet 2016, de 50,02 ans pour les femmes et de 55,92 ans pour les hommes.

La moyenne générale s'établit à cette date à 53,77 ans.

L'évolution des dernières années est la suivante :

Au 1 ^{er} juillet	Age moyen des cotisants
2010	52,63 ans
2011	53,07 ans
2012	53,38 ans
2013	53,62 ans
2014	53,75 ans
2015	53,78 ans
2016	53,77 ans

Evolution de l'âge moyen des cotisants au 1^{er} juillet de chaque année



Quant à l'âge moyen d'affiliation (ou de réaffiliation) (hors médecins en cumul retraite/activité libérale), il est, tous régimes confondus, de 37,55 ans entre le 1^{er} juillet 2015 et le 30 juin 2016 (35,97 ans pour les femmes et 39,49 ans pour les hommes).

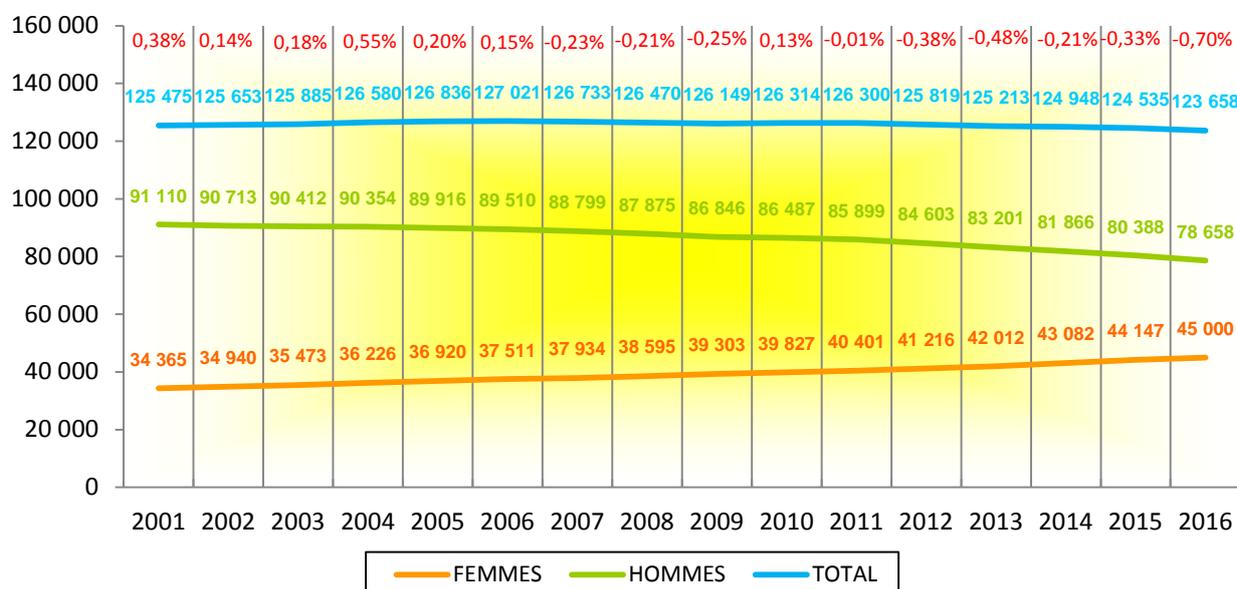
Au cours de ces dernières années, il s'établit comme suit :

Au 1 ^{er} juillet	Age moyen d'affiliation
2010	38,88 ans
2011	38,82 ans
2012	38,81 ans
2013	38,40 ans
2014	37,98 ans
2015	37,48 ans
2016	37,55 ans

L'âge moyen d'affiliation relativement élevé s'explique par l'augmentation de la durée des études, la spécialisation et un allongement de la durée d'activité salariée en début de carrière. On note toutefois une tendance à la baisse de cet âge moyen depuis quelques années, liée à la féminisation croissante de la profession.

En écartant l'effectif (387) des médecins réaffiliés, l'âge moyen de ceux affiliés pour la première fois est de 36,74 ans (46,85 % sont cependant âgés de 30 à 34 ans).

Evolution de l'effectif des cotisants par sexe depuis 2001 au 1^{er} juillet de chaque année



Ce graphique permet d'observer :

- une légère diminution de l'effectif cotisants sur les dix dernières années imputable en grande partie aux effets du numerus clausus, malgré l'apport du cumul retraite/activité libérale,
- l'évolution négative de l'effectif chez les médecins hommes depuis 2000,
- la poursuite de la féminisation de la profession (27,39 % des cotisants en 2001, 36,39 % en 2016).

Répartition des affiliés par régime et secteur

Exercices (au 1er juillet)	Régime de base	Régime Complémentaire (1)	A S V		Adhérents volontaires
			Secteur I	Secteur II	
1999	123 292	124 379	93 937 (76,9 %)	28 182 (23,1 %)	1 127
2000	123 952	124 975	94 565 (77,0 %)	28 219 (23,0 %)	1 077
2001	124 419	125 456	95 105 (77,1 %)	28 271 (22,9 %)	1 086
2002	124 573	125 633	95 163 (77,1 %)	28 307 (22,9 %)	1 112
2003	124 798	125 866	95 280 (77,1 %)	28 338 (22,9 %)	1 125
2004	125 508	126 566	95 717 (77,1 %)	28 497 (22,9 %)	1 119
2005	125 802	126 825	95 758 (77,0 %)	28 649 (23,0 %)	1 075
2006	125 980	127 011	95 805 (76,9 %)	28 752 (23,1 %)	1 076
2007	125 727	126 726	95 596 (76,9 %)	28 717 (23,1 %)	1 042
2008	125 469	126 464	95 347 (76,9 %)	28 642 (23,1 %)	1 039
2009	125 169	126 144	95 102 (76,9 %)	28 521 (23,1 %)	1 015
2010	125 418	126 309	95 170 (76,8 %)	28 683 (23,2 %)	932
2011	125 477	126 297	95 081 (76,8 %)	28 794 (23,2 %)	863
2012	125 051	125 817	94 507 (76,6 %)	28 900 (23,4 %)	811
2013	124 516	125 213	93 997 (76,6 %)	28 754 (23,4 %)	741
2014	124 299	124 948	93 541 (76,4 %)	28 857 (23,6 %)	688
2015	123 946	124 535	93 054 (76,3 %)	28 872 (23,7 %)	631
2016	123 144	123 658	92 268 (76,2 %)	28 800 (23,8 %)	564

(1) Y compris les adhérents volontaires

* dont 11 520 médecins en cumul retraite/activité

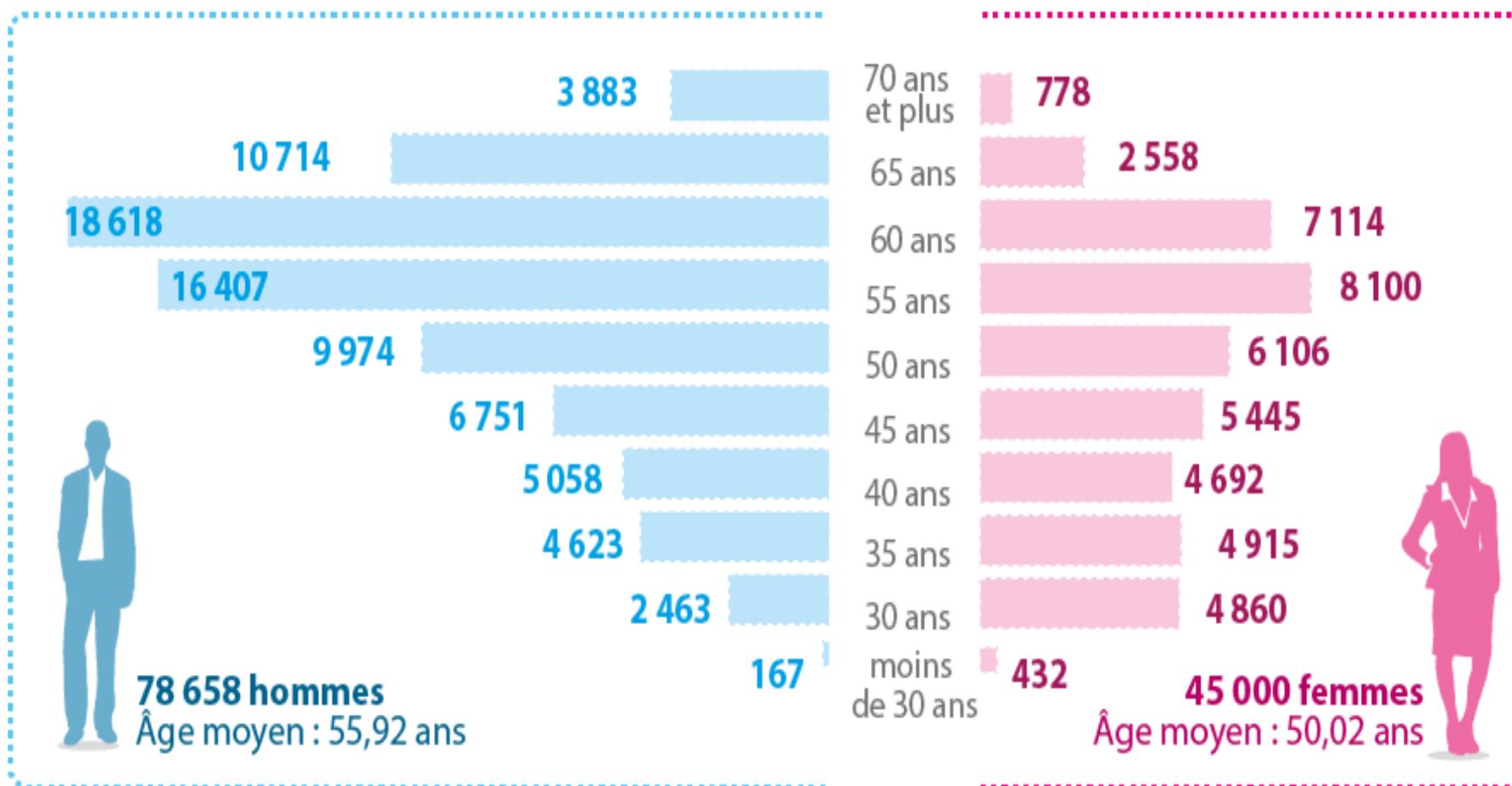
** dont 10 572 médecins en cumul retraite/activité

*** dont 10 988 médecins en cumul retraite/activité (secteurs 1 et 2 confondus)

Pyramide des âges des cotisants

123 658 médecins au 1^{er} juillet 2016

-20-

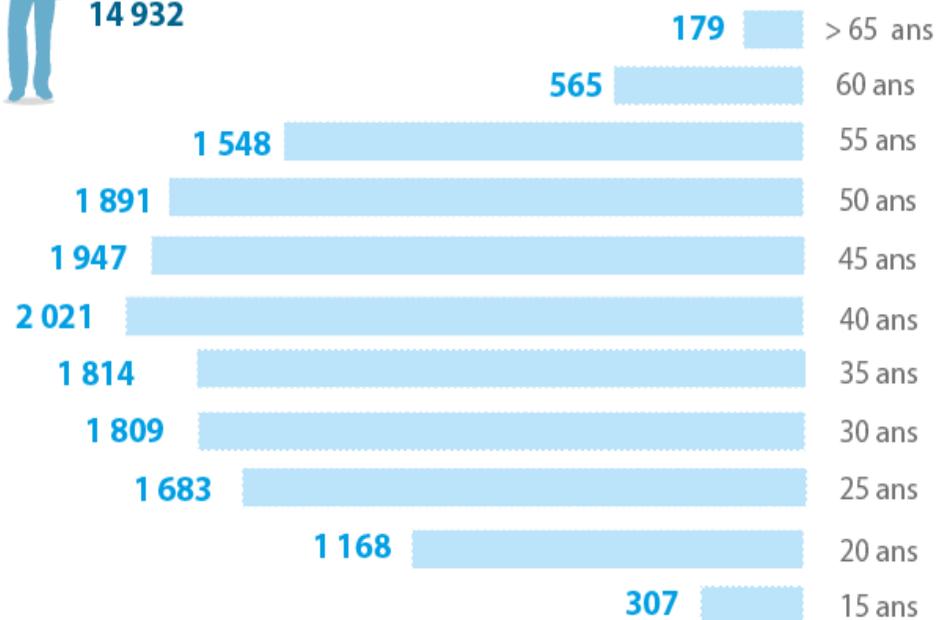


Pyramide des âges de la population active française

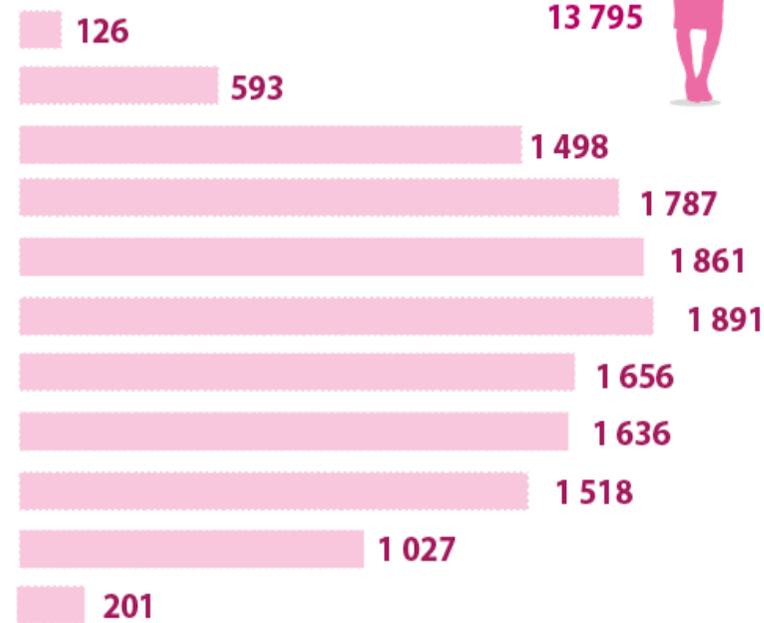
28 727 000 actifs en 2015 - au sens du BIT (Bureau international du travail)



Hommes
14 932



Femmes
13 795



Effectifs en milliers

(Source INSEE enquête emploi en continu 2015, exploitation CARMF)

Effectif des cotisants par région de Sécurité Sociale par sexe et par spécialité au 1er juillet 2016

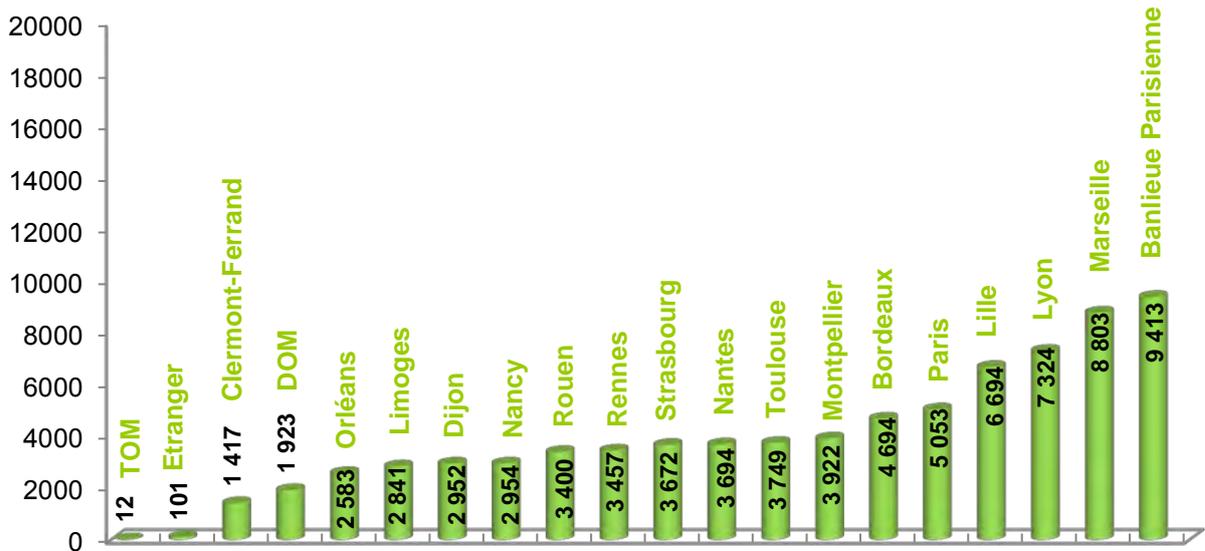
RÉGIONS	Médecins Généralistes			Médecins Spécialistes			TOTAL	
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Nombre	Pourcentage
Bordeaux (1)	2 994	1 693	4 687	2 716	1 403	4 119	8 806	7,12%
Clermont-Ferrand	775	549	1 324	642	301	943	2 267	1,83%
Dijon	1 640	995	2 635	1 312	552	1 864	4 499	3,64%
Lille	3 999	1 891	5 890	2 695	1 104	3 799	9 689	7,84%
Limoges	1 658	1 001	2 659	1 183	517	1 700	4 359	3,53%
Lyon	3 711	2 847	6 558	3 613	2 113	5 726	12 284	9,93%
Marseille (2)	4 731	2 526	7 257	5 092	2 410	7 502	14 759	11,94%
Montpellier	1 982	1 288	3 270	1 940	928	2 868	6 138	4,96%
Nancy	1 700	907	2 607	1 254	582	1 836	4 443	3,59%
Nantes	2 052	1 495	3 547	1 642	868	2 510	6 057	4,90%
Orléans	1 374	705	2 079	1 209	519	1 728	3 807	3,08%
Paris - Banlieue Parisienne	6 100	4 055	10 155	8 366	5 386	13 752	23 907	19,33%
Rennes	1 967	1 444	3 411	1 490	820	2 310	5 721	4,63%
Rouen	1 948	1 158	3 106	1 452	679	2 131	5 237	4,24%
Strasbourg	1 922	1 058	2 980	1 750	800	2 550	5 530	4,47%
Toulouse	1 971	1 354	3 325	1 778	1 052	2 830	6 155	4,98%
TOTAL au 1er juillet 2016	40 524	24 966	65 490	38 134	20 034	58 168	123 658	100,00%
	62%	38%		66%	34%			
TOTAL au 1er juillet 2015	41 823	24 346	66 169	38 565	19 801	58 366	124 535	
	63%	37%		66%	34%			
TOTAL au 1er juillet 2014	42 997	23 509	66 506	38 869	19 573	58 442	124 948	
	65%	35%		67%	33%			

(1) Y compris la Martinique, la Guadeloupe, la Guyane, l'Etranger

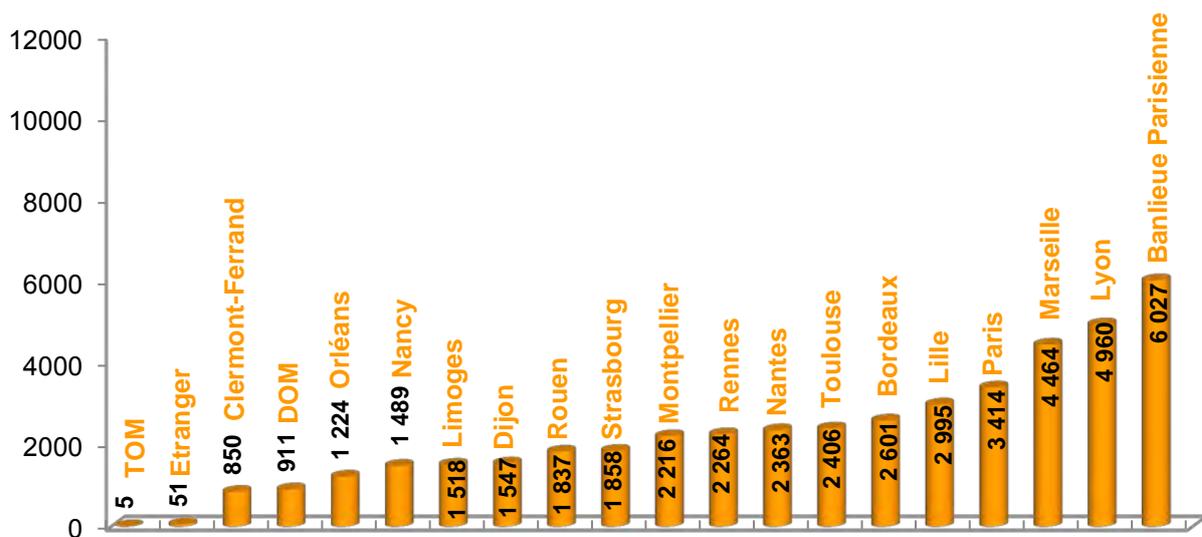
(2) Y compris la Réunion

Effectif des cotisants par sexe et région de Sécurité Sociale
au 1^{er} juillet 2016

HOMMES = 78 658



FEMMES = 45 000



ÉVOLUTION DE L'EFFECTIF DES MÉDECINS RETRAITÉS

Entre le 1^{er} juillet 2015 et le 30 juin 2016, 5 661 médecins ont fait valoir leurs droits à la retraite.

En tenant compte du nombre (1 502) de ceux radiés pendant cette période, pour décès, l'effectif des retraités, tous régimes confondus, passe de 58 331 au 1^{er} juillet 2015 à 62 490 au 1^{er} juillet 2016, soit une augmentation de 7,13 %.

Les femmes médecins représentent 21,26 % des retraités au 1^{er} juillet 2016.

L'âge moyen de prise d'effet de la retraite (des médecins cotisants et des anciens cotisants) est en 2016 de 65,59 ans (65,52 ans en 2010 et 65,54 en 2015).

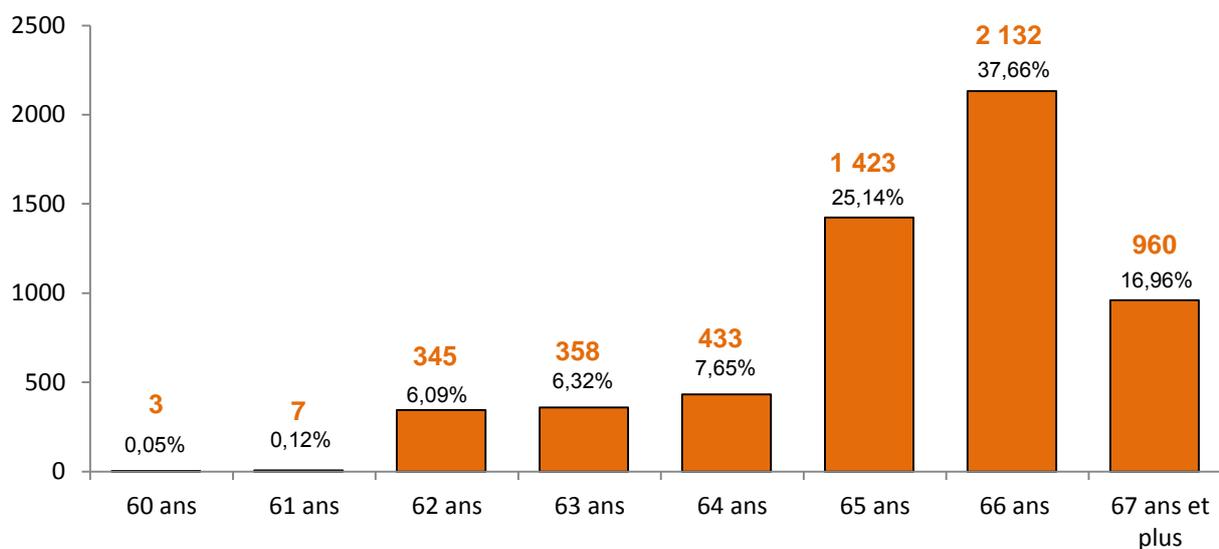
L'âge moyen des bénéficiaires de la retraite est de 73,28 ans au 1^{er} juillet 2016 (73,63 ans pour les hommes et 72,01 ans pour les femmes).

L'effectif des médecins retraités par régime de vieillesse se présente comme suit au 1^{er} juillet 2016 (le taux entre parenthèses a été calculé par rapport à l'effectif arrêté au 1^{er} juillet 2015) :

- Régime de base 62 288 (+ 7,10 %)
- Régime complémentaire 61 139 (+ 7,08 %)
- Régime A S V 60 878 (+ 7,40 %).

L'âge moyen au décès des médecins retraités est de 83,45 ans en 2016 (contre 83,43 ans en 2010 et 83,99 ans en 2015).

Nouveaux retraités selon l'âge de prise de la retraite



ÉVOLUTION DE L'EFFECTIF DES CONJOINTS SURVIVANTS RETRAITÉS

Entre le 1^{er} juillet 2015 et le 30 juin 2016, les droits de 1 416 conjoints survivants ont été établis.

En tenant compte du nombre (897) de radiés pour décès au cours de cette même période, l'effectif des conjoints survivants retraités, tous régimes confondus, progresse de 2,60 % passant de 19 661 au 1^{er} juillet 2015 à 20 173 au 1^{er} juillet 2016.

L'âge moyen d'attribution de la pension de réversion est de 73,64 ans et l'âge moyen des titulaires de cette pension, de 79,67 ans.

L'effectif de ces allocataires par régime de vieillesse, au 1^{er} juillet 2016, s'établit de la manière suivante (le taux entre parenthèses a été calculé par rapport à l'effectif arrêté au 1^{er} juillet 2015) :

- Régime de base 12 533 (+ 0,39 %)
- Régime complémentaire 19 674 (+ 2,62 %)
- Régime A S V 18 268 (+ 3,57 %).

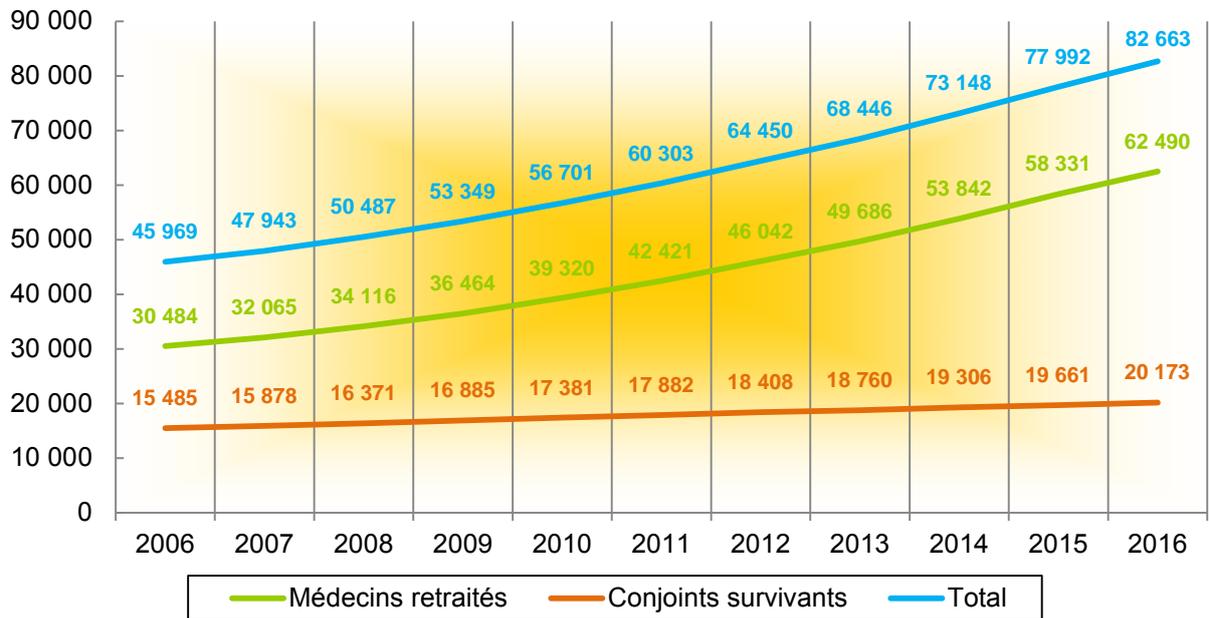
L'âge moyen au décès des conjoints survivants retraités est de 90,34 ans en 2016 (contre 89,16 ans en 2010 et 90,58 ans en 2015).

Les femmes constituent 96,06 % des effectifs de conjoints survivants retraités alors qu'en droits propres (médecins retraités), elles représentent 21,26 %.

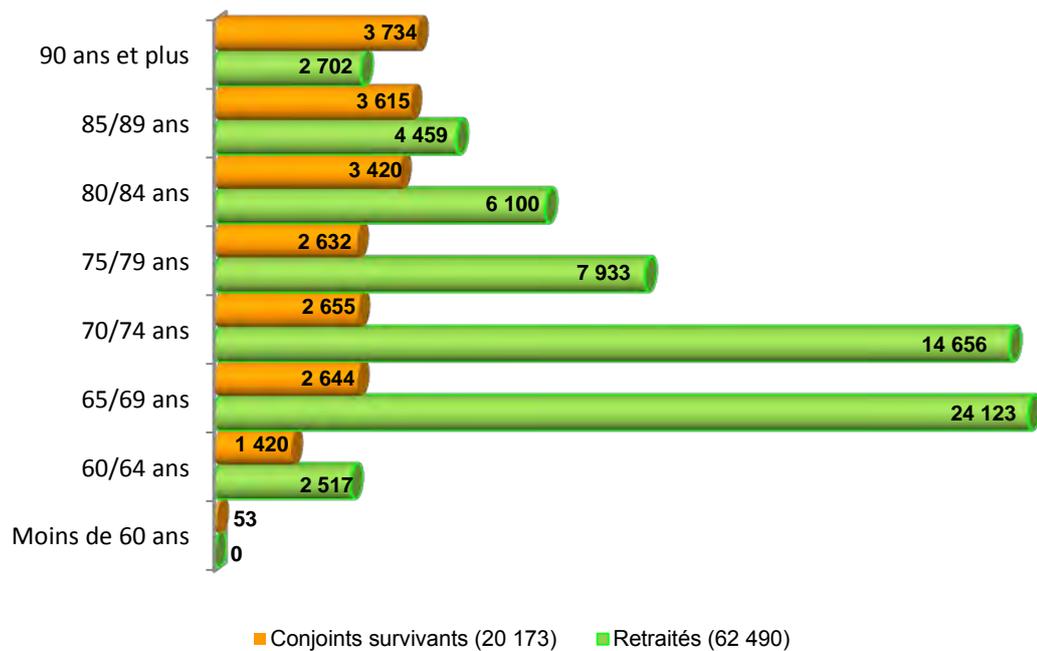
Situation des conjoints survivants au moment de la demande de pension de réversion

CONJOINTS SURVIVANTS	2012	2013	2014	2015	2016
▪ de cotisants ayant perçu la rente temporaire	145 (11,90 %)	192 (14,52 %)	137 (11,01)	167 (11,45)	108 (7,55)
▪ de retraités ayant perçu la rente temporaire	19 (1,56 %)	21 (1,59 %)	21 (1,69)	24 (1,64)	18 (1,26)
▪ de cotisants, de retraités ou de médecins radiés n'ayant pas perçu la rente temporaire	1 054 (86,54 %)	1 109 (83,89 %)	1 086 (87,30)	1 272 (86,94)	1 304 (91,19)
Total des demandes	1 218	1 322	1 244	1 463	1 430

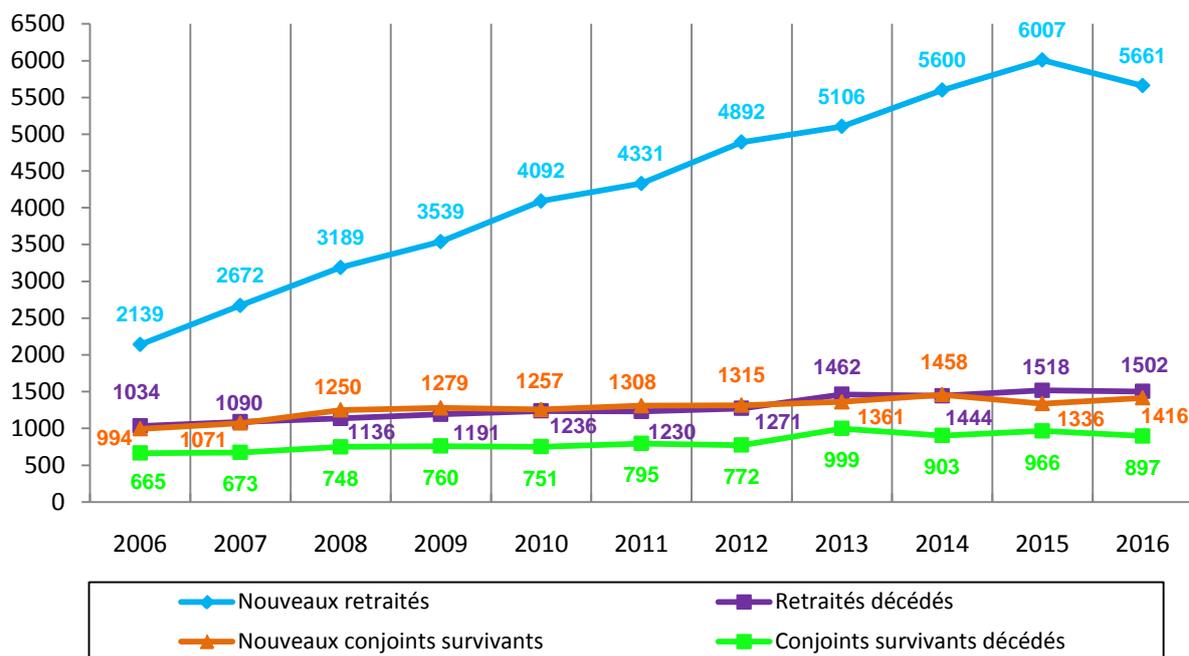
Effectif des allocataires au 1^{er} juillet de chaque année depuis 2006



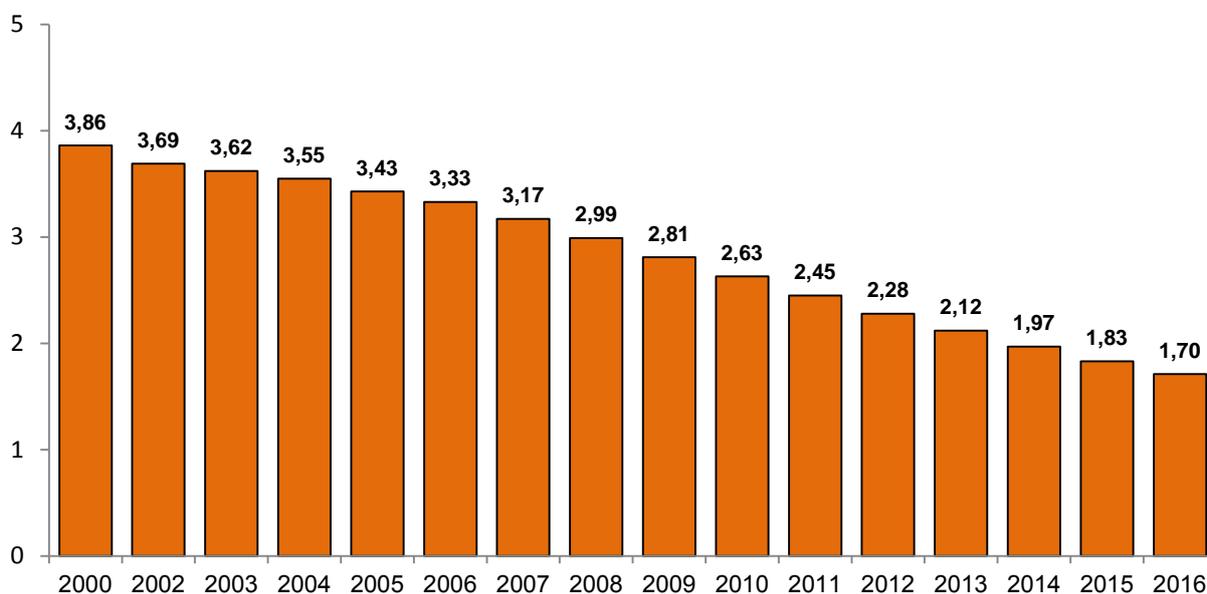
Allocataires par classe d'âge au 1^{er} juillet 2016



Données démographiques des allocataires



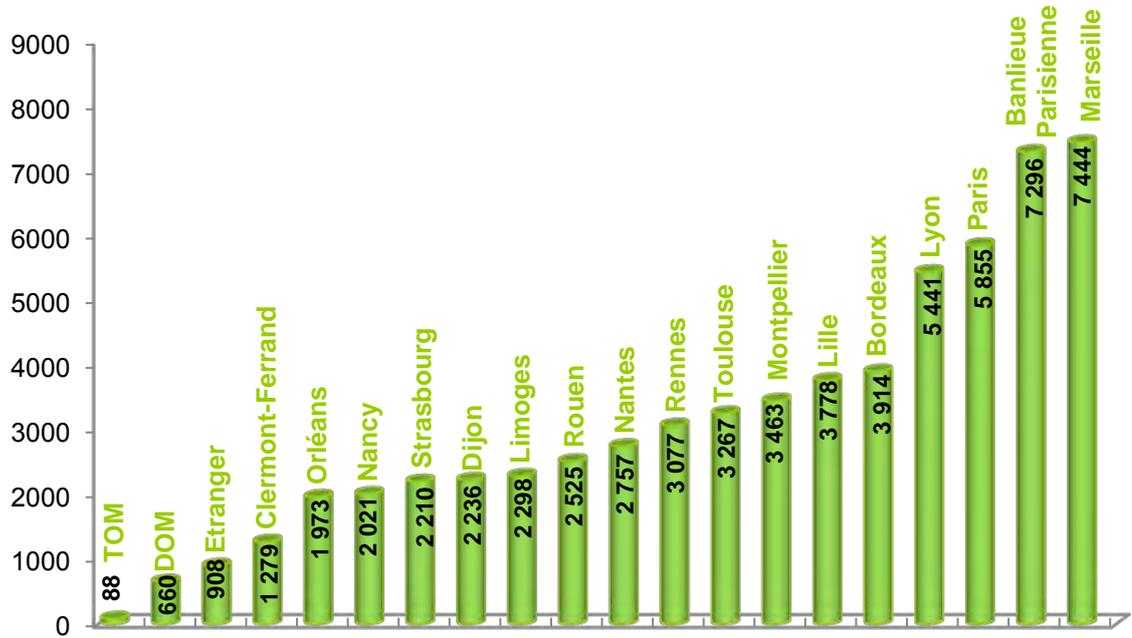
Rapport démographique (1)



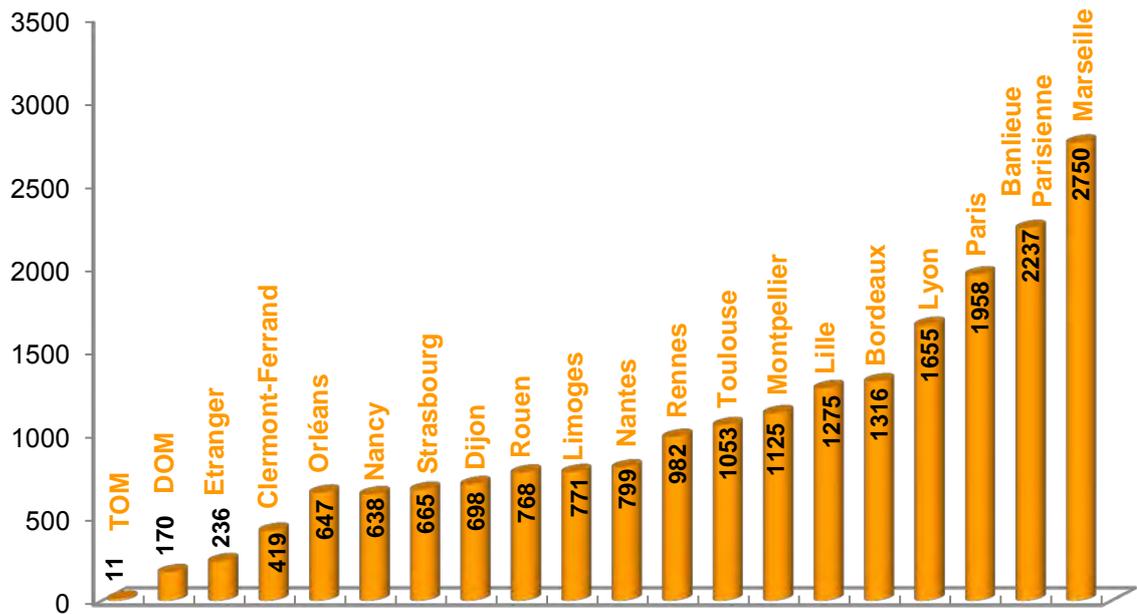
(1) Il s'agit d'un rapport démographique corrigé ; il correspond au rapport entre le nombre de cotisants et le nombre de retraités plus la moitié du nombre de pensions de réversion (tous régimes confondus).

Effectif des allocataires par région de sécurité sociale au 1^{er} juillet 2016

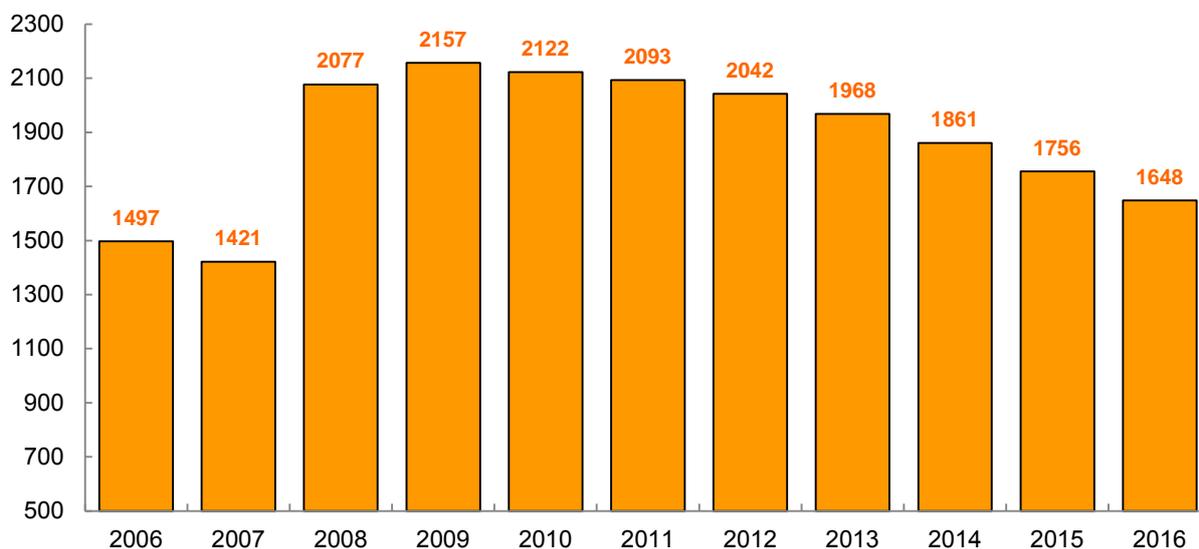
MÉDECINS = 62 490



CONJOINTS SURVIVANTS = 20 173



**EVOLUTION DE L'EFFECTIF DES CONJOINTS COLLABORATEURS
COTISANTS DEPUIS 2006
au 1^{er} juillet de chaque année**



L'affiliation, rendue obligatoire au 1^{er} juillet 2007, des conjoints collaborateurs au régime de base et au régime complémentaire vieillesse a alors entraîné une augmentation importante du nombre de cotisants.

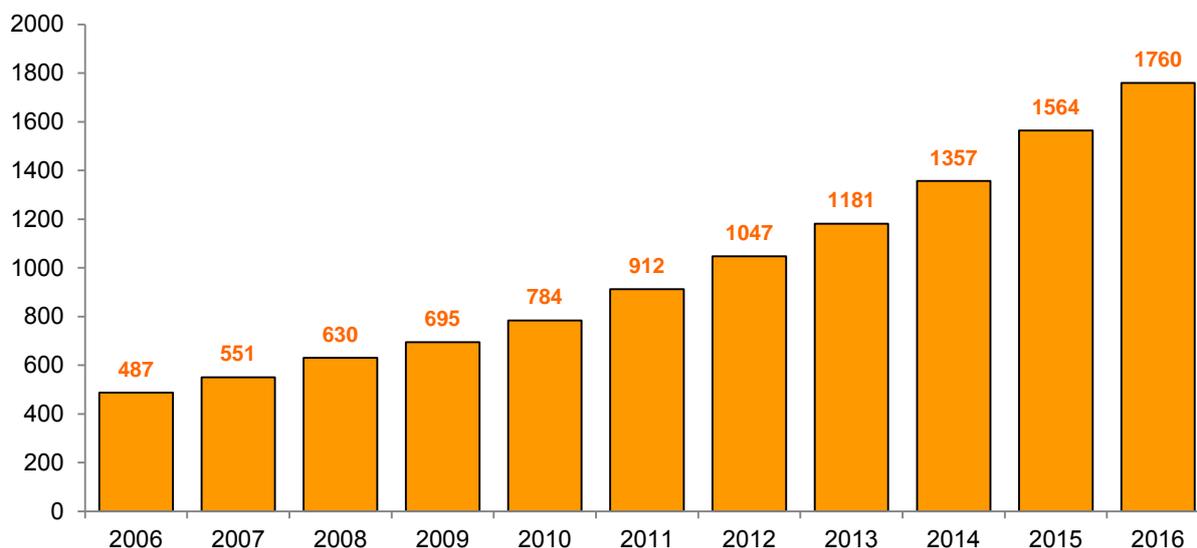
Depuis 2010, l'effectif des conjoints collaborateurs cotisants est en diminution progressive.

Classes d'âge des conjoints collaborateurs cotisants au 1^{er} juillet 2016

Classes d'âge	Hommes	Femmes	Total
Moins de 30 ans	0	3	3
de 30 à 34 ans	7	10	17
de 35 à 39 ans	9	22	31
de 40 à 44 ans	17	85	102
de 45 à 49 ans	27	158	185
de 50 à 54 ans	19	225	244
de 55 à 59 ans	31	450	481
de 60 à 64 ans	21	447	468
65 ans et plus	7	110	117
TOTAL	138	1 510	1 648

L'âge moyen des conjoints collaborateurs cotisants au 1^{er} juillet 2016 est de 55,70 ans (51,13 ans pour les hommes et 56,12 ans pour les femmes).

**EVOLUTION DE L'EFFECTIF DES CONJOINTS COLLABORATEURS RETRAITÉS
(droits propres)
au 1^{er} juillet de chaque année**



Classes d'âge des conjoints collaborateurs retraités au 1^{er} juillet 2016

Classes d'âge	Hommes	Femmes	Total
Moins de 60 ans	-	-	-
De 60 à 64 ans	7	171	178
De 65 à 69 ans	14	743	757
De 70 à 74 ans	11	362	373
Plus de 74 ans	1	451	452
TOTAL	33	1 727	1 760

L'âge moyen des retraités est de 71,03 ans au 1^{er} juillet 2016 et celui des titulaires d'une pension de réversion (au nombre de 16) de 71,38 ans.

EVOLUTION DE L'EFFECTIF DES PRESTATAIRES

RÉGIME D'ASSURANCE INVALIDITÉ-DÉCÈS

Evolution des effectifs

Les effectifs des prestataires du régime complémentaire d'assurance invalidité-décès se présentent de la façon suivante au 1^{er} juillet 2016 (le taux de variation figurant entre parenthèses étant calculé par rapport à l'effectif arrêté à la date du 1^{er} juillet 2015) :

■ Invalidité totale

- Médecins 467 (- 5,85 %)
- Enfants 430 (- 6,93 %)

■ Décès

- Conjoint survivant 1 275 (- 7,27 %)
- Orphelins (y compris 58 infirmes)..... 1 773 (- 8,23 %)

■ Incapacité Temporaire

- Médecins (année 2016) 1 567 (- 7,22 %)

Age et sexe

Assurance invalidité

Parmi les 467 médecins titulaires de la pension d'invalidité, 261 sont des hommes (soit 55,89 %) et 206 des femmes (soit 44,11 %).

L'âge moyen est de 57,24 ans.

Quant aux enfants dont l'effectif au 1^{er} juillet 2016 se fixe à 430, l'âge moyen est de 13,75 ans pour les mineurs et de 21,28 ans pour les majeurs.

Assurance décès

L'âge moyen des conjoints survivants titulaires de la rente temporaire se fixe à 54,46 ans.

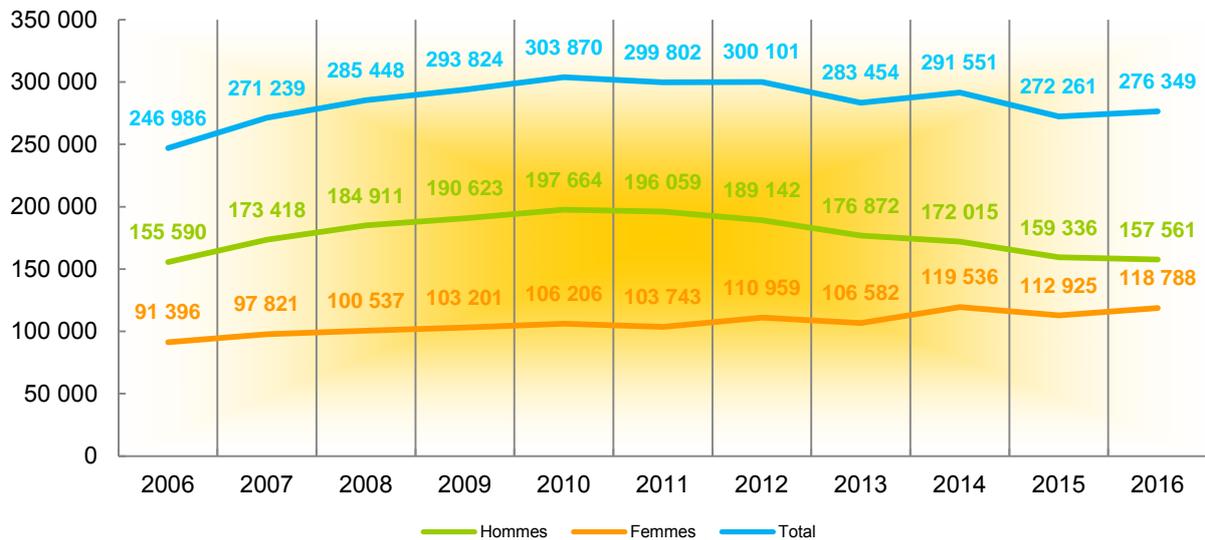
Parmi les 1 275 bénéficiaires de la rente temporaire, 1 151 sont des femmes (90,27 %) et 124 des hommes (9,73 %).

Quant aux orphelins dont l'effectif au 1^{er} juillet 2016 se fixe à 1 715 (non compris 58 infirmes), l'âge moyen s'établit à 13,77 ans pour les mineurs et à 21,58 ans pour les majeurs.

Assurance incapacité temporaire

L'âge moyen des médecins titulaires de l'indemnité journalière est de 56,25 ans en 2016 : 53,39 ans pour les femmes et 58,57 ans pour les hommes.

Nombre de journées indemnisées par sexe



Pour 2016, concernant les 276 349 journées indemnisées mentionnées ci-dessus, 2 033 l'ont été pour les conjoints collaborateurs.

Contrôle médical

Le contrôle médical est exercé par des médecins contrôleurs et par des Commissions dont les membres sont désignés par le Conseil d'Administration.

Les médecins contrôleurs ont pour mission d'examiner l'ensemble des dossiers d'incapacité d'exercice, d'invalidité et d'inaptitude ; les Commissions se prononcent sur tous les cas prévus par les statuts.

En 2016, la CARMF a diligenté 304 demandes d'examen médical (407 en 2015) et 26 demandes d'enquête sociale (12 en 2015). Les médecins contrôleurs ont, en moyenne, instruit 516 dossiers par mois (570 en 2015) et les Commissions, en moyenne, 93 dossiers par réunion (91 en 2015).

Nature des affections

En matière d'assurance incapacité temporaire (indemnités journalières), les causes les plus fréquentes de l'indemnisation des arrêts de travail sont les affections cancéreuses : 28,79 %, psychiatriques : 20,38 %, traumatiques : 11,91 % et rhumatismales : 10,06 %. Les affections cardio-vasculaires représentent 7,20 %.

En matière d'assurance invalidité, ce sont les affections psychiatriques : 43,05 %, neurologiques : 17,61 %, cancéreuses : 11,74 %, cardio-vasculaires : 6,65 % et traumatiques : 5,87 %.

Le tableau suivant recense l'ensemble des pathologies des bénéficiaires de l'indemnité journalière et de la pension d'invalidité au cours des deux derniers exercices.

⌘

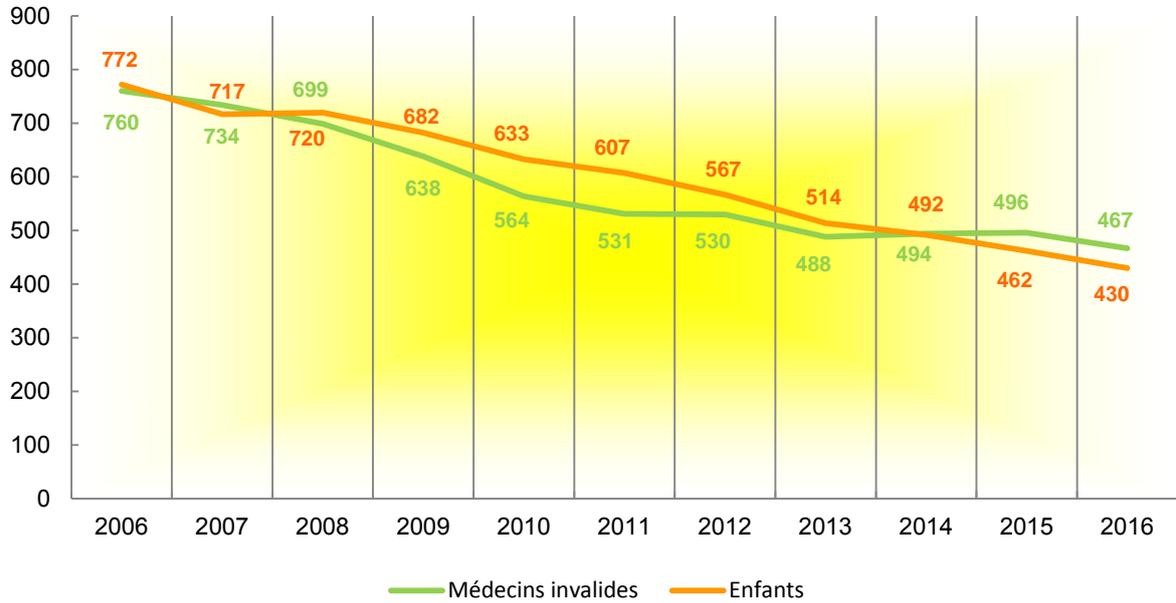
⌘

⌘

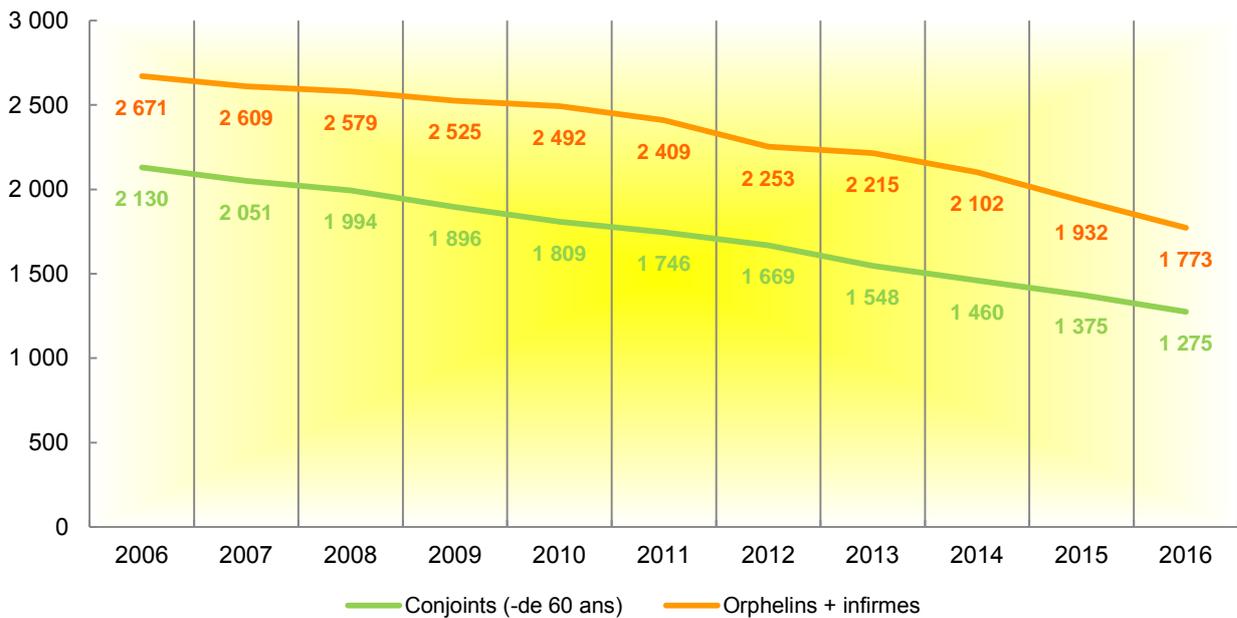
Nature des affections

AFFECTIIONS	BÉNÉFICIAIRES DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES		BÉNÉFICIAIRES DE LA PENSION D'INVALIDITÉ	
	2015	2016	2015	2016
MALADIES INFECTIEUSES et TUBERCULOSE	0,77 %	0,76 %	1,03 %	0,98 %
TUMEURS MALIGNES DONT HEMOPATHIES	31,08 %	28,79 %	11,93 %	11,74 %
TUMEURS BENIGNES, MALADIES DU SANG	0,18 %	0,19 %	0,82 %	0,59 %
ENDOCRINIENNES & METABOLIQUES	0,71 %	0,64 %	0,62 %	0,78 %
AFFECTIIONS PSYCHIATRIQUES, TOXICOMANIE et ETHYLISME	20,01 %	20,38 %	42,18 %	43,05 %
AFFECTIIONS NEUROLOGIQUES	8,83 %	9,24 %	18,93 %	17,61 %
AFFECTIIONS OCULAIRES & ORL	1,06 %	0,96 %	1,23 %	1,96 %
AFFECTIIONS CARDIO-VASCULAIRES	6,95 %	7,20 %	7,20 %	6,65 %
AFFECTIIONS DES VOIES RESPIRATOIRES	1,00 %	1,15 %	1,23 %	0,98 %
AFFECTIIONS DIGESTIVES	2,24 %	2,61 %	1,44 %	1,57 %
AFFECTIIONS DERMATOLOGIQUES	0,06 %	0,13 %	-	-
AFFECTIIONS RHUMATISMALES	11,42 %	10,06 %	6,38 %	7,24 %
AFFECTIIONS UROLOGIQUES	1,06 %	1,08 %	0,62 %	0,20 %
GROSSESSE	5,00 %	4,46 %	-	-
MALADIES EN ATTENTE DE DIAGNOSTIC	0,47 %	0,45 %	0,62 %	0,78 %
TRAUMATISMES	9,18 %	11,91 %	5,76 %	5,87 %

**Effectifs des médecins invalides et des enfants
au 1^{er} juillet de chaque année**



**Effectifs des conjoints (moins de 60 ans) et des orphelins (+ infirmes)
au 1^{er} juillet de chaque année**



**Effectif des prestataires par rapport à celui des cotisants par région de Sécurité Sociale
au 1^{er} janvier 2017**

RÉGIONS	Médecins Cotisants		Bénéficiaires de l'indemnité journalière		Bénéficiaires de la pension d'invalidité		Rapport (2 + 3)
	(1)		(2)		(3)		(1)
Bordeaux (*)	8 839	7,17%	89	5,68%	35	7,03%	1,40%
Clermont-Ferrand	2 268	1,84%	34	2,17%	14	2,81%	2,12%
Dijon	4 481	3,63%	49	3,13%	12	2,41%	1,36%
Lille	9 681	7,85%	114	7,28%	32	6,43%	1,51%
Limoges	4 355	3,53%	54	3,45%	17	3,41%	1,63%
Lyon	12 284	9,96%	184	11,74%	66	13,25%	2,04%
Marseille (**)	14 782	11,98%	212	13,53%	84	16,87%	2,00%
Montpellier	6 126	4,97%	88	5,62%	33	6,63%	1,98%
Nancy	4 390	3,56%	62	3,96%	14	2,81%	1,73%
Nantes	6 053	4,91%	73	4,66%	23	4,62%	1,59%
Orléans	3 768	3,05%	53	3,38%	16	3,21%	1,83%
Paris - Banlieue Parisienne	23 713	19,22%	276	17,61%	60	12,05%	1,42%
Rennes	5 742	4,65%	69	4,40%	27	5,42%	1,67%
Rouen	5 223	4,23%	66	4,21%	18	3,61%	1,61%
Strasbourg	5 539	4,49%	64	4,08%	23	4,62%	1,57%
Toulouse	6 118	4,96%	80	5,11%	24	4,82%	1,70%
TOTAL	123 362	100%	1 567	100%	498	100%	1,67%

(*) Y compris la Martinique, la Guadeloupe, la Guyane, l'Etranger

(**) Y compris la Réunion

La gestion des différents régimes

RÉGIME DE BASE

La réforme du régime de base des professions libérales intervenue à effet du 1^{er} janvier 2004, à la suite de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, avait été au préalable proposée par la CNAVPL après accord des différentes sections professionnelles.

Rappelons ici que l'objectif de cette réforme était d'élaborer un régime unique donnant pour un même niveau de revenu, un même droit pour une même cotisation, quelle que soit la section professionnelle.

Seule la parution des décrets devait cependant permettre la mise en application des nouvelles dispositions.

Ces décrets n° 2004-460 et 2004-461 du 27 mai 2004 parus au J. O. du 29 mai 2004, soit neuf mois après la loi précitée, ont défini l'organisation et les nouvelles modalités de gestion du régime.

Citons ci-après, les grandes et principales lignes de la réforme.

I/ ORGANISATION

La CNAVPL comprend dix sections professionnelles et non plus onze (la section des sages-femmes ayant fusionné avec celle des chirurgiens-dentistes).

L'autorité compétente à l'égard de la CNAVPL est le ministre chargé de la sécurité sociale et l'autorité compétente à l'égard des sections professionnelles est la Direction régionale des affaires sociales.

Les arrêtés qui approuvent les modifications statutaires des sections professionnelles, après avis de la CNAVPL, sont pris par le ministre chargé de la sécurité sociale (et non plus conjointement avec le ministre chargé du budget).

La CNAVPL assure désormais la gestion du régime de base et de ses réserves ; les sections professionnelles recouvrent les cotisations et transfèrent à la CNAVPL le produit. Cette dernière verse ensuite aux sections le montant des sommes nécessaires à la gestion administrative, à l'action sociale et au service des allocations.

Un droit à l'information des assurés sur leur retraite est instauré ; pour assurer ce droit, un GIP UNION RETRAITE (groupement d'intérêt public) est créé.

Le Président de section professionnelle (et non plus le Conseil d'administration) désigne son suppléant au Conseil d'Administration de la CNAVPL.

L'article 48 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites a introduit dans le code de la sécurité sociale de nombreuses dispositions relatives à la gouvernance et au pilotage de l'organisation d'assurance vieillesse des professions libérales.

Des précisions ont ainsi été apportées sur le rôle de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) dans la gestion du régime de base des professionnels libéraux, l'animation et la coordination de l'action des sections professionnelles (nouvel article L. 641-2 du code de la sécurité sociale), en matière notamment d'action sociale et de systèmes d'information.

Un nouvel article L. 641-3-1 prévoit la nomination du directeur par décret pour une durée de cinq ans renouvelable, sur proposition du Conseil d'administration, à partir d'une liste de trois noms établie par le ministre chargé de la sécurité sociale. Avant le terme de son mandat, il ne peut être mis fin à ses fonctions qu'après avis favorable du Conseil à la majorité des deux tiers.

Six représentants d'organisations syndicales interprofessionnelles intègrent le Conseil d'administration de la CNAVPL (nouvel article L. 641-4). Des premiers textes, venus préciser les conditions et modalités d'attribution des six sièges correspondants, ayant été annulés par le Conseil d'Etat le 23 juin 2016 sur un recours de la CARMF (cf. infra, dossiers en cours et examinés en 2016), un nouveau décret du 17 octobre 2016 désigne les représentants des organisations syndicales au sein de cette instance.

Un nouvel article L. 641-4-1 prévoit ensuite la conclusion d'un contrat pluriannuel entre l'Etat et la Caisse Nationale, pour une période minimale de quatre ans, déterminant pour le régime de base des objectifs pluriannuels de gestion, ainsi que les moyens de fonctionnement dont disposent la Caisse nationale et les sections professionnelles pour les atteindre.

La mise en œuvre du contrat fera par ailleurs l'objet de contrats de gestion conclus entre la Caisse nationale et chacune des sections. Les régimes complémentaires, dans ce cadre, sont uniquement concernés par des objectifs de qualité de gestion communs avec le régime de base.

Un décret n° 2015-403 du 8 avril 2015 a précisé la durée de ces contrats (entre 4 et 6 ans) et leurs contenus respectifs.

Le contrat pluriannuel entre l'Etat et la CNAVPL pour la période 2016-2019 a ainsi été signé le 22 juillet 2016, et il a été suivi le 15 décembre 2016 par un contrat de gestion CNAVPL – CARMF conclu pour la même période (cf. infra, dossiers en cours et examinés en 2016).

Enfin, les nouvelles dispositions de l'article L. 641-5 sont relatives aux statuts des sections professionnelles, qui seront notamment réputés approuvés à défaut d'opposition par le ministre chargé de la sécurité sociale dans un délai d'un mois à compter de leur réception, et de l'article L. 641-7 sur la possibilité de création entre les sections d'associations ou des groupements d'intérêt économique.

II/ MODALITES DE GESTION

Il faut à titre liminaire rappeler qu'un arrêté du Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique en date du 9 août 2010, paru au Journal Officiel du 1^{er} septembre 2010, a approuvé de nombreuses modifications des statuts du régime de base votées par le Conseil d'Administration de la CARMF, qui correspondent à une mise en conformité des dispositions applicables aux médecins avec les règles introduites par la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites et ses décrets d'application : règles d'exigibilité et de versement des cotisations, conditions de jouissance des droits à retraite, modalités de paiement des pensions de retraite ...

COTISATION

La cotisation est entièrement proportionnelle aux revenus d'activité non-salariés nets.

Elle est appelée à titre provisionnel en pourcentage du revenu de l'avant-dernière année ; elle est ensuite régularisée lorsque le revenu de l'année considérée est connu ; la cotisation 2016 a été calculée sur les revenus 2014 ; elle sera régularisée sur les revenus de 2016 lorsque ceux-ci seront définitifs (cette régularisation n'est pas effectuée si l'affilié n'exerce aucune activité professionnelle libérale pendant l'année au cours de laquelle cette régularisation doit intervenir, sauf calcul provisionnel sur un revenu estimé).

Jusqu'en 2016, cette régularisation était effectuée deux ans après, au mois de janvier. Ainsi, l'acompte sur cotisations 2016 appelé en début d'année a compris, pour le régime de base, la cotisation provisionnelle 2016 et la régularisation 2014, déterminées sur les revenus 2014.

En juin 2016, est entré en application un nouveau dispositif d'appel, dit « 2 en 1 » (cf. infra, dossiers en cours et examinés en 2016), applicable aux cotisations du régime de base :

- calcul de la régularisation de la cotisation de la dernière année dès que le revenu de la dernière année écoulée est définitivement connu ;
- recalcul (ou ajustement) de la cotisation provisionnelle de l'année en fonction du même revenu.

La régularisation est donc avancée et intervient dorénavant en milieu d'année.

Lors de l'appel du solde des cotisations en juin 2016, la CARMF a donc procédé :

- au recalcul de la cotisation provisionnelle 2016 sur la base des revenus 2015 ;
- à la régularisation de la cotisation provisionnelle 2015 sur la base de ces mêmes revenus.

Pour mémoire, l'article 58 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites permet dorénavant aux professionnels libéraux d'estimer leurs revenus de l'année pour fixer l'assiette des cotisations. Une majoration de retard sera appliquée sur l'insuffisance des acomptes provisionnels. Un décret n° 2012-443 du 3 avril 2012 a modifié le taux de cette majoration – rémissible par la Commission de Recours Amiable - qui sera de 5 % ou de 10 % selon que le revenu définitif est inférieur ou supérieur à 1,5 fois le revenu estimé de l'année.

TAUX DE LA COTISATION

La réforme du régime de base des professions libérales issue de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 prévoyait que le revenu soumis à cotisations était divisé en deux tranches en fonction du plafond de la sécurité sociale au premier janvier ; chaque tranche était affectée d'un taux de cotisation : la première était définie de 0 à 85 % du plafond de la sécurité sociale et son taux de cotisation devait être de 9 % ; la seconde était assise sur les revenus compris entre 85 % du plafond de la sécurité sociale et cinq fois ce plafond, avec un taux de 1,10 %.

Il faut toutefois signaler que lors de l'examen du budget du régime de base pour 2004, le Conseil d'administration de la CARMF avait observé que la réforme du régime de base entraînait une augmentation de la cotisation globale d'environ 17 % par rapport à 2003 ; il avait estimé par suite que cette réforme était dénaturée ; les prévisions budgétaires ont alors été repoussées à l'unanimité et sur demande du Conseil d'administration, le Président de la CARMF s'est adressé directement au Premier Ministre, au Ministre des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité et au Ministre Délégué au Budget pour attirer leur attention sur cette situation reposant sur un contexte modifiant le cadre dans lequel la réforme du régime de base avait été adoptée par la CNAVPL (cette situation avait été portée à la connaissance de tous les affiliés de la Caisse).

L'intervention du Président de la CARMF auprès du Premier Ministre a permis de ramener le taux de la 1^{ère} tranche de cotisation pour les sections professionnelles, de 9 % à 8,6 %.

Le Conseil d'administration de la CARMF avait ensuite décidé d'utiliser une partie des réserves du régime de base pour appeler une cotisation moins importante en 2004. C'est le taux de 8,3 % pour 2004 qui avait été retenu pour appeler la première tranche (1). A partir de 2005, le taux de 8,6 % de la 1^{ère} tranche de cotisation a été appliqué.

Le décret n° 2012-847 du 2 juillet 2012 relatif à l'âge d'ouverture du droit à pension de vieillesse, qui élargit à effet au 1^{er} novembre 2012 les conditions d'ouverture du droit à la retraite anticipée a, pour financer cette mesure, augmenté le taux de la première tranche de cotisation du régime de base à 8,63 % pour 2012.

Le décret n° 2012-1323 du 28 novembre 2012 relatif aux taux de cotisation du régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales a ensuite entériné le passage du taux de cotisation sur la tranche 1 de 8,63 % à 9,75 % en 2013, puis à 10,1 % en 2014, et le relèvement du taux sur la tranche 2 de 1,6 % à 1,81 % en 2013, puis à 1,87 % en 2014.

Le décret n° 2014-1413 du 27 novembre 2014 a enfin réformé les paramètres des cotisations du régime d'assurance vieillesse de base des professionnels libéraux à compter de 2015.

Il porte ainsi le plafond de la première tranche de revenu de 85 % à 100 % du plafond annuel de sécurité sociale et modifie l'assiette de la cotisation appelée dans la limite de cinq plafonds annuels de sécurité sociale (deuxième tranche), celle-ci étant désormais appelée dès le premier euro et non plus au-delà du premier plafond de cotisation.

Le taux de cotisation sur la tranche 1 est ramené à 8,23 % à partir de 2015, celui de la tranche 2 restant fixé à 1,87 %.

La cotisation du régime de base pour 2016 a donc été appelée dans les conditions suivantes :

Plafond de la sécurité sociale = 38 616 €

▪ Tranche 1

Taux : 8,23 % jusqu'à 38 616 € (cotisation maximale = 3 178 €)

▪ Tranche 2

Taux : 1,87 % jusqu'à 193 080 € (cotisation maximale = 3 611 €)

En l'absence de déclaration de revenu, la cotisation est assise sur un revenu égal au maximum de chacune des deux tranches, soit 6 789 € en 2016 (3 178 € + 3 611 €).

(1) Suite à la réforme du régime de base, la CNAVPL assure depuis 2004, la gestion du régime et de ses réserves. En ce qui concerne les réserves au 31 décembre 2003, elles ont été transférées à la CNAVPL à hauteur de trois mois de prestations et le reliquat a été affecté au régime complémentaire avec possibilité d'utiliser entre trois et neuf mois de prestations pour alléger les cotisations du régime de base de 2004.

COTISATION MINIMALE

Depuis 2016, cette cotisation est calculée sur 11,5 % du PSS, soit 4 441 €.

Pour 2016, le montant de la cotisation se fixe à :

$$4\,441\text{ €} \times 8,23\% + 4\,441\text{ €} \times 1,87\% = 448\text{ €}.$$

Initialement, la cotisation minimale s'appliquait aux revenus inférieurs à 200 fois le taux horaire du SMIC.

Jusqu'au 1^{er} janvier 2016, cette cotisation minimale ne s'appliquait pas aux médecins retraités qui reprennent une activité médicale libérale et aux médecins qui exercent une activité médicale libérale accessoire. Un décret du 30 décembre 2015 l'a cependant étendue à l'ensemble des professionnels libéraux. Cette nouvelle règle se révélant particulièrement pénalisante pour les médecins cumulant leur retraite avec une activité libérale très limitée, le Docteur LARDENOIS, Président de la CARMF, a demandé le 4 avril 2016 à Madame TOURAINE, ministre des Affaires sociales et de la Santé, un retour à la situation antérieure, sans recevoir à ce jour de réponse.

COTISATIONS DES DEUX PREMIÈRES ANNÉES D'AFFILIATION

La cotisation provisionnelle de la première année d'affiliation est calculée sur un revenu forfaitaire correspondant à 19 % du plafond de la sécurité sociale (soit un revenu forfaitaire de 7 337 € pour 2016) et celle de la deuxième année sur un revenu forfaitaire calculé sur 27 % du plafond de la sécurité sociale (soit un revenu forfaitaire de 10 426 € pour 2016).

Pour 2016, le montant provisionnel de la cotisation s'élève à :

- 1^{ère} année d'activité : 741 €
- 2^{ème} année d'activité : 1 053 €

Ces cotisations font l'objet d'une régularisation lorsque le revenu d'activité est connu (régularisation non effectuée si l'affilié n'exerce aucune activité professionnelle libérale pendant l'année au cours de laquelle cette régularisation doit intervenir).

Le paiement de la cotisation des douze premiers mois d'affiliation peut, sur demande, être reporté jusqu'à la fixation de la cotisation définitive sans majoration de retard ; cette cotisation définitive peut en outre être fractionnée sur nouvelle demande, sur cinq ans maximum ; le bénéfice de cet étalement soit 20 % par an, n'entraîne aucune majoration de retard.

PAIEMENT TARDIF DES COTISATIONS

Les cotisations acquittées au-delà de cinq ans, après la date de leur exigibilité, ne sont pas attributives de points ; elles sont en revanche prises en compte pour les trimestres d'assurance.

ATTRIBUTION DE POINTS

1/ Cotisations

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

Le paiement de la cotisation maximale (3 178 €) de la 1^{ère} tranche (revenu égal à 38 616 €) permet d'acquérir 525 points et celui de la cotisation maximale (3 611 €) de la 2^{ème} tranche (revenu égal à 193 080 €) 25 points, soit au total 550 points maximum.

2/ Incapacité d'exercice

400 points de retraite sont gratuitement attribués à l'affilié reconnu atteint d'une incapacité totale d'exercice soit pour une durée continue supérieure à 6 mois, soit pour une durée discontinue de 6 mois mais au cours de la même année civile ; il est en outre exonéré de 100 % de la cotisation annuelle du régime de base.

3/ Invalidité

L'affilié qui poursuit son activité en étant atteint d'une invalidité l'obligeant à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne bénéficie de 200 points supplémentaires par année civile.

L'affilié qui bénéficie de la pension d'invalidité et qui a cessé toute activité, est exonéré de 100 % de la cotisation annuelle du régime de base ; il lui est en outre accordé gratuitement 400 points de retraite par an.

4/ Accouchement

Il est accordé 100 points supplémentaires à l'affiliée au titre du trimestre civil au cours duquel survient l'accouchement sans que cette attribution puisse avoir pour effet de porter le nombre de points acquis au-delà de 550.

5/ Conversion en points et validation des trimestres avant le 1^{er} janvier 2004

Les trimestres acquis au 31 décembre 2003 ont été convertis en points de retraite à raison de 100 points par trimestre ; en outre, les pensions de droits propres (y compris la majoration pour conjoint à charge) et de droits dérivés ont été transformées en points de retraite (arrondis au dixième de points le plus proche) en rapportant le montant brut annuel de la pension au 1^{er} janvier 2004 à la valeur de 1/6000^{ème} d'AVTS (Allocation aux Vieux Travailleurs Salariés) à cette date.

RETRAITE

Le montant de la retraite de base est obtenu par le produit du nombre total de points porté au compte du médecin par la valeur de service du point.

La durée d'assurance décomptée en trimestres (quatre par an au maximum) joue un rôle important ; elle peut avoir une influence sur le taux auquel est liquidée la retraite de base ; cette durée inclut les trimestres cotisés et exonérés pour maladie ainsi que certaines périodes assimilées.

Les trimestres antérieurs au 1^{er} janvier 2004 sont comptabilisés, à compter de cette date, sans application de la limite des 150 trimestres, comme trimestres d'assurance.

1/ Valeur de service du point

La valeur de service du point de 0,5626 € est restée inchangée par rapport à 2015.

2/ Age

Le médecin né avant le 1^{er} juillet 1951 peut demander la liquidation de sa retraite dès 60 ans.

Les articles 18 et 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites relèvent progressivement l'âge minimum d'ouverture des droits pour la retraite de base jusqu'à 62 ans entre 2011 et 2018, et l'âge d'obtention de la retraite à taux plein jusqu'à 67 ans entre 2017 et 2023.

Ces dispositions sont applicables dans le régime de base des professions libérales aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} juillet 2011.

Le décret n° 2011-2034 du 29 décembre 2011 repousse par ailleurs de 4 à 5 mois les paliers de montée en charge de la réforme des retraites. Ainsi, l'âge légal de départ passe à 62 ans pour les affiliés nés en 1955.

Le médecin perçoit une pension complète à partir de l'âge légal de la retraite, s'il justifie de 160 trimestres d'assurance, tous régimes de base confondus ou plus selon l'année de naissance (161 pour les médecins nés en 1949, 162 pour ceux nés en 1950, ...) ; à défaut, sa retraite est affectée d'une décote de 1,25 % par trimestre manquant dans la limite de 20 trimestres (25 %), applicable au plus petit des nombres suivants : nombre de trimestres manquants pour atteindre l'âge légal de départ à la retraite à taux plein ou le nombre de trimestres manquant pour atteindre la durée d'assurance nécessaire.

S'il décide de poursuivre son activité au-delà de l'âge légal de départ et du nombre de trimestres nécessaires pour obtenir une pension à taux plein, il bénéficie d'une surcote de 0,75 % par trimestre supplémentaire cotisé après le 1^{er} janvier 2004.

L'article 95 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites accorde en outre au professionnel libéral ayant élevé un enfant ouvrant droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et à son complément, le bénéfice d'une majoration de durée d'assurance (un trimestre par période d'éducation de trente mois dans la limite de 8 trimestres).

Le médecin peut également bénéficier d'une pension sans minoration quelle que soit la durée d'assurance, à partir de l'âge légal de départ à la retraite s'il justifie être totalement et définitivement inapte au travail ou grand invalide de guerre ou titulaire de la carte de déporté ou interné politique ou de la résistance ou ancien combattant ou ancien prisonnier de guerre.

3/ Modalités de départ en retraite avant l'âge légal de départ

La possibilité de départ à la retraite avant l'âge légal est soumise à des conditions liées à l'âge de début d'activité et à la durée d'assurance dont une partie doit nécessairement avoir donné lieu à cotisations.

Les handicapés ayant un taux d'incapacité permanente de 50 % peuvent demander, sous certaines conditions, la retraite de base dès 55 ans.

4/ Modalités de départ à la retraite avant l'âge de la retraite à taux plein

Les articles 18 et 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites relèvent progressivement l'âge minimum d'ouverture des droits pour la retraite de base jusqu'à 62 ans entre 2011 et 2018, et l'âge d'obtention de la retraite à taux plein jusqu'à 67 ans entre 2017 et 2023.

Ces dispositions sont applicables dans le régime de base des professions libérales aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} juillet 2011.

L'âge de la retraite à taux plein reste maintenu à 65 ans pour les assurés ayant la qualité d'aidant familial, les assurés handicapés, les parents d'enfants handicapés et ceux nés entre le 1^{er} juillet 1951 et le 31 décembre 1955 qui ont eu ou élevé au moins 3 enfants, ont interrompu ou réduit leur activité et ayant validé, avant cette interruption ou réduction d'activité, un certain nombre de trimestres.

L'article 95 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites accorde au professionnel libéral ayant élevé un enfant ouvrant droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et à son complément, le bénéfice d'une majoration de durée d'assurance (un trimestre par période d'éducation de trente mois).

L'article 88 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 et le décret n° 2011-2034 du 29 décembre 2012 modifient l'âge d'ouverture des droits à retraite et l'âge d'attribution de la retraite à taux plein pour les générations 1952 à 1955. Ainsi, les affiliés nés en 1955 voient l'âge de la retraite à taux plein repoussé à 67 ans au plus tôt.

RACHATS

Les années d'études supérieures n'ayant pas donné lieu à affiliation à un régime de base et les années pour lesquelles le nombre de trimestres d'assurance est inférieur à 4 par an ont pu être rachetées dans la limite de 12 trimestres, entre le 1^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2005 par des médecins âgés d'au moins 54 ans en 2004 (donc 55 ans en 2005) et de moins de 65 ans.

Cette possibilité de rachat a été prorogée à compter du 1^{er} janvier 2006 par le décret 2006-879 du 17 juillet 2006 et ouverte dès l'âge de 20 ans.

Le coût du rachat est fonction d'une part, de la moyenne des revenus salariés et non-salariés des trois années précédant celle de la demande et d'autre part, de l'âge au moment du rachat.

Par dérogation pour les personnes âgées d'au moins 20 ans et de moins de 54 ans en 2004, qui ont présenté une demande de rachat en 2006, l'âge pris en compte a été celui atteint à la date d'acceptation de la demande moins 2 ans.

Le rachat dont les versements sont déductibles fiscalement comporte deux options : l'une permettant d'obtenir des trimestres d'assurance conduisant ainsi à réduire la décote (cf paragraphe « Age » ci-avant) : coût d'un trimestre en 2016, à 55 ans, minimum = 2 191 € et maximum = 2 503 € et à 60 ans : minimum = 2 441€ et maximum = 2 789 € et l'autre procurant en sus des trimestres, des points de retraite supplémentaires : coût en 2016 : à 55 ans, minimum = 3 247 € et maximum = 3 710 € et à 60 ans : minimum = 3 617 € et maximum = 4 132 €.

A compter du 1^{er} janvier 2011, le coefficient de majoration tenant compte de la génération de l'affilié est appliqué afin de maintenir la neutralité actuarielle du dispositif pendant la phase transitoire du relèvement de l'âge de la retraite (il varie de 1,06 à 1,01).

Le rachat des années postérieures à la fin de l'année civile au cours de laquelle est survenu le dix-septième anniversaire du demandeur ne peut être pris en compte pour l'ouverture du droit à une retraite anticipée avant 60 ans.

L'article 59 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites ouvre par ailleurs aux professionnels libéraux ayant bénéficié d'exonérations de cotisations - non génératrices de droits - lors des premières années d'exercice (la première année pour les médecins), la possibilité de racheter ces périodes.

Pour mémoire, le décret n° 2010-1678 du 29 décembre 2010 en précise les conditions ; ce rachat concerne les affiliés n'ayant pas atteint l'âge de la retraite à taux plein et pour lesquels la pension de retraite dans le régime de base n'a pas été liquidée à cette date.

Son coût varie en fonction du revenu avec toutefois un taux maximal et minimal.

Les dispositions de ce décret étaient applicables aux demandes présentées à compter du 1^{er} janvier 2011 et jusqu'au 1^{er} janvier 2016. Des lettres ont été adressées par la CARMF au Directeur de la CNAVPL et à la Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes le 19 octobre 2015, sollicitant la prorogation au-delà du 1^{er} janvier 2016 du dispositif, mais n'ont pas connu de suites favorables.

Le décret n° 2015-14 du 8 janvier 2015 a abaissé le prix des rachats des périodes d'études effectuées dans les dix ans suivant la fin des études. L'assuré peut racheter 4 trimestres au maximum sur les 12 rachetables au titre des années d'études et des années incomplètes. L'abattement est fixé à 400 € pour le rachat d'un trimestre sans point et à 590 € pour le rachat d'un trimestre avec points

MAJORATION POUR CONJOINT

Cette majoration, dont le montant était inchangé depuis 1976, n'est plus attribuée depuis le 1^{er} janvier 2004.

Cet avantage accordé jusqu'en 2003 est intégré aux droits du médecin et donne lieu à réversion.

CUMUL RETRAITE/ACTIVITÉ MÉDICALE LIBÉRALE

Rappelons en préambule que la circulaire n° 2003-359 du 17 juillet 2003 relative à l'article 46-III de la loi 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003 avait autorisé jusqu'au 31 décembre 2003, les médecins libéraux retraités, à cumuler, sous certaines conditions, leur retraite avec des revenus tirés d'une activité médicale libérale (ces médecins devaient exercer dans des départements où la densité médicale était inférieure à 210 médecins libéraux pour 100 000 habitants et percevoir un revenu dont le montant ne devait pas dépasser 50 % de leurs allocations servies par la CARMF).

La loi du 21 août 2003, applicable à tous les professionnels libéraux, a permis aux médecins bénéficiant de la retraite servie par la CARMF, d'exercer ou de continuer d'exercer une activité médicale libérale à condition que les revenus nets provenant de cette activité soient inférieurs au montant du plafond de la sécurité sociale (38 616 en 2016). Les revenus tirés de la participation à la permanence des soins et ceux tirés des activités juridictionnelles ou assimilées ne sont pas retenus dans cette limite.

Le décret n° 2006-1223 du 5 octobre 2006 a porté le seuil de revenus non-salariés cumulables avec la retraite à 130 % du plafond de la sécurité sociale (soit 50 201 € en 2016) au profit des médecins ayant fait valoir leurs droits à la retraite après l'âge de la retraite à taux plein, pour une période de dix ans à compter de la date de parution du décret (6 octobre 2006)¹.

¹ Le plafond de 130 % du plafond de la sécurité sociale (PSS) pourra continuer à s'appliquer aux activités de cumul débutées avant le 6 octobre 2016, dès lors qu'elles n'ont pas été interrompues, les activités débutées à partir du 6 octobre 2016, qu'il s'agisse d'une poursuite ou d'une reprise d'activité, étant quant à elles soumises au plafond de 100 % du PSS (décision du Bureau de la CARMF du 16 décembre 2016).

Il faut toutefois préciser que ce cumul n'est pas autorisé aux médecins admis au service de la retraite par anticipation au titre de l'inaptitude avant qu'ils n'atteignent l'âge de 65 ans.

En cas de dépassement, le versement de la pension est suspendu lorsque les revenus sont connus, soit 2 ans après.

Le décret du 14 janvier 2011 prévoit, à compter des revenus 2011 qu'en cas de dépassement, la suspension est effectuée pour un nombre de mois égal au rapport entre le montant du dépassement constaté et le montant mensuel net de la pension, arrondi à l'entier inférieur, sans que ce nombre puisse être supérieur au nombre de mois durant lesquels l'assuré a été affilié au titre du cumul retraite/activité plafonné.

Comme la loi n'a concerné que le régime de base, le Conseil d'administration a décidé d'étendre la possibilité de cumul au régime complémentaire et au régime ASV, dans les mêmes conditions que celles retenues pour le régime de base ; les textes (des statuts et des décrets) modifiés ont été soumis aux pouvoirs publics ; le ministère de tutelle a toutefois autorisé la CARMF à mettre en application les nouvelles mesures sans attendre leur publication.

L'arrêté du 28 septembre 2011 portant approbation des modifications statutaires a confirmé les modalités d'application des règles de cumul au titre des régimes complémentaire et ASV. Ainsi, en cas de dépassement du seuil prévu au 2^{ème} alinéa de l'article L. 643-6 du code de la Sécurité Sociale, le service de la pension est suspendu, conjointement à celui des autres pensions des régimes obligatoires de vieillesse versés par la Caisse et à concurrence du dépassement sans que cette suspension puisse excéder une année.

En ce qui concerne le régime d'assurance invalidité-décès, le Conseil d'administration a adopté également des modifications afin qu'aucune cotisation ne soit réclamée aux médecins bénéficiaires de la retraite servie par la CARMF qui exercent une activité médicale libérale. Aucune prestation ne peut de ce fait leur être accordée (modifications approuvées par décret n° 2004-461 du 27 mai 2004 – article 4 – et par arrêté du 19 octobre 2004).

Dans le cadre d'une réflexion amorcée par la CARMF et le Conseil National de l'Ordre des Médecins afin d'alléger les cotisations et de rendre plus attractive la possibilité de cumul, le Ministère de la Santé et des Solidarités a proposé un calcul des cotisations proportionnelles des régimes de base et complémentaire sur le revenu estimé de l'année en cours et non plus sur le revenu n-2.

Cette mesure a finalement été instaurée par le décret n° 2007-581 du 19 avril 2007. Le décret n° 2008-1064 du 15 octobre 2008 l'a étendu, pour le régime de base, à l'ensemble des professions libérales.

Cette possibilité est ouverte sur demande écrite, présentée dans les soixante jours suivant l'appel de cotisation.

Une régularisation des cotisations des régimes de base et complémentaire est effectuée deux ans après sur le revenu réel et une majoration de retard de 5 % est appliquée sur l'insuffisance de versement des acomptes provisionnels si le revenu définitif est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par le médecin.

A la demande du Ministère, le Bureau du Conseil d'administration a décidé que les médecins retraités peuvent rectifier leur revenu estimé jusqu'en août (correspondant à la période des vacances où les remplacements risquent d'être plus nombreux) et que la Commission de Recours Amiable peut leur octroyer une remise des majorations de retard générées par le recalcul du supplément de cotisation.

L'article 88 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de Financement de la Sécurité Sociale pour 2009 a modifié les dispositions du code de la sécurité sociale relatives au cumul retraite/activité libérale dans le régime de base.

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

Les médecins ne remplissant pas ces conditions doivent quant à eux, pour pouvoir cumuler, exercer une activité procurant des revenus inférieurs aux seuils précités.

Le décret n° 2011-62 du 14 janvier 2011 a précisé les modalités de contrôle du cumul retraite/activité sans limitation de revenu : déclaration, attestation sur l'honneur intégral, et pénalité applicable à défaut de production de ces pièces.

Ce texte, complétant les dispositions d'un décret n° 2009-1738 du 30 décembre 2009, a également modifié les règles applicables aux cotisations de l'ensemble des médecins en cumul retraite/activité libérale, qu'ils remplissent ou non les conditions du cumul sans limitation :

- Le plafond de l'assiette de calcul de cotisations spécifique au cumul retraite/activité libérale a été supprimé dans les régimes de base et complémentaire vieillesse, pour tous les médecins en cumul, avec ou sans limitation ;
- Les médecins gardent la possibilité de demander le calcul à titre provisionnel de leurs cotisations des régimes de base et complémentaire vieillesse sur un revenu estimé pour l'année en cours, notamment en cas de baisse d'activité et donc de revenu ;
- Une régularisation systématique intervient lorsque le revenu professionnel de l'année est connu, dans les régimes de base et complémentaire Vieillesse si les cotisations ont été calculées à titre provisionnel sur la base de revenus estimés.

L'article 20 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites a enfin modifié les conditions d'appréciation de la possibilité de cumul plafonné ou déplafonné. Un médecin libéral peut désormais cumuler intégralement sa pension du régime de base avec les revenus issus de sa reprise ou poursuite d'activité professionnelle tant qu'il n'a pas atteint l'âge de liquidation sans décote dans les régimes complémentaires (65 ans actuellement à la CARMF), alors qu'il était soumis à un cumul plafonné dans l'ancien système. Cet âge atteint, les régimes complémentaires devront toutefois être liquidés pour permettre le maintien d'une activité sans limitation de revenu.

Cette loi précise également que les assurés dont la première pension de base prend effet à compter du 1^{er} janvier 2015 doivent cesser toute activité salariée et non salariée. S'ils souhaitent néanmoins poursuivre ou reprendre leur activité, ils continuent à cotiser à leurs régimes de retraite, ils ne peuvent plus acquérir de droits dans quelque régime légal de retraite que ce soit, de base ou complémentaire (à l'exception des bénéficiaires d'une pension militaire) ; en cas de poursuite, ils doivent avoir liquidé tous les régimes de retraite de base auxquels ils cotisent.

COMPENSATION

1/ La compensation nationale en 2015

REGIMES QUI ONT VERSÉ	REGIMES QUI ONT REÇU
Salariés → 4 421 M€	Agriculteurs → 3 346 M€
Professions Libérales → 647 M€ (1)	Industriels et Commerçants → 1 223 M€
Avocats → 84 M€	Artisans → 583 M€
(1) coût par libéral = 861,02 €	

2/ Vers une réforme nécessaire de la compensation nationale

La complexité des modes de calcul et des mécanismes de la compensation a entraîné dans le temps une dérive et des participations d'un niveau excessif et disproportionné, sans plus aucun rapport avec la démographie et l'esprit initial de la Loi, l'équité ou la solidarité.

Ainsi les professions libérales n'ont cessé ces dernières années de voir le montant de leur participation augmenter fortement.

L'intégration des auto-entrepreneurs dans les effectifs de cotisants à la Caisse Interprofessionnelle de Prévoyance et d'Assurance Vieillesse (CIPAV), faisant partie comme la CARMF de l'Organisation Autonome d'Assurance Vieillesse des Professions Libérales, créant ainsi un afflux de nouveaux cotisants (considérés comme tels alors qu'en pratique, ils disposent très souvent de revenus très faibles, voire nuls), a aggravé encore davantage cette situation.

Les préconisations du 10^{ème} rapport du COR portant sur les « *Retraites : la rénovation des mécanismes de compensation* », rendues publiques en octobre 2011, ne paraissaient pas de nature à remédier à ces difficultés.

Dans ces conditions, la CARMF a proposé tout d'abord de modifier la loi – l'article L. 134-1 du Code de la sécurité sociale – de manière à limiter les charges de compensation versées par les régimes obligatoires à 50 % du total des prestations qu'ils servent, afin de ne pas porter atteinte à leur équilibre financier et entraîner un assèchement de leurs réserves.

Le 20 avril 2013, le Conseil d'administration de la CARMF s'est enfin prononcé en faveur d'une demande au Premier ministre de modification ou d'abrogation des textes relatifs au mode de calcul de la compensation nationale, et d'un recours devant le Conseil d'Etat en cas de refus. Cette requête a été adressée le 21 juin 2013 et, à défaut de réponse de l'administration, un recours à l'encontre des règles de calcul de la compensation nationale, a finalement été déposé par la CARMF devant le Conseil d'Etat.

Dans le cadre de cette procédure, le Conseil d'Etat a décidé de transmettre au Conseil Constitutionnel une question prioritaire de constitutionnalité (QPC) déposée par la CARMF, le rapporteur public soutenant la demande de la CARMF au nom du principe d'égalité entre assujettis devant les charges publiques.

Cette question a toutefois été écartée par le Conseil Constitutionnel le 20 octobre 2015, entraînant le rejet du recours par le Conseil d'Etat sur le fond le 23 décembre suivant.

RÉVERSION

La loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites a aligné, en son article 91, sur le régime général, les conditions d'octroi de la pension de réversion du régime de base des professionnels libéraux.

L'article 96 de cette loi avait prévu l'application des nouvelles dispositions à effet du 1^{er} janvier 2004 ; cette dernière date a été repoussée au 1^{er} juillet 2004 suivant l'article 65 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Compte tenu du retard dans la parution des décrets d'application, des instructions ministérielles ont été données le 20 juillet 2004 afin que les demandes de pension de réversion liées à des décès survenus au cours du 2^{ème} trimestre 2004 soient traitées selon la législation en vigueur antérieurement au 1^{er} juillet 2004.

Deux décrets sont ensuite parus au Journal Officiel du 25 août 2004 (n° 2004-857 et 2004-858) ; ils ont défini les nouvelles modalités d'attribution de la retraite de base de réversion applicables à compter du 1^{er} juillet 2004 dont les principales sont indiquées ci-après :

- âge : 55 ans jusqu'au 30 juin 2005 (la suppression de la condition d'âge étant programmée de façon progressive jusqu'au 31 décembre 2008) ;

- mariage : avoir été marié avec l'assuré décédé (la condition de durée de mariage a été supprimée mais le bénéfice de la pension de réversion demeure réservé aux personnes mariées ou ayant été mariées avec l'assuré décédé) ;
- ressources : justifier que le montant des ressources personnelles ne dépasse pas le montant annuel du SMIC calculé sur la base de 2 080 heures (20 114 € par an) ou 1,6 fois ce plafond en cas de ménage (32 182 € par an), le remariage ne faisant plus perdre le droit à la retraite de base de réversion ;
- taux de réversion : 54 % (au lieu de 50 %) ;

Ces deux décrets ont en outre prévu en particulier :

- un contrôle des ressources devant conditionner la poursuite du paiement de la pension,
- la prise en considération dans les ressources, des pensions de réversion servies au titre des régimes obligatoires de base et complémentaires mais à compter du 1^{er} juillet 2006,
- la désignation d'un seul régime chargé de liquider l'ensemble des pensions en cas de pluralité de réversion également avec effet du 1^{er} juillet 2006.

Devant les inquiétudes suscitées par certains points contenus dans les deux décrets précités conduisant notamment à la réduction des droits de réversion du régime de base, le Conseil d'administration de la CARMF, dès l'examen des projets desdits décrets au cours de sa réunion du 26 juin 2004, a adopté à l'unanimité la motion suivante :

« Si le Conseil d'administration reconnaît bien volontiers la nécessité de réformer le régime de base, en matière de droits de réversion :

- il estime que la date du 1^{er} juillet 2004 retenue pour l'entrée en vigueur des nouvelles règles de réversion doit être repoussée au 1^{er} janvier 2005, face à la date (juin 2004) à laquelle les projets de décret d'application de la loi du 21 août 2003 lui ont été soumis, et ce, pour permettre de mener à bien les travaux découlant de la réforme,
- il considère qu'il n'y a pas lieu de confier, en cas de pluralité de réversion, le service des pensions, à un seul régime,
- il refuse que les conjoints survivants soient dépossédés de leurs droits à la pension de réversion par suite de l'instauration de la condition de ressources compte tenu que le versement des cotisations a été supporté en totalité par le foyer ».

La réforme a une nouvelle fois été repoussée au-delà du 1^{er} juillet 2004 en attendant les résultats d'une étude complémentaire par le COR (Conseil d'Orientation des Retraites) demandée par le Ministre de la Santé et de la Protection Sociale ; dans cette attente, les caisses gérant un régime de base ont reçu des instructions de ce ministère afin de continuer d'ouvrir des droits à pension de réversion jusqu'au 1^{er} octobre 2004 inclus et de calculer ces pensions sur la base de la réglementation en vigueur avant la loi du 21 août 2003.

Par la suite, deux nouveaux décrets n° 2004-1447 et n° 2004-1451 du 23 décembre 2004 parus au Journal Officiel du 30 décembre 2004 ont modifié et amélioré les dispositions issues des deux décrets du 24 août 2004, sans remettre en cause le principe de la réforme du régime de base.

Parmi les nouvelles mesures figuraient en particulier les dispositions suivantes :

- une condition d'âge minimum requise jusqu'au 31 décembre 2010,
- les ressources ne doivent pas comprendre les revenus d'activité et de remplacement de l'assuré décédé, les avantages de réversion servis par les régimes légalement obligatoires complémentaires au régime de base, les revenus des biens mobiliers et immobiliers acquis du chef du conjoint décédé ou disparu,
- les revenus d'activité du conjoint survivant font l'objet d'un abattement de 30 % s'il est âgé de 55 ans ou plus,

- la retraite de base de réversion cesse d'être révisable trois mois après la date d'effet de l'ensemble des pensions personnelles obtenues au titre des régimes de base et complémentaire ou à partir du 60^{ème} anniversaire dans le cas où le conjoint ne peut prétendre à aucun avantage personnel de retraite de base et complémentaire.

Après la parution des décrets du 23 décembre 2004, la CNAVPL a sollicité du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, à la demande de certaines sections professionnelles, un calendrier spécifique d'abaissement progressif de l'âge de réversion pour les professions libérales.

L'article 3 du décret 2005-1004 du 22 août 2005 a modifié l'échéancier relatif à l'âge d'ouverture du droit à pension de réversion en établissant le calendrier spécifique demandé pour les conjoints survivants des membres des professions libérales. Pour les années 2005 et 2006, l'âge de 65 ans était ainsi conservé jusqu'au 30 juin 2005 et 60 ans pour les pensions prenant effet au plus tard le 30 juin 2006.

Le calendrier était ensuite commun avec celui du régime général, c'est-à-dire :

- 52 ans pour les pensions prenant effet au plus tard le 30 juin 2007
- 51 ans pour les pensions prenant effet au plus tard le 30 juin 2009
- 50 ans pour les pensions prenant effet au plus tard le 31 décembre 2010.

Aucune condition d'âge à partir du 1^{er} janvier 2011.

En attendant la parution du décret du 22 août 2005, la CARMF a instruit, suivant les nouvelles règles, et conformément aux instructions ministérielles du 3 février 2005, les pensions de réversion des conjoints survivants âgés d'au moins 65 ans au cours du 1^{er} semestre 2005, puis celles des conjoints survivants âgés de 60 à 64 ans du 1^{er} juillet 2005 au 30 juin 2006.

A partir du 1^{er} juillet 2006, les pensions de réversion des conjoints survivants âgés de 52 à 59 ans ont été instruites.

A partir du 1^{er} juillet 2007, les pensions de réversion des conjoints survivants âgés de 51 ans ont été instruites.

Par ailleurs, en application du décret 2004-857 du 25 août 2004, les pensions de réversion prenant effet au 1^{er} juillet 2006 (quelle que soit la date du décès) ont été liquidées dans le cadre de la coordination.

C'est ainsi que lorsque l'assuré décédé a relevé de l'un (ou de plusieurs) des régimes suivants :

- Régime général des salariés et les régimes intégrés (régimes du Crédit Foncier de France, des Agents de Change, de la Compagnie Générale des Eaux, de l'ancienne Chambre de Commerce et d'Industrie de Roubaix),
- Régime des salariés agricoles (MSA),
- Régime des exploitants agricoles (MSA),
- Régime des artisans (RSI/AVA),
- Régime des professions industrielles et commerciales (RSI/ORGANIC)
- Régime des professions libérales sauf la CNBF : CRN, CAVOM, CARMF, CARCDSF, CAVP, CARPIMKO, CARPV, CAVAMAC, CAVEC, CIPAV,

les avantages de réversion de ces régimes sont pris en compte dans les ressources pour la détermination du montant de la pension de réversion à servir.

En cas de dépassement du plafond autorisé, celui-ci est imputé sur chacune des pensions de réversion à due concurrence du rapport entre le montant de cette pension et le montant total des pensions de réversion.

Pour simplifier les démarches de l'allocataire, il a été mis en place un formulaire commun aux différents régimes alignés, qu'il doit adresser indifféremment à l'un des organismes auprès desquels son conjoint décédé avait cotisé.

Le régime ainsi « saisi », est appelé régime d'accueil. Il envoie aux régimes dans lesquels le professionnel a acquis ses droits :

- La photocopie du formulaire CNAVPL : DRR (demande de retraite de réversion) ou de la DUR (demande unique de réversion) pour les autres régimes alignés,
- Une demande de la durée d'assurance,
- Une demande de la date de fin d'affiliation,
- Une demande du montant théorique de la pension de réversion.

À réception des renseignements sollicités, le régime d'accueil détermine le régime interlocuteur unique (RIU ou régime Pivot) en fonction de la plus longue durée d'affiliation de l'assuré décédé.

À défaut et en présence :

- d'une durée d'affiliation équivalente, il désigne le dernier régime d'affiliation,
- d'activités simultanées, celui qui est susceptible de servir la pension de réversion la plus élevée.

Une fois le RIU déterminé, le régime d'accueil informe les autres régimes intervenant à la coordination et transfère au RIU toutes les données (montant des pensions théoriques que devrait servir chaque régime, déclarations de ressources, la demande de retraite de réversion) pour lui permettre :

- de calculer le montant éventuel du dépassement de ressources,
- de déterminer s'il y a lieu, les proratas de répartition de chacun des régimes en cause.

Après avoir ainsi procédé au calcul du dépassement de ressources, le RIU le communique à chaque caisse visée ainsi que leur prorata de répartition respectif en laissant à la charge de chacune d'elle, l'envoi de la notification des droits.

En ce qui concerne toutefois les professionnels libéraux, la coordination n'est appliquée qu'en présence de droits nouveaux à partir du 1^{er} juillet 2006, impliquant au moins deux régimes alignés.

Si le conjoint survivant a déjà bénéficié d'un droit à réversion d'un des régimes alignés, antérieurement au 1^{er} juillet 2006 du fait de son âge, le droit qu'il acquiert auprès de l'une des caisses de professions libérales du fait de l'abaissement de l'âge, est établi en dehors de toute coordination, en tenant compte des plafonds de ressources.

Enfin, précisons pour mémoire que l'article 74 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2009 n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 (parue au Journal Officiel du 18 décembre suivant) a notamment pour objet de porter les pensions de réversion servies aux veuves et aux veufs disposant de faibles pensions de retraite à 60 % de la retraite du conjoint décédé, grâce à la création d'une majoration de ces pensions de réversion.

Cette majoration (applicable à compter du 1^{er} janvier 2010) est attribuée aux titulaires de pensions de réversion âgés d'au moins soixante-cinq ans et dont les droits propres et les droits dérivés sont inférieurs à un seuil qui est fixé par décret à 800 euros par mois (montant réévalué chaque année en fonction du coefficient de réévaluation des pensions de vieillesse du régime de base). Le champ des pensions entrant dans le calcul du plafond de ressources comprend les pensions étrangères.

L'obligation d'avoir demandé la liquidation de ses droits à retraite ne porte que sur les avantages personnels, qu'ils soient de droit direct ou de droit indirect comme la réversion.

Par ailleurs, ce texte rétablit une condition d'âge pour bénéficier de la pension de réversion, qui a été fixée par décret à cinquante-cinq ans. Ce décret maintient cependant l'âge actuel de 51 ans pour les personnes devenues veuves avant le 1^{er} janvier 2009, afin de ne pas modifier la situation des veufs et veuves titulaires d'une pension de réversion à cette date.



Autre aspect de la loi du 21 août 2003 sur les retraites : le titre 1^{er} article 10) qui a modifié l'article L 161-17 du Code de la Sécurité Sociale.

Il a créé le droit pour tout assuré d'être régulièrement informé sur sa future retraite.

A cette fin, a été créé un groupement d'intérêt public le « *GIP Info Retraite* » dont la convention constitutive a été approuvée par un arrêté du 23 août 2004. Il réunit les 36 organismes de retraite légalement obligatoires (dont la CARMF), qui devront s'échanger les données de carrière qu'ils détiennent.

Les décrets 2006-708 et 2006-709 du 19 juin 2006 ont créé la possibilité pour chaque assuré de connaître les éléments consolidés de ses droits à l'ensemble des régimes dont il a relevé.

A partir de 2011, cette information se fait systématiquement tous les 5 ans au 1^{er} juillet de chaque année pour les assurés atteignant l'âge de 35, 40, 45 ou 50 ans au moyen d'un relevé individuel de situation (RIS), ou sur demande des intéressés au plus tous les deux ans (à partir du 1^{er} juillet 2007).

A partir du 1^{er} juillet 2011, l'information se fait également systématiquement au moyen d'une estimation indicative globale (EIG) pour les assurés atteignant l'âge de 55 ans.

Une mise en œuvre progressive a débuté en 2007 et s'est poursuivie jusqu'en 2013 au profit de certaines classes d'âges d'assurés.

C'est ainsi qu'entre octobre et décembre 2016, sept générations de médecins ont reçu un courrier commun de leurs organismes de retraite (dont la CARMF) :

Il est à noter que le GIP Info Retraite a été remplacé en novembre 2014 par le GIP Union Retraite qui est chargé de mettre en commun une partie des moyens des trente-cinq régimes de retraite légaux obligatoires (régimes de base et régimes complémentaires) pour réaliser des projets visant à simplifier leurs relations avec les usagers.

- sur 10 979 médecins (communiqués par le GIP Info Retraite et certifiés SNGI) nés en 1966, 1971, 1976, et 1981, 98,9 % ont reçu leur RIS. Le RIS n'a pas pu être établi pour 1,1 % d'entre eux, car leur compte cotisant était débiteur de plus de trois années de cotisations (ils ont toutefois été informés de cette impossibilité).
- sur 15 617 médecins (communiqués par le GIP Info Retraite et certifiés SNGI) nés en 1951, 1956 et 1961, 98,5 % ont reçu leur EIG. L'EIG n'a pu être établi pour 1,5 % d'entre eux non à jour de leurs cotisations.

Montants moyens servis
(au 4^{ème} trimestre des exercices ci-après)

Exercices	Droits propres (par an)		Droits dérivés (par an)	
	En euros courants	En euros constants*	En euros courants	En euros constants*
2011	6 108 €	6 327 €	1 892 €	1 960 €
2012	6 282 €	6 383 €	1 894 €	1 924 €
2013	6 413 €	6 459 €	1 879 €	1 893 €
2014	6 466 €	6 480 €	1 844 €	1 848 €
2015	6 525 €	6 537 €	1 801 €	1 804 €
2016	6 564 €	6 564 €	1 776 €	1 776 €

* euros constants 2016

Conjoints Collaborateurs

Régime volontaire

Ce régime a été initialement instauré par la loi n° 87-588 du 30 juillet 1987 à titre facultatif et mis en application par le décret n° 89-526 du 24 juillet 1989 dans les conditions suivantes :

Cotisations

La cotisation volontaire du régime de base du conjoint collaborateur était égale à la moitié de celle du médecin (tranches 1 et 2).

Elle restait due même si le médecin était exonéré de cette cotisation pour incapacité temporaire totale.

Allocations

Les conditions de service de la retraite étaient identiques à celles du médecin.

Rachat

Une possibilité de rachat portant au maximum sur six années antérieures à l'affiliation était offerte aux conjoints collaborateurs.

Le paiement des cotisations de rachat du conjoint collaborateur pouvait être étalé sur une période maximum de quatre années.

Le coût du rachat était égal au produit du nombre d'années rachetées par le montant de la cotisation du conjoint collaborateur lors de la demande.

Réversion

Cette retraite est réversible dans les mêmes conditions que celle du médecin au titre du régime de base.

Réforme: Régime obligatoire

La loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des PME a profondément modifié ce régime.

1/Le statut de conjoint collaborateur de professionnel libéral (ou de gérant majoritaire de SEL)

Il comporte désormais trois formes (définies au nouvel article L 121-4 du Code du Commerce) :

- Conjoint collaborateur (le statut pour les libéraux étant auparavant proposé par le 1° de l'article 46 de la loi 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, abrogé par la loi),
- Conjoint salarié,
- Conjoint associé.

L'adhésion, selon le choix du conjoint, à l'un de ces trois statuts devient obligatoire.

En 2008, ce statut de conjoint collaborateur a été ouvert, par la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 (Journal Officiel du 5 août 2008) de modernisation de l'économie, au partenaire lié au chef d'une entreprise artisanale, commerciale ou libérale par un pacte civil de solidarité (PACS).

2/L'affiliation aux régimes d'assurance vieillesse et invalidité-décès

L'adhésion aux régimes de base, complémentaire et invalidité-décès devient obligatoire.

3/Cotisations

Pour le calcul de la cotisation du régime de base, l'assiette de revenu du médecin peut être partagée avec son conjoint.



Le décret 2006-966 du 1^{er} août 2006 définit le statut du conjoint collaborateur et précise les formalités déclaratives à accomplir.

Il rend le nouveau dispositif applicable à compter du 3 août 2006 (date de parution du texte au Journal Officiel) aux conjoints adhérant à cette date à l'ancien dispositif. Pour les autres, il ne le sera qu'à compter du 1^{er} juillet 2007.

Dans l'attente du décret fixant les cotisations, le Conseil d'administration a décidé dans sa séance du 13 octobre 2006, de continuer à appliquer jusqu'au 31 décembre 2006 aux conjoints collaborateurs affiliés à l'ancien dispositif, les règles relatives aux cotisations de l'ancien régime facultatif.

Par ailleurs, la CARMF a présenté au Ministère des propositions de modification du projet de décret relatif aux cotisations d'assurance vieillesse des conjoints collaborateurs, concernant les assiettes et les taux de cotisation pour les régimes de base et complémentaire, propositions retenues dans le décret n° 2007-582 du 19 avril 2007.

Dans l'attente de la parution de ce décret, le Conseil d'administration avait décidé dans sa séance du 27 janvier 2007, d'appeler la cotisation du régime de base de 2007 selon les anciennes dispositions, c'est-à-dire sur un montant égal à 50 % de celle du médecin.

Le décret n° 2007-582 du 19 avril 2007 a fixé les modalités de cotisations d'assurance vieillesse des conjoints collaborateurs.

Compte tenu de la parution tardive des textes d'application, la réforme est effectivement entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2007, comme cela a été confirmé par une lettre du ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité en date du 25 juin 2007.

A compter de cette date, les conjoints sont affiliés à titre obligatoire au régime de base.

Cotisations

Possibilité de demander que les cotisations soient calculées :

- soit sur un revenu forfaitaire égal à la moitié de la limite supérieure de la première tranche de revenu servant d'assiette à la cotisation (soit 50 % du plafond de la Sécurité sociale),
- soit sur 25 % ou 50 % du revenu non salarié du médecin pris en compte pour déterminer l'assiette de la cotisation du médecin, sans partage d'assiette.
- soit sur une fraction fixée à un quart ou la moitié du revenu non salarié du médecin pris en compte pour déterminer l'assiette de la cotisation du médecin, avec partage d'assiette. Dans ce cas, les limites des deux tranches de revenus sont réduites dans la même proportion pour le conjoint et le médecin.

Le choix de l'assiette retenue pour le calcul des cotisations du régime de base est effectué par le conjoint par écrit au plus tard soixante jours suivant l'envoi de l'avis d'affiliation. Cette demande doit être contresignée par le médecin en cas de partage d'assiette.

En l'absence de choix, les cotisations sont calculées sur un revenu forfaitaire (50 % du plafond de la Sécurité sociale).

Le choix s'applique pendant 3 ans et est reconduit pour une nouvelle durée de 3 ans, sauf demande contraire du conjoint collaborateur effectuée au plus tard avant le 1^{er} décembre de la dernière des 3 années.

Compte tenu de la date d'entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2007 du nouveau régime, une instruction ministérielle du 25 juin 2007 a reporté au 1^{er} janvier 2008 la possibilité de choix du partage d'assiette.

Les cotisations du conjoint collaborateur sont recouvrées dans les mêmes conditions que celles du médecin. Leur non-paiement éventuel aux échéances fixées entraîne l'application de majorations de retard.

L'appel de la cotisation 2016 a donc été effectué sur les bases suivantes :

Cotisations RB 2016

	Assiette forfaitaire (19 308 €)	Sans partage d'assiette		Avec partage d'assiette (Plafond réduit selon le taux)	
		25 % du revenu du médecin	50 % du revenu du médecin	25 % du revenu du médecin	50 % du revenu du médecin
Tranche 1 : 8,23 % Cotisation maximale	1 589 €	Jusqu'à 38 616 € 3 178 €	Jusqu'à 38 616 € 3 178 €	Jusqu'à 9 654 € 795 €	Jusqu'à 19 308 € 1 589 €
Tranche 2 : 1,87 % Cotisation maximale	361 € -	de 0 € à 48 270 € 903 €	de 0 € à 96 540 € 1 805 €	de 0 € à 48 270 € 903 €	de 0 € à 96 540 € 1 805 €
Cotisation totale maximale	1 950 €	4 081 €	4 983 €	1 698 €	3 394 €

Cotisation minimale

Elle s'applique au conjoint collaborateur dans les mêmes conditions que pour le médecin.

Attribution de points

Le nombre de points attribués est déterminé dans les mêmes conditions que pour le médecin, suivant le montant de la cotisation.

Points 2016

	Assiette forfaitaire	Sans partage assiette		Avec partage assiette	
		25 %	50 %	25 %	50 %
Tranche 1 maximum	262,50	525	525	131,25	262,50
Tranche 2 maximum	2,50	6,25	12,50	6,25	12,50
Total maximum	265	531,25	537,50	137,50	275

Allocations

Les conditions de service de la retraite sont identiques à celles du médecin.

Rachat des périodes d'activité

En application de l'article L. 642-2-2 du Code de la sécurité sociale, le décret n° 2012-1034 du 7 septembre 2012 permet au conjoint collaborateur, sous certaines conditions, le rachat de 24 trimestres au maximum correspondant à des périodes de collaboration à l'activité médicale libérale non cotisées lorsque le régime était facultatif.

Ce rachat qui doit être effectué avant le 31 décembre 2020 permet d'atténuer le coefficient de minoration ou d'obtenir le taux plein. Comme pour les médecins, il existe deux options : rachat des trimestres ou rachat des trimestres et des points.

Adhésion volontaire

La loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 a modifié l'article L. 742-6 du Code de la sécurité sociale relatif à l'assurance volontaire vieillesse des régimes des non-salariés non agricoles. Un 5° a été rétabli et prévoit que les conjoints collaborateurs qui ont été affiliés à titre obligatoire au régime d'assurance vieillesse des professions libérales et qui cessent d'en remplir les conditions peuvent adhérer volontairement.

Un décret n° 2015-769 du 29 juin 2015 en précise les modalités.

La demande d'adhésion à l'assurance volontaire doit intervenir dans le délai de six mois qui suit la date d'effet de la radiation (article D. 742-37 2° CSS).

L'adhésion volontaire prend effet au 1^{er} jour du trimestre civil qui suit la demande. Toutefois le CCPL peut demander que son affiliation prenne effet à la date de sa radiation à titre obligatoire (article D. 742-39 CSS).

L'assuré volontaire a la faculté de demander la résiliation de son affiliation par simple lettre. La radiation prend effet à compter du 1^{er} jour du trimestre civil qui suit la demande (article D. 742-40 CSS)

En cas de non-paiement des cotisations à l'échéance et après l'envoi d'un rappel de cotisations en recommandé AR, l'assuré volontaire est radié.

Les cotisations du régime de base sont assises sur les revenus ayant servi de base au calcul des cotisations dues au titre de la dernière année civile entière ou, à défaut, de la dernière année civile d'activité, revalorisés en appliquant le taux d'évolution du plafond annuel de sécurité sociale.

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE D'ASSURANCE VIEILLESSE

Cotisations

La cotisation du régime complémentaire a été appelée en 2016, conformément à la décision du Conseil d'administration, au taux de 9,6 %.

Un décret n° 2010-1253 du 21 octobre 2010 a modifié le plafond de l'assiette de calcul des cotisations du régime, égal à compter de 2011 à 3,5 fois le plafond de la Sécurité Sociale (P).

Le montant de la cotisation a donc varié en 2016, entre 0 € et 12 975 € (le plafond, fixé à 3,5 fois celui de la Sécurité Sociale, étant égal à 135 156 €).

Ce sont les revenus non-salariés nets de 2014 qui ont été pris en considération pour la détermination de la cotisation de 2016.

Une dispense partielle ou totale de la cotisation annuelle peut être accordée en cas d'insuffisance de l'ensemble des revenus imposables du médecin, au titre de l'année précédente.

Depuis avril 2008, une exonération semestrielle de la cotisation peut être octroyée sous certaines conditions aux femmes médecins en arrêt de travail pour grossesse non pathologique avec attribution de 2 points gratuits, ainsi que la possibilité de rachat pour les femmes médecins de 3 trimestres par enfant né pendant l'exercice professionnel.

Enfin, pour mémoire, un arrêté ministériel du 9 août 2010 a approuvé de nombreuses modifications des statuts du régime complémentaire vieillesse des médecins votées par le Conseil d'administration de la CARMF, concernant notamment le mode de calcul des cotisations (intégration d'une partie des dividendes de SEL à l'assiette de calcul), la dispense partielle ou totale de cotisations en cas d'impécuniosité (limitation désormais des ressources prises en compte aux seuls revenus imposables du médecin, à l'exclusion de ceux de son conjoint) ou encore la possibilité, en cas d'exonération pour raison de santé de cotisation semestrielle ou annuelle ne donnant droit qu'à 2 ou 4 points gratuits, d'acquérir ultérieurement par une cotisation complémentaire les droits perdus du fait de la maladie.

Nombre de points

Le versement de la cotisation annuelle correspondant au plafond de revenu donne droit à attribution de 10 points de retraite.

Lorsque la cotisation est d'un montant inférieur, le nombre de points alloués est calculé au prorata.

Valeur du point de retraite

La valeur annuelle du point de retraite a été fixée en 2016, à 78,55 € pour le médecin et à 47,13 € pour le conjoint survivant, soit une augmentation de 0,2 % par rapport à 2015.

Allocations - Exemples

Le revenu moyen sous plafond de 2014 servant d'assiette à la cotisation de 2016 a été estimé à 83 900 €.

La cotisation moyenne s'est donc élevée à 8 054 € (83 900 € x 9,6 %) correspondant à une acquisition annuelle de :

$83\,900 \text{ € (revenu moyen)} / 135\,156 \text{ € (revenu plafond)} \times 10 = 6,21 \text{ points de retraite}$
représentant pour 35 années de versements de cotisations, une retraite de :

$78,55 \text{ €} \times 6,21 \text{ points} \times 35 \text{ années} = 17\,072,85 \text{ € par an.}$

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

$$78,55 \text{ €} \times 10 \text{ points} \times 35 \text{ années} = 27\,492,50 \text{ € par an.}$$

Majoration

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

Réversion

La retraite complémentaire est réversible à 60 % sur la tête du conjoint survivant à 60 ans ; elle est cumulable avec tout avantage auquel peut prétendre le conjoint survivant à titre personnel ou dérivé ; elle peut également être assortie de la majoration familiale (10 %) lorsque le conjoint a eu trois enfants avec le médecin.

Rachat et achat de points

Rachat de points

Les années de service militaire et les années d'exercice libéral avant 1949 sont rachetables ; les femmes médecins peuvent racheter deux trimestres par enfant né pendant les périodes d'exercice professionnel (c'est-à-dire pendant les périodes de résidanat, d'internat, d'externat, de clinicat et d'inscription au Tableau du Conseil de l'Ordre des Médecins).

Un arrêté du 1^{er} avril 2008 a approuvé la modification statutaire demandée par le Conseil d'administration et porté à 3 le nombre de trimestres rachetables par enfant.

L'arrêté ministériel du 9 août 2010, paru au Journal Officiel du 1^{er} septembre 2010, a approuvé les modifications statutaires permettant aux médecins de racheter un trimestre par période de 3 ans de prise en charge effective d'enfants ayant fait l'objet de l'attribution de l'allocation d'enfant handicapé dans la limite de 3 trimestres par enfant.

La valeur du point de rachat en 2016, est de 1 297,50 € pour un médecin et de 778,50 € pour un conjoint survivant.

Pour la validation d'un trimestre, un point est racheté et 0,33 point est accordé gratuitement.

Ce même arrêté ouvre également la possibilité aux médecins âgés de moins de 40 ans lors de leur affiliation et qui ont été dispensés de cotisations lors de leurs deux premières années, de racheter un point par trimestre de dispense au titre de ces périodes, la valeur du point de rachat étant de 1 297,50 € en 2016. Cette faculté est également ouverte aux conjoints survivants au taux précisé ci-dessus.

Achat de points

L'achat de points est possible lorsque la moyenne des points acquis depuis l'affiliation par cotisation et rachat n'atteint pas quatre points par an.

Le prix d'achat du point s'élevait en 2016 à 1 892,18 € pour un médecin et à 1 135,31 € pour un conjoint survivant.

**Montants moyens servis
(au 4^{ème} trimestre des exercices ci-après)**

Exercices	Droits propres (par an)		Droits dérivés (par an)	
	En euros courants	En euros constants*	En euros courants	En euros constants*
2011	13 050 €	13 518 €	7 466 €	7 734 €
2012	13 268 €	13 481 €	7 511 €	7 631 €
2013	13 579 €	13 677 €	7 594 €	7 649 €
2014	13 755 €	13 785 €	7 620 €	7 637 €
2015	13 913 €	13 938 €	7 648 €	7 662 €
2016	13 999 €	13 999 €	7 637 €	7 637 €

* euros constants 2016

Réforme

Il est rappelé que la réforme du régime complémentaire a été entreprise en 1995, après que des projections à long terme (40 ans) aient été établies. Elle est entrée en vigueur en 1996 ; elle avait pour objectif de maintenir après 2020, le niveau des allocations grâce à la constitution de réserves.

A cette fin, la cotisation est devenue entièrement proportionnelle aux revenus non-salariés et le taux de la cotisation qui était de 7,5 % en 1996 (en sus de la cotisation forfaitaire) est passé à :

Exercices	Taux de la cotisation
1997 à 1999	8,1 %
2000 à 2007	9 %
2008	9,1 %
2009 à 2012	9,2 %
2013	9,3 %
2014	9,4 %
2015	9,5 %
2016	9,6 %

Cette réforme s'est accompagnée d'un effort demandé aux allocataires sous forme d'une baisse progressive du pouvoir d'achat de 1,5 % par an.

Malgré l'effort demandé, la valeur du point de retraite de 2016 (78,55 €) est supérieure de 16,58 % à celle de 1999 (67,38 €).

Le Conseil d'administration a eu l'occasion de rappeler en 2005 que la durée de la participation des retraités au rééquilibrage du régime complémentaire dépendrait de celle nécessaire pour la constitution des réserves permettant ce rééquilibrage (le montant des réserves représente au 1^{er} janvier 2016 environ 5 ans et 9 mois d'allocations).

Le Conseil d'administration a décidé fin 2015 de revaloriser en 2016 la valeur du point de retraite du régime complémentaire de 0,2 % par rapport à 2015. Le taux de cotisation 2016 a quant à lui été porté à 9,6 %.

Procédant à un réexamen des âges de départ dans le régime complémentaire vieillesse, suite aux modifications intervenues dans ce domaine dans le régime de base, le Conseil d'administration a travaillé durant plusieurs années à la mise en place d'une réforme innovante, permettant un départ en retraite « en temps choisi » dans le régime complémentaire à partir de 62 ans.

Dans ce nouveau dispositif, plutôt qu'une minoration de 5 % par an en cas de départ en retraite avant 65 ans comme auparavant, les médecins qui, au-delà de l'âge minimum de 62 ans, ne solliciteraient pas leur retraite et continueraient à exercer et à cotiser en acquérant des droits à retraite bénéficieraient alors d'une majoration de leur future retraite.

Après différentes versions, le Conseil d'administration de la CARMF a ainsi adopté la réforme de l'âge de départ à la retraite dans le régime complémentaire à partir de 62 ans dite « en temps choisi » le 26 janvier 2016, permettant aux médecins qui choisissent de continuer leur activité après 62 ans, de bénéficier en plus des points acquis par leurs cotisations, de 5 % supplémentaires de retraite par an (1,25 % par trimestre) jusqu'à 65 ans et de 3 % supplémentaires par an (0,75 % par trimestre) de 65 à 70 ans.

Les modifications statutaires adoptées obtiendront un avis favorable du Conseil d'administration de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des professions libérales (CNAVPL) le 24 mars 2016 et seront approuvées par deux arrêtés des 30 novembre et 21 décembre 2016, pour une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2017.

La réforme aura entretemps reçu le soutien de l'ensemble des syndicats médicaux.



Il faut souligner par ailleurs que les projections précitées :

- ont été affinées en 1998, dans le cadre des travaux du Plan, avec notamment la prise en compte de coefficients de mortalité prospectifs par sexe et de l'évolution du revenu moyen réel des médecins libéraux, à hauteur de 1,7 % par an ;
- ont été ensuite actualisées en 2000, compte tenu des hypothèses retenues par le Conseil d'administration de blocage du taux de cotisation à 9 % et de baisse du pouvoir d'achat du point de 1,5 % par an jusqu'en 2015, ce qui a conduit à un maintien de provisions positives jusqu'en 2040 ;
- ont nécessité les années suivantes une réactualisation et une recherche de mesures correctrices sur les paramètres de gestion du régime par suite d'éléments nouveaux (valeur du point ; incidence de la crise financière en 2008, modification des paramètres du régime, réforme instituant un départ en retraite à la carte à partir de 62 ans ...).

➤ **Actualisation et variantes des projections effectuées en 2016**

Les projections du régime complémentaire vieillesse ont été actualisées à partir des données réelles de juillet 2016, avec les hypothèses suivantes :

- Maintien du numerus clausus à 8 000 (y compris étudiants étrangers)
- Effectif de médecins en cumul retraite/activité calculé d'après les pourcentages observés par âge
- Plafond des revenus soumis à cotisations égal à 3,5 P à compter du 1^{er} janvier 2011
- Revenus 2014 réels et progression annuelle des revenus de 1,5 % (hors inflation)
- Rendement financier annuel des réserves conforme à l'allocation stratégique d'actifs : 2,95 % jusqu'en 2018, 2,85 % de 2019 à 2023, 2,50 % de 2024 à 2028, 2 % de 2029 à 2033, 1,50 % à partir de 2034
- Niveau des provisions (réserves) estimé à 6 000 M€ fin 2016
- A compter du 1^{er} janvier 2017, âge minimum de départ fixé à 62 ans avec majoration de 5 % par an jusqu'à 65 ans et de 3 % par an de 65 à 70 ans, avec même niveau de retraite à 65 ans (cf. supra, réforme de l'âge de départ à la retraite dite « en temps choisi »).

Avec cette réforme, l'équilibre à long terme du régime est assuré moyennant quelques ajustements du taux de cotisation et de la valeur du point de retraite.

I – PROJECTION TENDANCIELLE SANS RÉFORME DE L'ÂGE DE DÉPART A LA RETRAITE (retraite à taux plein à 65 ans)

Avec maintien du taux de cotisation à 9,6 % et de la valeur du point en euros constants, le régime n'est pas équilibré à long terme. Les réserves deviennent négatives en 2033, atteignant un minimum de – 2,34 milliards d'euros en 2041, année où le résultat technique redevient positif. Les réserves redeviennent positives à partir de 2049.

II – PROJECTION TENDANCIELLE AVEC RÉFORME DE L'ÂGE DE DÉPART A LA RETRAITE (âge minimum fixé à 62 ans, avec majoration de 5 % par an jusqu'à 65 ans et de 3 % par an entre 65 et 70 ans et même niveau de retraite à 65 ans)

Cette réforme améliore sensiblement les paramètres financiers du régime : les réserves deviennent négatives en 2035, atteignant un minimum de - 1,53 milliard d'euros en 2041, année où le résultat technique redevient positif. Les réserves redeviennent positives en 2047.

III – RÉÉQUILIBRAGE AVEC RÉFORME DE L'ÂGE DE DÉPART EN RETRAITE, TAUX DE COTISATION PORTÉ A 9,7 % EN 2017 ET 9,8 % EN 2018, ET BAISSSE DU POUVOIR D'ACHAT DU POINT DE 3 % EN 2 ANS (2017 et 2018)

Les projections réalisées en janvier 2016 supposaient un effort des cotisants (hausse du taux de cotisation) et des retraités sous forme d'une baisse du pouvoir d'achat du point de 3 % en 3 ans. Toutefois, le pouvoir d'achat du point ayant été préservé en 2016, compte tenu de l'inflation très faible, l'effort de 3 % doit être concentré sur 2017 et 2018. Dans ces conditions, l'équilibre à long terme du régime est obtenu avec une cotisation portée à 9,7 % en 2017 et 9,8 % en 2018. Les réserves restent constamment positives avec un minimum de 484 millions d'euros en 2039, le résultat technique redevenant positif en 2040.

IV – SENSIBILITÉ AUX HYPOTHÈSES

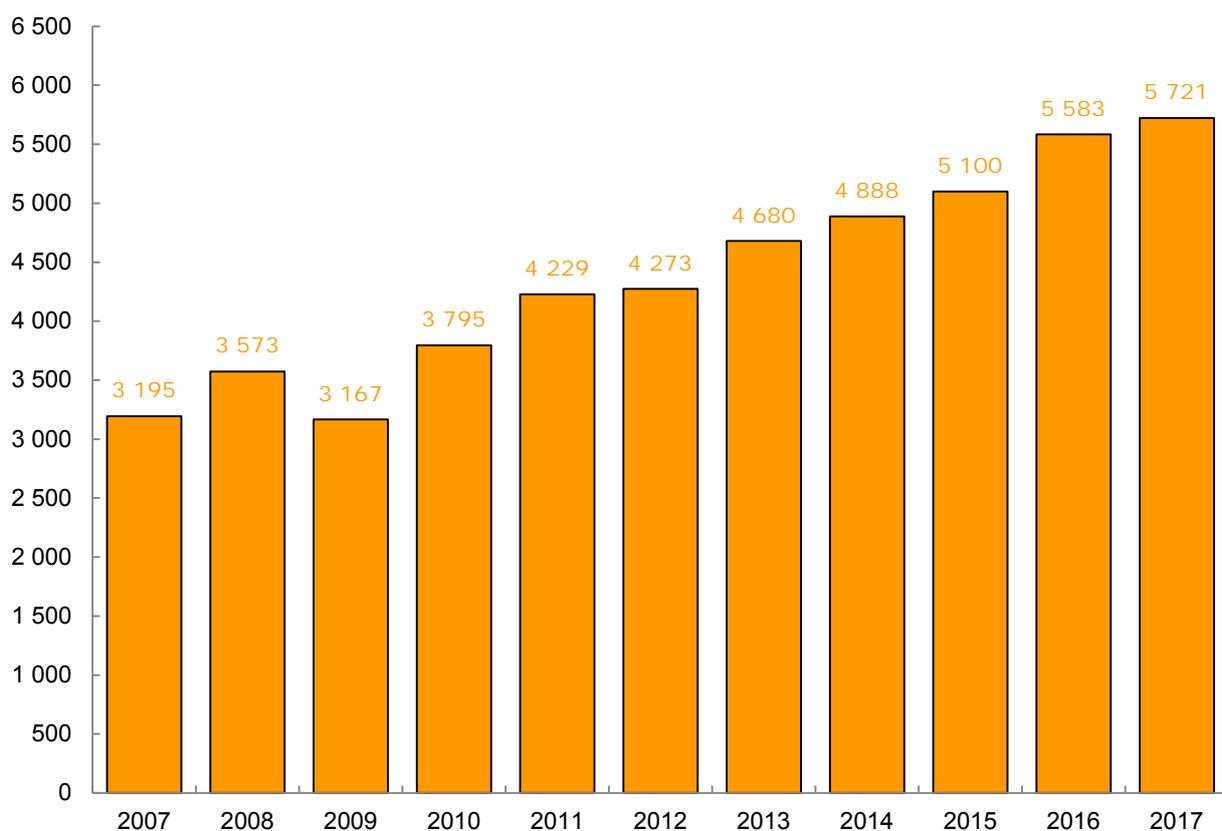
Compte tenu de la stabilité des hypothèses démographiques (les flux d'entrée dans la profession sont déterminés par le numerus clausus), les projections sont surtout sensibles aux hypothèses financières, et en particulier au taux de rendement des placements.

Toutefois, l'incidence des variations de ce taux reste limitée : avec l'hypothèse d'un taux de rendement futur de 1,5 % (au lieu de 2,95 % les premières années décroissant ensuite) l'équilibre à long terme serait obtenu avec une cotisation de 9,9 % et une baisse du pouvoir d'achat du point de 5 %.

Réserves du régime complémentaire au 1^{er} janvier de chaque année

Le régime complémentaire est construit depuis la réforme entrée en vigueur à partir de 1996, sur un système mixte : répartition et constitution de réserves destinées à garantir les engagements pris lors de cette réforme, à l'égard des ressortissants de ce régime, c'est-à-dire à permettre de faire face aux défis socio-démographiques après 2015.

Les réserves, depuis 2007, s'élèvent au 1^{er} janvier de chaque année à **(en millions d'euros)** :



Cotisations

Conjoints Collaborateurs

En application de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005, l'adhésion des conjoints collaborateurs au régime complémentaire est devenue obligatoire.

Le décret n° 2007-582 du 19 avril 2007 a fixé les modalités de cotisations de ce régime, conformément aux propositions de la CARMF.

Compte tenu de la parution tardive des textes d'application, ces dispositions sont effectivement entrées en application au 1^{er} juillet 2007 comme l'a confirmé une lettre du ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité en date du 25 juin 2007.

Enfin, l'arrêté ministériel du 9 août 2010, paru au Journal Officiel du 1^{er} septembre 2010, a approuvé des modifications statutaires, votées par le Conseil d'administration, précisant la situation des conjoints collaborateurs vis-à-vis du régime : affiliation, cotisation, droits, rachats ...

Cotisations

La cotisation du conjoint collaborateur est égale au quart ou à la moitié de celle du médecin. Le choix est effectué par le conjoint collaborateur par écrit au plus tard 60 jours suivant l'envoi de l'avis d'affiliation.

En l'absence de choix, la cotisation est égale au quart de celle du médecin

La cotisation 2016 a donc varié entre 0 € et 3 244 € (quart) ou 6 488 € (moitié).

Nombre de points

Le versement de la cotisation annuelle égale au quart de la cotisation du médecin correspondant au plafond de revenu donne droit à attribution de 2,5 points de retraite.

Le versement de la cotisation annuelle égale à la moitié de la cotisation du médecin correspondant au plafond de revenu donne droit à attribution de 5 points de retraite.

Lorsque la cotisation est d'un montant inférieur, le nombre de points alloués est calculé au prorata.

Valeur du point de retraite

Elle est identique à celle du médecin, soit 78,55 € en 2016.

Majoration - Réversion - Rachat et achat de points

Les conjoints collaborateurs bénéficient de la majoration familiale dans les mêmes conditions que le médecin et de la possibilité de rachat des trimestres correspondant aux enfants nés pendant la collaboration à l'activité professionnelle du médecin ou des périodes de service militaire pour les conjoints masculins.

Une réversibilité des droits du régime complémentaire sur la tête du médecin en cas de décès de son conjoint collaborateur est prévue.

Les mesures actuellement applicables aux médecins concernant, en particulier, les conditions générales d'ouverture du droit à l'allocation et de son calcul (en particulier l'obligation de mise à jour du compte de cotisations et l'application de la minoration en cas de retraite avant 65 ans) ainsi que la déchéance de droits pour les cotisations payées plus de cinq ans après la date de mise en demeure, sont également étendues aux conjoints collaborateurs.

L'arrêté du 7 octobre 2014 publié au Journal Officiel le 24 octobre 2014 a approuvé les modifications apportées aux statuts du régime complémentaire d'assurance vieillesse ouvrant des possibilités de rachat pour les conjoints collaborateurs, permettant en particulier de valider dans ce cadre des périodes d'activité non cotisées entre le 1^{er} octobre 1989 et le 1^{er} juillet 2007, dans la limite de 6 années, dès lors que ces périodes ont été cotisées ou rachetées au titre du régime de base.

Adhésion volontaire

La loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 a rétabli un 5° à l'article L. 742-6 du Code de la sécurité sociale qui dispose que les conjoints collaborateurs qui ont été affiliés à titre obligatoire au régime d'assurance vieillesse des professions libérales et qui cessent d'en remplir les conditions peuvent adhérer volontairement.

Un décret n° 2015-769 du 29 juin 2015, qui en précise les modalités concernant le régime de base (cf. supra), a introduit dans le Code de la sécurité sociale un article D. 742-36 prévoyant expressément que l'adhésion volontaire inclut celle aux régimes complémentaires, sans préciser le mode de calcul de la cotisation du régime complémentaire vieillesse.

Le Conseil d'administration, lors de sa séance du 20 novembre 2015, a adopté une modification des statuts du régime complémentaire précisant les conditions de cette adhésion dans ce régime : la cotisation volontaire d'un conjoint collaborateur sera notamment fixée au quart de celle du médecin adhérent volontaire ayant cessé son activité médicale libérale (modification en attente d'approbation par arrêté ministériel).

RÉGIME DES ALLOCATIONS SUPPLÉMENTAIRES DE VIEILLESSE (ASV)

Il apparaît utile, en introduction, de récapituler les grandes étapes qui ont jalonné l'histoire du régime ASV.

1960

Le régime de retraite supplémentaire "Avantage Social Vieillesse" (ASV) est institué à effet du 1^{er} janvier 1960 par le décret n° 62-793 du 13 juillet 1962.

Il concerne les médecins qui exercent la médecine non salariée sous convention ainsi que les autres professionnels de la santé : les chirurgiens-dentistes, les auxiliaires médicaux, les directeurs de laboratoire et les sages-femmes.

L'affiliation est volontaire.

En contrepartie du sacrifice financier consenti par les médecins qui acceptent des tarifs d'honoraires applicables en matière d'assurance maladie en vertu des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie et les syndicats médicaux, les deux tiers de la cotisation du régime ASV sont acquittés par ces caisses d'assurance maladie.

Entre 1960 et 1972 (1^{er} semestre) :

- la cotisation est calculée sur la base de 75 C pour 1960 et 1961 et sur celle de 90 C pour les cotisations comprises entre le 1^{er} janvier 1962 et le 30 juin 1972, et est appelée à 100 %,
- la valeur du point de retraite est fixée chaque année par le Conseil d'administration.

1972

Pour pallier la diminution des effectifs cotisants observée entre 1964 et 1970, un référendum est organisé en 1972 ; l'adhésion au régime ASV devient alors obligatoire à compter du 1^{er} juillet 1972 (décret n° 72-968 du 27 octobre 1972) : devant les avantages proposés par les pouvoirs publics (réduction de la cotisation, maintien du rapport des cotisations du médecin et de celles des organismes d'assurance maladie, doublement des allocations), plus de 83 % des médecins conventionnés se prononcent pour cette conversion.

Par suite de cette transformation et la parution des décrets n° 72-968 et 72-969 du 27 octobre 1972 :

- 1) La cotisation est appelée, pour une période transitoire, à compter du 1^{er} juillet 1972, à concurrence de 60 % de 90 C. En 1972, la cotisation représente donc 72 C (1^{er} semestre 1972 : $90 C/2 = 45 C$ et 2^{ème} semestre 1972 : 60 % de $90 C/2 = 27 C$).
- 2) La valeur du point de retraite est égale à compter du 1^{er} janvier 1972, à la valeur du "C" au 1^{er} janvier de l'année considérée : 3,05 € (20 F).
- 3) Le versement de la cotisation donne droit à 24,12 points par an, à compter du 1^{er} juillet 1972.
- 4) Le nombre de points acquis par les allocataires au titre des cotisations volontaires acquittées avant le 1^{er} juillet 1972 est majoré ainsi que la valeur du point de retraite : le nombre de points est porté de 15 à 30 points pour les années 1960 et 1961 et de 18 à 30 pour la période du 1^{er} janvier 1962 au 30 juin 1972 et la valeur du point de retraite de 2,04 € (13,40 F) à 3,05 € (20 F) ; le nombre de points accordés par rachat d'annuités passe de 9 à 12.

Les décrets susvisés prévoient d'autres améliorations en particulier au niveau des conditions d'ouverture des droits (les 10 ans de versements de cotisations ne sont plus exigés pour percevoir la retraite ASV) et des rachats d'annuités.

1981

A partir de 1981, pour les médecins qui ont choisi le secteur conventionné à honoraires libres lors de la convention du 5 juin 1980, les caisses d'assurance maladie ne participent plus au financement du régime ASV ; la loi n° 84-2 du 2 janvier 1984 validera les actes pris en application de cette convention.

Un arrêté du 11 mars 1981 porte ensuite le nombre de points de 30 à 37,52 pour les cotisations versées à titre volontaire entre le 1^{er} janvier 1960 et le 30 juin 1972 et de 24,12 à 30,16 pour les cotisations versées à titre obligatoire à compter du 1^{er} juillet 1972 et institue la majoration familiale (10 % du montant des allocations) ; ces dispositions ne visent que les allocataires dont les droits ont été liquidés à une date d'effet postérieure au 31 décembre 1980. Cet arrêté abaisse en outre l'âge d'attribution de la pension de réversion de 65 à 60 ans ; les années d'invalidité sont de plus assimilées à des années d'exercice et de cotisations.

Le financement de ces mesures est assuré, suite au décret n° 81-274 du 25 mars 1981, par une majoration du taux d'appel de la cotisation qui passe de 60 à 75 % à compter du 1^{er} juillet 1981. En 1981, la cotisation représente donc 60,75 C (1^{er} semestre 1981 : 60 % de $90 C/2 = 27 C$ et 2^{ème} semestre 1981 : 75 % de $90 C/2 = 33,75 C$).

1983

Aux termes du décret n° 83-662 du 20 juillet 1983 pris en application de la loi du 13 juillet 1983, une compensation est instituée entre les cinq régimes ASV des professions de santé ; la caisse de retraite des sages-femmes en est la seule bénéficiaire.

1984

En 1984, il est demandé aux pouvoirs publics de procéder au relèvement du taux d'appel de la cotisation afin de garantir l'équilibre du régime ASV et d'assurer le paiement des allocations.

Malgré plusieurs demandes et des recours en Conseil d'Etat, la CARMF est obligée de puiser dans les réserves pour honorer les retraites.

1988

Ce n'est qu'en 1988, à la suite du décret n° 88-453 du 26 avril 1988 que la cotisation est élevée à 100 % de 93 C.

Cette augmentation ne vise cependant que la seule année 1988.

Celle-ci étant insuffisante, la CARMF reprend contact avec les pouvoirs publics et en avise les partenaires sociaux.

1990

Suivant le décret n° 91-1167 du 21 décembre 1990, la cotisation est appelée à 100 % de 99 C.

Comme pour 1988, cette augmentation ne concerne que l'exercice 1990.

1991/1992

En 1991, les réserves sont épuisées ; en outre, devant l'insuffisance des cotisations des dernières années, la CARMF menace de ne verser en fin d'année, que 55 % de la retraite ASV.

Les allocataires interviennent alors auprès du Ministère des Affaires Sociales qui décide en 1992, de garantir la continuité du service des allocations de ce régime en autorisant la CARMF à appeler en 1992, tout d'abord, la cotisation à 100 % de 90 C (décret n° 92-182 du 25 février 1992) puis à 100 % de 120 C (décret n° 92-1004 du 21 septembre 1992) ; en outre, les caisses d'assurance maladie acceptent de leur côté, d'anticiper le versement de leur part de cotisations, lequel versement est effectué avant le 31 décembre 1992.

1993

A la suite de nouvelles démarches entreprises en 1993 par la CARMF auprès des autorités de tutelle, leur rappelant leur engagement d'honorer sans discontinuer le versement de la retraite ASV, celles-ci autorisent la Caisse à appeler la cotisation 1993 à 100 % de 130 C : autorisation devenue officielle à la suite de la parution du décret n° 94-564 du 6 juillet 1994 (à noter que le décret n° 93-763 du 29 mars 1993 dit "Décret Teulade" et un arrêté du 29 mars 1993 qui prévoyaient en particulier la réduction de la participation des caisses d'assurance maladie ont été abrogés par le décret n° 94-564 du 6 juillet 1994 et annulés par le Conseil d'Etat le 14 avril 1995, à la suite du recours introduit par la CARMF, sur décision du Conseil d'administration).

1994

La CARMF qui constate, à l'issue de nouveaux travaux, que les prévisions feront apparaître un nouveau déficit de trésorerie, alerte les pouvoirs publics.

Un groupe de travail est alors mis en place; il est présidé par l'IGAS et réunit les autorités de tutelle, les syndicats médicaux, les caisses d'assurance maladie et la CARMF.

Tous les participants admettent la nécessité d'apporter au régime ASV, des aménagements pour les années à venir ; différentes pistes sont à cet effet, explorées.

A la suite des conclusions auxquelles ce groupe de travail aboutit, un décret n° 94 564 du 6 juillet 1994 porte modifications du décret n° 72-968 du 27 octobre 1972 relatif au régime ASV et fixe de nouvelles modalités de calcul de la cotisation et de la retraite de ce régime :

- fixation de la cotisation à 156 C, à compter du 1^{er} janvier 1994,
- constitution à compter du 1^{er} janvier 1994 d'un fonds de roulement représentant trois mois d'allocations à raison d'un mois par année, pendant trois ans (la cotisation était antérieurement au 1^{er} janvier 1994 calculée pour faire face au maintien d'une réserve de sécurité qui ne pouvait être inférieure à deux années d'allocations),
- attribution à compter du 1^{er} janvier 1994, de 27 points de retraite par année de cotisation (au lieu de 30,16),
- la valeur du point est fixée à 15,24 € (100 F) ; elle sera revalorisée chaque année dans les conditions prévues pour les pensions du régime général (jusqu'au 31 décembre 1993, la valeur du point était égale à la valeur du tarif de la consultation),
- versement des cotisations dues par les caisses d'assurance maladie avant la fin du deuxième mois de chaque trimestre civil.
- abrogation du décret n° 93-763 du 29 mars 1993 (dit Décret Teulade).

1998

Un arrêté du 13 novembre 1998 portant règlement conventionnel minimal ramène la participation des caisses d'assurance maladie de 66,66 % à 56,7 % à compter du 1^{er} décembre 1998, pour les médecins spécialistes du secteur I, en l'absence de convention médicale, ce qui porte celle de ces derniers de 33,34 % à 43,3 %.

1999

Une réflexion d'ensemble sur l'avenir du régime ASV est engagée avec les syndicats médicaux. Il est observé que de nouveaux ajustements s'imposent en raison de la dégradation du rapport démographique cotisants/retraités.

Un décret n° 99-237 du 26 mars 1999 fixe alors la cotisation pour 1999 et 2000 à 180 C et la valeur du point à 15,55 € (102 F), en diminution de 3,9 % par rapport à celle de 1998.

2000

La réflexion sur le régime ASV est poursuivie. Est notamment examinée une nouvelle piste ; elle a trait à l'équilibre de ce régime avec transfert progressif des ressources du régime ADR (allocation de remplacement de revenu) dit MICA par suite de l'extinction de ce système.

2001

Les mesures prises par le décret n° 99-237 du 26 mars 1999 qui avait fixé la cotisation ASV à 180 C pour 1999 et 2000 sont reconduites pour 2001 et 2002 à la suite d'un nouveau décret n° 2001-1317 du 28 décembre 2001.

D'autre part, l'examen des projections démographiques démontre que les comptes du régime ASV seront déficitaires à partir de 2004 et les réserves épuisées en 2008.

Différentes solutions susceptibles d'être apportées à la réforme du régime ASV sont examinées, en particulier la fermeture du régime avec maintien des droits des cotisants et des allocataires.

Lors de l'assemblée générale du 24 juin 2001, cette piste est votée par les délégués à 80,4 %.

Le Conseil d'administration décide alors de consulter en 2002, tous les ressortissants de la CARMF afin de connaître leur préférence : la fermeture ou le maintien du régime ASV.

2002

Un arrêté du 8 juillet 2002 fixe, pour le 2^{ème} semestre 2002, la participation des caisses d'assurance maladie, à 66,67 % (au lieu de 56,70 %), pour les médecins spécialistes du secteur I, ce qui ramène celle de ces derniers de 43,30 % à 33,33 %.

D'autre part, le Conseil d'administration procède à la consultation de tous les ressortissants de la CARMF afin de savoir s'ils souhaitent le maintien ou la fermeture du régime ASV ; les résultats de cette consultation lancée en avril 2002, sont les suivants :

	VOTANTS	SUFFRAGES EXPRIMÉS (1)	
		Fermeture	Maintien
COTISANTS			
Secteur I	30 958	79,69 %	20,31 %
Secteur II	11 268	92,75 %	7,25 %
Total	42 226	83,20 %	16,80 %
ALLOCATAIRES	18 945	49,94 %	50,06 %
Réponses inexploitable	126		
TOTAL	61 297	73,40 %	26,60 %

(1) Blancs et nuls : 6,48 % des votants

2003

La cotisation personnelle du médecin du secteur 1 s'élève en 2003, à :

- Généralistes :
 $20 \text{ €} \times 180/3 \dots\dots\dots = 1\,200,00 \text{ €}$

- Spécialistes du secteur 1

du 1 ^{er} janvier au 31 mars 2003	$\frac{[20 \text{ €} \times 180 \text{ C} \times 33,33 \% \text{ (a)}] \times 3 \text{ mois}}{12 \text{ mois}}$	= 300,00 €
du 1 ^{er} avril au 31 août 2003	$\frac{[20 \text{ €} \times 180 \text{ C} \times 43,30 \% \text{ (b)}] \times 5 \text{ mois}}{12 \text{ mois}}$	= 649,92 €
du 1 ^{er} septembre au 31 décembre 2003	$\frac{[20 \text{ €} \times 180 \text{ C} \times 36,70 \% \text{ (c)}] \times 4 \text{ mois}}{12 \text{ mois}}$	= 440,00 €
		1 389,92 €

La cotisation annuelle à la charge du médecin conventionné du 2^{ème} secteur s'élève à 3 600 € (20 € x 180 C).

2004

La cotisation personnelle du médecin du secteur 1 s'élève en 2004, à :

- Généralistes :
 $20 \text{ €} \times 180/3 \dots\dots\dots = 1\,200 \text{ €}$

- Spécialistes du secteur 1
 $20 \text{ €} \times 180 \text{ C} \times 36,7 \% \text{ (c)} \dots\dots\dots = 1\,321 \text{ €}$

La cotisation annuelle à la charge du médecin conventionné du 2^{ème} secteur s'élève à 3 600 € (20 € x 180 C).

- (a) Un arrêté du 19 février 2003 reconduit pour le 1^{er} trimestre 2003, la mesure prise par l'arrêté du 8 juillet 2002 fixant, pour le 2^{ème} semestre 2002, pour les spécialistes du secteur 1, la part des caisses d'assurance maladie à 66,67 % (au lieu de 56,70 %) et ramenant par suite, celle des spécialistes du secteur I de 43,30 % à 33,33 %.
- (b) La négociation d'une convention avec les médecins spécialistes du secteur 1 n'ayant pu aboutir, les dispositions du règlement conventionnel minimal antérieures au 1^{er} juillet 2002 redeviennent applicables à compter du 1^{er} avril 2003, c'est-à-dire que la participation des caisses d'assurance maladie est ramenée de 66,60 % à 56,70 %, ce qui porte celle des spécialistes du secteur I de 33,34 % à 43,30 %.
- (c) Un nouvel arrêté du 22 septembre 2003 fixe pour la période du 1^{er} septembre 2003 au 31 décembre 2004, pour les spécialistes du secteur 1, la part des caisses d'assurance maladie à 63,30 % (au lieu de 56,70 %), ce qui ramène, pour cette période, celle des spécialistes du secteur I de 43,30 % à 36,70 %.

2005

Cotisations

La cotisation personnelle des médecins généralistes ou spécialistes de secteur 1 s'élève en 2005 à :

$$20 \text{ €} \times 180 \text{ C} \times 33,34 \% \text{ (d)} \dots \dots \dots = 1\,200 \text{ €}$$

La cotisation annuelle à la charge du médecin conventionné du secteur 2 s'élève à 3 600 € (20 € x 180 C).

(d) La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et son décret d'application n° 2004-1319 du 15 décembre 2004 ont modifié et abrogé des dispositions du Code de la sécurité sociale relatives au financement par les caisses d'assurance maladie des cotisations.

Ce dispositif confie aux conventions conclues entre les syndicats médicaux et les régimes d'assurance maladie, le pouvoir de fixer les modalités de participation de ces régimes au financement des cotisations sociales des professionnels de santé libéraux.

La convention nationale approuvée par arrêté du 3 février 2005 a fixé le taux de participation des caisses à la cotisation des médecins de secteur 1 à 66,66 %.

2006 - 2011

La loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 introduit au 1^{er} janvier 2006 dans le Code de la sécurité sociale (partie législative) les cadre et principes d'une réforme du régime ASV :

- cotisation forfaitaire fixée par décret, et non plus déterminée en fonction du tarif de la consultation ;
- instauration d'une cotisation supplémentaire proportionnelle, dite « d'ajustement » ;
- possibilité de fixation par décret de différentes valeurs de service du point de retraite en fonction des dates de liquidation et d'acquisition.

Cotisations

Toutefois, de 2006 à 2011, en l'absence du décret d'application de cette loi, des décrets reconduisent chaque année le mode de détermination de la cotisation de l'article D. 645-2 CSS (soixante fois la valeur au 1^{er} janvier 2008 du tarif de la consultation) :

Années	Décret	Cotisation en C	Valeur du C	Secteur 2	Secteur 1	
					Médecin	Caisse (e)
2006	n° 2006-1755 du 23/12/2006	180	20 €	3 600 €	1 200 €	2 400 €
2007	n° 2007-1901 du 26/12/2007	180	21 €	3 780 €	1 260 €	2 520 €
2008	n° 2008-1439 du 22/12/2008	180	22 €	3 960 €	1 320 €	2 640 €
2009	n° 2009-1741 du 30/12/2009	180	22 €	3 960 €	1 320 €	2 640 €
2010	n° 2010-1675 du 29/12/2010	180	22 €	3 960 €	1 320 €	2 640 €
2011	n° 2010-1675 du 29/12/2010	180	23 €	4 140 €	1 380 €	2 760 €

(e) Les dispositions de la convention nationale approuvée par arrêté du 3 février 2005, fixant le taux de participation des caisses à la cotisation des médecins de secteur 1 à 66,66 %, ont été reconduites par l'arrêté du 3 mai 2010 approuvant un règlement arbitral organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie, en l'absence de nouvelle convention médicale.

La convention nationale des médecins généralistes et spécialistes signée le 26 juillet 2011 a de nouveau reconduit ces dispositions et fixé, dans l'attente de la réforme du régime ASV, la participation des caisses à la cotisation forfaitaire annuelle due par les médecins conventionnés à hauteur de 66,66 % du montant de la cotisation.

Ce texte, comme le règlement arbitral approuvé par l'arrêté du 3 mai 2010 avant lui, a également reconduit la prise en charge d'une fraction des cotisations sociales des médecins exerçant en secteur 2 et adhérant à l'option de coordination.

La prise en charge s'applique sur la part d'activité opposable au même taux que pour les médecins de secteur 1 soit : Proportion d'actes effectués au tarif conventionné x 66,66 %.

Le Conseil d'administration, lors de sa séance du 26 janvier 2008, décide de relever le seuil de dispense pour insuffisance de revenu d'affiliation au régime ASV et de la cotisation afférente, en application de l'article 1^{er} de l'arrêté du 25 juillet 1973 non abrogé à ce jour (cinq cents fois la valeur du tarif de la consultation au 1^{er} janvier de l'année), le portant ainsi à 10 500 € à effet du 1^{er} janvier 2007, 11 000 € pour l'exercice 2008, puis 11 500 € depuis 2011.

Un décret n° 2010-1675 du 29 décembre 2010 a enfin prévu pour les médecins en cumul retraite/activité libérale, en application de l'article 68 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010, qu'une cotisation proportionnelle se substituait à la cotisation forfaitaire annuelle ASV, dont le taux est fixé à compter de l'exercice 2011 à 3 % des revenus professionnels non-salariés de l'avant-dernière année (9 % pour les médecins en secteur 2), sans que cette cotisation ne puisse excéder le montant de la cotisation forfaitaire qui leur est applicable.

Allocations

A défaut de décret d'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, les retraites continuent jusqu'en 2011 à être servies en fonction de la valeur annuelle du point de retraite fixée par le décret n° 99-237 du 26 mars 1999 à 15,55 €.

La cotisation forfaitaire annuelle versée par le médecin et les organismes d'assurance maladie donne droit depuis le 1^{er} janvier 1994 à un total de 27 points de retraite chaque année (37,52 points de retraite antérieurement au 1^{er} juillet 1972 et 30,16 points de retraite entre le 1^{er} juillet 1972 et le 31 décembre 1993).

Par ailleurs, l'arrêté du 28 septembre 2011 a approuvé les modifications votées par le Conseil d'administration aux statuts du régime des prestations supplémentaires de vieillesse (ASV) des médecins relatives au relèvement progressif, de 60 à 62 ans, de l'âge minimum de départ en retraite

A partir de 2012

Cotisations

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

Pour les médecins en secteur 1, les deux tiers de la cotisation (parts forfaitaire et proportionnelle) sont prises en charge par les caisses maladie (f). Les médecins de secteur 2 paient la totalité de la cotisation.

Pour l'exercice 2016, la cotisation ASV est composée :

- d'une part forfaitaire d'un montant total de 4 850 € (1 617 € pour les médecins de secteur 1) ;

- et d'une part proportionnelle de 2,60 % (0,8667 % pour les médecins de secteur 1) des revenus conventionnels de l'avant-dernière année dans la limite de 5 plafonds de la sécurité sociale (184 080 €).

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

Cette participation à hauteur des deux tiers du montant des cotisations est confirmée à l'article 72 de la convention nationale signée le 25 août 2016 (arrêté du 20 octobre 2016).

Allocations

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

La part proportionnelle (dite « d'ajustement »), mise en place dans le cadre de la réforme ASV, permet d'acquérir en 2012 jusqu'à 1,91 point, en 2013 jusqu'à 6,82 points, en 2014 jusqu'à 6,92 points et en 2015 jusqu'à 9 points. *(g)*.

Des baisses différenciées de la valeur de service du point de retraite sont prévues par la réforme à effet du 1^{er} juillet 2012 (cf. infra, concernant le détail et le calendrier de ces baisses).

Au 1^{er} janvier 2016, la valeur de service du point de retraite prévue par la réforme est, selon les situations, fixée à 14 € ou à 13 €.

(g) La cotisation d'ajustement ouvre droit à l'attribution d'un nombre de points supplémentaires de retraite, dans la limite de 9 par an, égal au rapport arrondi au centième le plus proche, entre :

- *d'une part le produit du montant de la cotisation d'ajustement et des deux tiers du nombre de points acquis au titre de la cotisation forfaitaire,*
- *et d'autre part le montant de la cotisation forfaitaire.*

Rachat d'annuités

Possibilité de rachat d'années d'exercice conventionné offerte aux adhérents volontaires

La valeur de rachat de l'annuité correspond à 24 C de 60 à 65 ans, pour le médecin, avec dégressivité de 1 C par année d'âge jusqu'à 88 ans.

Chaque année rachetée équivaut à 3 annuités et chaque annuité donne droit à 12 points de retraite.

Possibilité de rachat d'années d'exercice conventionné offerte aux adhérents obligatoires

Le montant du rachat de l'année est fixé forfaitairement à une fois et demie la valeur de la cotisation du secteur 1 en vigueur lors de la demande.

Chaque année validée donne droit à 12 points de retraite.

Il est à noter que ces rachats ne concernent pratiquement plus les médecins.

Majoration

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

Réversion

Les allocations du régime ASV sont réversibles à 50 % sur la tête du conjoint survivant à 60 ans ; elles sont cumulables avec tout avantage auquel peut prétendre le conjoint survivant à titre personnel ou dérivé. Elles peuvent être assorties de la majoration familiale (10 %) lorsque le conjoint a eu trois enfants avec le médecin.

Le décret du 25 novembre 2011 réformant le régime ASV prévoit que la valeur de service du point de retraite pour les prestations de droit direct et les pensions de réversion liquidées antérieurement au 1^{er} janvier 2006 est égale, pour les 300 premiers points des pensions de réversion, à 15,55 €. Une directive de la Direction de la Sécurité Sociale précise en outre que cette disposition vise également les pensions de réversion liquidées après le 1^{er} janvier 2006 mais afférentes à des droits propres liquidés avant cette date.

Montants moyens servis (au 4^{ème} trimestre des exercices ci-après)

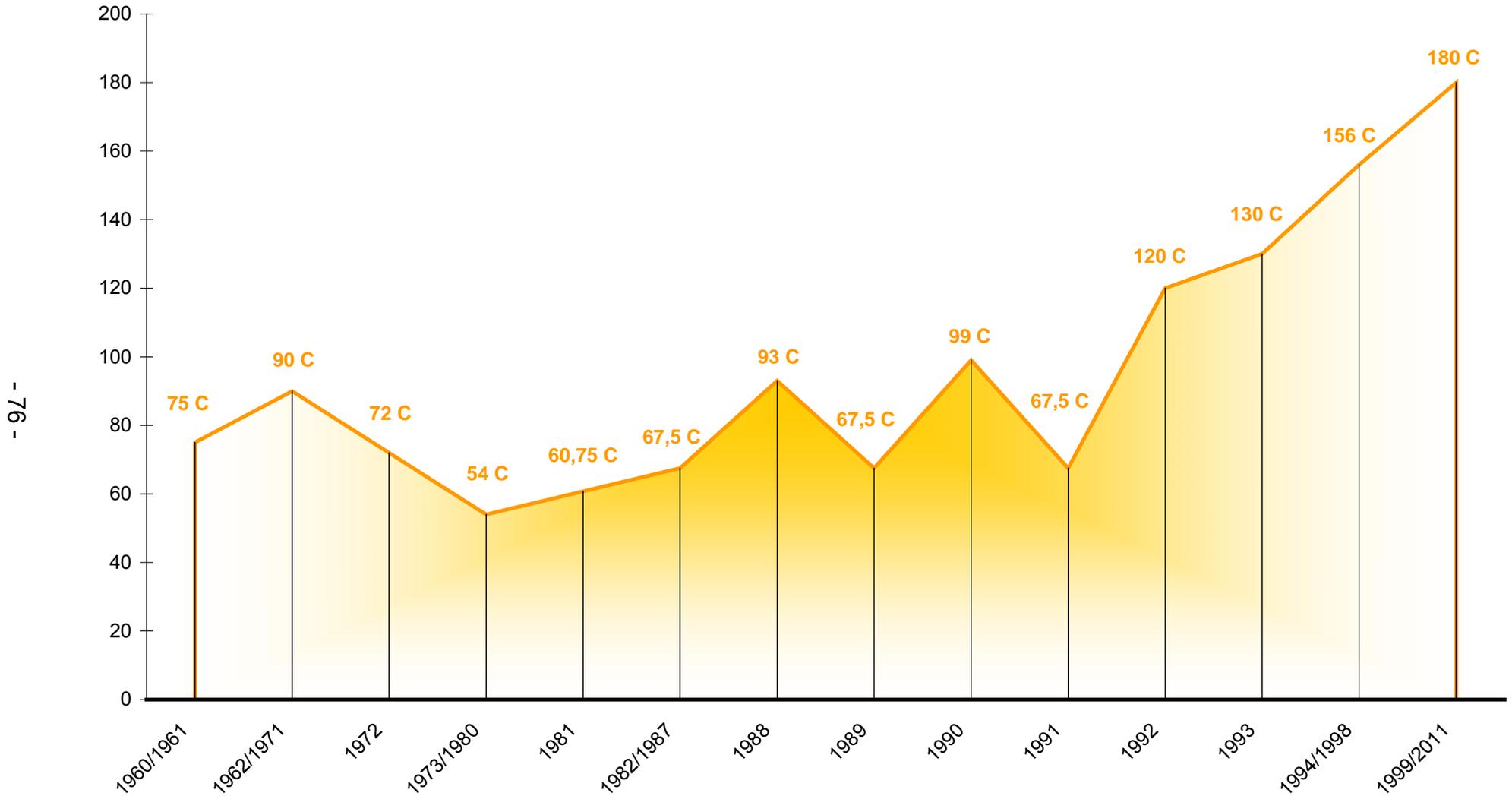
Exercices	Droits propres (par an)		Droits dérivés (par an)	
	En euros courants	En euros constants*	En euros courants	En euros constants*
2011	12 137 €	12 572 €	4 508 €	4 670 €
2012	11 592 €	11 778 €	4 448 €	4 519 €
2013	11 285 €	11 367 €	4 441 €	4 473 €
2014	11 059 €	11 083 €	4 418 €	4 428 €
2015	10 898 €	10 918 €	4 401 €	4 409 €
2016	10 915 €	10 915 €	4 445 €	4 445 €

* euros constants 2016

Les graphiques qui suivent font état :

- du nombre de "C" qui a été pris en considération pour le calcul de la cotisation depuis 1960,
- de la valeur du "C" et du prix de la baguette de pain depuis 1960,
- du montant total de la cotisation ASV depuis 1960,
- du financement de ce régime depuis 1972.

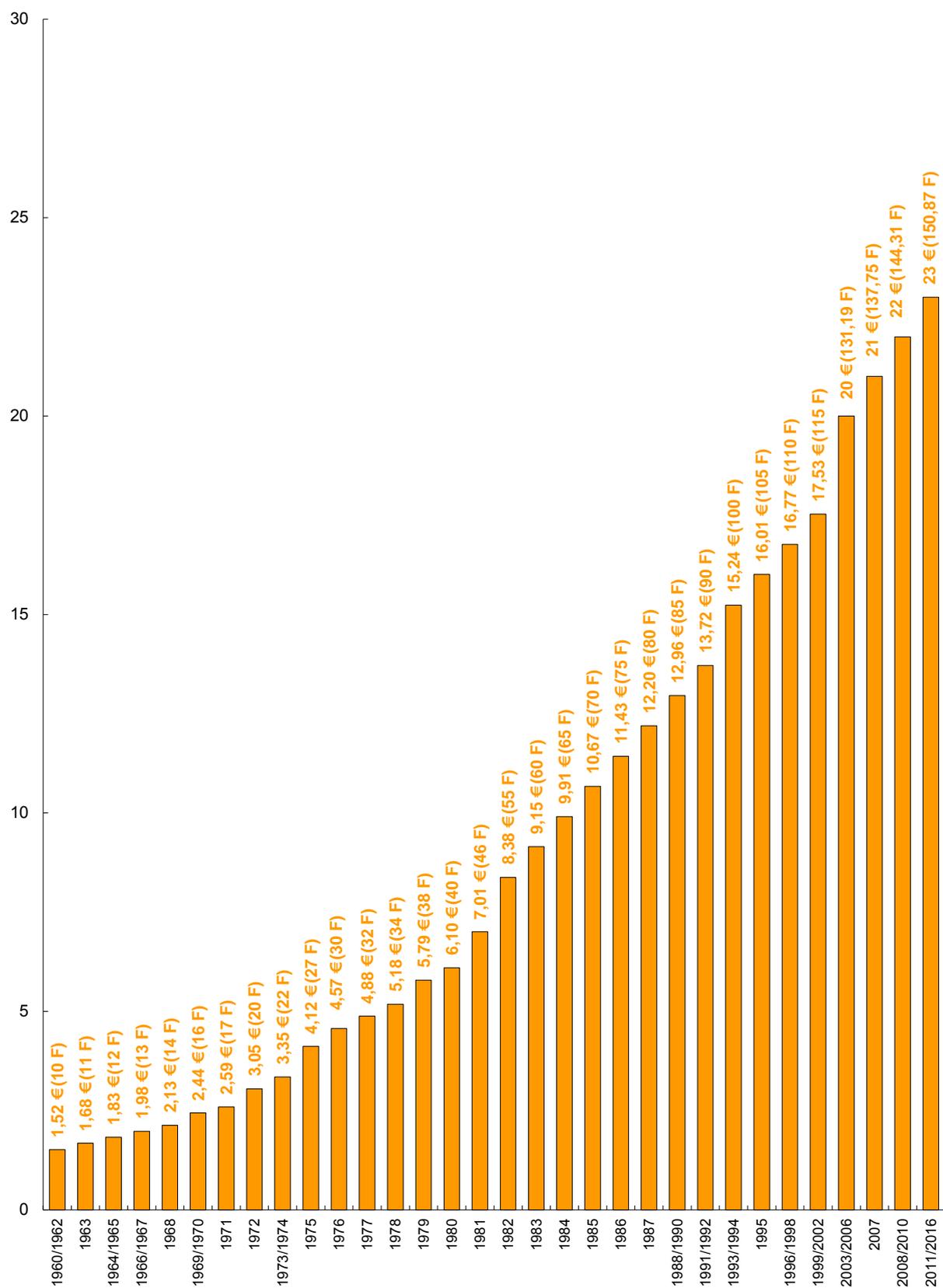
Base de calcul de la cotisation forfaitaire annuelle ASV*



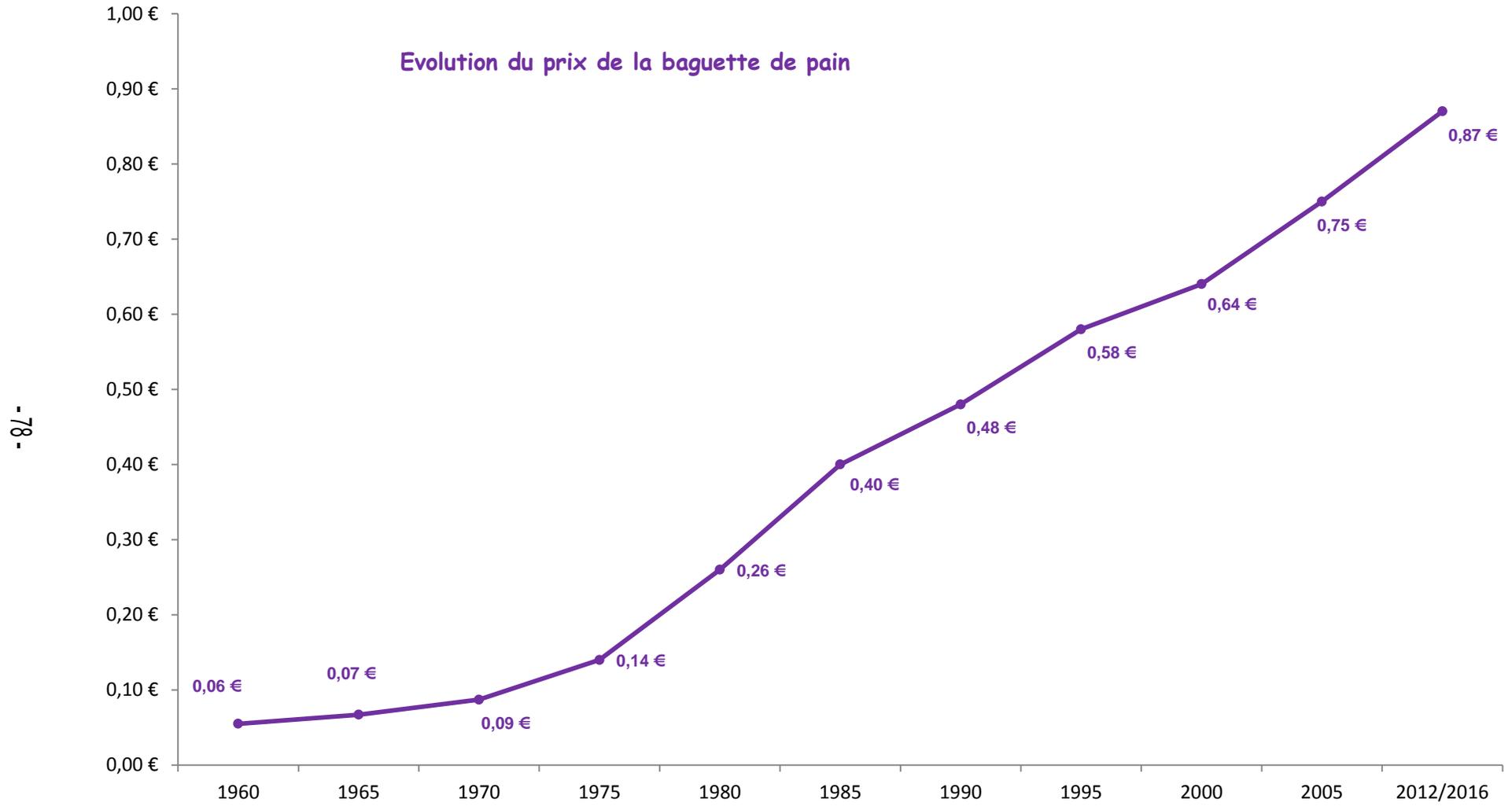
Adhésion volontaire de 1960 au 30 juin 1972 - Adhésion obligatoire à partir du 1er juillet 1972

* A compter de 2012, la cotisation forfaitaire ASV n'est plus déterminée en fonction du tarif de la consultation (C), son montant étant fixé par décret.

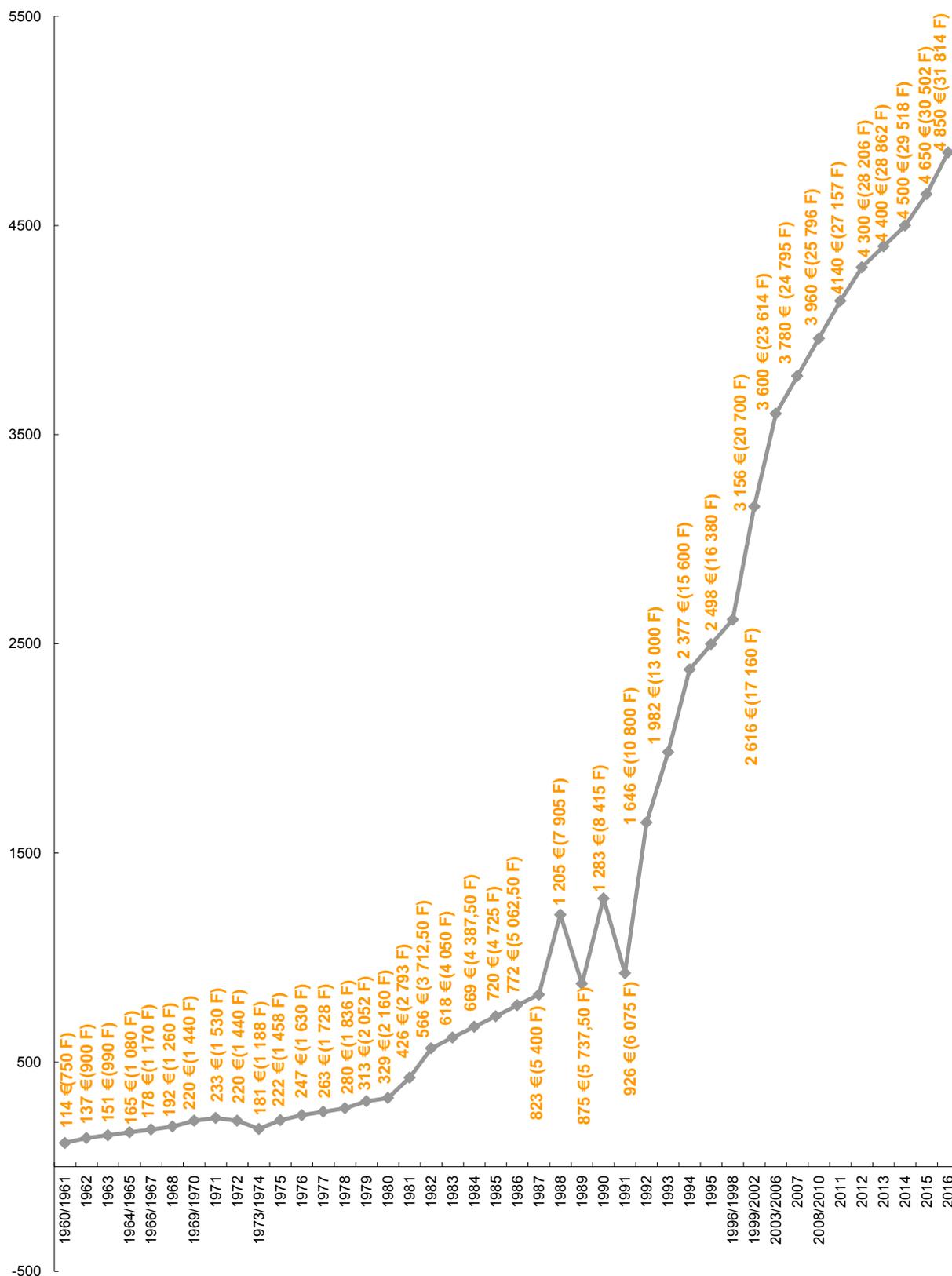
Valeur du C



Evolution du prix de la baguette de pain

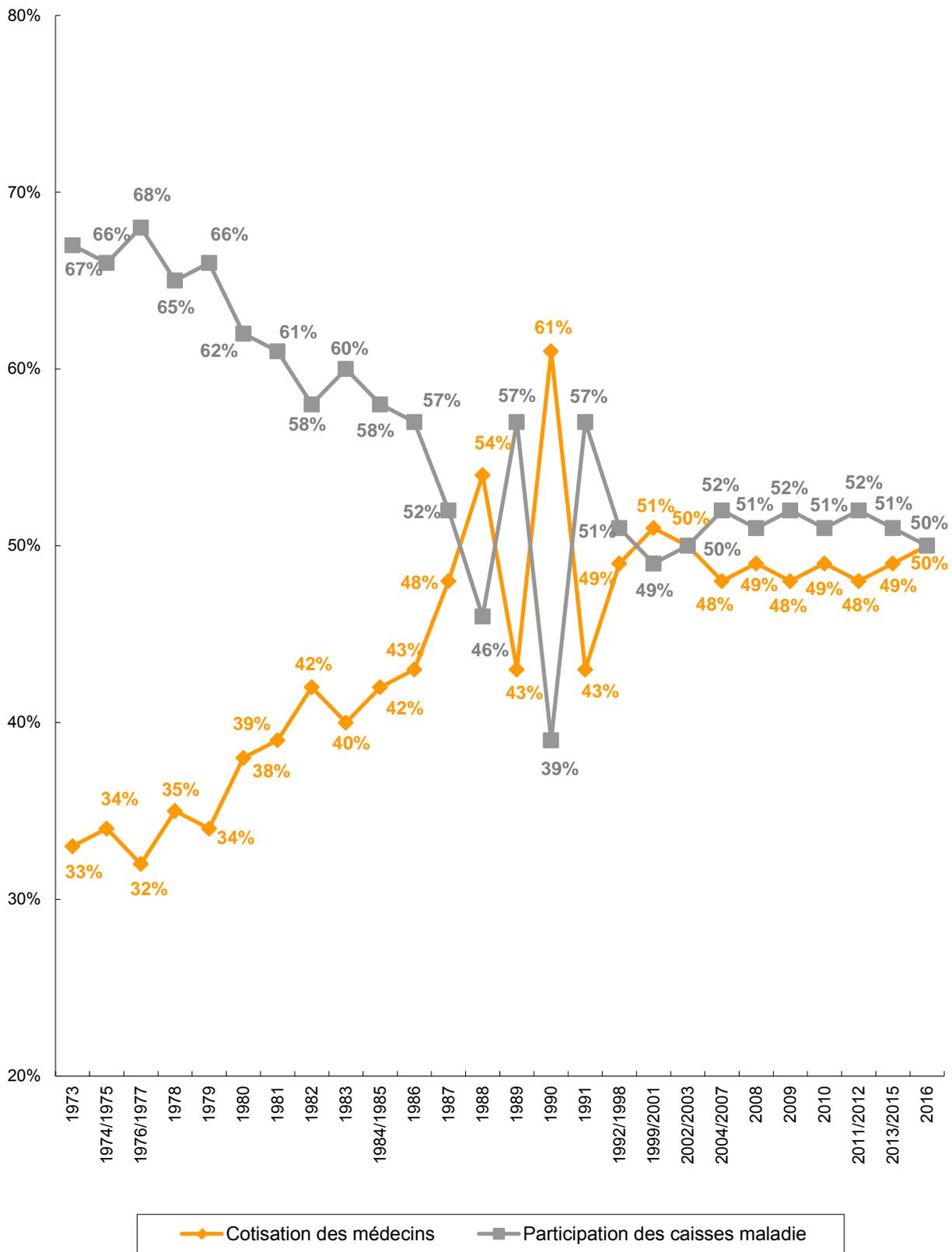


Cotisation forfaitaire annuelle*



* A partir de 2012, la cotisation ASV comprend également une part proportionnelle, dite « d'ajustement » (en 2013, 0,90 % du revenu conventionnel net).

Financement du régime ASV



Réforme du régime ASV

Il est rappelé tout d'abord, qu'à la demande du Conseil d'administration, la CARMF s'était adressée en mai 2003 au Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité en lui présentant les principes conduisant à deux réformes possibles : le maintien ou la fermeture du régime ASV (les syndicats médicaux et la presse professionnelle en avaient été avisés).

A la suite de cette correspondance, le représentant du Ministère de Tutelle a prévu de réunir sous l'égide de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales), les syndicats médicaux, les caisses d'assurance maladie, les représentants de la FARA (Fédération des Associations Régionales des Allocataires de la CARMF) et la CARMF : le but étant de mener une réflexion de fond sur les moyens d'assurer à long terme, l'équilibre financier du régime ASV.

Cette réunion a lieu le 16 octobre 2003 ; l'état des travaux développés par la Direction de la Sécurité sociale a abouti aux mêmes résultats que ceux obtenus plus tôt par la CARMF.

Si le compte rendu de cette réunion ainsi que tous les scénarios étudiés par l'IGAS ont bien été transmis à la CARMF, il n'en a pas été de même en ce qui concerne le rapport final ; la CARMF a alors écrit au Ministère de Tutelle mais n'en a jamais été destinataire.

En octobre 2004, la Sixième Chambre de la Cour des Comptes a fait savoir à la CARMF qu'elle avait inscrit à son programme de travail pour l'année 2004, une enquête sur le régime ASV. La CARMF a reçu ensuite pour avis, un projet de rapport de la Cour des Comptes sur ce régime faisant état des deux axes autour desquels se sont orientées les propositions de réforme de ce régime ASV par la CARMF.

Ce rapport a été inclus dans le rapport sur la Sécurité sociale publié en septembre 2005.

Dans ses conclusions, la Cour des Comptes, reprenant celles d'un audit de l'IGAS sur les cinq régimes ASV des professions de santé, excluait la solution de fermeture du régime, soutenue par le Conseil d'administration de la CARMF en raison du coût pour la collectivité nationale et préconisait de fixer le montant des cotisations et prestations ASV de manière autonome et non plus par référence aux tarifs de remboursement des honoraires.

A la suite de ce rapport, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006 fixait en son article 49, le cadre juridique d'une réforme des régimes ASV, dont celui des médecins, et prévoyait des dispositions relatives à la gouvernance et au pilotage des régimes.

En dépit de nombreuses actions du Conseil d'administration contre cet article (lettres aux députés et sénateurs, lettre au Président de la Cour des Comptes, lettre au Ministre de la Santé), le Parlement a adopté l'article 49 sans retenir les amendements souhaités par la CARMF.

Cet article, devenu ensuite l'article 77 de la loi de financement de la Sécurité sociale entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006, instaure, en plus de la cotisation forfaitaire, une cotisation d'ajustement proportionnelle aux revenus conventionnels (avec éventuelle acquisition de point) dont le taux est fixé par décret.

Il prévoit également qu'un décret fixe la valeur de service des points liquidés antérieurement au 1^{er} janvier 2006.

Celle des points non liquidés au 1^{er} janvier 2006 et acquis antérieurement à cette date est également fixée par décret et variera selon l'année d'acquisition et l'année de liquidation de la pension.

Un décret fixe la valeur de service des points acquis à partir du 1^{er} janvier 2006.

Une large concertation entre les parties concernées, à laquelle la CARMF aurait dû participer, devait avoir lieu afin de débattre des paramètres d'une réforme recueillant leur préférence avant toute parution de décrets. Celle-ci n'a toutefois pas eu lieu, ni en 2006, ni les années suivantes.

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

Les évènements ont connu cependant une certaine accélération durant l'année 2011. De nombreuses réunions consacrées à la réforme du régime ASV se sont en effet succédées, notamment au Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, en présence des acteurs concernés : Direction de la Sécurité Sociale (DSS), Caisses d'Assurance Maladie, syndicats médicaux et CARMF (cf. supra « l'historique détaillé des réunions et évènements liés à cette réforme » dans l'introduction du présent rapport).

Le 5 juillet 2011, le Président de la CARMF et les Présidents des syndicats médicaux représentatifs ont ainsi adressé au Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, un scénario commun de réforme du régime ASV équilibrant le régime sur le long terme, avec des mesures raisonnables et acceptables par les cotisants comme les allocataires.

Les bases de ce scénario étaient les suivantes :

1. Doublement de la cotisation en 3 ans, avec cotisation forfaitaire actuelle indexée sur les revenus et cotisation proportionnelle de :

1,5 % en 2012
3,0 % en 2013
4,5 % en 2014.

Maintien de la participation financière des caisses aux 2/3 de la cotisation des médecins secteur 1, la cotisation globale (part forfaitaire et part proportionnelle comprises) permettant l'attribution de 27 points.

2. Baisse des points attribués aux secteurs 2 pour arriver à 18 points en 2014 :

24 points en 2012
21 points en 2013
18 points en 2014.

Avec cotisation réduite en proportion (2/3 en 2014).

3. Baisse de la valeur du point de retraite à 14 €, en 3 ans, pour les points liquidés et à liquider :

15 €	en 2012
14,50 €	en 2013
14 €	en 2014.

Indexation ultérieure de la valeur du point sur l'inflation.

Ce scénario devait être complété des points suivants :

- l'âge minimum de départ en retraite est porté de 60 à 62 ans,
- instauration d'un plafond de revenus pour la cotisation proportionnelle égal à 5 fois le plafond de la Sécurité Sociale (5 P = 176 760 €), comme dans le régime de base,
- instauration de tranches de dispense de cotisation pour les revenus en dessous du plafond de la Sécurité Sociale (1 P = 35 352 €), avec acquisition de points au prorata :
 - revenus inférieurs à 1/3 du plafond : dispense totale (sans acquisition de points)
 - revenus compris entre 1/3 du plafond et 2/3 du plafond : dispense des 2/3 de la cotisation (avec acquisition de 9 points)
 - revenus compris entre 2/3 du plafond et le plafond : dispense de 1/3 de la cotisation (avec acquisition de 18 points).

Au final, le contenu du décret n° 2011-1644 du 25 novembre 2011 réformant le régime ASV diffère toutefois de manière importante de ces principes.

Il prévoit ainsi qu'à compter de 2012 la cotisation ASV comportera deux parts, une forfaitaire, donnant droit à 27 points, et une proportionnelle (dite « d'ajustement »), qui permettra d'acquérir jusqu'à 9 points par an :

Années	Part forfaitaire	Part proportionnelle (« d'ajustement »)
2012	4 300 €	0,25 %
2013	4 400 €	0,90 %
2014	4 500 €	1,50 %
2015	4 650 €	2,10 %
2016	4 850 €	2,60 %
2017 et suivantes	Revalorisation annuelle en fonction de l'évolution du revenu conventionnel moyen	2,80 %

Pour mémoire, l'avenant n° 5 à la convention nationale signée le 26 juillet 2011 (arrêté du 5 mars 2012) prévoit que la participation des caisses au financement de la cotisation annuelle obligatoire (part forfaitaire) et de la cotisation d'ajustement (part proportionnelle) dues par les médecins conventionnés en secteur 1 au titre du régime ASV, s'élève aux deux tiers du montant desdites cotisations.

L'institution du dispositif de dispenses progressives de cotisation pour les bas revenus demandé par la CARMF n'a pas été reprise par les pouvoirs publics.

S'agissant de la retraite et des points acquis antérieurement à 2006, le décret distingue les points liquidés avant le 31 décembre 2010, dont la valeur de service baisse de 15,55 € à 14 € en 4 ans, et les autres (points liquidés depuis le 1^{er} janvier 2011, points non liquidés et futurs points) qui baissent de 15,55 € à 13 € au 1^{er} juillet 2012 :

Dates d'effet	Liquidation de la retraite				
	Avant le 1 ^{er} janvier 2006 (*)	Entre le 1 ^{er} janvier 2006 et le 31 décembre 2010		A compter du 1 ^{er} janvier 2011 (**)	
	Valeur du point (Article 4-I)	Valeur du point acquis antérieurement au 01/01/2006 (Article 4-II 1 ^o)	Valeur du point acquis à compter du 01/01/2006 (Article 4-III)	Valeur du point acquis antérieurement au 01/01/2006 (Article 4-II 2 ^o)	Valeur du point acquis à compter du 01/01/2006 (Article 4-III)
01/01/2012	15,55 €	15,55 €	15,55 €	15,55 €	15,55 €
01/07/2012	15,25 €	15,25 €	13,00 €	13,00 €	13,00 €
01/01/2013	14,80 €	14,80 €	13,00 €	13,00 €	13,00 €
01/01/2014	14,40 €	14,40 €	13,00 €	13,00 €	13,00 €
01/01/2015	14,00 €	14,00 €	13,00 €	13,00 €	13,00 €
01/01/2016	14,00 €	14,00 €	13,00 €	13,00 €	13,00 €

(*) Pour les pensions de réversion, la valeur des 300 premiers points liquidés avant le 1^{er} janvier 2006 reste fixée à 15,55 €.

(**) Application rétroactive aux points acquis antérieurement au 1^{er} janvier 2006 et liquidés à compter du 1^{er} janvier 2011, de la baisse de la valeur de service du point à 13 € au 1^{er} juillet 2012.

Sur décision de son Conseil d'administration, la CARMF a formé un recours devant le Conseil d'Etat à l'encontre du décret du 25 novembre 2011 réformant le régime ASV des médecins, en particulier en ce qu'il contient un certain nombre de mesures rétroactives, prévoyant différentes baisses, progressives ou immédiates, de la valeur de service du point en fonction de leurs dates d'acquisition et de liquidation, générant une inégalité de traitement entre médecins.

Plusieurs administrateurs retraités se sont associés au recours de la Caisse, et ils ont été rejoints par différents allocataires de la CARMF en cours d'instance.

Le Conseil d'Etat, par arrêt du 24 mars 2014, a néanmoins rejeté ce recours.

Le décret du 25 novembre 2011 prévoit que l'évolution des valeurs de service du point sera proposée par un rapport réalisé par la CARMF et adressé au Ministre chargé de la sécurité sociale, au directeur de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et aux syndicats médicaux (la première fois en 2015, puis tous les 5 ans), en tenant compte de la nécessité de garantir l'équilibre financier du régime à long terme.

Conformément à ces dispositions, la CARMF a réalisé en janvier 2015 des projections réalisées à partir des paramètres du régime au 1^{er} juillet 2014.

PROJECTIONS A PARAMÈTRES CONSTANTS

Compte tenu des valeurs fixées par le décret, elles ont été réalisées en euros courants, avec un certain nombre d'hypothèses.

1/ Rappel des hypothèses retenues pour les projections

a) Hypothèses démographiques

- Les projections sont effectuées par sexe ;
- Les tables de mortalité sont des tables d'expérience prospectives établies sur les observations de mortalité des affiliés de la CARMF ;
- Les nouvelles affiliations sont calculées en fonction du numerus clausus avec un décalage moyen de 15 ans.

L'hypothèse retenue pour les prochaines années est celle d'un numerus clausus maintenu à environ 8 000 (y compris quota étudiants étrangers).

- L'âge minimum de départ à la retraite est aligné sur celui du régime de base (62 ans en 2018) ;

- Les coefficients de départ en retraite sont ceux observés âge par âge, dans l'hypothèse d'une retraite à taux plein à 65 ans. Pour les variantes (retraite à taux plein à 67 ans), ces coefficients d'âge sont décalés.
- L'effectif des médecins en cumul activité/retraite est calculé à partir des pourcentages d'activité par âge observés.

b) Hypothèses économiques

- L'inflation moyenne sur la période des projections est estimée à 1,5 % par an ;
- La progression annuelle des revenus conventionnels est estimée à 3 % (1,5 % hors inflation) ;
- Le montant des réserves fin 2014 est estimé à environ 300 M€ (valeur de marché) ;
- Le rendement financier annuel des réserves est estimé à 3 % (1,5 % net d'inflation).

2/ Projections avec âge de la retraite sans minoration maintenu à 65 ans

a) Projection tendancielle

Avec les paramètres actuels, le seul gel des valeurs du point ne permet pas l'équilibre du régime. Le déficit apparaît en 2019, et les réserves sont épuisées en 2025. Le déficit cumulé atteindrait 427 M€ en 2030, mais les réserves redeviendraient positives en 2034, ce qui permettrait de réévaluer la valeur du point ultérieurement.

b) Rééquilibrage par ajustement des valeurs de point

Pour garder des réserves positives, il serait nécessaire d'abaisser les valeurs du point de 3 % en 2016 et de les geler ensuite jusqu'en 2029.

c) Rééquilibrage par augmentation du taux de la cotisation d'ajustement

Une augmentation de la cotisation d'ajustement permettrait d'équilibrer le régime à long terme, avec un gel des valeurs de point plus ou moins long selon le taux de cette cotisation.

Pour ne pas baisser les valeurs du point, la cotisation devrait être portée à 3,1 % en 2018. Le point devrait ensuite être gelé jusqu'en 2028.

PROJECTIONS AVEC MODIFICATION DE L'AGE DE LA RETRAITE

1/ Age de la retraite sans minoration porté à 67 ans

Rappelons que les projections effectuées par la Direction de la Sécurité Sociale en 2011 intégraient cette hypothèse, avec un gel des valeurs du point jusqu'en 2019 pour équilibrer le régime à long terme.

a) Projection tendancielle

Pour équilibrer le régime avec les cotisations fixées par le décret, les valeurs du point de retraite devraient être gelées jusqu'en 2023. Les réserves atteignent un minimum de 94 M€ en 2032 pour remonter ensuite.

b) Rééquilibrage avec augmentation du taux de la cotisation d'ajustement

Pour équilibrer le régime à long terme, avec un gel des valeurs du point jusqu'en 2019, la cotisation d'ajustement devrait être portée à 3,2 % en 2019.

2/ Projections avec âge de la retraite à 62 ans et majoration de 5 % par an

Le Conseil d'administration de la CARMF a voté une réforme de l'âge de départ en retraite du régime complémentaire qui présente pratiquement les mêmes caractéristiques pour l'équilibre du régime que la retraite à 67 ans tout en évitant ses inconvénients (âge « couperet », baisse de niveau sensible pour les départs avant 65 ans). Cette réforme consiste à fixer un coefficient de majoration des points de 5 % par an au-delà de l'âge minimum de départ (62 ans à terme) jusqu'à 67 ans, puis de 3 % entre 67 et 70 ans. Ceci implique bien entendu que les nouveaux points aient une valeur minorée de 15 %.

En appliquant cette réforme au régime ASV, les âges de départ des deux régimes complémentaires de la CARMF seraient ainsi harmonisés.

Compte tenu du recul de l'âge de départ sans minoration dans le régime de base, les coefficients de départ par âge actuels ont été décalés d'un an, soit une hypothèse intermédiaire entre les comportements actuels et ceux appliqués en cas de retraite à 67 ans.

a) Projection tendancielle

Pour équilibrer le régime avec les cotisations fixées par le décret, les valeurs du point de retraite devraient être gelées jusqu'en 2024.

Les réserves atteindraient un niveau de 14 M€ en 2032 pour remonter ensuite.

b) Rééquilibrage avec augmentation du taux de la cotisation d'ajustement

Pour équilibrer le régime à long terme avec un gel des valeurs de points jusqu'en 2019, la cotisation d'ajustement devrait être portée à 3,3 % en 2019.

Les projections, dans l'hypothèse d'une réforme de l'âge de départ identique à celle proposée pour le régime complémentaire sont donc légèrement moins favorables que celles effectuées avec l'hypothèse de l'âge de départ en retraite sans minoration à 67 ans.

Afin de vérifier la validité de ses projections internes, la CARMF a demandé à la Société d'actuariat SPAC d'effectuer de manière indépendante, une analyse de la situation du régime ASV. Il ressort de cette étude que, malgré des hypothèses différentes sur certains points, le modèle de projections de la CARMF et ses résultats sont globalement validés, avec des résultats très proches sur les 30 prochaines années.

L'ensemble de ces travaux figure dans le rapport actuariel présentant l'impact des mesures prises dans le passé et l'évolution de la situation financière de l'ASV, établi par la CARMF conformément aux dispositions du décret du 25 novembre 2011.

Ce rapport, a été adressé le 26 mars 2015 à Madame la Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes.

Ces travaux avaient été présentés aux syndicats médicaux le 15 janvier 2015, qui ont par la suite sollicité la réalisation par la Caisse de projections complémentaires, puis, en préalable aux dernières négociations conventionnelles, ont notamment demandé au Ministère que soit transposée dans le régime ASV la réforme du départ en retraite « en temps choisi » adoptée par la CARMF dans le régime complémentaire.

Les modifications statutaires correspondant à l'extension de ce dispositif à l'ASV ont été adoptées par le Conseil d'administration de la CARMF le 23 avril 2016 et ont été approuvées par un arrêté du 1^{er} décembre 2016, pour une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2017.

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



Rappelons par ailleurs que la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et le décret n° 2004-1319 du 1^{er} décembre 2004 pris en application de cette loi ont abrogé plusieurs dispositions du Code de la Sécurité sociale relatives aux modalités de la participation financière des caisses d'assurance maladie, à l'exclusion des médecins de secteur II du bénéfice de la participation financière de l'assurance maladie aux cotisations ASV, à la prescription applicable aux cotisations versées au-delà d'un certain délai, et aux dates de versement d'acomptes des caisses d'assurance maladie aux sections professionnelles.



Un décret n° 2009-1050 du 27 août 2009 a abrogé les dispositions du code de la sécurité sociale (partie réglementaire : Décrets simples) relatives à la compensation entre les régimes des prestations complémentaires vieillesse.

Fonds de roulement

Le fonds de roulement qui doit correspondre, conformément au décret du 6 juillet 1994, à un minimum de trois mois de prestations, représente environ, au 1^{er} janvier 2017, 5,8 mois de prestations de retraite 2017.

Rendement des trois régimes

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

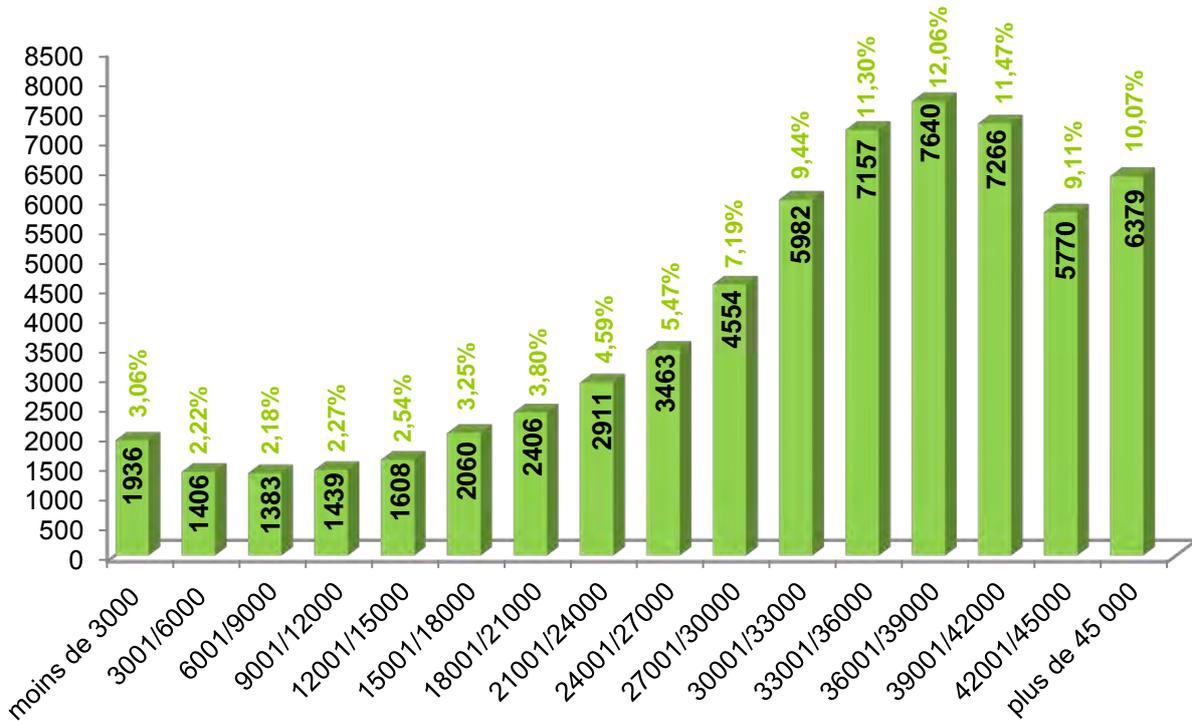
Dans un régime par points comme la CARMF, il correspond au rapport de la valeur de service du point à sa valeur d'achat.

En 2016, les rendements des trois régimes de retraite ont été les suivants :

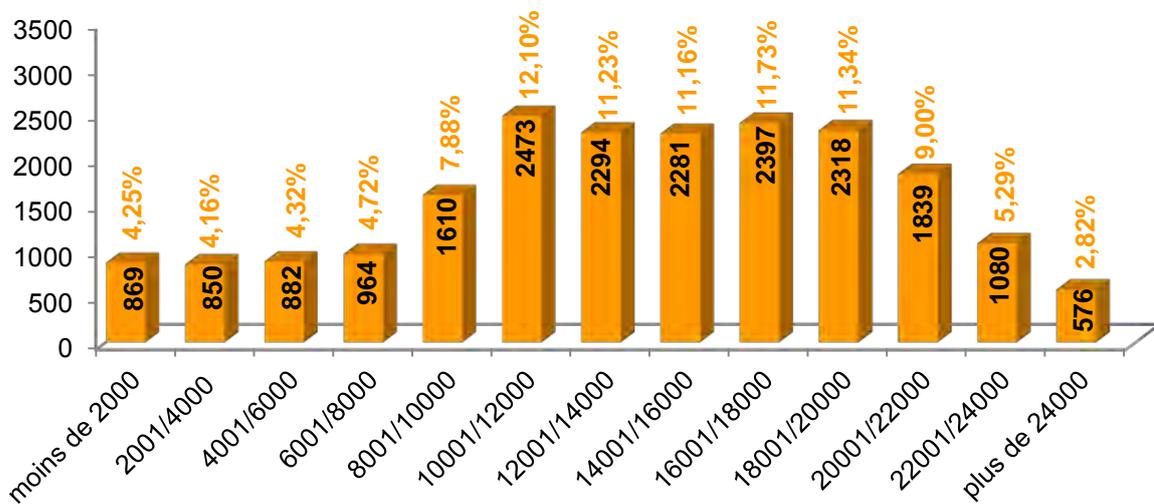
- **Régime de base**..... de 4,56 % à 7,65 %
- **Régime complémentaire**..... 6,05 %
- **Régime ASV**..... 4,74 %.

**Répartition par tranche d'allocations en euros
des trois régimes de vieillesse - Exercice 2016
avant prélèvements sociaux : CSG, CRDS et CASA**
(statistique établie suivant le versement des allocations de décembre)

DROITS PROPRES - Effectif = 63 360
Allocation moyenne = 31 478 € par an

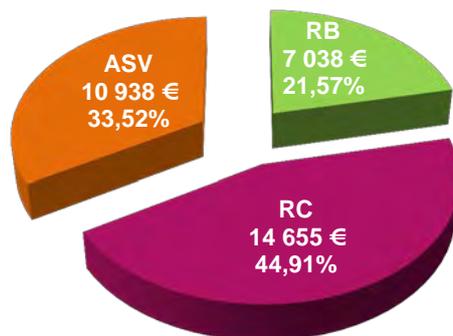


DROITS DÉRIVÉS - Effectif = 20 433
Allocation moyenne = 13 858 € par an



Allocations moyennes des médecins ayant pris leur retraite en 2016 (*)
(base 4^{ème} trimestre 2016)

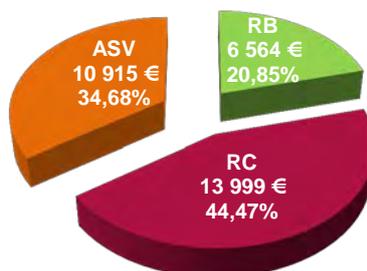
Total : 32 631 € par an



Allocations servies pour l'ensemble des retraités (*)
(base décembre 2016)

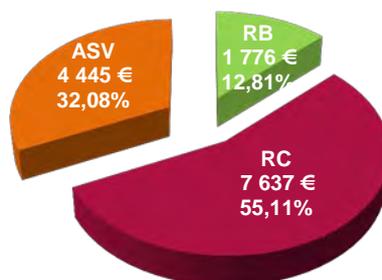
Droits propres

Total : 31 478 € par an



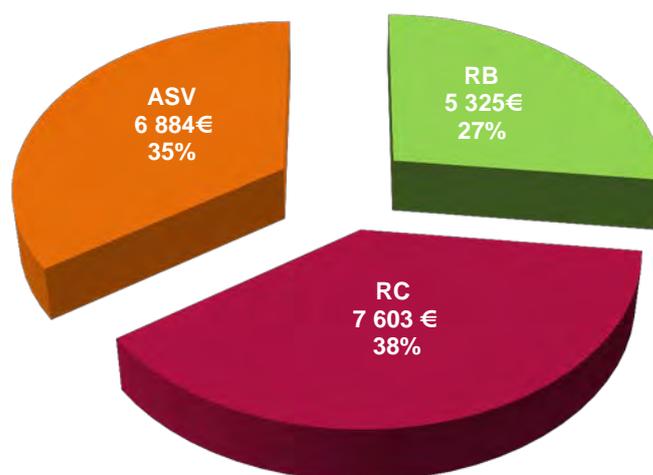
Droits dérivés

Total : 13 858 € par an



(*) avant prélèvements sociaux CSG, CRDS, CASA

Répartition par régime de la cotisation moyenne



RB = Régime de base

RC = Régime complémentaire

ASV = Allocations supplémentaires de vieillesse

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE D'ASSURANCE INVALIDITÉ-DÉCÈS

Cotisations

Le Conseil d'administration de la CARMF a voté une importante réforme du régime invalidité-décès, avec l'instauration de trois classes de cotisations et de prestations pour les risques incapacité temporaire et invalidité définitive.

Suivant le décret n° 2011-699 du 20 juin 2011 relatif aux régimes d'assurance invalidité-décès des professionnels libéraux et de leurs conjoints collaborateurs, complété par l'arrêté du 19 janvier 2012 portant approbation des modifications statutaires correspondantes publié au Journal Officiel le 5 février 2012, cette réforme est entrée en application en 2012.

Si la cotisation pour le risque décès reste unique, les cotisations pour les risques invalidité et incapacité temporaire comportent désormais trois classes, le niveau de la classe A étant inférieur d'un tiers et celui de la classe C supérieur d'un tiers au niveau de la cotisation moyenne (classe B).

Les cotisations globales du régime s'établissent donc comme suit en 2016 :

▪ Classe A	622 €
▪ Classe B	720 €
▪ Classe C	836 €

Elles se répartissent entre les différents risques de la manière suivante :

Assurance incapacité temporaire

▪ Classe A	144 €
▪ Classe B	216 €
▪ Classe C	288 €

Assurance invalidité

▪ Classe A	106 €
▪ Classe B	132 €
▪ Classe C	176 €

Assurance décès

▪ Cotisation unique	372 €
---------------------------	-------

Prestations

Assurance incapacité temporaire

L'indemnisation de l'arrêt total temporaire de travail est accordée sous forme d'indemnités journalières.

L'ancienne valeur a continué d'être applicable pour les médecins en incapacité d'exercice antérieurement à l'entrée en vigueur de la réforme du régime invalidité-décès. Son taux a été revalorisé en 2016, à 97 € par jour.

L'indemnité, au taux réduit, servie aux médecins âgés de plus de 65 ans, a été fixée en 2016, à 49,50 € par jour. Quant aux médecins ayant perçu pendant un an après leur 60^{ème} anniversaire les indemnités journalières au taux plein, il est procédé à un abattement de 25 % sur le montant des droits à servir pendant les 12 mois suivants (soit 72,75 € par jour). Au-delà et pendant toute la durée de l'arrêt restant à courir, il leur sera appliqué le taux de 49,50 € par jour.

Pour les nouveaux prestataires d'indemnités journalières, la réforme prévoit trois valeurs en fonction de la classe de cotisation, soit en 2016 :

▪ Classe A :	. indemnité normale.....	64,67 €
	. indemnité à taux réduit.....	33,00 €
▪ Classe B :	. indemnité normale.....	97,00 €
	. indemnité à taux réduit.....	49,50 €
▪ Classe C :	. indemnité normale.....	129,33 €
	. Indemnité à taux réduit.....	66,00 €

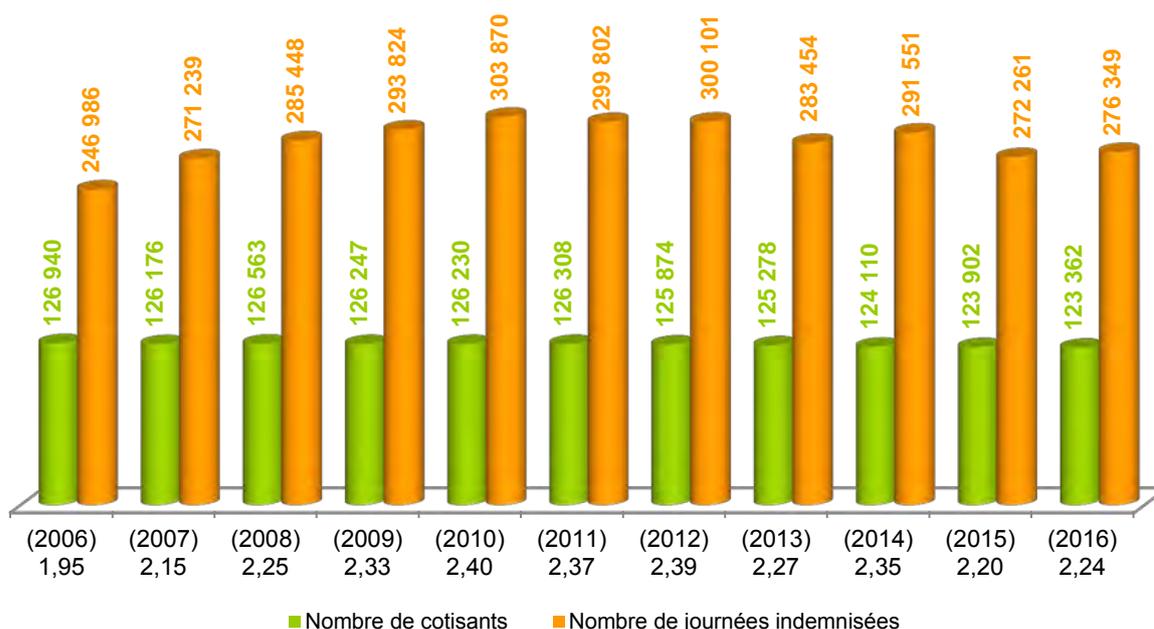
Pour mémoire, il convient de rappeler qu'un arrêté du 23 février 2007 paru au Journal Officiel le 15 mars 2007 ayant approuvé les modifications statutaires du régime invalidité-décès, l'indemnisation en cas de reprise d'une profession quelconque, même partielle, est possible depuis le 16 mars 2007, mais uniquement sur décision de la Commission de Contrôle de l'incapacité d'exercice, à des fins thérapeutiques et pour une période de trois mois, éventuellement renouvelée une fois sur décision de la Commission.

Evolution du montant de l'indemnité journalière (*) (en euros)



(*) A compter de 2012, le montant des IJ mentionné est celui de la classe B

Rapport journées indemnisées/cotisants



Assurance invalidité totale

L'indemnisation de l'invalidité totale et définitive est accordée sous la forme d'une allocation annuelle.

Pour les médecins invalides antérieurement à l'entrée en vigueur de la réforme du régime invalidité-décès, le montant de la pension d'invalidité est composé d'une part forfaitaire fixée à 60 points et d'une part proportionnelle au nombre de points attribués au médecin en fonction du nombre d'années de cotisations au régime complémentaire d'assurance invalidité-décès et de celui compris entre la date de reconnaissance de l'invalidité et le 60^{ème} anniversaire du médecin (à raison de 4 points par année). Le total est limité à 140 points.

Dans cette hypothèse, le montant annuel moyen de la pension d'invalidité a varié en 2016, de 7 716 € (correspondant à 60 points) à 18 004 € (correspondant à 140 points) soit une augmentation de 1,02 % par rapport à 2015.

Pour les médecins invalides à compter de l'entrée en application de la réforme, l'allocation, fixée chaque année par le Conseil d'administration, est fonction de la classe de cotisation la plus élevée à laquelle le médecin était assujéti l'année d'entrée en jouissance du droit et les trois années civiles précédentes.

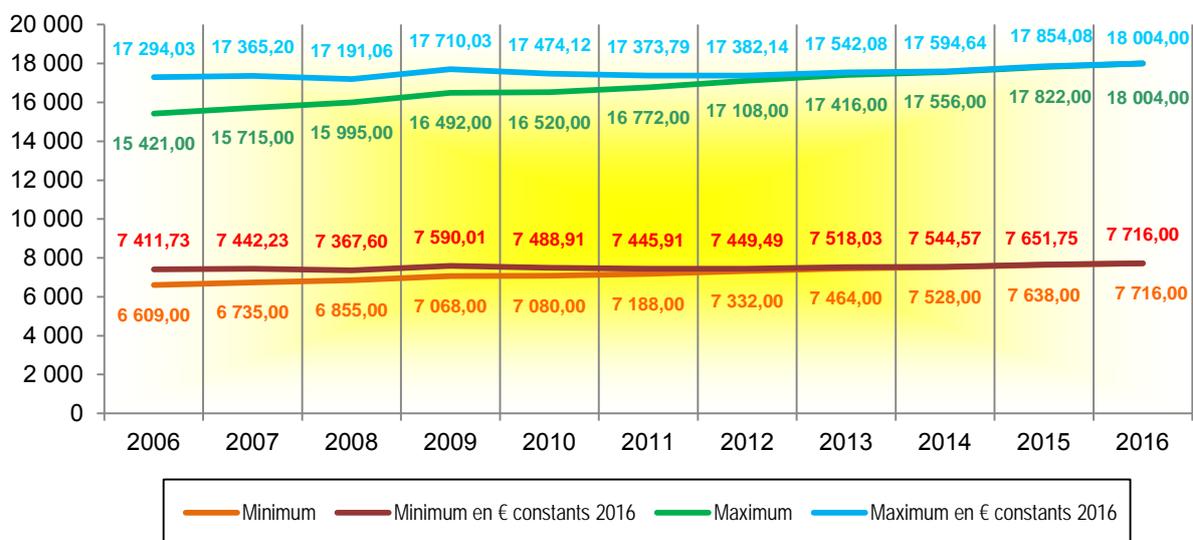
Ainsi, pour 2016, le montant annuel de la pension de la pension d'invalidité :

■ Classe A.....	14 403,20 €
■ Classe B.....	18 004,00 €
■ Classe C.....	24 005,80 €

Il peut être complété par :

- une majoration (35 %) pour conjoint (sous condition de ressources),
- une majoration (35 %) pour tierce personne,
- une majoration (10 %) familiale,
- le service d'une rente temporaire de 6 687,20 € par an et par enfant, revalorisé de 1,03 % par rapport à 2015.

Evolution du montant annuel de la pension d'invalidité (*) (en euros)



(*) Pour 2012, les montants mentionnés correspondent aux allocations servies aux médecins déjà en invalidité lors de l'entrée en vigueur de la réforme. A compter de celle-ci, les allocations servies aux nouveaux invalides sont fixées chaque année par le Conseil d'administration et fonction de la classe de cotisation des intéressés (cf. supra).

Assurance décès

Indemnité-décès

Elle est attribuée aux ayants droit d'un médecin décédé en activité et cotisant à la CARMF ou titulaire de la pension d'invalidité.

Suite à un arrêté du 19 octobre 2004 paru au Journal Officiel du 5 novembre 2004 approuvant les modifications statutaires du régime invalidité-décès, le montant de cette indemnité-décès qui correspondait auparavant à 200 actes médicaux soit 4 000 €, a été porté, sur décision du Conseil d'administration du 20 novembre 2004, à 38 000 € pour tous les décès survenus à partir du 6 novembre 2004 : le montant de cette indemnité était de 39 000 € en 2012 et de 39 500 € en 2013. Il a été porté à 40 000 € en 2014.

Les modifications statutaires approuvées par l'arrêté du 23 février 2007, paru au Journal Officiel du 15 mars 2007, ont introduit une condition de durée de mariage pour percevoir le capital décès (sauf dérogations), pour tous les décès survenus à partir du 16 mars 2007.

Rentes temporaires

▪ Conjoint survivant

Le montant est déterminé en tenant compte des années de cotisations au régime complémentaire d'assurance invalidité-décès, d'invalidité s'il y a lieu et de celles comprises entre le décès du médecin et la date à laquelle il aurait atteint son 60ème anniversaire.

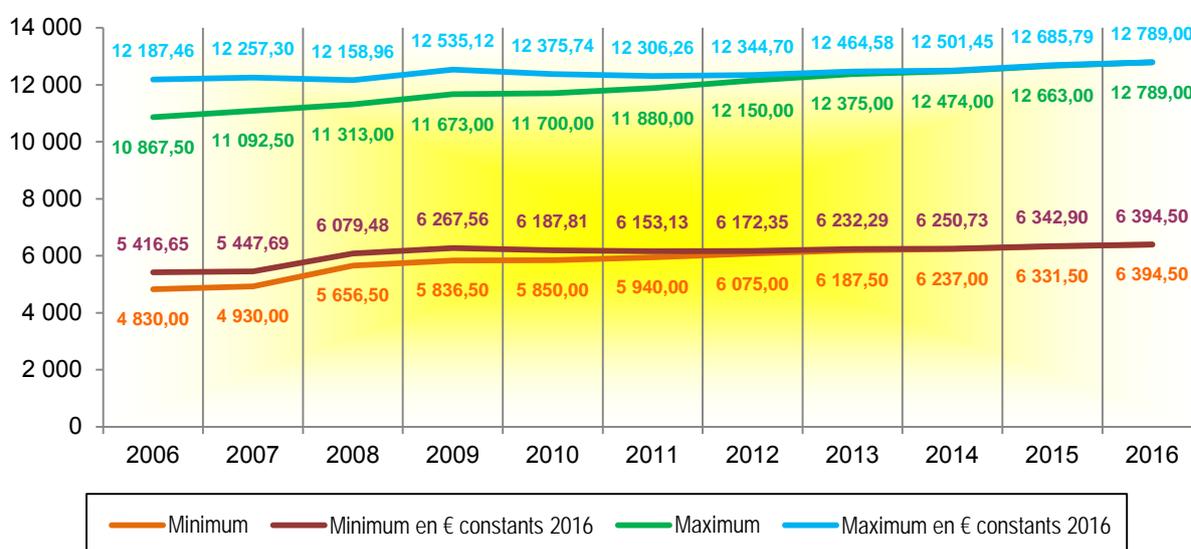
Le montant annuel moyen a varié en 2016, de 6 394,50 € (correspondant à 45 points) à 12 789 € (correspondant à 90 points), soit une augmentation de 1 % par rapport à 2015.

Peut s'y ajouter la majoration familiale de 10 %.

Il est rappelé que la rente temporaire est composée de deux parties : une part forfaitaire fixée à 40 points et une part proportionnelle correspondant à 60 % du nombre de trimestres de cotisations au régime complémentaire d'assurance invalidité-décès ; la part proportionnelle est versée au conjoint survivant suivant son âge, dans la proportion de 25 % jusqu'à 44 ans et en augmentant ensuite de 5 % par an : le nombre total de points qui ne pouvait excéder 84 points a été porté à 90 points à compter du 1^{er} janvier 2005 suite à la parution de l'arrêté du 19 octobre 2004.

Il ne peut être inférieur à 45 points, suite à la parution de l'arrêté du 23 février 2007.

Evolution du montant annuel de la rente temporaire du conjoint survivant (en euros)



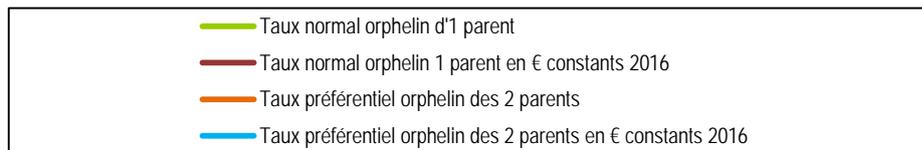
▪ Orphelins

Le montant de la rente temporaire est forfaitaire ; il est versé jusqu'à 21 ans ou 25 ans si l'enfant est à charge et poursuit des études.

Il a été augmenté de 1 % en 2016 et s'est élevé à 7 531,30 € par an (correspondant à 53 points).

Ce montant est porté à 9 378,60 € par an - taux 2016 - lorsque l'enfant est orphelin de père et de mère (correspondant à 66 points).

Evolution du montant annuel de la rente temporaire de l'orphelin (en euros)



✍

✍

✍

Conjoints collaborateurs

La loi n° 2005-882 du 2 août 2005 prévoit l'affiliation obligatoire des conjoints collaborateurs au régime invalidité-décès au 1^{er} juillet 2007.

Ce dossier soulevant cependant de très nombreuses questions et difficultés, notamment sur le plan juridique, la couverture invalidité-décès des conjoints collaborateurs n'a pu entrer en vigueur jusqu'alors.

Les différentes associations représentatives des conjoints collaborateurs (ACOPSANTÉ, UNACOPL et ACOMED) ont été reçues à la CARMF durant l'année 2009. Certaines ont formulé à cette occasion des réserves sur un éventuel lien entre les choix du pourcentage de cotisations des régimes Complémentaires d'Assurance Invalidité-Décès et Vieillesse.

L'article 62 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de Financement de la Sécurité Sociale pour 2010 est venu préciser que les modalités d'adaptation des cotisations et des prestations invalidité-décès pour les conjoints collaborateurs s'effectueront par décret.

Un décret n° 2011-699 du 20 juin 2011 détermine les conditions d'affiliation et de cotisation obligatoires des conjoints collaborateurs dans le régime invalidité-décès, permettant ainsi l'ouverture effective de ce régime aux conjoints collaborateurs pour l'ensemble des risques couverts.

Pour la détermination de sa cotisation, le conjoint collaborateur a le choix entre une cotisation égale au quart ou à la moitié de celle du médecin. Si aucun choix n'est effectué, la cotisation est égale au quart de celle du médecin.

Les prestations versées au conjoint collaborateur seront égales, selon la fraction retenue pour le calcul de ses cotisations, au quart ou à la moitié de celles prévues pour le conjoint médecin.

En principe, le choix de cotisation s'applique pour la première fois aux cotisations dues au titre de l'année d'affiliation et des deux années civiles suivantes.

Sauf demande contraire du conjoint collaborateur effectuée par écrit au plus tard un mois avant la fin de la dernière année civile considérée, ce choix est reconduit pour une période de trois ans renouvelable dans les mêmes conditions.

Toutefois, à titre transitoire, pour les conjoints collaborateurs d'ores et déjà affiliés au régime complémentaire vieillesse, la date de première échéance de renouvellement du choix retenu pour le calcul de la cotisation du régime invalidité-décès sera identique à celle du régime complémentaire vieillesse.

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE FACULTATIF DE RETRAITE PAR CAPITALISATION - CAPIMED -

Il est tout d'abord rappelé que c'est pour répondre à une demande très forte de la profession que le Conseil d'administration avait créé en 1994, le régime CAPIMED.

Ce régime a été conçu comme un véritable produit de retraite permettant notamment une revalorisation des rentes en fonction de l'inflation, tout en bénéficiant des garanties de la gestion en capitalisation ainsi que de frais réduits liés à la vocation première et au but non lucratif de la CARMF.

Les adhésions enregistrées depuis la création de ce régime se présentent, selon l'option choisie (ce régime comprend en effet deux options de cotisations, chaque option comportant dix classes de cotisations) comme suit :

EXERCICES	OPTION A	OPTION B	TOTAL
Au 1 ^{er} janvier 2007	1 399	1 141	2 540
Au 1 ^{er} janvier 2008	1 416	1 151	2 567
Au 1 ^{er} janvier 2009	1 433	1 149	2 582
Au 1 ^{er} janvier 2010	1 445	1 154	2 599
Au 1 ^{er} janvier 2011	1 463	1 137	2 600
Au 1 ^{er} janvier 2012	1 426	1 130	2 556
Au 1 ^{er} janvier 2013	1 405	1 097	2 502
Au 1 ^{er} janvier 2014	1 340	1 027	2 367
Au 1 ^{er} janvier 2015	1 271	975	2 246
Au 1 ^{er} janvier 2016	1 205	914	2 119
Au 1 ^{er} janvier 2017	1 135	864	1 999

Cotisations 2016

Option A

Option B

1 261 €.....	Classe 1	2 522 €
2 522 €.....	Classe 2	5 044 €
3 783 €.....	Classe 3	7 566 €
5 044 €.....	Classe 4	10 088 €
6 305 €.....	Classe 5	12 610 €
7 566 €.....	Classe 6	15 132 €
8 827 €.....	Classe 7	17 654 €
10 088 €.....	Classe 8	20 176 €
11 349 €.....	Classe 9	22 698 €
12 610 €.....	Classe 10	25 220 €

L'adhérent peut choisir chaque année sa classe de cotisation.

Moyenne d'âge

Au 31 décembre 2016

L'âge moyen des cotisants est de :

- 58,17 ans pour ceux ayant choisi l'option A
- 58,79 ans pour ceux ayant choisi l'option B

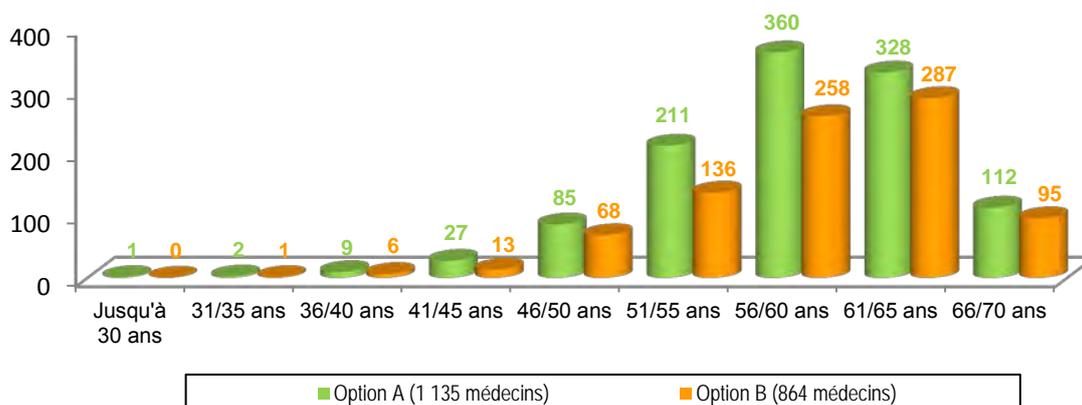
Fiscalité

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

- BNC inférieur ou égal à 38 616 € (*plafond de sécurité sociale 2016 = PSS*)
3 861 € en 2016 (10 % du PSS)
- BNC supérieur à 38 616 € :
10 % du bénéfice imposable dans la limite de 308 928 € (8 fois le PSS) plus 15 % supplémentaires sur la fraction du bénéfice imposable comprise entre 38 616 € et 308 928 €.

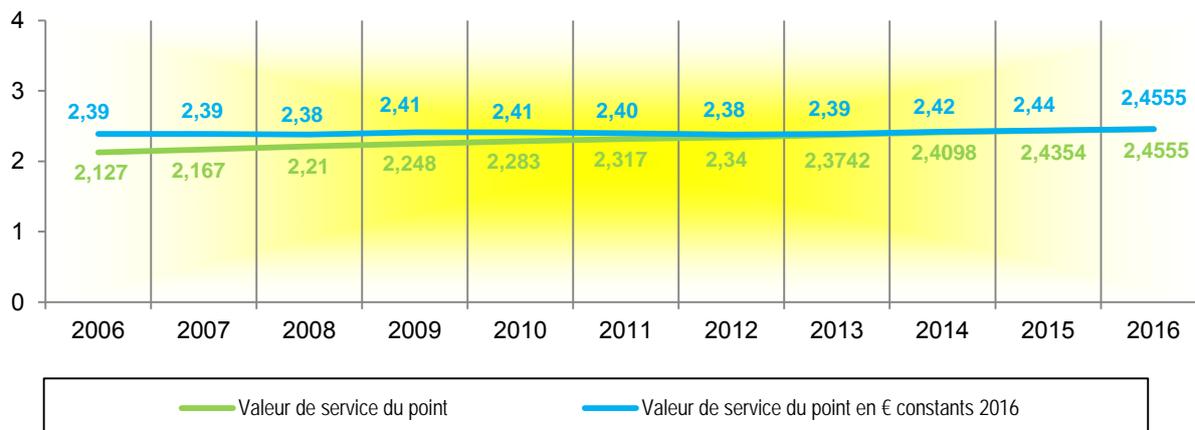
Ces montants de déduction incluent aussi les cotisations versées le cas échéant dans un régime de retraite par capitalisation (contrat PREFON, PERP, PERCO).

Effectif des adhérents par classe d'âge et suivant l'option retenue au 31 décembre 2016

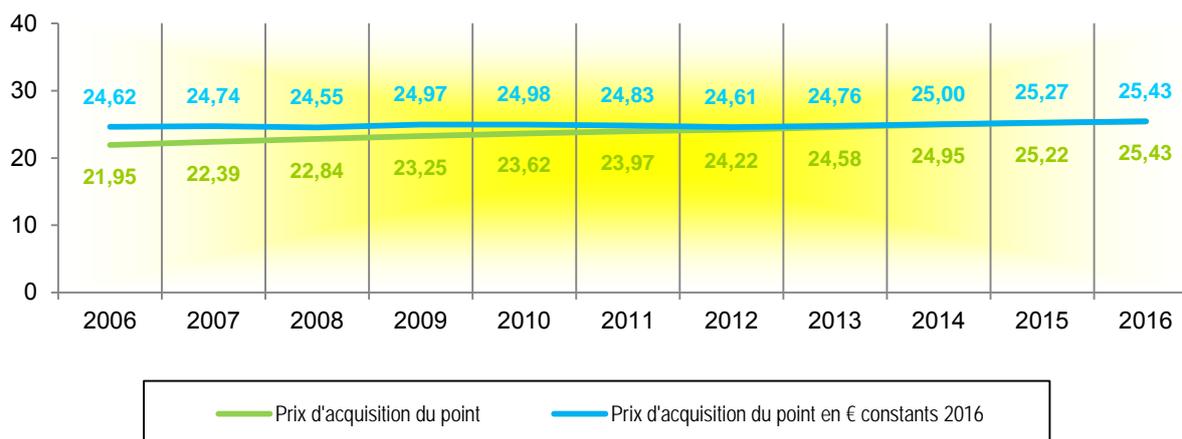


Valeur de service et prix d'acquisition du point

Depuis 2006, les valeurs de service du point ont évolué comme suit (en euros) :



Le prix d'acquisition du point évolue dans les mêmes proportions que la valeur de service :



Rendement financier attribué

Année	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Rendement (%)	4,68 %	4,72 %	4,42 %	4,23 %	4,14 %	3,60 %	4,01 %	4 %	3,50 %	3,20 %	3 %

Cotisation de rachat

Les années comprises entre la date d'affiliation à la CARMF et la date d'adhésion au régime CAPIMED peuvent faire l'objet d'un rachat.

La demande peut être présentée lors de l'affiliation ou ultérieurement.

Le montant d'une cotisation de rachat est égal à celui de la cotisation annuelle en vigueur au moment de la demande.

Les droits

Droits personnels

Le montant annuel de la retraite est égal au produit du nombre de points acquis par la valeur de service du point qui est déterminée chaque année par le Conseil d'administration.

L'âge normal de la retraite est fixé à 65 ans.

Les droits peuvent être liquidés par anticipation à partir de 60 ans avec application d'un coefficient de minoration ; ils peuvent être aussi ajournés jusqu'à 70 ans avec application d'un coefficient de majoration.

Avant la liquidation de sa retraite, le médecin peut solliciter en cas d'invalidité totale et définitive, le versement de la contre-valeur en euros de 92 % du nombre de points acquis, divisé par un coefficient correspondant à son âge lors de ce versement, la contre-valeur du point étant égale à dix fois la valeur de service du point pour l'année de versement.

Droits dérivés

En cas de décès du médecin :

▪ avant la liquidation de sa retraite :

Le bénéficiaire désigné peut opter entre les différentes formules suivantes :

- soit le service immédiat d'une rente d'une durée de dix années,
- soit, à partir de 60 ans, le service d'une rente de réversion correspondant à 70 % du nombre de points acquis divisé par un coefficient afférent à l'âge du bénéficiaire lors de son décès et multiplié par un coefficient correspondant à l'âge du bénéficiaire lors de ce décès ;
- soit, le report sur son propre compte de 92 % du nombre de points déterminés de la même manière que ci-dessus, s'il est lui-même adhérent au régime CAPIMED.

▪ après la liquidation de sa retraite :

Le bénéficiaire désigné peut se prévaloir d'une rente de réversion à concurrence de 60 % ou 100 %.

La retraite du médecin est alors minorée par un coefficient calculé en fonction de la différence d'âge entre l'adhérent et le bénéficiaire.

Effectifs des allocataires et prestataires

Le nombre de médecins titulaires de la retraite CAPIMED au 31 décembre 2016, s'élève à 1 267 et celui des conjoints survivants à 79 (30 bénéficiant d'une rente temporaire pendant 10 ans et 49 d'une pension de réversion).

Les prélèvements sociaux

La CSG (Contribution Sociale Généralisée) et la CRDS (Contribution au Remboursement de la Dette Sociale) ont pris le relais de la cotisation d'assurance maladie.

Les prestations et allocations (à l'exception de la majoration pour tierce personne) sont soumises à trois catégories de prélèvements sociaux (sauf cas d'exonération) :

- la CSG au taux de 6,6 % (dont 4,2 % sont déductibles au titre de l'impôt sur le revenu),
- la CRDS au taux de 0,5 % (non déductible des revenus),
- la CASA au taux de 0,30 % à compter du 1^{er} mai 2013.

Fiscalité

Les allocations et prestations versées par la CARMF sont à déclarer au titre des revenus des personnes physiques, à la rubrique "Pensions, Retraites, Rentes".

Ne sont pas à déclarer cependant : la majoration pour tierce personne, l'indemnité-décès, les aides du Fonds d'Action Sociale, les allocations du Fonds de Solidarité Vieillesse et l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées.

Réglementation

Il convient de noter que la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 (JO du 5 août 2008) de modernisation de l'économie a mis fin, au 1^{er} janvier 2009, à la possibilité de créer de nouveaux produits de retraite facultatifs en capitalisation en application du dernier alinéa de l'article L. 644-1 du code de la sécurité sociale. Ce dernier article n'est cependant pas abrogé, la loi le privant simplement d'effet pour l'avenir. L'existence de CAPIMED n'est donc pas remise en cause.

La loi prévoit également que les contrats existants pourront être transférés à une mutuelle ou une union autorisée à pratiquer des opérations d'assurance et de capitalisation, ou à une société d'assurance. La décision de transfert est prise par le Conseil d'Administration de l'organisme gestionnaire du régime.



RÉGIME DE L'ALLOCATION DE REPLACEMENT DE REVENU (ADR)

Le régime allocation de remplacement de revenu (ADR), également désigné « mécanisme d'incitation à la cessation anticipé » ou « MICA », a été créé par la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 (article 4) pour permettre aux médecins conventionnés âgés de soixante ans au moins (cinquante-sept ans à partir de 1996) et cessant définitivement toute activité médicale non salariée de recevoir une allocation visant à leur garantir un revenu de remplacement, au plus tard jusqu'à leur soixante-cinquième anniversaire.

Suite à la loi n° 2002-1487 du 20 octobre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003, le dispositif a cessé à compter du 1^{er} octobre 2003 (sauf pour quelques exceptions définies par le décret du 1^{er} août 2003).

Cependant, pour permettre de financer les allocations des médecins admis dans ce dispositif jusqu'au 1^{er} octobre 2003, la CARMF a continué d'appeler la cotisation auprès des médecins exerçant une activité conventionnée.

Le 31 décembre 2012, les derniers médecins bénéficiaires du régime ADR ont quitté ce dispositif pour liquider leurs droits à retraite à effet du 1^{er} janvier 2013.

En conséquence, la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 (article 78) :

- a entériné l'extinction du régime en abrogeant les textes législatifs l'ayant institué (article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988) ;
- a affecté les excédents de cotisations accumulés avant 2003 à la section « médecins » du fonds d'actions conventionnelles (FAC), afin de financer des actions à destination des médecins libéraux.

Aucune allocation n'a été servie, ni aucune cotisation appelée au titre de l'ADR à compter du 1^{er} janvier 2013.

Les aspects du fonctionnement

STATISTIQUES

COTISANTS		
	2015	2016
Affiliations, radiations et adhésions volontaires		
▪ Affiliations et réaffiliations	5 910	5 900
▪ Radiations	1 604	1 665
▪ Adhésions volontaires	124	130
Exonérations de cotisations pour maladie/maternité		
▪ Dossiers acceptés	1 710	1 913
▪ Points gratuits pour accouchement.....	673	761
Dispenses de cotisations pour faible revenu		
▪ Dossiers acceptés	1 296	1 559
Règlement de cotisations après contraintes ou jugement de police		
▪ Nombre de dossiers réglés	2 247	2 498
Commission de Recours Amiable		
▪ Nombre de dossiers traités	1 312	1 199
Recours devant les juridictions de sécurité sociale		
▪ Affaires jugées	133	174

PRESTATAIRES		
	2015	2016
Indemnités journalières		
▪ Nombre de journées payées	272 261	276 349
Indemnités-Décès		
▪ Nombre de versements	148	163
Nombre de dossiers de prestataires liquidés		
▪ Conjoints survivants	129	112 (1)
▪ Orphelins	390	369 (2)
▪ Invalides	86	89 (3)
▪ Enfants d'invalides	128	104 (4)

(1) dont 2 veufs ou veuves de conjoint collaborateur

(2) dont 3 enfants de conjoint collaborateur

(3) dont 0 conjoint collaborateur

(4) dont 0 enfant de conjoint collaborateur

ALLOCATAIRES

	2015	2016
Nombre de dossiers de retraite liquidés		
▪ Médecins	6 413	5 790
▪ Conjoints survivants (réversion)		1 486
▪ Conjoints collaborateurs	207	212
▪ Conjoints collaborateurs (réversion)	3	1
▪ CAPIMED	139	166 (1)
▪ Contrôle cumul	1 495	1 455

(1) dont 14 dossiers d'ayants droit Capimed liquidés dont :

- * 1 versement unique
- * 1 rente sur 10 ans
- * 12 rentes de réversion

ÉCHANGES DE CORRESPONDANCES

Non compris l'expédition des plis informatisés

	2015	2016
▪ Courriers reçus	338 659	313 576 *
▪ Courriers expédiés	272 561	289 359 **

* dont 48 681 mails reçus

** dont 14 764 mails expédiés

VISITES

	2015	2016
▪ Nombre de visites	3 317	2 774
▪ Rendez-vous téléphoniques		104

MODE DE PAIEMENT DES COTISATIONS

	2015	2016	Répar- tition annuelle 2016
▪ Prélèvements mensuels (PM, moyenne mensuelle)	94 800	96 100	77 %
▪ Titres interbancaires de paiement (TIP)	42 300	36 000	14 %
▪ Chèques	27 300	22 000	6 %
▪ E.CARMF	-	7 600	3 %
			100 %

STATUTS

L'article 48 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 a introduit dans le code de la sécurité sociale de nouvelles dispositions de l'article L. 641-5 relatives aux statuts des sections professionnelles : ceux-ci, conformes à des statuts types approuvés par décret, sont désormais soumis à l'approbation du Conseil d'administration de la CNAVPL et réputés approuvés à défaut d'opposition par le ministre chargé de la sécurité sociale dans un délai d'un mois à compter de leur réception.

Par lettre du 18 juin 2014, la Direction de la Sécurité Sociale a toutefois précisé que les textes d'application de cet article, et notamment le décret approuvant les statuts types, n'étant pas parus, cette nouvelle procédure ne pouvait être mise en œuvre et qu'il y avait lieu dans l'attente de maintenir la procédure de validation antérieure (approbation des modifications statutaires par arrêté ministériel après avis du Conseil d'administration de la CNAVPL).

Modifications statutaires approuvées en 2016

a) Régime complémentaire d'assurance vieillesse

L'arrêté du 30 novembre 2016 publié au Journal Officiel le 4 décembre 2016 (complété par un arrêté du 21 décembre 2016 paru le 28 décembre suivant) a approuvé les modifications suivantes :

- Application d'un coefficient de majoration de 1,25 % par trimestre entre le 1^{er} jour du trimestre civil suivant celui où le médecin atteint l'âge légal de départ à la retraite et celui de la date d'effet de cette retraite, coefficient réduit à 0,75 % par trimestre à partir du 1^{er} jour du trimestre civil suivant celui où le médecin atteint l'âge de la retraite à taux plein sans pouvoir s'appliquer au-delà du 1^{er} jour du trimestre civil suivant le 70^{ème} anniversaire du médecin (*Article 15*).
- Uniformisation du coefficient de majoration à 13 % pour les prestations liquidées à l'âge minimum en cas d'inaptitude (*Article 15*).
- Affectation, pour le nombre de points, d'un coefficient compensant l'évolution de la valeur du point entre 2016 et 2017 pour les retraites liquidées avant le 1^{er} janvier 2017 (*Article 27*).
- Affectation d'un coefficient pour le nombre de points calculé lors de la liquidation de la retraite (*Article 31*).
- L'allocation du conjoint survivant d'un médecin retraité n'est pas minorée par le coefficient ayant pu être appliqué au médecin qui a liquidé ses droits par anticipation avant le 1^{er} janvier 2017.

Lorsque le coefficient de minoration dont a bénéficié le médecin ayant liquidé ses droits à partir du 1^{er} janvier 2017 est inférieur à 15 %, ce coefficient est porté à 15 % pour le calcul de la pension de réversion (*Article 41*).

b) Régime des allocations supplémentaires de vieillesse (ASV)

L'arrêté du 1^{er} décembre 2016 publié au Journal Officiel le 6 décembre 2016 a approuvé les modifications suivantes :

- Harmonisation des formes et conditions d'exigibilité des cotisations des différents régimes complémentaires gérés par la CARMF et en particulier les règles afférentes aux majorations de retard (*Article 7*).
- A partir du 1^{er} janvier 2017, le nombre de points de retraite ainsi que le montant de la prestation annuelle calculés selon des modalités, sont fixés par décret (*Article 10*).

- Application d'un coefficient de majoration de 1,25 % par trimestre entre le 1^{er} jour du trimestre civil suivant celui où le médecin atteint l'âge légal de départ à la retraite et celui de la date d'effet de cette retraite, coefficient réduit à 0,75 % par trimestre à partir du 1^{er} jour du trimestre civil suivant celui où le médecin atteint l'âge de la retraite à taux plein sans pouvoir s'appliquer au-delà du 1^{er} jour du trimestre civil suivant le 70^{ème} anniversaire du médecin (*Article 12*).
- Uniformisation du coefficient de majoration à 13 % pour les prestations liquidées à l'âge minimum en cas d'inaptitude (*Article 12*).
- Suppression de l'article appliquant la possibilité de cumul sous réserve de plafond (*Article 12 ter*).
- Lorsque le coefficient de majoration dont a bénéficié le médecin ayant liquidé ses droits à partir du 1^{er} janvier 2017 est inférieur à 15 %, ce coefficient est porté à 15 % pour le calcul de la pension de réversion (*Article 15*).
- Les dispositions des statuts du régime complémentaire relatives aux conjoints survivants et/ou divorcés et aux conjoints de médecins disparus sont applicables au régime ASV. Le taux de réversion est identique à celui retenu à l'article 15 pour le conjoint survivant (*Article 15 bis*).
- Attribution d'un secours forfaitaire du FAS aux allocataires exonérés de la CSG et mise à jour de la liste des bénéficiaires de ce fonds (*Article 28*).

Résumé des modifications statutaires votées par le Conseil d'Administration et en attente d'approbation fin 2015

a) Statuts généraux

- Intégration des étudiants en médecine titulaires d'une licence de remplacement délivrée par la Conseil de l'Ordre et effectuant des remplacements de médecins libéraux dans le champ d'application des régimes obligatoires de la CARMF (*Conseil d'administration du 20 avril 2013*).
- Remboursement aux personnalités que le CA, le Bureau, les Commissions et l'AG décident de s'adjoindre en raison de leur compétence technique, de leurs frais de déplacement, de séjour, de perte de gains ainsi que toutes autres indemnités, dans les conditions applicables aux administrateurs de la CARMF (*Conseil d'administration du 20 avril 2013*).
- Suppression de la Commission de Contrôle s'agissant du régime CAPIMED (*Conseil d'administration du 20 avril 2013*).
- Modification rédactionnelle concernant l'interdiction de toute discussion étrangère aux buts de la Caisse dans les réunions du Conseil, du Bureau et des Commissions (*Conseil d'administration du 16 novembre 2013*).
- Certification des comptes annuels des régimes obligatoires et de CAPIMED par un Commissaire aux Comptes / suppression corrélative des commissions de contrôle (décision du Conseil d'administration du 22 juin 2013) (*Conseil d'administration du 16 novembre 2013*).
- Renouvellement du Bureau dans sa totalité en cas de démission d'au moins les trois quarts de ses membres (*Conseil d'administration du 16 novembre 2013*).
- Définition du collège électoral des retraités (avec rattachement à ce collège des médecins en cumul retraite/activité libérale) (*Conseil d'administration du 16 novembre 2013*).
- Introduction de la possibilité de vote électronique / interdiction d'affirmations mensongères ou diffamatoires dans le programme d'action des candidats (*Conseil d'administration du 16 novembre 2013*).

- En cas de changement de catégorie d'un délégué élu, conservation du mandat jusqu'à son terme si la durée restant à courir est inférieure à trois ans, ou jusqu'au terme des trois ans suivant l'élection, puis remplacement pour le reste du mandat le cas échéant par le candidat non élu ayant eu le plus de voix (*Conseil d'administration du 16 novembre 2013*).
- Ajout d'un poste d'administrateur pour les retraités (*Conseil d'administration du 16 novembre 2013*).
- Conservation, en cas de changement de catégorie, du mandat des administrateurs titulaire et suppléant jusqu'à son terme si la durée restant à courir est inférieure à trois ans, ou jusqu'au terme des trois ans suivant l'élection (*Conseils d'administration des 16 novembre 2013 et 25 janvier 2014*).
- Suppression du caractère obligatoire de la réunion des délégués, préparatoire à l'Assemblée Générale / prévision d'une approbation du rapport moral du Conseil d'administration lors de l'Assemblée Générale (*Conseil d'administration du 16 novembre 2013*).
- Révision des conditions d'attribution du nombre de délégués cotisants (2 délégués par département au minimum jusqu'à concurrence de 800 électeurs [au lieu de 400 actuellement], et au-delà de ce nombre un délégué par tranche ou fraction de tranche de 400 électeurs [au lieu de 200], la dernière fraction devant compter au moins 100 électeurs [au lieu de 50]) (*Conseil d'administration du 19 novembre 2016*).
- Révision des conditions d'attribution du nombre de délégués retraités (2 délégués par région au minimum jusqu'à concurrence de 1200 électeurs [au lieu de 500], et au-delà de ce nombre un délégué par tranche ou fraction de tranche de 600 électeurs [au lieu de 250], la dernière fraction devant compter au moins 250 électeurs [au lieu de 100]) (*Conseil d'administration du 19 novembre 2016*).
- En cas de remplacement définitif (pour démission, changement de catégorie ou décès), le poste de l'administrateur titulaire sera occupé par le suppléant ayant été élu à la date la plus ancienne et ayant le cas échéant obtenu le plus de voix lors de cette élection. En cas d'empêchement de l'administrateur titulaire, et afin d'assurer une présence aux séances du Conseil d'administration, les suppléants seront alors choisis dans l'ordre de leur élection. Toutefois, en cas d'indisponibilité d'un suppléant, tout autre suppléant pourra remplacer le titulaire empêché (*Conseil d'administration du 19 novembre 2016*).

b) Régime complémentaire d'assurance vieillesse

- Extension des possibilités d'achat de points, à titre volontaire, à raison de 2 points par an (*Conseil d'administration du 18 novembre 2000*).
- Révision des modalités d'exonération partielle de la cotisation annuelle pouvant être accordée aux médecins justifiant d'une invalidité totale au moins égale à 100 % (*Conseil d'administration du 21 janvier 2012*).
- Aligement du prix d'achat d'un point sur celui du rachat (égal au dixième du montant, pour l'année d'achat ou de rachat, de la cotisation correspondant au plafond de revenu) (*Conseil d'administration du 21 janvier 2012*).
- Modalités et conditions de l'adhésion volontaire du conjoint collaborateur au régime complémentaire (*Conseil d'administration du 21 novembre 2015*).

c) Régime des allocations supplémentaires de vieillesse (ASV)

- Réversion : de 50 % à 60 % (*Conseil d'administration du 14 novembre 1998*).

d) Régime d'assurance invalidité-décès

- Application de la classe A si défaut de déclaration par le médecin de ses revenus d'activité et pour la couverture des prestations de l'adhérent volontaire (*Conseil d'administration du 21 janvier 2012*).
- Introduction d'une règle de cumul pour le risque invalidité afin que le montant de la prestation à servir ne soit pas supérieur au revenu ayant servi de référence pour la classe de cotisation retenue ; à défaut, le montant de la pension due est réduit à concurrence sans pouvoir être inférieur au montant servi au titre de l'allocation pour adulte handicapé (*Conseil d'administration du 20 avril 2013*).
- Dispense d'affiliation au régime invalidité-décès pour les médecins bénéficiaires d'une pension de retraite servie par la CARMF ou par un régime obligatoire de sécurité sociale de base ou complémentaire, à l'exclusion des bénéficiaires d'une pension militaire (*Conseil d'administration du 21 juin 2014*).
- Pour le paiement de l'allocation aux enfants jusqu'à 25 ans, la limite d'âge est reculée d'une durée égale à celle au cours de laquelle l'enfant a interrompu sa scolarité pour accomplir son service civique, lorsqu'il a repris ses études immédiatement après la fin de son engagement (*Conseil d'administration du 21 juin 2014*).
- Prolongation du versement des indemnités journalières au-delà du 65^{ème} anniversaire pour les seuls médecins, ou conjoints collaborateurs, justifiant d'une incapacité totale temporaire ; ceux présentant une incapacité totale définitive relèveraient des régimes de vieillesse (*Conseil d'administration du 21 juin 2014*).

e) Différents régimes

- Création d'un dispositif de cotisation pour les médecins remplaçants occasionnels (*Conseil d'Administration du 17 novembre 2001*).

Abaissement du taux des majorations de retard à 0,5 % par mois pour les régimes invalidité-décès et ASV (*Conseil d'administration du 20 novembre 2004*).

DOSSIERS EN COURS ET EXAMINÉS

Des dossiers importants ont été étudiés en 2016.

Parmi les sujets traités, figurent principalement :

RETRAITES

1- Pour mémoire, les dispositions de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, relevant progressivement l'âge minimum d'ouverture des droits pour la retraite de base jusqu'à 62 ans entre 2011 et 2018 sont entrées en application dans le régime de base des professions libérales pour les pensions prenant effet à compter du 1^{er} juillet 2011. Pour exemple, pour les assurés nés entre le 1^{er} juillet 1951 et le 31 décembre 1951 l'âge légal a alors été repoussé à 60 ans et 4 mois, soit par exemple pour un médecin né en août 1951, un départ au 1^{er} janvier 2012 au lieu du 1^{er} octobre 2011.

La parution de l'arrêté du 28 septembre 2011, portant approbation des modifications apportées aux statuts du régime d'assurance vieillesse complémentaire, du régime invalidité-décès et du régime des prestations supplémentaires de vieillesse (ASV) des médecins, a permis une application conjointe de ce relèvement de l'âge minimum de départ en retraite dans les régimes complémentaire vieillesse et ASV, et la prolongation corrélative de la couverture dans le cadre du régime invalidité-décès.

Le décret n° 2011-2034 du 29 décembre 2011, pris en application de l'article 88 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, a modifié l'âge d'ouverture des droits à retraite et l'âge d'attribution de la retraite à taux plein pour les générations 1952 à 1955 et fixé de quatre à cinq mois les paliers de montée en charge de la réforme des retraites réalisée par la loi du 9 novembre 2010. Ainsi, les affiliés nés en 1955 voient l'âge de la retraite au plus tôt fixé à 62 ans. Cette modification se répercute sur l'âge d'annulation de la décote (67 ans pour la génération 1955).

2- Mensualisation du paiement des allocations

Est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2015 la mensualisation du versement des pensions (pour les allocataires actuels, le passage du paiement trimestriel à mensuel est étalé sur 3 ans afin de minimiser son incidence fiscale) figurant dans les modifications statutaires du régime complémentaire d'assurance vieillesse adoptées par le Conseil d'administration le 25 janvier 2014 et approuvées par arrêté du 7 octobre 2014 publié au Journal Officiel le 24 octobre 2014.

Le passage à la mensualisation a entraîné un important travail des services concernés d'adaptation des systèmes d'information et des procédures métiers, ainsi que d'information des allocataires.

3- Réforme du départ en retraite « en temps choisi »

Après en avoir examiné différentes versions depuis 2013, le Conseil d'administration a adopté en janvier 2016 la réforme de l'âge de départ à la retraite dans le régime complémentaire à partir de 62 ans dite « en temps choisi », permettant aux médecins qui choisissent de continuer leur activité sans liquider leur retraite après 62 ans, de bénéficier en plus des points acquis par leurs cotisations, de 5 % supplémentaires de retraite par an (1,25 % par trimestre) jusqu'à 65 ans et de 3 % supplémentaires par an (0,75 % par trimestre) de 65 à 70 ans.

Dans un souci d'harmonisation et conformément à un vœu de l'ensemble des syndicats médicaux, le Conseil d'administration a adopté au mois d'avril suivant des modifications des statuts du régime des allocations supplémentaires de vieillesse (ASV) pour y transposer cette réforme.

Des arrêtés d'approbation de ces modifications sont parus en fin d'année au Journal Officiel, et l'ensemble des services de la CARMF (Allocataires, Informatique, Communication...) ont été mobilisés durant l'année 2016 afin de permettre à cette réforme d'entrer en application à la date fixée, au 1^{er} janvier 2017.

CALCUL ET RECOUVREMENT DES COTISATIONS

En juin 2016, est entré en application le nouveau dispositif d'appel de cotisations du régime de base, dit « 2 en 1 », dès que le revenu de la dernière année écoulée [N-1] est définitivement connu :

- calcul de la régularisation de la cotisation de la dernière année [N-1] ;
- recalcul (ou « ajustement ») de la cotisation provisionnelle de l'année [N].

La mise en place de ce nouveau dispositif a entraîné de nombreux changements dans les modalités de recouvrement et de calcul des cotisations, comme de collecte des revenus entrant dans l'assiette de calcul, et nécessité un investissement important des différents services de la CARMF ainsi qu'une information soutenue vis-à-vis des affiliés.

Elle a ainsi conduit la CARMF à avancer la collecte des revenus concernés (ceux de l'année N-1, soit en l'occurrence 2015) à partir du mois d'avril (alors qu'elle avait lieu à partir de septembre antérieurement). Pour mémoire, pour les affiliés dont les derniers revenus non-salariés sont supérieurs à 7 723 €, cette déclaration devait obligatoirement être faite par voie dématérialisée.

A la mi-juin, lors de l'envoi de l'appel de cotisations concerné, la CARMF avait ainsi enregistré 114 166 déclarations de revenus 2015 (dont 107 174 effectuées sur internet, via l'espace personnel eCARMF).

RÉVERSION

Le traitement des dossiers de réversion, rendu très complexe par la réforme du régime de base, est toujours ralenti par la mise en place du mécanisme de coordination entre les différentes caisses de Sécurité Sociale dont a relevé le médecin, et en particulier les difficultés d'échanges d'informations avec le régime général.

RÉGIME DE BASE - CONTRAT DE GESTION

Une grande partie de l'année 2016 a également été consacrée à la préparation des contrats pluriannuels prévus par la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 (article L. 641-4-1 du code de la sécurité sociale) : contrat entre l'Etat et la Caisse Nationale déterminant pour le régime de base des objectifs pluriannuels de gestion, ainsi que les moyens de fonctionnement dont disposent la Caisse nationale et les sections professionnelles pour les atteindre ; contrat de gestion conclu entre la Caisse nationale et chacune des sections (les régimes complémentaires, dans ce cadre, étant uniquement concernés par des objectifs de qualité de gestion communs avec le régime de base).

Le contrat pluriannuel entre l'Etat et la CNAVPL pour la période 2016-2019 a ainsi été signé le 22 juillet 2016, et il a été suivi le 15 décembre 2016 par un contrat de gestion CNAVPL – CARMF conclu pour la même période.

Ce dernier comprend des parties communes à l'ensemble des sections, ainsi que des points spécifiques à la Caisse, le principal objectif, comme rappelé dans le préambule, restant pour la CARMF d'assurer l'équilibre à long terme des régimes complémentaire vieillesse (RCV) et allocations supplémentaires de vieillesse (ASV).

Les deux grands thèmes du contrat portent d'une part, sur l'amélioration de la qualité des services rendus aux affiliés (qualité de service et de communication, droit à l'information, harmonisation des règles de gestion de l'action sociale du régime de base) et d'autre part sur l'augmentation de l'efficacité de l'Organisation (transparence et maîtrise des coûts, développement du contrôle interne, lutte contre la fraude, efficacité des systèmes d'information, ressources humaines et management des connaissances), des actions et des indicateurs de qualité correspondant à chacun de ces thèmes.

CONTRÔLE ET LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Dans le cadre du contrôle et de la lutte contre la fraude dans le régime obligatoire d'assurance vieillesse de base (article L. 114-9 du code de la Sécurité Sociale), la CARMF n'a pas constaté pour 2016, s'agissant tout d'abord des cotisations, de fraude avérée tant pour ce qui concerne les affiliations, que dans la détermination des cotisations.

S'agissant des affiliations, il convient de rappeler que la Caisse procède en tout état de cause à des contrôles et enquêtes au regard des éléments qui lui sont communiqués par les organismes de sécurité sociale (URSSAF, Centres de Formalités des Entreprises, Caisses Nationale ou Primaires d'Assurance Maladie...) ou les Conseils National ou Départementaux de l'Ordre des médecins, et qu'elle prononce le cas échéant l'affiliation d'office.

De même, lors de l'établissement des cotisations, les anomalies constatées sur la déclaration des revenus des assurés sont rectifiées d'autorité à l'aide des avis d'imposition que les médecins ont l'obligation de joindre à leur déclaration, ou encore après contrôle auprès des services fiscaux.

Concernant les prestations, aucune fraude caractérisée n'a de même été relevée en 2015.

RECOURS EN CONSEIL D'ETAT (GOUVERNANCE DE LA CNAVPL)

Pour mémoire, le 24 janvier 2015, les membres du Conseil d'administration avaient décidé d'un recours pour excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat à l'encontre du décret n° 2015-21 du 12 janvier 2015 relatif aux conditions et modalités d'attribution de six sièges aux représentants des organisations syndicales au sein du Conseil d'administration de la CNAVPL, du fait notamment de l'absence de pertinence du critère retenu pour cette attribution (c'est-à-dire les voix obtenues par les organisations aux dernières élections des caisses de base du RSI alors que l'ensemble de la population des professions libérales - et des médecins (PAMC) - ne participe pas à ces élections).

Un arrêté du 14 janvier 2015, venu compléter les dispositions du décret du 12 janvier 2015, a également été l'objet d'une requête devant le Conseil d'Etat.

Le Conseil d'Etat a fait droit le 23 juin 2016 à ce recours et annulé les textes concernés à effet du 1^{er} octobre 2016.

Un nouveau décret, daté du 17 octobre 2016, est venu désigner les organisations syndicales concernées et les conditions dans lesquelles leurs représentants seront amenés à siéger au sein du Conseil d'administration de la CNAVPL.

Réunis le 21 octobre suivant, les membres du Conseil d'administration de la CARMF ont décidé d'un nouveau recours pour excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat à l'encontre de ce dernier texte.

PLACEMENTS

Un projet de décret relatif à l'organisation financière des régimes d'assurance vieillesse gérant des régimes de retraite complémentaires a été présenté le 24 juin 2016 par la Direction de la Sécurité sociale.

Celui-ci a fait l'objet d'un travail conséquent d'analyse des services de la CARMF et de sa direction durant l'été, en collaboration avec différentes caisses de retraite et associations de place, aboutissant à un nombre important d'observations et de propositions de modification.

Le projet de décret, dans sa forme initiale, a fait l'objet d'un rejet de l'ensemble des caisses concernées, qui ont demandé sa réécriture complète dans le cadre d'une concertation réelle avec les pouvoirs publics.

La Direction de la Sécurité Sociale a donc indiqué au Conseil d'administration de la CNAVPL du 22 septembre 2016 que le texte serait réécrit et qu'un nouveau projet serait soumis à l'Organisation.

Cela étant, après plusieurs mois sans actualité ou information particulière sur la question, un nouveau projet de décret devait être soumis en mars 2017 aux différentes caisses concernées et rencontrer la même opposition, le nouveau texte ne présentant que peu de changements par rapport au précédent.

ORGANISATION - DÉMATÉRIALISATION

1 - Extranet « e-CARMF »

Le **site extranet « e-CARMF »** permet aux affiliés de la CARMF (médecins cotisants, retraités ou conjoints collaborateurs) l'accès direct à leurs données personnelles et à de nombreux services en ligne dans le cadre d'un espace internet individuel et sécurisé.

Le site comprend notamment cinq rubriques personnalisées dynamiquement.

« **Votre compte** » permet notamment de consulter le solde de cotisations, les derniers règlements mais également d'obtenir et d'imprimer une attestation de mise à jour de compte. Il est également possible de faire une demande de prélèvement mensuel, d'accéder à ses coordonnées bancaires, de consulter ses revenus déclarés et de visualiser un échéancier de délais de paiement.

La rubrique « **Vos démarches** » permet d'imprimer des attestations d'affiliation ou de règlements directement en ligne.

Dans « **Votre retraite** », les médecins retrouvent de nombreuses informations pour constituer et estimer leur retraite (relevé de situation tous régimes de base confondus, relevés de points obtenus aux trois régimes de retraite depuis l'affiliation...), à l'aide d'un simulateur de retraite détaillé et personnalisé en fonction de relevés de situation réelle. Dans cette rubrique, les médecins peuvent aussi demander un Relevé Individuel de Situation (émis par le GIP Info Retraite) et formuler une demande de leur retraite directement en ligne. Les médecins ayant déjà liquidé leur retraite, peuvent y consulter le montant de leurs allocations versées ainsi que toutes les informations relatives à leur compte bancaire et accéder à la déclaration fiscale des prestations.

Les deux dernières rubriques sont actives au regard de la situation de l'intéressé. Les prestataires du régime invalidité-décès ont ainsi accès à la rubrique « **Votre prévoyance** » qui permet de consulter les différentes informations concernant leur situation (arrêt de travail, non-activité, allocations versées...). La rubrique « **CAPIMED** » donne accès aux adhérents de ce régime à l'intégralité de leur situation de compte.

Après une phase de test, la mise en production de l'extranet « e-CARMF » sur le site internet de la CARMF et l'ouverture de l'accès au service a été effectuée le 3 novembre 2011.

Une campagne d'information des affiliés, générale (Bulletins d'Informations ; newsletters ; ...) ou individuelle (appels de cotisations ; courriers...), a par la suite été réalisée.

Une plateforme dédiée à la dématérialisation de la déclaration des revenus a été ouverte sur « e-CARMF », permettant aux médecins (ou à un « tiers déclarant » : comptable, conseil...) de déclarer en ligne leurs revenus d'activité de l'année 2015 servant au calcul des cotisations en 2016.

Au 31 décembre 2016, « e-CARMF » comptait ainsi 105 924 inscrits.

2 - Gestion Électronique des Documents

La gestion électronique des documents (GED) permet le cheminement et le traitement des courriers et documents de manière dématérialisée au sein de la Caisse, ainsi que la numérisation des dossiers des affiliés, nouveaux et anciens (avec dans ce cas, une reprise progressive de l'historique en GED).

La GED est en place au sein de la division Cotisants (services Affiliation, CRA-dispenses et Recouvrement-Contentieux) et de la division Comptabilité (service Comptabilité cotisant) et va poursuivre son extension aux divisions Comptabilité (autres services), Allocataires et Prestations-Réversions.

A ce jour, 176 674 (dont 11 502 ouverts en 2016) dossiers de médecins et de conjoints collaborateurs, affiliés ou en attente d'affiliation, existent sous forme électronique.

Depuis la mise en place de la GED, plus de 1 207 251 (dont 189 680 en 2016) courriers ou documents arrivant à la CARMF ont été numérisés et traités en GED, de même que 1 139 421 (dont 204 395 en 2016) courriers ou documents sortant de la CARMF ont été initiés dans ce cadre.

GIP UNION RETRAITE

Après finalisation du chantier informatique nécessaire à l'élaboration du relevé individuel de situation (RIS) et de l'estimation indicative globale (EIG), ainsi que l'achèvement des procédures informatiques d'inscription et de certification des cotisants au système national de gestion des identités (SNGI), une dixième campagne a eu lieu au cours du 4^{ème} trimestre 2016.

Ces envois ont généré un important travail tant en amont qu'en aval en raison d'une affluence d'appels téléphoniques et de courriers de la part des affiliés concernés demandant des explications.

Dans le cadre du Droit à l'Information (DAI), le GIP Union Retraite a initié en 2016 un nouveau projet (PCI : Portail Commun Inter-Régimes), projet auquel doit participer la CARMF.

Ce projet consiste en la mise en place d'un portail qui devrait comporter un site public informationnel sur la retraite, un espace personnel sécurisé et un bouquet de téléservices.

L'espace personnel sécurisé comportera ;

- une gestion de compte individuel adossée à un dispositif d'identification/authentification ;
- un dispositif permettant aux assurés de naviguer de manière fluide entre les portails de la branche retraite.

Le bouquet de téléservices comportera entre autre :

- la possibilité de demander des rectifications de carrière ;
- la demande unique de retraite du droit propre ;
- la demande unique de réversion ;
- un simulateur inter-régimes de retraite ;
- une gestion mutualisée des certificats d'existence.

La mise en place de ces différents services s'étalera de 2016 à 2019.

La CARMF a donc initié ce nouveau projet en 2016 en relation avec la CNAVPL et les autres caisses de retraite libérales et devra permettre l'accès à ce portail par ses affiliés depuis le site eCARMF.

RGCU (Répertoire Général des Carrières Uniques)

Le projet de mise en œuvre du RGCU répond aux exigences des articles L. 161-17 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Il a pour objet de permettre aux partenaires concernés d'avoir une connaissance de l'ensemble des éléments de la carrière des assurés.

Etendu aux régimes complémentaires, ce répertoire a vocation à contenir l'ensemble des informations relatives à la carrière et nécessaires notamment à la détermination des durées d'assurance.

La cible fonctionnelle du projet définit deux enjeux de portée stratégique :

- Enjeu de mutualisation et d'efficience ;
- Enjeu fonctionnel.

De ces enjeux stratégiques ont découlé deux principes stratégiques :

- Le RGCU devra être alimenté en données élémentaires non calculées et au fil de l'eau ;
- Le RGCU se positionne en répertoire maître sur lequel devront s'aligner les répertoires des régimes.

Ce projet est piloté par le GIP Union Retraite.

La CARMF est concernée par le projet RGCU au même titre que l'ensemble des institutions de retraite.

L'intégration dans ce dispositif de la CARMF et des autres caisses libérales devrait se situer en 2022.

PAS (Prélèvement à la source)

Le projet de prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu a été lancé par le gouvernement en 2016. Ce projet doit être opérationnel au 1^{er} janvier 2018.

A cette date, la CARMF devra être en mesure de prélever sur les allocations versées aux retraités et ayant-droits l'impôt sur le revenu dû par les allocataires et prestataires.

La CARMF a donc initié ce nouveau dossier au cours de l'année 2016 en relation avec la CNAVPL et les autres caisses de retraite libérales.

L'action sociale

L'action sociale est, après le service des prestations et allocations, la seconde finalité des régimes gérés par la CARMF.

Elle assure plusieurs fonctions :

L'entraide

a) Allocataires et prestataires

Elle est réalisée par le versement d'aides individuelles aux allocataires et prestataires en difficulté.

Le nombre de dossiers présentés est passé de 78 en 2015 à 100 en 2016.

Le nombre de secours attribués est passé de 57 en 2015 à 70 en 2016.

De plus, 1 319 allocataires exonérés totalement de la CSG ont bénéficié en 2010 du secours forfaitaire accordé en vertu du nouvel alinéa inséré le 16 avril 2009 à l'article 58 des statuts généraux (au terme duquel, le Fonds d'Action Sociale a notamment 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* »).

Il convient de rappeler que le Conseil d'administration a décidé le 21 novembre 2009 d'accorder ce secours au mois de juillet, de manière systématique, aux allocataires concernés, et de fixer son montant annuel à 5 % du revenu fiscal de référence retenu pour l'exonération de la CSG.

Rappelons également, pour mémoire, que le Conseil d'administration a décidé le 20 novembre 2010 d'étendre à l'avenir ce secours forfaitaire à l'ensemble des prestataires bénéficiaires d'une allocation dans le cadre du régime invalidité-décès des médecins, ce qui sera effectif en juillet 2011.

Ainsi, en 2016, 1 149 allocataires ont bénéficié de ce secours (1 150 pour l'exercice 2015).

b) Actifs

Elle consiste à prendre en charge l'exonération des cotisations des médecins malades.

Les aides ainsi apportées en 2016 ont concerné 1 736 dossiers (1 561 en 2015).

Depuis l'arrêté du 30 juillet 1999, une aide sous forme d'avance, de secours ou de prise en charge partielle des cotisations peut être accordée aux cotisants momentanément empêchés de régler leurs cotisations par suite de circonstances exceptionnelles ou d'insuffisance de ressources de leur ménage.

Le nombre de dossiers présentés est passé de 66 en 2015 à 68 en 2016.

Le nombre d'aides attribuées est passé de 53 en 2015 à 55 en 2016.

Par ailleurs, le Conseil d'administration du 17 juin 2006 a décidé, à titre temporaire, tant que la situation du régime ASV ne serait pas stabilisée, que le Fonds d'Action Sociale prendrait en charge, sur demande des médecins, 50 % de la cotisation ASV de 2006 de ceux dont le revenu non salarié est inférieur à 15 000 €.

Les médecins ayant sollicité une dispense d'affiliation au régime ASV peuvent y renoncer et bénéficier d'une prise en charge de 50 % de leur cotisation ASV 2007 à condition de régler les 50 % restants.

Ces prises en charges peuvent être accordées aux médecins exerçant uniquement à titre libéral ou dont le revenu médical salarié n'excède pas 10 000 €. Les autres revenus ne sont pas pris en considération.

Dans le cadre de cette mesure, une lettre de proposition a été adressée le 28 décembre 2006 à 5 766 médecins dont le revenu non salarié de 2005 était inférieur à 15 000 €.

Au 31 décembre 2008, 468 dossiers ont été retournés. Le nombre de prises en charge de la moitié de la cotisation ASV 2007 a été de 108.

Le traitement de quelques dossiers retardataires se rapportant aux années 2006 et 2007 s'est poursuivi en 2009 et 2010.

Ainsi, le nombre de prises en charge de la moitié de la cotisation 2007 a été de 10 en 2009, de 14 en 2010, de 9 en 2011, de 4 en 2012, de 9 en 2013, et de 4 en 2014. De plus, le nombre de prises en charge 2006 a été de 6 en 2011, de 4 en 2012, et de 4 en 2013.

Pour la cotisation ASV 2008, la possibilité de prise en charge a été mentionnée sur l'appel de cotisations. 207 demandes ont ainsi été introduites, 135 médecins ont bénéficié en 2008 d'une prise en charge de la moitié de la cotisation ASV de 2008. Le traitement s'est poursuivi sur 2009 et 2010, 44 médecins ont bénéficié en 2009 de cette prise en charge, 15 médecins en 2010, 17 en 2011, 7 en 2012, 8 en 2013, 2 en 2014 et 2 en 2015.

Le Conseil d'administration du 26 janvier 2008 a réexaminé les conditions d'obtention de cette prise en charge pour 2008 : elle n'est accordée qu'aux médecins remplissant les critères précités dont le revenu fiscal de référence est inférieur ou égal à deux fois le montant annuel du plafond de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier (69 240 € en 2010).

En 2009, 204 demandes ont été introduites et 99 médecins ont bénéficié d'une prise en charge de la moitié de la cotisation ASV 2009, 46 médecins ont également bénéficié de cette prise en charge en 2010, 17 en 2011, 9 en 2012, 13 en 2013, 6 en 2014 et 3 en 2015.

Pour la cotisation ASV 2010, 211 demandes ont été introduites, 112 médecins ont bénéficié d'une prise en charge de la moitié de cette cotisation en 2010, 59 en 2011, 12 en 2012, 16 en 2013, 7 en 2014 et 2 en 2015 et 2 en 2016.

Pour la cotisation ASV 2011, 182 demandes ont été introduites, 90 médecins ont bénéficié de la prise en charge de la moitié de cette cotisation, 51 en 2012, 22 en 2013, 7 en 2014, 4 en 2015 et 3 en 2016.

Le décret du 25 novembre 2011 ne reprenant pas le système progressif de dispenses de cotisation par tranches de revenus demandé par la CARMF pour les revenus en dessous du plafond de la sécurité sociale, le Conseil d'administration, lors de sa séance du 21 janvier 2012, a décidé de reconduire la prise en charge d'une partie de la cotisation globale ASV (parts forfaitaire et additionnelle) du médecin par le fonds d'action sociale avec acquisition de points, aménagée comme suit :

- prise en charge en fonction des revenus non-salariés nets de 2015 pour 2016, à hauteur de :
 - 50 % pour les revenus inférieurs à 11 500 €,
 - un tiers entre 11 501 € et 25 360 €,
 - un sixième entre 25 361 € et 38 040 €.

Pour la cotisation ASV 2016, 104 demandes ont été introduites, 25 médecins ont bénéficié de la prise en charge de la moitié de la cotisation, 56 d'un tiers et 23 d'un sixième. De plus, en 2016, 45 médecins ont bénéficié de la prise en charge d'un tiers de la cotisation 2015, 18 de la moitié et 19 d'un sixième. 10 médecins ont bénéficié de la prise en charge d'un tiers de la cotisation 2014, 8 de la moitié et 7 d'un sixième. Enfin, 14 médecins ont également bénéficié d'un tiers de la prise en charge de la cotisation 2013, 8 de la moitié et 3 d'un sixième. Enfin, 4 médecins ont bénéficié de la prise en charge d'un tiers de la cotisation 2012, 3 de la moitié et 3 d'un sixième.

En 2015, 98 demandes ont été introduites, 39 médecins ont bénéficié de la prise en charge de la moitié de la cotisation, 46 d'un tiers et 13 d'un sixième. De plus, en 2015, 32 médecins ont bénéficié de la prise en charge d'un tiers de la cotisation 2014, 16 de la moitié et 17 d'un sixième. 9 ont bénéficié de la prise en charge d'un tiers de la cotisation 2013, 6 de la moitié et 7 d'un sixième. Enfin, 6 ont bénéficié d'un tiers de la prise en charge de la cotisation 2012, 7 de la moitié et 4 d'un sixième.

En 2014, 42 médecins ont bénéficié de la prise en charge de la moitié de la cotisation ASV 2014, 69 d'un tiers et 21 d'un sixième. Pour la cotisation ASV 2013, 26 médecins ont bénéficié de la prise en charge de la moitié de cette cotisation, 38 d'un tiers et 10 d'un sixième.

En 2013, 155 demandes ont été introduites pour la cotisation 2013, 61 médecins ont bénéficié de la prise en charge de la moitié de cette cotisation, 66 d'un tiers et 15 d'un sixième. Pour la cotisation ASV 2012, 31 médecins ont bénéficié de la prise en charge de la moitié de la cotisation, 41 d'un tiers et 17 d'un sixième.

La gestion financière

La gestion des réserves

▪ Organisation financière des régimes	121
▪ Investissements en immeubles	123
▪ Investissements en valeurs mobilières	125
Le régime CAPIMED	129

Régimes obligatoires

ORGANISATION FINANCIÈRE DES RÉGIMES

L'utilisation des réserves des régimes est soumise, par la réglementation applicable à la CARMF, à certains contingentements.

En effet, le décret n° 88-663 et un arrêté du 6 mai 1988 fixaient la réglementation concernant l'organisation financière des régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non-salariés des professions non agricoles.

Pour l'évaluation et la répartition des quotas des diverses catégories de placements, il était défini un actif de référence, en tenant compte de la valeur boursière de l'ensemble des titres de valeurs mobilières et de la valeur brute des immeubles bâtis et non bâtis et en déduisant les immeubles non contingentés et les disponibilités nécessaires au service d'un trimestre de prestations.

D'une part, il était obligatoire que 34 % au moins de l'actif de référence soient placés en obligations ou titres assimilés inscrits à la cote d'une bourse française ; toutefois, le Conseil d'Administration de la CARMF, en date du 20 novembre 1999, avait décidé d'assimiler aux obligations et actions françaises, les valeurs libellées en euro admises à la cote officielle d'un pays membre de l'Union économique et monétaire compte tenu de l'entrée en vigueur de l'euro, décision acceptée par le Ministère de tutelle.

D'autre part, il ne pouvait être investi en immeubles, ou en certaines catégories de prêts, que dans la limite de 30 % de l'actif de référence.

Le décret n° 2002-1314 du 25 octobre 2002 a modifié l'organisation financière précédente en élargissant le champ géographique des placements, en maintenant le quota prudentiel de 34 % d'obligations et en abaissant de 30 % à 20 % le plafond des placements immobiliers. Toutefois, les règles d'évaluation des placements sont renvoyées à un arrêté non encore paru.

En conséquence, les divers placements se répartissent ainsi au 31 décembre de l'année en pourcentage de l'actif de référence (compte non tenu de la représentation des réserves du Fonds d'Action Sociale, soit 18 millions d'euros extraits des Sicav monétaires) :

<u>VALEURS MOBILIÈRES</u>	2015 (retraité)	2016
▪ <u>Limitation 34 % au moins de l'actif de référence</u>		
• Obligations et titres inscrits à la cote d'une bourse française	1,46 %	1,71 %
• Sicav et fonds communs de placements obligataires	36,10 %	35,53 %
• Sicav monétaires.....	1,52 %	0,0 %
• Déduction d'un trimestre de prestations		<u>-0,78 %</u>
	39,08 %	36,46 %
▪ <u>Sans limitation</u>		
• Actions et titres assimilés, certificats d'investissement inscrits à la cote officielle ou à la cote du second marché d'une bourse de valeurs zone euro	6,44 %	7,13 %
• Sicav et fonds communs de placements actions	<u>38,99 %</u>	<u>39,00 %</u>
	45,43 %	46,13 %
▪ <u>Limitation 5 % au plus de l'actif net</u>		
• Fonds communs de placements à risques, actions de sociétés françaises non cotées	0,80 %	0,90 %
<u>VALEURS IMMOBILIÈRES ET PRÊTS</u>		
▪ <u>Limitation 20 % au plus de l'actif de référence</u>		
• Terrains et immeubles à l'exclusion des immeubles administratifs et sociaux et SCPI.....	<u>14,69 %</u>	<u>16,51 %</u>
	TOTAL	100,00 %
		100,00 %

INVESTISSEMENTS IMMOBILIERS

Le patrimoine immobilier de la CARMF se répartit à fin 2016 dans les catégories suivantes :

	ANNÉE D'ORIGINE D'ACHAT OU DE CONSTRUCTION	
IMMEUBLES DE RAPPORT		
A/ RÉGIME COMPLEMENTAIRE		
1 - En Région Parisienne (Bureaux ou assimilés)		<u>Surfaces en m²</u>
Place Gaillon - 75002 PARIS	2010	2 617
Rue Michel Le Comte - 75003 PARIS	2015	2 883
Rue de l'Université - 75007 PARIS	1997	1 497
Rue de Chateaubriand - 75008 PARIS	1982	3 268
Rue Jean Goujon - 75008 PARIS	1997	8 455
Avenue Marceau - 75008	2004	4 716
Avenue Vélasquez - 75008 PARIS	2009	1 399
Rue de Penthièvre - 75008 PARIS	2011	1 889
Rue Lamennais - 75008 PARIS	2016	3 798
Rue François 1 ^{er} - 75008 PARIS	2016	7 222
Rue des Italiens - 75009 PARIS	2012	7 375
Rue Goethe - 75116 PARIS	2002	2 115
Avenue Victor Hugo - 75116 PARIS	2008	2 003
Avenue Raymond Poincaré - 75116 PARIS	2008	970
Avenue Raymond Poincaré - 75116 PARIS	2008	2 649
Rue Boissière - 75116 PARIS	2008	2 493
Avenue Marceau - 75116 PARIS	2009	1 410
Rue de l'Amiral d'Estaing - 75116 PARIS	2011	4 040
Rue Galilée - 75116 PARIS	2014	718
Rue de Lasteyrie - 75116 PARIS	2015	1 255
Avenue Mac-Mahon - 75017 PARIS	1981	2 841
Rue Saint-Ferdinand (commerce) - 75017 PARIS	1995	40
Rue Saint-Ferdinand - 75017 PARIS	2007	921
Rue de Prony - 75017 PARIS	2009	2 559
Boulevard Jean Mermoz - 92200 NEUILLY-SUR-SEINE	2014	2 731
Avenue des Champs-Pierreux - 92100 NANTERRE II	1993	7 802
	Total	79 666
2 - En Région Parisienne (Habitations)		<u>Nbre d'appartements</u>
Avenue de la Grande-Armée - 75116 PARIS	1952	6 + 3 loc. comm.
Rue du Débarcadère - 75017 PARIS	1976	57
3 - Vignoble (St Emilion)		<u>Surfaces en ha</u>
Château Monbousquet (*)	2012	41 177
B/ RÉGIME INVALIDITE-DECES		
En Région Parisienne (Bureaux ou assimilés)		<u>Surfaces en m²</u>
Rue de Berri - 75008 PARIS	2012	5 363
Rue du Louvre - 75001 PARIS	2014	3 924
	Total	9 287

(*) 100 % des titres de la société propriétaire

Opérations de cessions et d'acquisitions immobilières réalisées en 2016

Compte tenu :

- de la cession de deux immeubles,
- du maintien de la vacance moyenne
- du gel de la commercialisation locative sur 2 immeubles mis en vente et 1 immeuble en cours de rénovation,
- de l'acquisition de 2 actifs sur l'année 2016,

les loyers encaissés des immeubles ont augmenté de 5,23 % pour s'établir à 40,2 M€.

Sur les cinq dernières années, la performance globale théorique des immeubles en détention directe (revenus et plus-value latente nette) en Taux de Rendement Interne s'établit à 8,06 % par an (7,30 % de rendement réel hors inflation) contre 9,17 % en 2015.

Durant l'année 2016, la CARMF a cédé deux immeubles pour 65,5 M€ et a acquis deux nouveaux actifs immobiliers pour un montant global de 242,1 M€.

En parallèle, en matière d'immobilier indirect, la CARMF a procédé au versement de 5,6 M€ dans 3 fonds immobiliers distincts au titre d'engagements pris sur les exercices précédents.

Les placements dans les fonds immobiliers ont généré près de 11 M€ (chiffres provisoires) de revenus au titre de l'exercice 2016 en augmentation de 31 % par rapport à l'année 2015.

1/ Opérations de cessions immobilières

Immeuble avenue de la Grande-Armée à PARIS 16^{ème}

Cet ensemble immobilier à usage de bureaux, d'une superficie globale de 5 368 m², a été cédé le 31 mai 2016 conformément à la décision du Conseil d'Administration du 30 janvier 2016.

Immeuble avenue Wagram à PARIS 17^{ème}

Cet ensemble immobilier à usage de bureaux, d'une superficie globale de 3 722 m², a été cédé le 2 juin 2016 conformément à la décision du Conseil d'Administration du 30 janvier 2016.

2/ Opérations d'acquisitions immobilières

a) Immobilier direct

Immeuble rue Lamennais à PARIS 8^{ème}

Cet ensemble immobilier à usage de bureaux, d'une superficie de 3 798 m², a été acquis le 31 mars 2016, conformément à la décision du Conseil d'Administration du 21 novembre 2015.

Immeuble rue François 1^{er} à PARIS 8^{ème}

Cet ensemble immobilier à usage de bureaux et commerces, d'une superficie de 6 412 m², a été acquis le 6 octobre 2016, conformément à la décision du Conseil d'Administration du 23 avril 2016.

b) Immobilier indirect

Aucune nouvelle souscription dans des fonds immobiliers n'a été souscrite sur l'exercice 2016.

INVESTISSEMENTS EN VALEURS MOBILIÈRES

Les placements en diverses catégories de valeurs mobilières se présentent ainsi au 31 décembre de l'année (en valeur comptable : valeur d'achat) :

<u>OBLIGATIONS</u>	2015	2016
• Obligations, titres participatifs.....	0,35 %	0,31 %
• Fonds Dédiés (F. D.).....	40,04 %	40,35 %
• SICAV – Fonds communs de placements (hors F. D.)	<u>1,84 %</u>	<u>3,05 %</u>
SOUS-TOTAL	42,23 %	43,71 %
 <u>ACTIONS</u>		
• Actions	6,26 %	5,92 %
• Actions étrangères	0,26 %	0,24 %
• Fonds Dédiés (F. D.).....	37,52 %	38,22 %
• SICAV - Fonds communs de placements (hors F. D.)	5,89 %	6,17 %
• Fonds communs de placements à risques	<u>0,77 %</u>	<u>0,73 %</u>
SOUS-TOTAL	50,70 %	51,28 %
 <u>FONDS IMMOBILIERS</u>	 5,19 %	 5,01 %
<u>OPCVM MONÉTAIRES</u>	<u>1,88 %</u>	<u>0 %</u>
TOTAL	100,00 %	100,00 %

LE PORTEFEUILLE DE LA CARMF EN 2016

a) Conjoncture internationale et évolution des marchés financiers

Comme prévu, la croissance mondiale, voisine de 3 %, est restée fragile et n'a pas accéléré en 2016 par rapport à l'année précédente.

La situation des émergents (croissance estimée autour de 4 %), pays qui contribuent aux trois quarts de la progression du PIB mondial, a cessé de se dégrader. Si la Chine et la Russie parviennent à stabiliser leur activité (à faible niveau), leurs taux de change et d'inflation, la récession sévit toujours au Brésil. Les pays exportateurs de pétrole (dont la Russie) sont favorisés par la vive reprise du prix de l'or noir. Après avoir touché un point bas historique à 27 US Dollars en janvier, le prix du Brent a rebondi pour coter plus de 56 USD (avec un dollar fort) en fin d'année soutenu par l'accord de l'OPEP visant à réduire sa production à partir du 1^{er} janvier 2017 afin de rééquilibrer le marché mondial. Cela permet d'éloigner le risque déflationniste qui hantait les pays avancés.

Mais la remontée en cours, à de faibles niveaux, des taux d'inflation et des taux d'intérêt résulte de situations opposées des deux côtés de l'Atlantique. Aux Etats-Unis, l'amélioration de l'emploi (même si le rythme faiblit) et la hausse progressive du salaire moyen soutiennent les dépenses de consommation. Le taux de chômage (4,6 %) atteint un plus bas de neuf ans. Malgré la dynamique observée depuis l'été, la croissance du Nouveau Continent (estimée à + 1,6 %) s'avère décevante puisqu'elle ne devrait guère dépasser celle de la zone Euro où le taux de chômage baisse sous les 10 %. C'est ainsi que l'élection de Donald Trump en novembre a ravivé l'idée que la politique budgétaire américaine pouvait prendre le relais d'une politique monétaire, qui a atteint ses limites, afin de renforcer la croissance et stimuler l'inflation. Sur le Vieux Continent, la toute relative hausse des prix (estimée à + 0,2 %) est circonscrite aux composantes les plus volatiles (essentiellement l'énergie). L'inflation ne continuera d'augmenter que si la mécanique salaires-prix s'enclenche. Cette évolution serait salubre, les stocks de dette étant très élevés dans de nombreux pays.

Enfin, si le Brexit n'a pour l'instant que peu d'impact sur la croissance britannique, il fait plonger la livre sterling (environ - 16 % contre l'Euro et le dollar américain) et fait progresser l'inflation à un niveau encore raisonnable. Quant au Japon, la politique monétaire ne parvient toujours pas à engendrer de la croissance et de l'inflation.

La FED aura différé d'exactly un an la poursuite de la hausse de son taux directeur avec un modeste 0,25 % pour l'établir à 0,75 % dans un contexte chahuté, entre désinflation pétrolière, croissance molle, inquiétudes sur la Chine et le cadre politique européen assorti du Brexit, enfin l'élection de Trump. La FED a choisi la compétitivité monétaire sans vive hausse du dollar, d'ailleurs préjudiciable aux émergents quand Banque du Japon et Banque d'Angleterre entendent déprécier leur monnaie. La BCE veut affaiblir l'euro et faire baisser rendements italiens et espagnols avec l'extension de son Quantitative Easing qui comprend des achats sur les obligations privées non financières de catégorie investissement.

Concrètement, le 2 ans américain à 1,20 % progresse sur 2016 de 0,14 % pour un T. Note 10 ans en hausse de 0,16 % à 2,43 % et un plus bas de 1,32 %.

Au lendemain du succès de Trump, la courbe s'est pentifiée sur fond de croissance attendue plus inflationniste avec relâchement budgétaire à même d'inciter la FED à durcir davantage les conditions de crédit.

La courbe allemande s'est également pentifiée en fin d'année avec toutefois des rendements en baisse (- 0,45 % sur le 2 ans à - 0,79 % et - 0,43 % sur le Bund 10 ans à 0,20 % pour un plus bas de - 0,20 %) d'où l'élargissement du spread entre T. Note et Bund, historiquement élevé et qui passe de 1,67 % à 2,22 %. L'écart de rendement à 10 ans entre la France et l'Allemagne progresse quant à lui de 0,11 % à 0,47 %.

L'Italie, troisième pilier européen qui cumule difficultés politiques, économiques et bancaires, connaît au contraire une hausse de 0,23 % à 1,83 % de son 10 ans. Les obligations d'entreprises se trouvent confortées par les achats programmés de la BCE et leur écart de rémunération à cinq ans par rapport aux obligations d'Etat se réduit de 0,10 % sur l'Investment grade à 0,70 % et de 0,40 % à 2,9 % sur le haut rendement.

L'année 2016 a été globalement heurtée sur les marchés d'actions. En effet, du début d'année jusqu'à la mi-février, les principaux indices actions ont enregistré une baisse généralisée d'environ 15 %. Ce sont les craintes relatives à la croissance chinoise et surtout la forte baisse du prix du pétrole qui sont à l'origine de cette forte chute.

Par la suite et jusqu'à la mi-juin, les marchés émergents ont connu une nette progression tandis que les marchés européen et américain n'ont que modestement augmenté pour s'établir à un niveau légèrement positif, voire négatif pour certains (zone euro). Ensuite, les résultats du référendum britannique le 24 juin ont fait plonger, sur deux séances de bourse, les indices européens à un niveau proche de celui atteint à la mi-février. Pour leur part, les autres indices mondiaux ont limité la baisse, considérant le problème comme différé et de toute façon essentiellement européen. Par ailleurs, le vote en faveur du Brexit a entraîné une chute de plus de 15 % de la livre sterling face aux principales devises (dollar, euro).

Au cours du troisième trimestre, la volatilité des marchés actions a baissé et les bourses mondiales ont repris le chemin de la hausse pour revenir à des niveaux proches de ceux de la mi-juin, exception faite des pays émergents qui ont poursuivi leur progression, tirés par la forte hausse du prix du pétrole et des matières premières.

Les statistiques économiques publiées au quatrième trimestre aux USA indiquant une amélioration de la croissance et de l'emploi ont anéanti les craintes antérieures de déflation, et cet espoir de reprise un peu inflationniste a de nouveau laissé entrevoir une perspective de hausse des taux de la Fed. Ces éléments ont engendré un violent mouvement de rotation sectorielle sur les marchés très largement amplifié par l'élection de Donald Trump à la Maison Blanche début novembre. Cette évolution initiée aux Etats-Unis s'est également produite sur les autres marchés mondiaux, notamment en Europe.

Les investisseurs, surpris dans un premier temps par les résultats de l'élection présidentielle américaine, se sont mis rapidement à anticiper une prolongation du cycle économique américain grâce à la relance budgétaire et la baisse de la fiscalité US promises pendant la campagne. Ainsi, les actions dites « Value » (valeurs bancaires et cycliques) faiblement valorisées et délaissées ces dernières années, ont connu une forte progression de part et d'autre de l'Atlantique, tandis que les actions « Croissance » plus protectrices ont alors été considérées comme chèrement valorisées et ont enregistré des baisses de cours significatives, ou au mieux une stagnation. Ainsi, en décembre, dans un contexte de hausse significative des indices actions, l'écart s'est creusé entre les valeurs « Value » et les valeurs « Croissance », pour terminer l'année à près de 10 % en faveur des « Values » (2016 : Indice MSCI Europe Croissance : - 2,2 % contre Indice MSCI Europe Value : + 7,7 %).

b) Le portefeuille de la CARMF au 31 décembre 2016

En baisse de 1,09 % par rapport au 31 décembre 2015, le portefeuille global de la CARMF s'est élevé à 6,1 milliards d'euros en valeur boursière fin 2016, se répartissant de la façon suivante : les obligations, la trésorerie dynamique, l'indexé sur l'inflation 27,21 %, les actions 52,58 %, les obligations convertibles 13,93 %, les OPCVM monétaires affectés aux régimes 4,69 %. L'alternatif représente 1,59 %.

Il s'agit donc d'une gestion diversifiée de long terme qui respecte la réglementation et soucieuse d'optimiser le couple rentabilité - risque.

Si l'on considère la répartition du portefeuille investi (hors OPCVM monétaires affectés) et toujours en valeur boursière, la gestion obligataire représente 44,83 % (dont 0,10 % de trésorerie dynamique et 1,66 % de gestion alternative) et est entièrement composée d'OPC. Les actions représentent 55,17 % dont 7,29 % de gestion directe et 47,88 % de gestion déléguée par le biais de Sicav et de FCP.

On remarquera une exposition importante au marché actions sachant qu'il s'agit d'un actif considéré comme le plus rentable sur le long terme.

La performance globale du portefeuille (après fiscalité) s'établit à + 3,17 % en 2016 contre + 6,80 % en 2015 et 7,12 % en 2014.

Le rendement de l'ensemble des actions (OPC et gestion directe) est de + 4,15 % et celui de l'obligataire au sens large (Obligations Convertibles en Actions et Alternatif inclus) de + 2,05 % (+ 2,94 % hors Obligations Convertibles en Actions et Alternatif).

Ces performances sont à comparer à une inflation en moyenne annuelle de 0,2 % sur la même période. A noter qu'un placement sans risque (monétaire) aurait fait perdre 0,15 % (moyenne des sicav monétaires en 2016) alors que l'indice Eonia capitalisé affichait - 0,32 %.

Si on analyse plus en détail les rentabilités des différentes classes d'actifs du portefeuille, on observe les résultats suivants :

- ☞ les OPCVM obligataires (taux fixe à moyen et long terme) de la CARMF ont performé de 3,09 %. Les indices de cette classe d'actifs affichent quant à eux :
 - + 3,11 % pour l'indice FTSE MTS Eurozone Gov Bond Index (emprunts d'Etats).
 - + 4,73 % pour l'indice Barclays Cap Euro Corporate (emprunts d'entreprises).
 - + 9,06 % pour l'indice Merrill Lynch High Yield (emprunts d'entreprises) ;
- ☞ les Obligations Convertibles détenues par la CARMF ont réalisé + 0,68 % alors que la performance de l'indice ECI € est de - 0,21 % ;
- ☞ la gestion alternative multistratégies, principalement structurée, a généré une performance de - 0,83 % ;

☞ en ce qui concerne les actions gérées en direct (grandes valeurs euro principalement), la performance s'établit à + 8,01 % (après impôt) contre + 3,72 % pour l'Euro Stoxx 50 et 7,67 % pour le CAC 40. Cette performance a été quelque peu pénalisée (0,44 %) par la réforme (Loi de Finances rectificative du 30 décembre 2009) de l'imposition des revenus de capitaux mobiliers des organismes sans but lucratif. En effet, à partir de 2009, les dividendes de sociétés françaises (non imposés auparavant) et de sociétés étrangères perçus par ces organismes sont imposés au taux de 15 %.

La gestion en direct est effectuée sur une cinquantaine de lignes et il s'agit d'une gestion active mais recherchant la sécurité avec des valeurs non spéculatives disposant pour la plupart de fortes positions internationales voire des leaders mondiaux dans leur spécificité ou présentant un fort potentiel de développement.

Par ailleurs, il y a recherche systématique de titres liquides : l'essentiel des valeurs appartient à l'indice Euro Stoxx 50 ou au CAC 40. En dernier lieu, il est capital d'investir sur des valeurs sur lesquelles on dispose d'une bonne information financière c'est-à-dire qu'elles soient suivies régulièrement par les grands cabinets d'analyse français.

Pour terminer, les mouvements sur le portefeuille, à savoir, la somme des achats et des ventes sur valeurs mobilières, a représenté 3,5 milliards d'euros.

Les sicav et les fonds monétaires ont naturellement fait l'objet de très importants mouvements de fonds durant l'exercice.

Le régime CAPIMED

Au 31 décembre 2016, la valeur boursière a progressé de 5,75 % à 391,48 millions d'euros contre 370,21 millions d'euros en fin d'année précédente.

Les cotisations encaissées de l'exercice se sont élevées à 14,1 millions d'euros.

Le portefeuille se caractérise par la répartition des placements suivante : le poste obligataire représente 83,5 % dont 15,9 % investis en obligations d'Etats, 44 % d'obligations d'émetteurs privés (dont 5,3 % en OPC taux) et 23,1 % en obligations convertibles et produits structurés. Les actions s'élèvent à 3,5 % du portefeuille (dont 2,9 % d'OPC actions), les OPC diversifiés 7 %, les fonds monétaires 5 %, les FCT et les SCPI 1,5 %.

En 2016, et au titre de l'affectation des résultats de l'exercice 2015, la valeur de service du point a progressé de 0,8 % à 2,4555 € ce qui représente une augmentation supérieure à l'inflation. Le rendement net moyen attribué est ressorti à 3,2 % compte tenu des différents taux techniques : 3 % pour les cotisations versées avant 2003, 2,5 % de 2003 à 2005 mais également en 2008 et 2009, 2 % en 2006, 2,25 % en 2007 et 2010, 1,75 % en 2011 et 2012, 1,50 % en 2013 et 2014, 1 % en 2015.

Dans le même temps, le coût d'acquisition du point était porté à 25,43 €.

La gestion financière de ce régime créé fin 1994 a poursuivi une stratégie privilégiant le rendement actuariel de son portefeuille en investissant ces dernières années dans les obligations d'émetteurs privés.

En diversification des poches obligataires, confortées par les prêts aux entreprises à taux variables, les différentes tendances observées sur les marchés boursiers ont également été exploitées au travers d'une gestion indicielle active et du renforcement des produits structurés.

Le bilan au 31 décembre 2016, établi selon les nouvelles dispositions du Code de la Mutualité, fait apparaître un résultat de 2 872 368,60 €, après dotation aux provisions pour participation minimale aux excédents de 1 677 190,42 €.

Ces résultats permettent d'attribuer aux adhérents un rendement net moyen de 3 % au titre de 2016, avec une réévaluation de la valeur de service du point de 0,7 %, soit 2,4727 € au 1^{er} janvier 2017. Le coût d'acquisition du point est porté à 25,61 €.

✍
✍ ✍

La gestion administrative

La gestion du personnel..... 133

La communication..... 135

L'activité des instances élues..... 138

La gestion du personnel

Répartition de l'effectif global par catégorie professionnelle et par sexe au 31 décembre 2016 (en équivalents temps plein)

	Employés	Agents de maîtrise	Cadres	Total
Femmes	94,93	37,49	44,70	177,12
Hommes	24,00	9,00	33,21	66,21
TOTAL	118,93	46,49	77,91	243,33

Dont 15 femmes qui travaillent à temps partiel.
Dont 1 femme en congé parental plein.

Statistiques d'absentéisme Moyenne annuelle par agent (en nombre de jours)

	Employés	Agents de maîtrise	Cadres
Maladie	12,39 (1)	6,02	5,64 (2)
Maternité	2,31	0,95	0,00
Accident du Travail	0,32	0,00	0,12

(1) Dont 6 personnes en longue maladie

(2) Dont 1 personne en longue maladie

Évolution salariale

Il a été accordé 0,3 % d'augmentation générale des salaires le 1^{er} avril 2016.

Négociation salariale

La négociation annuelle obligatoire sur les salaires a eu lieu le 9 février 2016.

Evolution de la formation

Le budget consacré à la formation a été de 92 628,33 €, soit 0,742 % de la masse salariale.

Le budget a été consacré principalement aux formations bureautiques et informatiques.



La communication

I - La CARMF assure une information régulière :

PUBLICATIONS

Chaque publication est envoyée aux affiliés et immédiatement mise en ligne sur le site Internet de la CARMF et transmise au personnel de la Caisse.

- la Lettre du Président aux cotisants et la notice d'information sur le régime CAPIMED sont jointes à l'appel de cotisations (acompte) (janvier 2016),
- la Lettre aux allocataires n° 13 (mars 2016),
- la Lettre du Président aux cotisants et la notice d'information sur le régime CAPIMED sont jointes à l'appel de cotisations (solde) (juin 2016),
- la Lettre CARMF n° 40 (Éditorial du Président : « Médecine libérale, passé ou avenir » ; La retraite en temps choisi ; Cumul retraite activité libérale ; Mensualisation des retraites ; Placements) (octobre 2016),
- le Bulletin « *Informations de la CARMF* » n° 64 (décembre 2016).

GUIDES ET DÉPLIANTS

Ces documents sont disponibles en téléchargement sur le site internet : www.carmf.fr et à l'accueil.

- « Guide du cotisant » : il est envoyé à chaque nouvel affilié,
- « Préparer sa retraite » et « Guide du cumul » : ils sont adressés systématiquement avec le dossier de demande de retraite,
- « Vous êtes maintenant allocataires » remis lors de la notification de retraite,
- deux guides « Incapacité temporaire et invalidité » et « Droits et formalités au décès du médecin ou du conjoint collaborateur »,
- huit dépliants thématiques mis à la disposition de l'ensemble des affiliés à la réception du siège de la CARMF ou lors de diverses réunions d'informations.

AUTRES DOCUMENTS

Le service communication réalise des présentations de la CARMF et divers documents sur support papier ou numérique à destination des administrateurs et des délégués départementaux et régionaux.

- cahier de transparents (mars 2016) : fichier PowerPoint de 114 diapositives concernant les régimes de retraite et de prévoyance, la démographie et les perspectives, les modifications statutaires votées,
- diaporamas sur demande tout au long de l'année,
- livret de l'administrateur (juin 2016 sur CDRom (fiches immeubles, cahier de transparents, statuts),
- « Chronologie des chiffres de la CARMF » (octobre 2016), Actualisation des chiffres et taux de cotisations et de retraite depuis l'origine des régimes,
- « *La CARMF en 2016* » (mai 2016), cette publication comporte sept rubriques distinctes : *la CARMF, cotisant, retraité, prévoyance, réversion, Capimed, statistiques*, et synthétise l'ensemble des renseignements nécessaires pour permettre aux délégués de remplir leur rôle d'information et de conseil auprès des affiliés. Elle est également mise en ligne sur le site : www.carmf.fr,
- bilan et compte de résultat au 31 décembre 2015 (mai 2016),
- transparents pour les réunions de délégués et pour les réunions préparatoires à l'Assemblée Générale des quatre collèges de la CARMF (septembre 2016). Monsieur Chaffiotte a été invité à participer à des réunions organisées par des administrateurs,

- Colloque : « Action sociale, entraide ordinaire, associations ... - Quel soutien pour les médecins ? » 120 transparents ont été réalisés pour les nombreux intervenants.
- assemblée générale des délégués (septembre 2016) : 51 transparents ont été projetés sur les différents rapports d'activité de l'année 2015.

ENVOIS

- envoi d'un courrier en mars 2016 aux facultés de médecine accompagné de la documentation « *Début d'exercice libéral* » et du « *Guide du cotisant* » à l'attention de tous les étudiants du 3^e cycle de médecine générale,
- envoi chaque trimestre au conseil départemental de l'ordre de la liste des délégués départementaux et régionaux, accompagné des documentations du « *Guide du cotisant* » et de la notice du « *début d'exercice libéral* ». Chaque Conseil de l'Ordre reçoit également « *la CARMF en 2016* ».

II - L'information est également diffusée sur des supports multimédia :

➤ **Site internet de la CARMF**

Le site internet de la CARMF a reçu 647 243 (+ 5,82 %) visites en 2016, et comporte de nombreuses rubriques :

- *Votre caisse, Cotisant, Retraité, Prévoyance, Réversion, CAPIMED, Documentations, Infos pratiques, Chiffres Clés,...*
- quatre calculatrices dédiées aux médecins cotisants, aux médecins en cumul retraite / activité libérale, aux conjoints collaborateurs et l'estimation d'une retraite CAPIMED, le régime complémentaire par capitalisation de la CARMF,
- des statistiques détaillées sur les BNC, la démographie,...
- les coordonnées des administrateurs régionaux et nationaux,
- l'ensemble des documentations et des formulaires sont téléchargeables, ainsi que les vidéos et présentations projetées lors des événements de la CARMF.

➤ **Espace personnel e-CARMF**

Cet espace a été ouvert fin 2011 ; au 31 décembre 2016, 105 924 (+ 21,91 %) personnes étaient inscrites.

Les rubriques suivantes sont proposées : allocations versées, demandes d'aides sociales et de prélèvements mensuels, déclarations de cessation et de début d'activité, relevé de carrière CARMF, derniers règlements, simulateur de retraite, demande de retraite.

En avril, il a été également ouvert la possibilité aux médecins d'y déclarer leurs revenus servant d'assiette pour le calcul de leurs cotisations.

e-CARMF propose également :

- 34 liens actifs vers le site internet de la CARMF (pages internet, guides, dépliants, calculatrices...)
- 21 documents personnalisés de type formulaires
- 13 documents non personnalisés (notices, formulaires...)

➤ **Newsletter**

- 23 newsletters en 2016 et 5 newsletters spéciales « Dernière minute ».
- les actualités sont envoyées tous les 15 jours environ aux 14 436 abonnés (+ 14,69 % par rapport à 2015).

➤ **Serveur vocal**

- rédaction des douze messages vocaux d'informations pratiques actualisés bi-annuellement.

III - La CARMF répond aux besoins externes d'information :

➤ *La presse*

- 7 communiqués de presse ont été envoyés.
- contacts fréquents avec les journalistes.
- réalisation de dossiers de presse pour les journalistes notamment lors des événements de la CARMF (Colloque et l'Assemblée Générale des Délégués,...).

➤ *Des syndicats professionnels et des parlementaires médecins*

- relations régulières.

L'activité des instances élues

ÉLECTIONS COMPLÉMENTAIRES

Des élections complémentaires d'administrateurs ont été organisées au cours de l'année 2016 afin de pourvoir les postes devenus vacants suite aux démissions des Docteurs Philippe KOSKAS (Administrateur titulaire du collège des cotisants de région de la Banlieue parisienne) et Bruno PALIARD (Administrateur suppléant du collège des cotisants pour la région de Lyon) ainsi que du changement de collège du Docteur Régine OOGHE (Administrateur suppléant de la région de Lille).

Collège des cotisants : région de la Banlieue parisienne

Le Docteur Philippe KOSKAS (titulaire) a changé de collège et a été remplacé par le Docteur Sabine MONIER (suppléante).

Un poste de suppléant était donc à pourvoir, pour lequel 5 candidats ont postulé. Sur 70 électeurs, 50 ont voté, soit 71,43 % de participation.

Le Docteur BOLLA Paul-Henri (1 Allée Théodore Botrel – 91290 ARPAJON) a été élu avec 20 voix.

Collège des cotisants : région de Lyon

Le Docteur Bruno PALIARD (suppléant) a changé de collège.

Un poste de suppléant était donc à pourvoir, pour lequel 2 candidats ont postulé. Sur 58 électeurs, 52 ont voté, soit 89,66 % de participation.

Le Docteur David MACHEDA (253 route de Thonon – 74380 CRANVES SALES) a été élu avec 35 voix.

Collège des cotisants : région de Lille

Le Docteur Régine OOGHE (suppléant) a changé de collège.

Un poste de suppléant était donc à pourvoir, pour lequel 2 candidats ont postulé. Sur 46 électeurs, 33 ont voté, soit 71,74 % de participation.

Le Docteur Jean-Claude SOULARY (1 rue des frères Martel – 59187 DECHY) a été élu avec 20 voix.

Assemblée générale des délégués 2016 **Approbaton des comptes de gestion et du bilan**

L'Assemblée générale des délégués départementaux et régionaux de la CARMF qui s'est tenue le 17 septembre 2016, a enregistré la participation de 319 délégués, présents ou représentés sur 853 électeurs, soit 37,40 %.

Les comptes de gestion et le bilan ont été approuvés avec 96,02 % de "OUI" et 3,98 % de "NON", soit 458 voix contre 19 sur un total de 477 suffrages exprimés.

Ordre du jour

La première partie a été consacrée au rapport d'activité de l'année 2015 et la seconde à une discussion générale.

L'Assemblée Générale a en outre été précédée d'un colloque sur le thème « Action sociale, entraide ordinaire, associations Quel soutien pour les médecins ? »

✂

✂

✂

Conclusion

Après l'année 2012, qui a connu l'entrée en application de la réforme du régime invalidité-décès instaurant trois classes forfaitaires de cotisations et de prestations, 2015, qui a été marquée par la mise en place de la mensualisation du versement des pensions de la CARMF, 2016 aura constitué une nouvelle étape d'importance dans les travaux menés depuis plusieurs années par le Conseil d'administration et les services de la Caisse afin de moderniser et de pérenniser ses différents régimes.

Après différentes versions, le Conseil d'administration de la CARMF a en effet adopté le 26 janvier 2016 la réforme de l'âge de départ à la retraite dans le régime complémentaire à partir de 62 ans, dite « en temps choisi », offrant aux médecins la liberté de choisir à quel moment ils prendront leur retraite et permettant à ceux qui souhaitent continuer leur activité sans liquider leur pension, de bénéficier en plus des points acquis par leurs cotisations, de 5 % supplémentaires de retraite par an (1,25 % par trimestre) jusqu'à 65 ans et de 3 % supplémentaires par an (0,75 % par trimestre) de 65 à 70 ans.

Cette réforme a ensuite reçu le soutien de tous les syndicats médicaux qui, en préalable aux dernières négociations conventionnelles, ont demandé au Ministère qu'elle soit également transposée dans le régime ASV.

La publication au second semestre 2016 des textes réglementaires et statutaires correspondants autorise ainsi l'entrée en vigueur de la réforme dans les deux régimes à effet du 1^{er} janvier 2017.

Outre une plus grande liberté de choix offerte aux affiliés sur le moment et les conditions de leur départ en retraite, les projections actuarielles effectuées pour évaluer l'impact de la réforme montrent aussi que ce dispositif permet de garantir l'équilibre financier à long terme du régime complémentaire, sans nécessiter d'importantes mesures d'ajustement supplémentaires.

La pérennité des régimes est d'ailleurs l'objectif principal que la CARMF a souhaité inscrire dans le premier contrat de gestion pluriannuel signé en décembre 2016 avec la CNAVPL, en application des dispositions introduites dans le code de la sécurité sociale par la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014.

Dans le même temps, la CARMF veille à la sauvegarde de son autonomie et de son indépendance comme, plus largement, de celles de l'Organisation d'assurance vieillesse des professions libérales.

En juin 2016, elle a ainsi obtenu gain de cause devant le Conseil d'Etat qui a annulé les textes précisant les conditions et modalités d'attribution des six sièges destinés aux représentants d'organisations syndicales interprofessionnelles au sein du Conseil d'administration de la CNAVPL, dont la CARMF contestait les critères de représentativité retenus. Pour les mêmes motifs, la Caisse a d'ailleurs décidé d'un nouveau recours contre le décret intervenu sur le même sujet au mois d'octobre suivant.

Avec les mêmes convictions, la CARMF a mené à l'été 2016 un important travail d'analyse et de contre-propositions, en collaboration avec différentes caisses de retraite et associations de place, concernant un projet de décret présenté par la Direction de la Sécurité sociale relatif à l'organisation financière des régimes d'assurance vieillesse gérant des régimes de retraite complémentaires, dont les dispositions réduiraient notamment les possibilités d'investissement et obèreraient gravement le rendement des réserves.

Si ce projet semble considérer les caisses concernées comme manquant de compétences en la matière, il faut au contraire rappeler que la CARMF a toujours fait la preuve de sa capacité à gérer avec prudence et efficacité les réserves de ses régimes (avec un taux de rendement annuel moyen net d'inflation de + 3 % depuis 25 ans).

En 2016, la performance globale du portefeuille mobilier investi (après fiscalité) s'établit quant à elle à + 3,17 % (après + 6,80 % en 2015).

La gestion financière, par la réalisation de plus-values dégagées par l'activité du portefeuille, la reprise de provisions sur titres et le résultat de l'activité immobilière, a d'ailleurs, cette année encore, permis de dégager des résultats nettement positifs pour tous les régimes.

Alors que, depuis 2015, les charges de prestations de retraite sont supérieures aux produits des cotisations du régime complémentaire, compte tenu de la progression du nombre d'allocataires, cette évolution, attendue, est ainsi largement compensée par l'excédent financier de l'exercice qui permet au régime d'afficher un résultat excédentaire de 138 millions d'euros (M€) en 2016.

Le régime ASV dégage en 2016, quatrième année pleine d'application de la réforme de novembre 2011, un résultat positif de 68 M€.

Quant au régime invalidité-décès, il affiche un résultat excédentaire de 12,8 M€ en 2016, cinquième année de mise en œuvre de la réforme instituant trois classes de cotisations/prestations pour les risques incapacité temporaire et invalidité.

Les frais administratifs de la CARMF sont en très légère hausse en 2016, de 1,8 % par rapport à l'exercice précédent.

Sur le plan organisationnel, la CARMF a poursuivi en 2016 son action en vue d'améliorer davantage la qualité de ses services aux affiliés, exploitant notamment les possibilités offertes par la technologie et la dématérialisation.

Ainsi, dès le mois de janvier, en plus des modes de paiement dématérialisés déjà existants (prélèvements automatiques mensuels, TIPS€PA), les affiliés ont eu également la possibilité de régler sur internet leurs cotisations à la CARMF.

Au printemps suivant, ce sont 107 174 médecins qui ont effectué en ligne leur déclaration des revenus servant au calcul de leurs cotisations, utilisant la plateforme mise en place sur le site extranet « e-CARMF » offrant aux affiliés un accès direct à leurs données personnelles, dans le cadre d'un espace internet individuel et sécurisé.

Quant à la gestion électronique des documents (GED), opérationnelle depuis plusieurs années dans les activités de la Caisse liées aux cotisants, elle s'étendra dès le début de l'année 2017 à la division Allocataires.

C'est donc résolument tournée vers l'avenir et consciente des défis qu'elle aura à relever que la CARMF continue d'agir pour la sauvegarde des droits et des intérêts, actuels comme futurs, de l'ensemble de ses ressortissants.

