

FARA Infos

Janvier Février 2016 - n° 1

FARA Actualités

FARA Actualités n° 1, partie FARA, Danièle Vergnon, Henri Romeu	page 2
FARA Actualités n°1, partie CARMF, Claude Poulain.....	page 3

Revue de Presse

La Retraite

La CARMF accouche d'un nouveau projet de « retraite en temps choisi ».....	page 4
Régime complémentaire : la retraite en temps choisi.....	page 5
ASV : la cotisation proportionnelle portée de 2,8 à 3,8 %.....	page 6
Cumul emploi-retraite : c'est quoi cette arnaque.....	page 7
Gérard Maudrux présidait la CARMF, aujourd'hui, il taille les cyprès.....	page 8
Quatre chiffres surprenants sur les retraites des français.....	page 9
Les retraités français ont l'un des meilleurs niveaux de vie au monde.....	page 10
Retraites : comment les pays développés s'adaptent.....	pages 11-12

Dépendance, fin de vie

Fin de vie : la loi est promulguée, mais le débat n'est pas clos.....	page 13
Sauve qui peut sur le parcours PAERPA des personnes âgées.....	page 14
Dépendance : la prévention est possible.....	page 15

Convention

Tiers payant, négociations conventionnelles, conférence de santé.....	page 16-17
Voilà la convention que vos syndicats défendront face à la CNAM.....	page 18-19

Economie - Finances

SMIC, cotisations, couverture santé...ce qui change au 1 ^{er} janvier.....	page 20-21
Impôt sur le revenu : les nouveautés fiscales 2016.....	page 22
Donation à un enfant : le tour des autres formules.....	page 23
Immobilier : le guide pour acheter dans les autres capitales européennes.....	page 24

Histoire de la Médecine

Les 10 évènements qui ont bouleversé la médecine libérale.....	page 25-26
--	------------

Culture et Loisirs

Colmar, Strasbourg, chefs d'œuvres du moyen âge.....	page 27
Les expositions du printemps. Demandez le programme !.....	page 28

Textes et sélections de Claude Poulain et Henri Romeu. Mise en page par Henri Romeu.

(Les textes de La Revue de Presse ont été sélectionnés parmi plusieurs dizaines d'articles parus dans Le Monde, Le Figaro, La Croix, les Echos, La Tribune, Le Journal du Dimanche, Le Quotidien du Médecin, Egora Panorama du Médecin, l'AFP)

FARA actualités n° 1 - janvier février 2016

partie FARA

Danièle Vergnon, Henri Romeu

Plusieurs rencontres importantes ont eu lieu ces deux derniers mois. Une première entrevue fin décembre avec Thierry Lardenois, président de la CARMF, Jean-Paul Ortiz, président de la CSMF, Yves Decalf, président du SNMCR, Claude Poulain, Louis Convert et Henri Romeu. D'autres rencontres ont eu lieu soit à Paris soit par téléphone. Nous avons pu évoquer des points essentiels pour l'avenir de nos retraites :

Les cotisations constituent pour les actifs un placement à la rentabilité exceptionnelle, chiffres à l'appui. C'est **une chance d'avoir la possibilité de cotiser dans les conditions qui sont offertes actuellement**. De plus la fiscalité est avantageuse puisqu'il est, encore aujourd'hui, permis de déduire les cotisations, ce qui diminue l'effort financier d'un taux pouvant aller jusqu'à 44 % pour les plus fortes impositions. La rentabilité est donc encore largement augmentée.

Le sauvetage de nos retraites nous paraissait conditionné par certaines réformes, en particulier par « la retraite à la carte » et pour la FARA par le « MIPA » (mécanisme d'incitation à la poursuite d'activité). L'AGIRRC et l'ARCO ont adopté des modifications similaires pour le sauvetage des régimes complémentaires le vendredi 16 octobre 2015. La retraite à la carte participerait au sauvetage du régime complémentaire et de l'ASV mais devrait être assortie d'une augmentation des cotisations soit dans leur niveau soit dans leur durée. Le Conseil d'Administration de la CARMF a fait évoluer ces propositions et créé le concept, tout aussi favorable, de « retraite en temps choisi » (voir dans les pages suivantes).

Avec le projet de Marisol Touraine de porter le montant des cotisations de l'ASV de 2,8 à 3,8 %, l'avenir pourrait s'annoncer radieux. Les syndicats eux-mêmes sont favorables à cette option, malgré les réticences probables des actifs cotisants.

Le cumul emploi-retraite est un mauvais choix : pour les petites activités, les charges sont trop élevées, ce qui laisse des revenus insignifiants, voire une perte d'argent. Pour les activités un peu importantes, d'une part, la fiscalité est très lourde et crée des prélèvements souvent supérieurs au montant de la pension, d'autre part les cotisations obligatoires n'engendrent pas de points supplémentaires. Les fortes activités n'ont pas besoin du complément fourni par la pension et seraient mieux avisées de continuer une activité normale sans retraite, ce qui majorerait à terme leur pension dans des proportions intéressantes. C'est là le vrai cumul.

De plus si on veut inciter les médecins à rester en activité plus longtemps, il faut majorer les points acquis au-delà de 65 ans. Ce qui ne serait que justice puisque la poursuite d'activité diminue d'autant la durée de versement des pensions. Cela ne coûterait rien à la caisse, qui pourrait être encore bénéficiaire.

Les cotisations au Conseil de l'Ordre sont un autre sujet de préoccupations. Celles-ci sont trop élevées pour avoir seulement le droit de prescrire pour sa famille ou ses amis. Une contribution symbolique serait suffisante. C'est l'option que nous voulons défendre auprès du CNOM. Nous espérons avoir une écoute favorable de nos interlocuteurs, que nous rencontrerons prochainement.

FARA actualités n° 1 - janvier février 2016

partie CARMF n° 1 décembre 2015 à février 2016

Claude POULAIN 17 février 2016

L'actualité CARMF de ces 2 mois et demi a été marquée par 4 événements principaux dont le plus important, le vote à l'unanimité des membres élus du CA de la CARMF de la réforme du RCV instituant une surcote des points acquis dès 62 ans. En effet, ce sont :

-Les rencontres, à l'instigation du Collège des Retraités et de la FARA, et en leur présence, du nouveau Président de la CARMF, Thierry LARDENOIS avec les syndicats, la CSMF le 18 décembre (Jean-Paul ORTIZ et Yves DECALF), MG France le 28 janvier (Claude LEICHER et François WILTHIEM). Ces reprises de contact devraient permettre grâce à des relations plus détendues d'avancer dans la recherche de solutions aux problèmes de nos régimes de retraite, dans le respect des prérogatives de chacun.

-Les difficultés rencontrées par certains allocataires à la suite du versement, pourtant annoncé, des pensions des deux derniers mois en début d'année suivante. Il faut espérer qu'une grande majorité avait pris ses précautions budgétaires à l'avance. Il faut espérer aussi qu'ils ne seront pas surpris par l'augmentation annoncée, elle aussi, de leur impôt sur le revenu calculé sur 13 mensualités. Il faut rappeler que la CARMF a annoncé que le FAS pourrait intervenir en cas de difficultés majeures surtout concernant les bénéficiaires de pension de réversion.

-L'application des nouvelles règles sur la CSG qui ne prennent plus en compte que le revenu fiscal de référence ont, également, surpris quelques allocataires qui ont vu leur retraite amputée, surtout chez les Conjoint survivants (4 000 environ, pour la CARMF). Là encore, un appel au Fond d'Action Sociale pourrait se révéler nécessaire.

-Enfin, le vote le 30 janvier 2016, de la réforme du Régime Complémentaire, baptisée dans le communiqué de la CARMF « en temps choisi ».
La précédente réforme dite « à la carte » n'avait pas été validée par la Tutelle en raison de l'hostilité de deux syndicats qui en critiquaient la présentation et contestaient le niveau de la retraite atteint à 65 ans, qui se révélait légèrement inférieur par rapport à la situation actuelle.

Entre temps, la CARMF, avant même d'avoir rencontré les syndicats, a proposé une modification de la baisse du point ramenée de 15 à 13 %, ce qui permet de retrouver à 65 ans un montant de retraite légèrement supérieur au montant actuel. La surcote de la valeur du point de 1,25 % par trimestre de 62 ans jusqu'à 65 ans et de 0,75 % par trimestre de 65 à 70 ans permettra à tous les futurs retraités de disposer d'une retraite supérieure à celle actuellement perçue, surtout s'ils décident de prolonger une activité sans cumul au dessus de l'âge moyen de prise de retraite (65 ans et demi, actuellement).

Cette réforme devrait être pour les médecins une incitation à poursuivre volontairement leur activité au-delà de 65 ans. Elle est, aussi, une alternative au Cumul Retraite/Activité libérale très critiqué pour ses cotisations non génératrices de points. Les médecins continueront aussi à bénéficier du Régime ID dont ils sont exclus en cas de cumul, car ne pouvant pas y être affiliés.

Enfin, cette réforme devrait améliorer l'équilibre du Régime en limitant les hausses de cotisation et la baisse de la valeur du point qui pourraient s'avérer nécessaires. Les retraités ont demandé lors du vote de cette réforme que, dans l'intérêt même des futurs retraités, les baisses soient limitées le plus possible quitte à augmenter légèrement le taux de cotisation. Ils ont le sentiment d'avoir été entendus.

Les syndicats ont tous, avec plus ou moins d'enthousiasme, apprécié cette réforme dont il faut maintenant attendre la validation par la Tutelle...

La CARMF accouche d'un nouveau projet de "retraite en temps choisi" Le Généraliste 02.02.2016



Cette fois-ci pourrait être la bonne. De nouvelles modalités de calcul et un changement de nom plus tard, **la version 2016 de la réforme** de la retraite complémentaire vient d'être adoptée par le Conseil d'Administration de la CARMF. Qui plus est « à l'unanimité » des administrateurs de la CARMF, se targue l'institution, et surtout avec « le soutien de la majorité des syndicats : FMF, le Bloc, MG France et SML ».

La retraite « en temps choisi » de Thierry Lardenois prend donc la place de la très polémique « retraite à la carte » portée par Gérard Maudrux jusqu'à son départ de la présidence de la CARMF, en novembre dernier.

Commun aux deux projets de réformes de la retraite complémentaire, le principe initial repose sur un **abaissement de l'âge « normal » du départ** à la retraite. Il s'agit par là de le porter à 62 ans, contre 65 ans aujourd'hui. Autrement dit de considérer que le taux plein s'obtiendra désormais trois ans plus tôt qu'actuellement. Mais cette translation ne concerne pas pour autant le niveau de la retraite. Et c'est d'ailleurs là que réside la différence essentielle entre les réformes : le pourcentage de décote appliqué à la retraite, entre ces deux âges.

La dernière mouture de la retraite complémentaire prévoit que « le niveau de la retraite (à 62 ans) sera légèrement supérieur au niveau actuel avant 65 ans, et égal à 65 ans ». Plus précisément, le montant de la retraite à 62 ans correspondra à 87% de celui auquel peuvent prétendre les médecins de 65 ans. Un pourcentage qui, grâce aux majorations annuelles de 5% pendant 3 ans, permettra de **retrouver les 100% de la retraite actuelle à 65 ans**. Au-delà, les majorations seront réduites à 3% par an et pourront perdurer jusqu'aux 70 ans du praticien.

Si le mécanisme est identique à celui de la réforme Maudrux présentée en 2014 (on part quand on veut à partir de 62 ans et si on veut au-delà de 65), les chiffres diffèrent quant à eux. A l'époque, la retraite « à la carte » retenait en effet 85% du niveau de pension à taux plein en guise de montant initial. Elle prévoyait également des majorations annuelles de 5%. Mais **partant d'un montant inférieur à celui retenu par l'actuel projet Lardenois**, elle n'atteignait le taux de 100% qu'après 65 ans. Les médecins étaient ainsi incités à travailler six mois supplémentaires pour bénéficier d'une retraite identique à celle que touchent actuellement les praticiens de 65 ans.

La CSMF et MG France voyaient là un moyen déguisé de reculer l'âge du départ à la retraite. Or conserver cet acquis est essentiel aux yeux des syndicats. Et des modifications ont justement été portées aux cotisations et montants des pensions, les deux autres leviers d'action du mécanisme des retraites.

L'autre dimension à la réforme adoptée par les administrateurs de la CARMF vise à **inciter les médecins à travailler plus tard**, en contre-partie d'une bonification de leur retraite. Et peut-être leur faire **préférer ce mécanisme à celui du cumul** emploi-retraite. Car même si les médecins "cumulards" continuent de payer leur cotisation, ils perçoivent également une retraite, empêchant par-là la CARMF de renflouer ses caisses. Et l'obligeant à la lui verser à partir de 65 ans et, par suite, plus longtemps. Reste à savoir si les praticiens seront sensibles à un éventuel changement des règles du jeu, qui suppose **que la tutelle donne son aval à la CARMF**.

Régime complémentaire : la CARMF veut lancer la retraite à « temps choisi » dès 62 ans

Cyrille Dupuis Lequotidiendumedecin.fr | 03.02.2016

Rebelote ! Après l'échec en 2014 de son projet de « retraite à la carte » (cette réforme du régime complémentaire défendue à l'époque par le Dr Gérard Maudrux n'a jamais eu l'aval de la tutelle ministérielle et n'a donc pas vu le jour), la CARMF désormais présidée par le Dr Thierry Lardenois remet le couvert, avec un habillage un peu différent. Au menu : toujours une réforme de l'âge de départ à la retraite dans le régime complémentaire à partir de 62 ans, dite cette fois « *en temps choisi* ».

Le conseil d'administration de la CARMF (qui gère le régime complémentaire) vient en effet d'adopter à l'unanimité cette réforme qui, selon la CARMF, a reçu – contrairement à la précédente – le soutien de la « *majorité des syndicats* » (FMF, Le BLOC, MG France et SML). Reste toujours à obtenir l'agrément du ministère...

En pratique, explique l'institution, le principe consisterait à abaisser l'âge normal de départ en retraite dans ce régime à 62 ans (contre 65 aujourd'hui), avec ensuite un système de majoration annuelle de 5 % pendant trois ans (1,25 % par trimestre) jusqu'à 65 ans (permettant de retrouver 100 % du montant du taux plein actuel), puis de 3 % par an entre 65 et 70 ans.

Avec cette réforme, « *le niveau de la retraite sera légèrement supérieur au niveau actuel avant 65 ans, et égal à 65 ans. Après 65 ans, la majoration annuelle de 3 %, qui n'existait pas auparavant, récompensera ceux qui travaillent plus longtemps* », assure la CARMF.

Dans le projet précédent de retraite à la carte, les syndicats estimaient que le compte n'y était pas en raison d'un montant de pension de départ à 62 ans trop faible (seulement 85 % du montant à temps plein, taux revu cette fois à la hausse). « *Quand on réduit de 15 % le montant de la retraite à 62 ans par rapport à 65 ans, pour l'augmenter ensuite de 5 % par année travaillée, mais sur ce montant réduit, on ne récupère pas à 65 ans les 15 % perdus !* », estimait alors la CSMF. Une injustice réparée dans la nouvelle version.

Une nouvelle option

La CSMF prend acte ce mercredi du projet de modification du régime complémentaire. Le syndicat se félicite que la réduction du montant de la retraite à 65 ans contenue dans le projet initial ait été finalement abandonnée. « *La retraite à 62 ans restera toujours possible, comme c'est le cas actuellement dans quasiment les mêmes conditions, de même qu'à 65 ans* », calcule le syndicat.

Si le projet est accepté, une option nouvelle – en sus du cumul activité-retraite – sera donc ouverte aux médecins : celle, à 65 ans, de poursuivre son activité en bénéficiant d'une majoration de ses points de 3 % par an jusqu'à 70 ans, mais en continuant de cotiser et sans percevoir de retraite.

« *Cette possibilité peut être intéressante individuellement pour certains confrères aux carrières plus courtes* », analyse la CSMF qui fait valoir que le problème demeure de l'équilibre à moyen terme de ce régime « *techniquement en déficit, mais qui dispose de réserves* ».

ASV : la cotisation proportionnelle portée de 2,8 % à 3,8 %

Le Quotidien 26.02.2016 [Christophe Gattuso](#)

La ministre de la Santé a annoncé aux syndicats de médecins libéraux qu'elle accédait à leur demande de porter la cotisation proportionnelle pour l'allocation supplémentaire vieillesse (ASV) de 2,8 % à 3,8 %. De source syndicale, cette hausse devrait être échelonnée sur trois ans. Dans un courrier à MG France, la CSMF et la FMF, dont « Le Quotidien » a eu copie, Marisol Touraine confirme que « le régime de retraite complémentaire doit faire l'objet d'un ajustement pour garantir sa soutenabilité financière à moyen terme ». « Compte tenu des paramètres du régime, il semble inévitable de porter progressivement à 3,8 % la cotisation proportionnelle destinée à financer le régime ASV, précise la ministre. Cet effort contributif, d'ampleur modérée, me semble répondre à l'objectif d'équilibre dans la durée du régime, tout en évitant de dégrader le niveau des pensions actuelles et futures. »

Une centaine d'euros en plus par an pour un médecin de secteur I

La direction de la Sécurité sociale entamera une concertation avec les syndicats de médecins libéraux pour déterminer précisément l'échelonnement de cette progression.

« Cet ajustement des cotisations était nécessaire pour équilibrer le régime qui représente 40 % de la retraite de praticiens libéraux, explique le Dr Yves Decalf, président du Syndicat national des médecins concernés par la retraite (SNMCR). L'ASV devrait ainsi être pérennisée au-delà de 2025. »

La précédente réforme de l'ASV, en 2011, avait déjà conduit à un relèvement progressif du taux de cotisation pour éviter la faillite du régime mais elle s'est avérée insuffisante.

« Ce nouvel ajustement devrait représenter une hausse modérée de cotisation d'une centaine d'euros par an pendant trois ans pour un médecin de secteur I », précise le Dr Decalf. Ce montant sera de fait trois fois supérieur pour les praticiens de secteur II.

Forcing pour maintenir la participation des caisses aux deux tiers

Les syndicats de médecins souhaitent maintenant que l'Assurance-maladie s'engage clairement dans la future convention à maintenir sa prise en charge à hauteur des deux tiers pour les médecins de secteur I.

Le patron de la CSMF, le Dr Jean-Paul Ortiz, réclame « un engagement formel » de la CNAM pour « garantir le pacte conventionnel ». « Ce financement est une des contreparties essentielles aux tarifs opposables », explique MG France. « Si l'Assurance-malade ne s'engage pas à prendre en charge à hauteur des deux tiers, il n'y aura plus de secteur I et il n'y aura pas de négociation », lance le Dr Jean-Paul Hamon, président de la FMF.

Le directeur de l'Assurance-maladie a tenté de calmer le jeu, mercredi 24 février, à l'issue de la séance inaugurale de négociation. « Je n'ai aucun problème avec les règles antérieures mais dans un souci de méthode, nous aborderons ce sujet en temps voulu, a déclaré Nicolas Revel. Les médecins ne doivent pas avoir peur d'une remise en cause, c'est un non-sujet. » Mais devant l'insistance des syndicats de médecins, le sujet de l'ASV sera abordé plus tôt que prévu, et ce dès la prochaine séance de négociation programmée le 16 mars prochain.

Cumul emploi-retraite : c'est quoi cette arnaque ?

EGORA par Catherine Le Borgne le 12-01-2016

Ce généraliste a obtenu 6 000 euros de gains en effectuant quelques remplacements après avoir pris sa retraite. Mais quelle n'a pas été la surprise du Dr Raymond, lorsqu'il a compris que la totalité des sommes qu'il devait à la CARMF et à l'URSAFF notamment, atteignait...11 000 euros !

"On doit payer pour travailler. Encourager les médecins retraités à remplacer les médecins au bord du burn out... qui pond de telles absurdités ?", vient-il d'écrire à Egora.fr, à bout de nerf.

Que s'est-il passé ? "A l'évidence, il y a un souci", commente sobrement le Dr Olivier Petit, qui s'occupe du dossier retraite à la FMF. "Peut-être que ce confrère a oublié de prévenir la CARMF de sa cessation d'activité, ou que son dossier est incomplet. Dans ce cas, pour ses cotisations, on a continué à lui appliquer le barème afférent à ses revenus de n - 2. C'est ce qui arrive le plus souvent", commente-t-il. Confirmation à la CARMF de ce probable cas de figure.

Aplanir le choc

En cas de cumul d'activité, la cotisation à l'ASV devient proportionnelle, fait-on remarquer à la caisse de retraite. Mais les cotisations CARMF d'un retraité en cumul ne génèrent pas de points. L'année de leur changement de statut, les praticiens qui veulent conserver une activité ont également la possibilité de demander à bénéficier d'un calcul de leurs cotisations de base et complémentaire, calculées sur leurs revenus estimés, ce qui permet "d'aplanir le choc". La régularisation s'effectue l'année n + 2, précise l'Ordre des médecins, lorsque le revenu réel est connu. "Si ce dernier est supérieur d'un tiers au revenu estimé, une majoration de retard de 5 % sera appliquée au supplément de cotisations exigible", précise également l'Ordre (qui doit valider le dossier du praticien, avant que ce dernier l'envoie à la caisse de retraite).

Autre désagrément pour les praticiens qui poursuivent leur activité dans le secteur de la permanence des soins et des remplacements : ils deviennent immédiatement assujettissables à la CARMF, s'ils le sont à la CFE (ex-taxe professionnelle), dont ils sont dispensés lorsque leurs revenus sont inférieurs à 11 500 euros par an (il faut également faire une demande expresse pour obtenir cette dispense). C'est ce qui est arrivé au Dr Raymond, qui enrage de devoir conjuguer l'équation "assujetti à la CFE = cotisation CARMF". "Par bienveillance, suite à une décision de son conseil d'administration, la CARMF admet que les médecins remplaçants puissent demander à être dispensés d'affiliation en cas de non assujettissement à la taxe professionnelle, aujourd'hui CET, et si le revenu est inférieur au seuil de dispense d'affiliation au régime ASV, soit 11 500 euros actuellement", commente-t-on à la caisse de retraite.

La CARMF est pénalisante pour les petits revenus

"Il est tout à fait exact que la CARMF est pénalisante pour les petits revenus, qu'ils concernent les jeunes installés ou les praticiens en cumul d'activité", relève le Dr Jean-Paul Hamon, le président de la FMF. "Les retraités en cumul n'ont aucun intérêt à travailler s'ils ont une petite activité", ajoute-t-il (alors qu'il est lui-même retraité actif, en médecine générale). De son côté, la CARMF recommande aux médecins dont les revenus attendus de l'activité en cumul risquent d'être très inférieurs à ceux exercés avant la retraite, de "provisionner ses cotisations des deux premières années de cumul, notamment l'ASV".

Pourtant la situation s'est améliorée depuis une loi de 2009, qui a considérablement assoupli les conditions du cumul emploi retraite pour permettre aux plus anciens de venir prêter main forte aux confrères noyés par un surcroît d'activité.

Sous l'impulsion de Xavier Bertrand, alors ministre de la Santé et de la protection sociale, le plafond d'activité autorisé aux retraités a été supprimé pour les médecins qui ont les points nécessaires et l'âge requis pour toucher une retraite de base à taux plein. Et qui ont par ailleurs fait liquider l'ensemble de leurs retraites personnelles auprès des régimes obligatoires (base et complémentaire, français et étranger). A noter que depuis la loi du 20 janvier 2014, cette condition n'est exigée que si le praticien n'a pas atteint l'âge de la retraite aux pleins dans les régimes complémentaires (65 ans actuellement à la CARMF). Les régimes complémentaires seront liquidés dès cet âge requis, pour permettre une activité sans limite de revenus, précise la caisse de retraite.

Si le praticien ne répond pas à ces critères, il devra exercer dans le cadre d'un cumul avec limitation, soit 38 040 euros par an, s'il n'avait pas atteint l'âge de la retraite à taux plein lors de la liquidation de ses droits (65 à 67 ans selon la date de naissance) et 49 452 euros annuels s'il avait l'âge requis.

Selon les calculs de la CARMF, ce sont sans conteste les médecins qui cumulent emploi et retraite qui s'en sortent le mieux en matière de revenus. La caisse nationale donne les exemples suivants : un médecin retraité qui tirerait en 2015, 46 633 euros de revenus de son activité réduite et 32 410 euros de sa retraite, pourrait prétendre à un revenu réel, après impôt (2 parts) de 67 278 euros. Soit autant que son confrère qui poursuit son activité sans retraite, a un BNC de 80 000 euros, règle 24 208 euros de cotisations sociales et 12 722 euros d'impôts... Pour 60 heures par semaine.

Le grand vainqueur de la compétition est cependant ce confrère qui poursuit son activité tout en étant en retraite : 80 000 euros de BNC, 32 410 euros de retraite nette, 26 020 euros de cotisations sociales. Et à l'arrivée, 90 635 euros de revenus réels après impôts. Comme on dit, y'a pas photo.

Néanmoins, pour les praticiens au plus bas de l'échelle, la CARMF souligne qu'en fonction des revenus, des dispenses de cotisations sont toujours possibles. Le barème de dispense est accessible sur le site de la CARMF.

Gérard Maudrux présidait la CARMF, aujourd'hui il taille les cyprès en forme de morille

Egora Catherine le Borgne le 24-12-2015



Retour sur ces médecins qui ont marqué 2015 - Poussé hors de la Caisse de retraite des médecins par la tutelle et deux syndicats après 18 ans de présidence, le Dr Gérard Maudrux affirme qu'il ne regrette rien de sa longue présidence. Reste une vraie rancœur sur la méthode utilisée pour le faire partir et une énergie intacte qu'il dépense, comme Candide, à cultiver son jardin.

"Je vais très bien. Je viens de couper des vieux cyprès et de les tailler en forme de cèpe et de morille... Je m'occupe de ma famille, de ma propriété, de mon jardin, je retape mon moulin. Voilà un moment que je me posais la question de mon départ. Je ne me la pose plus." Gérard Maudrux affiche un mental d'acier un mois et demi après sa démission de la Caisse autonome de retraite des médecins (CARMF). Une démission surprise qui a mis un terme à une année vaudevillesque, durant laquelle, fort du soutien de 90 % de son conseil d'administration, l'ex chirurgien grenoblois réussissait tout de même à se maintenir en poste face à un adversaire à trois têtes : la tutelle, la CSMF et MG France, qui voulait sa peau.

Décret anti-Maudrux

Il est donc parti, la tête haute. Car le 12 septembre, alors qu'il n'avait pas présenté sa candidature, le conseil d'administration l'avait tout de même réélu, s'assoyant sur la toute nouvelle réforme des statuts de la CARMF construite sur mesure pour qu'il quitte la fonction. Cette réforme limite la durée totale du mandat du président à trois ans renouvelable deux fois, et interdit également les membres cooptés au conseil d'administration. Son cas.

"Un décret anti Maudrux, un texte contre un seul homme. Je suis triste pour la démocratie", laisse sourdre l'ex président, qui lâche les mots de **"dictature"** et siffle entre ses dents contre ces **"syndicats qui foutent en l'air le système"**. Il a affirmé dans sa lettre de démission, avoir choisi de jeter l'éponge plutôt que d'entrer dans une nouvelle bataille juridique. Le ministère avait en effet suspendu toutes les décisions du conseil nouvellement élu le 12 septembre, à commencer par l'élection de son président, ce qu'il avait songé un moment à contester devant les tribunaux. Et puis basta.

Lorsque nous nous sommes parlé, mi-décembre, le Dr Maudrux quittait le conseil d'administration de la CARMF, à Paris. Il y occupe un siège de personne qualifiée au sein d'un conseil présidé par le Dr Thierry Lardenois, dont 90 % est entièrement dévoué à sa cause et défend mordicus son bilan.

"J'ai choisi ces administrateurs, et puis ils ont été démocratiquement élus. Ce sont des personnalités indépendantes qui partagent avec moi les mêmes idées et les mêmes valeurs. C'est fou de constater que la tutelle, avec l'appui de deux syndicats, a passé outre les résultats d'élections. Je ne suis pas aigri au plan personnel, mais ce n'est tout de même pas une belle manière de partir".

"Cela a été un peu une corvée, mais j'ai aussi pris du plaisir"

Faussement modeste, Gérard Maudrux, 66 ans, fait tout de même remarquer qu'il est le président de la CARMF qui a été le plus souvent élu. Mais pas celui qui a présidé le plus longtemps car il a démissionné, puis s'est représenté. **"J'ai tenu le poste 20 ans moins 18 mois. J'aurais accepté de rester 18 mois de plus pour passer sereinement le relai, ce qui m'aurait permis de devenir le président le plus longtemps élu. Mais bon, c'est une anecdote"**, minaude-t-il. L'homme ne peut s'empêcher d'ajouter que s'il avait su qu'il était parti pour rester 18 ans dans cette boutique, il n'aurait jamais accepté... **"Cela a été un peu une corvée, mais j'ai aussi pris du plaisir, je ne regrette pas. Cela dit, je comprends qu'on ait pu considérer que cela durait depuis trop longtemps. Mais les choses se faisaient. Pourquoi les empêcher ?"**

Il se dit **"fier"** de son bilan à la tête de la caisse de retraite, désormais **"sur ses rails"** et **"persuadé"** que la réforme du régime complémentaire se fera un jour ou l'autre. **"Mon départ facilitera sans doute les choses. Il y avait une fixation personnelle, mais je pense que la tutelle a compris que la voie de la sagesse, c'est la retraite à la carte"**.

A lui désormais de joindre la parole aux actes, dans le vieux moulin qu'il retape entièrement de ses mains et dans le jardin qu'il entretient, près de Grenoble.

Quatre chiffres surprenants sur les retraites des Français

Le Figaro Economie Guillaume Guichard 14.01.2016

Les pensions des artisans et commerçants ont augmenté plus vite que celles des salariés; les femmes sont parties plus tôt à la retraite en 2013; et une décision du président Charles de Gaulle a commencé à produire ses effets.

- **Les pensions des commerçants et des artisans ont augmenté plus vite que celles des salariés.**

Les cadres à la retraite ont été les plus mal servis entre 2008 et 2013. Leurs pensions Agirc (**retraite complémentaire**) ont baissé de 0,4% par an en moyenne (en euros constants, c'est-à-dire net d'inflation). Celles de l'Arrco (touchées aussi par les salariés) se sont tout juste maintenues (-0,01%). En revanche, les fonctionnaires ont légèrement gagné sur la période (+0,02%). Les mieux lotis ont toutefois été les artisans et commerçants affiliés au Régime social des indépendants (RSI). Leurs pensions de base ont en effet progressé de 0,02%, comme tout le monde, mais leur part complémentaire s'est appréciée de 0,41% chaque année. Il faut dire que les pensions complémentaires des commerçants avaient baissé de 0,36% en moyenne chaque année entre 2003 et 2008, et de 1,04% pour les artisans.

- **Les femmes partent plus tôt qu'avant à la retraite.**

Les réformes des retraites ne cessent, depuis 2003, de repousser l'âge de la retraite. Mais 77% des femmes nées en 1949 (génération ayant 64 ans en 2013) ont pu partir à la retraite avant l'année des 65 ans, contre 70% pour celles nées en 1944 et 66% pour celles nées en 1940. Un mécanisme plus puissant que le recul des bornes d'âge de départ explique ce phénomène: la participation de plus en plus forte des femmes au marché du travail. «L'amélioration de leurs carrières, au fur et à mesure des générations, leur permet d'atteindre le taux plein plus jeunes que leurs aînés», explique la Drees.

- **La scolarisation jusqu'à 16 ans, instituée en 1959, se fait sentir.**

Du fait des **réformes de retraites** menées par les majorités précédentes, qui repoussent l'âge de départ à la retraite, on compte de moins en moins de retraités âgés de 60 ans. Logique. Ce qui est plus inattendu, c'est une des raisons expliquant que la Drees compte également moins de retraités âgés de 56 à 59 ans. En l'occurrence, l'ordonnance du 6 janvier 1959, signée de la main du Général De Gaulle, repoussant la scolarité obligatoire de 14 à 16 ans. «La restriction des conditions d'accès au dispositif de retraite anticipée pour carrière longue instaurée depuis janvier 2009, renforcée par l'impact de l'augmentation de l'âge de la scolarité obligatoire porté à 16 ans pour les personnes nées à partir de 1953, explique la baisse de la part du nombre des retraités de 56 à 59 ans, observée notamment chez les hommes (de 8 points à 16 points entre 2008 et 2013, selon les âges)», écrit la direction des études du ministère des Affaires sociales.

- **Les plus fortes augmentations d'effectifs de retraités concernent les agriculteurs.**

La plus forte hausse du nombre de retraités concerne le régime des agriculteurs. Le nombre de pensionnés y a augmenté en 2013 de 74%! Toutefois, ce chiffre s'explique en grande partie par des questions administratives plus que par le vieillissement accéléré du monde agricole, bien réel. Viennent ensuite les salariés du privé et les fonctionnaires territoriaux (+23%), puis les fonctionnaires d'État (+14%).

Les retraités français ont l'un des meilleurs niveaux de vie au monde

LES ECHOS LE 14/12/2015 SOLVEIG GODELUCK

EXCLUSIF - Les plus de 65 ans sont bien mieux lotis que les autres dans l'OCDE. Depuis vingt ans, leur niveau de vie est supérieur à celui des actifs.

Ca va de mieux en mieux pour les retraités. Selon le projet de rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites (COR), auquel ont eu accès « Les Echos » et qui doit être présenté ce mercredi, la situation financière des seniors est plutôt meilleure que celle des actifs. « *Les ménages retraités ont en moyenne, actuellement, un niveau de vie légèrement supérieur aux autres ménages, un niveau de consommation à peu près égal, et un niveau de patrimoine supérieur. Au milieu des années 1990, les ménages retraités avaient déjà un niveau de vie un peu supérieur en moyenne aux autres ménages, mais leur niveau de consommation était encore inférieur et leur patrimoine n'était pas encore supérieur.* », écrivent les auteurs de ce document.

Un niveau de vie atteignant 105 % de celui des autres ménages

Si la pension moyenne brute est de 1.884 euros pour les hommes et de 1.314 euros pour les femmes en 2013, avec un taux de remplacement (le rapport entre la pension et le dernier revenu d'activité) médian de 73,3 % pour les deux sexes, les transferts sociaux et fiscaux plus le faible nombre de personnes à charge leur permettent d'afficher un niveau de vie atteignant 105 % de celui des autres ménages. Une tendance qui devrait d'ailleurs s'inverser, du fait de l'indexation des pensions sur l'inflation et non plus sur les salaires.

Quant à la consommation, elle augmente chez les retraités, au fur et à mesure que les anciennes générations plus économes disparaissent. L'écart de niveau de consommation était de 10 points en 2000 ; il n'est plus que de 3-4 points avec les retraités qui n'ont pas vécu la guerre. Ils épargnent à peu près autant que les autres ménages (15 %), contrairement à la théorie économique qui veut que les personnes âgées réduisent leur épargne. Cela s'explique en partie par la précaution (mettre de l'argent de côté en cas de dépendance), le vœu de transmettre, mais aussi par les donations, le souci d'aider les enfants et petits-enfants (4 % de leur revenu disponible).

Un effet de génération

Enfin, le patrimoine des retraités progresse plus rapidement que celui du reste de la population, et le montant de leur patrimoine médian est devenu supérieur en 2010. Il faut y voir un effet de génération : les carrières ont été plus lucratives et plus longues que celles des générations précédentes, d'où une certaine prospérité.

Le taux de pauvreté est inférieur à celui de l'ensemble de la population, du fait d'un système de protection sociale efficace : il fluctue entre 8 et 10 % contre 13 à 15 %. En 2013, il y avait 557.800 allocataires du minimum vieillesse, soit 4 % des retraités. Leur nombre a fortement baissé jusque dans les années 2000. La plupart des retraités ayant perçu de petits salaires touchent des minima de pension et n'ont donc pas besoin du minimum vieillesse qui s'adresse aux carrières courtes ou aux personnes n'ayant pas acquis de droits directs.

Tous les retraités ne sont pas logés à la même enseigne. Notamment devant l'accès aux soins : les 20 % de ménages les moins aisés consacrent plus de 10 % de leur revenu disponible aux dépenses de santé, en excluant les plus pauvres qui bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire ou de l'aide à la complémentaire santé.

Autre inégalité : celle entre les retraités qui peuvent se maintenir à domicile, et ceux qui sont hébergés dans une institution spécialisée. « *Alors que le montant médian de leurs ressources est estimé à un peu moins de 1.200 euros par mois en 2011, ces frais s'élèveraient à 1.600 euros par mois pour un pensionnaire ayant ce niveau de ressources* », écrit le Conseil. Plus question pour ces retraités-là d'épargner et d'aider leurs enfants... la situation se renverse.

Retraites : comment les pays développés s'adaptent

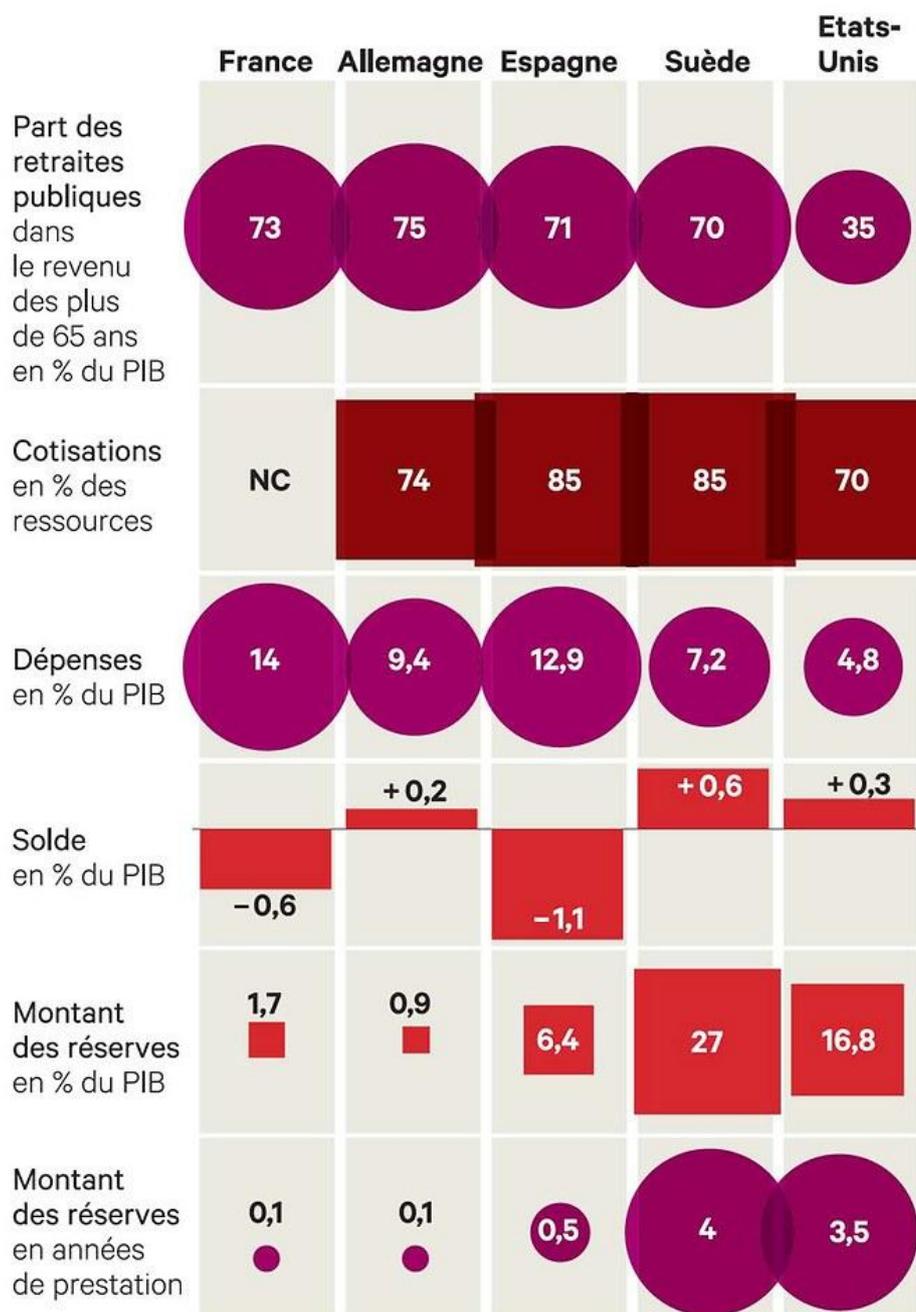
SOLVEIG GODELUCK Les Echos | LE 10/02/2015

Le Conseil d'orientation des retraites a dressé un panorama des systèmes de retraite de onze pays développés.

Les mécanismes d'ajustement automatiques se multiplient.

Comparaison des régimes de retraites

En % du PIB



Retraites : comment les pays développés s'adaptent.

L'exercice de comparaison des systèmes de retraite n'est pas chose aisée. Les paramètres sont si nombreux, de la démographie au budget national en passant par le marché du travail, que c'est quasiment mission impossible.

Le Conseil d'orientation des retraites (COR) s'est quand même lancé dans l'exercice avec un document de travail intitulé « Panorama des systèmes de retraite ».

Le COR distingue trois groupes parmi les onze pays étudiés.

Premièrement, ceux où les transferts publics constituent la majorité des revenus des plus de 65 ans, comme la Belgique (81 %), la France et l'Italie (73 %), l'Espagne, l'Allemagne, la Suède.

Deuxièmement, les pays où les revenus du capital pèsent à peu près autant que les transferts publics (Pays-Bas, Royaume-Uni, Canada), car les retraites par capitalisation y ont été encouragées.

Troisièmement, ceux où les revenus du travail demeurent encore importants : Etats-Unis (32 %), Japon (44 %) – des pays où les seniors continuent de travailler très tard.

Confrontés au défi du vieillissement, tous ces pays ont mené ces dernières années des réformes des retraites qui ont permis d'améliorer leurs perspectives financières.

Le COR constate qu'on peut obtenir des résultats comparables avec des systèmes aux antipodes : le niveau de vie des plus de 65 ans oscille entre 93 et 94 % de celui des actifs en Italie comme aux Etats-Unis, alors que les Italiens privilégient la répartition et les Américains la capitalisation.

Le Conseil relève quelques préoccupations communes aux Etats étudiés. Par exemple, le souci de moduler en temps réel les pensions pour rendre le système résistant aux crises démographiques et économiques. Ainsi, en Allemagne, en cas de déséquilibre financier, un ajustement est obligatoire, mais plusieurs contraintes ont été imposées : un plancher de réserves financières de 0,2 à 1,5 mois de pensions, un taux de cotisation maximum à 20 % puis 22 %, un taux de remplacement minimum de 46 % puis 43 %.

En Suède, la revalorisation des pensions est automatiquement corrigée dès que les recettes et les réserves financières s'écartent de la trajectoire, même si le régime est équilibré à court terme. Le montant de la pension est parfois lié au rapport retraités sur actifs (Allemagne, Japon), ou bien à l'espérance de vie (dans les systèmes notionnels en Suède et en Italie). En France, la durée de cotisation est fixée elle aussi en fonction de l'espérance de vie, mais il n'y a pas d'ajustement automatique.

Les pays étudiés ont aussi instillé des mécanismes de solidarité : possibilité de rachat d'années d'étude en France ou au Japon, attribution de droits gratuits à la retraite durant les années d'étude en Suède, droits non cessibles pour les mères ou les pères qui éduquent leurs enfants en Italie... Seules la France, et dans une moindre mesure l'Italie, prennent en compte explicitement la pénibilité du travail.

Quant aux pensions de réversion entre conjoints, elles ont tendance à s'effacer, même si elles jouent encore un rôle important dans la réduction des inégalités hommes-femmes. En Allemagne ou au Royaume-Uni, on pratique le « splitting » : on additionne les droits de retraite des époux, puis on les divise par deux.

Fin de vie: la loi est promulguée, mais le débat n'est pas clos...

Le Généraliste 03.02.2016

Cette fois, c'est promulgué ! A l'issue de près d'une année de navette parlementaire et de trois ans de débat de société sur le sujet, la nouvelle loi accordant de nouveaux droits aux personnes en fin de vie est parue au JO, une semaine après son adoption définitive par le Parlement. La proposition de loi avait été adoptée définitivement le 27 janvier après accord d'une commission mixte paritaire (CMP), composée de sept sénateurs et sept députés et à l'issue d'un vote à l'Assemblée largement positif dans l'après-midi et une quasi unanimité au Sénat dans la soirée.

Par rapport à la loi Léonetti de 2005, ce texte "créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie", issu d'une proposition de loi PS-LR, prévoit notamment un "droit à la sédation profonde et continue" jusqu'au décès pour les patients en toute fin de vie avec une souffrance insupportable. Elle rend contraignantes les "directives anticipées", par lesquelles chacun pourra stipuler son refus d'un acharnement thérapeutique. Elles s'imposeront au médecin, sauf en cas d'urgence vitale ou lorsqu'elles apparaissent manifestement inappropriées.

La semaine passée, Marisol Touraine avait salué "une avancée historique qui place le malade au coeur de la décision". Et le chef de l'Etat s'était fendu d'un communiqué, rappelant que "c'est un engagement pris en 2012 qui trouve aujourd'hui sa concrétisation". "Le temps et le dialogue ont permis de rapprocher les points de vue et de parvenir à un accord qui constitue aujourd'hui un progrès majeur en faveur du respect des droits et de la dignité de la personne humaine jusqu'à sa mort", soulignait François Hollande.

Mais le compromis néanmoins semble fragile, comme le cachait à peine l'un des deux auteurs du texte, le socialiste Alain Claeys : "Avant de franchir d'autres étapes, soyons modestes: essayons d'appliquer" cette loi et de la "faire connaître" car "il y a une grande attente" des Français, a plaidé à l'Assemblée Alain Claeys, qui avait été missionné par le président de la République avec Jean Leonetti dans un souci de rassemblement. "Ce texte n'ouvre pas un droit à la mort, à l'euthanasie ou au suicide assisté", a-t-il aussi affirmé face aux craintes notamment d'une partie de la droite.

De nombreux parlementaires restent cependant sur leur faim. Ainsi des radicaux de gauche et écologistes, partisans d'une assistance active à mourir, qui ont regretté à l'Assemblée "un rendez-vous manqué", avec un texte restant "ambigu" selon eux et n'offrant pas "la liberté à chacun". L'écologiste Véronique Massonneau a aussi critiqué un débat "verrouillé" à l'initiative de l'exécutif notamment "par crainte d'une nouvelle mobilisation sociale", comme avec le "mariage pour tous" au début du quinquennat.

A l'opposé, une minorité des parlementaires de droite aurait voulu en rester à la législation de 2005, voire revenir en arrière, craignant des dérives "euthanasiques".

Plusieurs associations en pointe sur le sujet vont poursuivre leur mobilisation. Ainsi l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD), partisane de l'euthanasie, qui a publié mercredi dernier un "avis de décès" de la promesse de François Hollande. A l'opposé, le collectif "Soulager mais pas tuer" a mis en place des "comités de vigilance" pour veiller à ce que la loi ne permette pas des "euthanasies masquées".

Sauve-qui-peut sur les parcours PAERPA des personnes âgées !

Après le retrait de l'UNPS, celui du Collège de la médecine générale...

Le Généraliste 26.02.2016

Pas question de continuer dans ces conditions. En l'espace de quinze jours, deux structures représentant les médecins libéraux ont décidé de se retirer des parcours de santé en risque de perte d'autonomie, les fameux **PAERPA**, pourtant si emblématiques de la volonté des pouvoirs publics de recentrer les parcours de soins sur l'ambulatorio. **L'Union nationale des professions de santé (UNPS)** à claqué la porte du comité de pilotage le 10 février. Et à son tour, **le Collège de la médecine générale** annonce ce 26 février qu'il quitte le dispositif.

Ce n'est pas faute pour le premier d'approuver la philosophie de ce mécanisme : "*La démarche, centrée sur les parcours de santé, les coopérations interprofessionnelles et intersectorielles, et une complémentarité entre les soins primaires et les soins de recours, était pertinente,*" évoque comme à regret **le Collège que préside Pierre-Louis Druais**, qui néanmoins constate "l'échec" des expérimentations.

Lancés il y a deux ans **sur neuf territoires**, les PAERPA n'ont d'abord pas réussi à faire recette. Selon l'UNPS, **fin 2015, seuls 1390 PPS avaient été réalisés** sur ces territoires par l'ensemble des acteurs concernés (professionnels de santé libéraux, salariés, CTA). Maigre bilan, alors que le dispositif devait concerner potentiellement 7492 professionnels de santé libéraux (infirmiers, médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes) et 189 600 personnes âgées de 75 ans et plus ! **En Hautes-Pyrénées**, le nombre de PPS était seulement de 26 en avril 2015, 31 en juillet 2015 et **60 fin 2015**, pour un objectif fixé en fin d'expérimentation à 6000 PPS...

Si le résultat est aussi modeste, c'est aussi une question de fonctionnement, que désapprouve désormais les acteurs de santé libéraux. Défaut d'hospitalocentrisme d'abord : "**le modèle hospitalier axé sur le couple médecin-infirmier, reproduit dans le dispositif PAERPA, n'a pas de sens pour une prise en charge au domicile du patient,**" juge **l'UNPS que préside le kiné Daniel Paguessorhayé**. "*Dans les orientations actuelles, particulièrement hospitalo-centrées, nous ne souhaitons pas qu'une fois de plus, la médecine générale soit un faire valoir, en l'absence de volonté institutionnelle et politique,*" abonde le Collège de la médecine générale.

A l'UNPS, on critique aussi **la limitation à trois ou quatre professionnels** de l'équipe autour du patient, car inopérante en milieu ambulatorio. Au Collège, on déplore que "*les logiques inhérentes aux soins primaires et les réalités de terrain*" n'aient "*pas été prises en considération*". Le mode de fonctionnement est également perçu comme trop bureaucratique aux yeux de l'UNPS : "*les professionnels de santé libéraux ne peuvent accepter que les coordinations territoriales d'appui (CTA), entités administratives dont la mission n'est pas la prise en charge du patient à son chevet, réalisent elles-mêmes les PPS ou analysent, évaluent et valident ceux réalisés par les professionnels de santé libéraux.*"

Enfin, plus prosaïquement, Collège et UNPS estiment l'un comme l'autre que **le compte n'y est pas pour les acteurs de terrain**. L'UNPS rappelle avoir exigé, depuis le début, que "*les fonctions de synthèse médicale du médecin traitant et de coordination par un membre de la CCP soient distinguées et valorisées, et que le travail d'équipe pour chacun des membres y participant soit reconnu.*" En vain souligne-t-elle... Même constat de carence au Collège: "**sans une rémunération dédiée des professionnels de premier recours, sans des moyens destinés aux soins primaires, il ne sera pas possible de mobiliser les professionnels de santé libéraux**". Au final, autant dire que les PAERPA ont bien mal négocié pour l'instant le virage ambulatorio...

Dépendance : la prévention est possible

EGORA par Dr Chantal Guéniot le 24-12-2015



ENJEUX 2016 - Un rapport de l'Académie nationale de médecine donne des pistes pour repérer les facteurs de risque de fragilité. Un enjeu sociétal majeur.

La population française devrait augmenter de 14 % entre 2015 et 2050. Dans le même temps, le nombre de personnes âgées dépendantes progressera de 66 %. **"Réussir le vieillissement devient un enjeu sociétal et économique majeur"**, soulignent les académiciens dans un rapport, *"Prévention de la dépendance liée au vieillissement"*, qui a été présenté le 24 novembre 2015. Les maladies cardio et neurovasculaires, cognitives et néphrologiques sont des causes fréquentes de handicaps lourds

et partagent des facteurs de risque similaires. Dans l'étude Whitehall, fondée sur le suivi de 19 000 hommes pendant trente-huit ans, la présence d'une HTA, d'une hypercholestérolémie et d'un tabagisme diminuait l'espérance de vie de dix ans, et de quinze ans si un diabète et une obésité étaient associés (Clarke R, et al. BMJ 2009).

Souvent négligés, notamment en raison du coût élevé de leur prise en charge, les troubles sensoriels jouent un rôle important dans le déclin cognitif et constituent, avec les troubles musculo-squelettiques, une source de handicap et d'immobilisation. La sarcopénie, en particulier, **"est la grande responsable de l'entrée en dépendance"**, selon le rapport. Pour le Pr Jean-Pierre Michel (Genève), **"la fragilité et la sarcopénie peuvent être freinées, voire même sont réversibles grâce à une activité physique adaptée et à une alimentation riche en protéines et en certains acides aminés, leucine notamment"**.

Les académiciens accordent au risque iatrogène une place d'autant plus grande que les comorbidités sont la règle. Certains médicaments appellent une prudence particulière. **"Benzodiazépines et anticholinergiques sont à proscrire"**, a estimé le Pr Michel. Les statines ont l'inconvénient d'entraîner des atteintes musculaires et ne doivent pas être associées aux fibrates ni à l'amiodarone. Le rapport insiste aussi sur les risques associés aux Ains et à l'injection de produits de contraste, responsables d'insuffisances rénales.

Exercice physique, nutrition... des bénéfices établis

L'effet bénéfique de l'activité physique sur le vieillissement paraît majeur. Près de 16 000 études ont été publiées sur ce sujet. Parmi elles, une étude anglaise (Hamer M, et al. Br J Sports Med 2014), qui a l'inconvénient d'être observationnelle, indique que les personnes qui pratiquent au moins une fois par semaine une activité physique à un âge avancé (moyenne : 63,7 ans) ont plus de chances d'être en bonne santé huit ans plus tard, que cette activité soit modérée (OR : 2,67) ou intense (OR : 3,53). Point important, si le bénéfice était plus élevé pour ceux qui avaient toujours été sportifs (OR : 7,68), il était très net également pour les participants qui avaient démarré une activité physique tardivement (OR : 3,37).

Les risques associés à l'obésité et les bienfaits de l'alimentation de type méditerranéen pour la prévention des maladies chroniques sont de mieux en mieux établis. Cependant, perdre du poids aux alentours de la cinquantaine n'est pas toujours bon signe. Entre 43 et 53 ans, le gain de poids est en moyenne de 4,8 kg, selon le suivi prospectif de 5 000 enfants nés la première semaine de mars 1946 en Grande-Bretagne (Albanese E, et al. PLoS One 2014). Dans cette étude, ceux qui avaient pris moins de poids ou en avaient perdu avaient une mortalité plus élevée entre 53 et 65 ans.

Un examen de santé à "mi-vie"

"L'éducation à la santé doit commencer dès l'enfance", a rappelé le Pr Claude Dreux, responsable du groupe de travail Culture de prévention en santé. Tout en recommandant des consultations de prévention tous les cinq ou dix ans, tout au long de la vie, les académiciens insistent sur l'importance d'identifier et de contrôler les facteurs de risque de fragilité entre 45 et 55 ans. Pour cela, ils préconisent qu'un examen de santé soit formalisé à mi-vie et pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale. Ils recommandent également un dépistage organisé des maladies chroniques (troubles sensoriels, HTA, insuffisance rénale, diabète...) ainsi que **"l'instauration d'une activité physique sur ordonnance, animée par des éducateurs médico-sociaux spécialisés dépendants du ministère de la Santé"**.

Une expérience de ce type est déjà menée depuis quelques années à Strasbourg, et le sport sur ordonnance a été introduit par amendement dans l'article 35 bis de la loi de santé et vient d'être voté, mais seulement pour les personnes en ALD. Le rapport de l'Académie recommande enfin de profiter de la vaccination antigrippale pour renouveler la prescription systématique de vitamine D.

Ces recommandations ont de bonnes chances d'atteindre les personnes d'un niveau socio-éducatif moyen ou élevé. L'éternel défi est d'en faire bénéficier aussi les classes les plus défavorisées. Actuellement, l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers atteint six ans pour les hommes et trois ans pour les femmes en France. Elle n'a pas diminué depuis les années 1990.

Tiers payant, négos conventionnelles, conférence de santé... Tout ce qui vous attend en 2016

EGORA par C. L B le 02-01-2016



Entre la Grande conférence de santé de Manuel Valls boudée par la profession et la guérilla tarifaire lancée dès janvier par les médecins, l'année 2016 commencera sur les chapeaux de roues. Elle sera aussi, et surtout, marquée par les négociations de la nouvelle convention médicale... Egora a dressé la liste de tout ce qui vous attend pour cette nouvelle année. A vos agendas.

Protection universelle maladie

Attention, au 1er janvier, voilà l'entrée en jeu de la PUMA. Entendez par là, la protection universelle maladie, votée fin octobre dernier, dans le cadre du budget de la sécurité sociale 2016. Si l'on en croit les propos de la ministre de la Santé, il sera plus facile de changer de régime d'assurance maladie (ce qui n'est pas du luxe), en cas de perte ou de changement de travail, de mutations ou de changements de régimes (MSA, RSI ou sécu étudiante). La résidence régulière en France devient le seul critère demandé, et tous les changements, y compris de domicile et de caisse, pourront se faire à partir du site ameli.fr, sans délai et en quelques clics, garantit-on.

Autre changement : la disparition du statut d'ayant droit pour les personnes majeures, et l'attribution d'une carte personnelle à chaque assuré de plus de 18 ans, qui recevra ses remboursements sur son compte bancaire. Enfin, sur demande en ligne, une carte vitale personnelle pourra être attribuée à toute personne dès l'âge de 12 ans.

Selon le ministère de la Santé, en allégeant les contrôles, la réforme permettra de réaliser 20 millions d'euros d'économies dès 2016 et 100 millions à terme.

Protection complémentaire pour tous

En outre, au 1^{er} janvier toujours, entre en vigueur la protection complémentaire obligatoire pour tous les salariés, en vertu de la loi ANI (accord national interprofessionnel). Ces derniers bénéficieront d'un contrat responsable, c'est-à-dire, à la fiscalité allégée pour l'employeur. Contre-partie pour le patient : respecter le parcours de soins et accepter certaines limitations du remboursement des dépassements d'honoraires notamment.

Se pose dès lors la question, non résolue, de la prise en charge des dépassements d'honoraires en secteur 2. La question est également d'actualité pour les titulaires d'un contrat d'accès aux soins (CAS), car contrairement aux promesses faites lors de la mise en place du mécanisme, en 2012, ni les mutuelles, ni les assurances privées ou instituts de prévoyance ne se sont engagés officiellement à solvabiliser prioritairement ces dépassements contractuellement limités.

Tiers payant : le rapport qui dévoile le mécanisme choisi

En janvier également, on attend la remise du rapport circonstancié annoncé, décrivant les détails des mécanismes mis en place pour réaliser le tiers payant généralisé. Co-rédigé par l'assurance maladie et les organismes de complémentaire santé, ce rapport sera étudié à la loupe par les syndicats médicaux, qui redoutent de voir ressurgir le double flux, obligeant à une double saisie des médecins. Un scénario défendu par les mutuelles, qu'ils refusent mordicus.

Election des bureaux des URPS

Les mandats des élus aux unions régionales des professions de santé (URPS) ont été prorogés jusqu'au 1^{er} janvier 2016, pour tenir compte de la mise en place au premier jour de l'année, de la réforme territoriale.

Les nouvelles URPS vont donc devoir procéder à l'élection de leurs bureaux respectifs, par collèges (médecine générale, praticiens à plateaux technique, autres spécialités). Des alliances sont à attendre parmi les représentants de la médecine générale, qui se sont notamment engagés à défendre une plateforme commune de revendications, pour la négociation conventionnelle qui débutera en février prochain, avec la CNAM. Ces nouvelles équipes se frotteront aux nouvelles ARS, qui ont été dotées de pouvoirs élargis par la loi de santé adoptée le 17 décembre dernier.

C à 25 euros, et plus

Mais cette rentrée ne sera pas une balade en gondole. Ce sera tout l'inverse même, une tempête et le début d'une offensive tarifaire des médecins généralistes qui pourrait bien durer plusieurs mois, afin de peser sur la convention médicale qui mise en chantier en février prochain. Mais le terrain de jeu a été délimité par le budget de la Sécu : contraint dans un ONDAM (objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladies) à 1,75 %, qui oblige à oublier les rêves tarifaires, alors que le prix du C est bloqué à 23 euros depuis le 1^{er} janvier 2011. Invivable pour les leaders des syndicats de médecins généralistes, qui rappellent qu'en fonction des mécanismes conventionnels, toute augmentation validée par la tutelle,

doit être différée de 8 mois avant de pouvoir s'appliquer. Ce qui nous amène à 2017, année électorale. Inenvisageable.

Dès la mi-décembre, l'UNOF-CSMF, le SML et MG France mettaient en circulation un questionnaire à destination des médecins généralistes, pour mesurer leur degré de mobilisation et le type d'actions auxquelles ils seraient prêts à s'associer : guérilla tarifaire sur le C et le V, à quel niveau ? Grèves de la PDSa, de la télétransmission, fermeture des cabinets, manifestations et l'on en passe... Dépouillés fin décembre, les réponses à ce questionnaire constitueront le guide de l'action syndicale pour la médecine générale, dès le mois de janvier. MG France qui a déjà lancé son offensive tarifaire dès mars dernier, estime que le C à 25 euros est un point de départ et que l'on ne peut démarrer la nouvelle année sans faire moins.

La grande consultation du conseil de l'ordre des médecins

Autre grande consultation, celle du Conseil national de l'Ordre des médecins, lancée par le CNOM en pleine crise contre la loi de santé, auprès de tous les confrères inscrits. Après une série de déplacements du bureau du CNOM à travers la France, des spots télévisés sur le métier de médecin et des sondages auprès des patients, les résultats de ce questionnaire diffusé à tous les médecins, seront dévoilés le 26 janvier à Paris.

Patrick Bouet, le président du CNOM, informe que ces résultats constitueront la plateforme de revendications de tous les médecins de France. Celle que le CNOM défendra auprès de tous les politiques, à un an et demi de la présidentielle. Car le président de l'Ordre est persuadé que la loi de Santé ne sera pas appliquée. Et que le prochain gouvernement sera obligé d'en élaborer une autre, à partir de de la synthèse ordinaire, construite auprès de tous les médecins de France.

La grande conférence de santé de Manuel Valls et son boycott

Réunion, le 11 février, de la Grande conférence nationale de santé organisée par le Premier ministre. Manuel Valls en a eu l'idée lorsqu'il a reçu les délégations syndicales, qui avaient organisé une manifestation monstre à Paris, le 15 mars dernier, contre la loi de Santé. Mais le chef du gouvernement risque de se retrouver bien seul, avec les jeunes et les hospitaliers, tous les syndicats de médecins libéraux ayant décidé de boycotter l'événement, en protestation contre son intransigeance vis-à-vis du tiers payant généralisé en 2017 et d'autres points de la loi.

Ce même 11 janvier, les rebelles CSMF, FMF, MG France, le SML et l'Ufml organiseront leurs propres "Assises de la médecine libérale" à Paris, pour faire la pige au Premier ministre.

Démarrage des négociations de la convention médicale

Pour les médecins généralistes, qui entendent parler d'une même voix, le bilan de la convention 2011 est désastreux pour la spécialité. C bloqué depuis le 1^{er} janvier 2011, nomenclature des spécialistes en panne, charges administratives liées au dispositif du médecin traitant qui s'alourdissent sans compensation, PDSa qui s'impose dans des agendas surchargés du fait de la désertification médicale, manque de moyens, manque de relève.... Le cahier de doléances est chargé, malgré les promesses de la ministre d'un lendemain qui chante, grâce à sa stratégie nationale de santé, qui entre dans sa phase 2, et le mythique "tournant ambulatoire", qui doit se prendre sans moyens supplémentaires.

Car avec un ONDAM gelé à 1,75 %, le directeur général de la CNAM (qui négocie également avec les kinés, les dentistes et les infirmiers), a d'ores et déjà prévenu qu'il ne pourrait servir tout le monde. Et il a bien fait comprendre aux médecins qu'il n'était pas chaud pour la mise en place d'un C modulable, autrement dit, la CCAM clinique, pourtant inscrite en toutes lettres dans la catégorie "à faire", de la convention 2011...

Tiers payant pour 10 millions d'assurés de plus

C'est le crash test redouté tant par la CNAM que par les médecins libéraux : la mise en place du tiers payant généralisé aux malades en ALD et aux femmes enceintes est prévue au 1er juillet 2015. Soient, 10 millions d'assurés de plus qu'aujourd'hui, tous gros consommateurs de soins. Déjà, la mise en place du TPG pour les titulaires de l'ACS (aide complémentaire santé), en juillet dernier, a été saluée par une promesse de boycott de tous les médecins libéraux.

Pour la CNAM, il s'agit d'un lancement à hauts risques, tant les médecins libéraux attendent l'assurance maladie au tournant. Elle a l'obligation de traduire dans les faits l'engagement du Président de la République, qui donné sa parole que le TPG ne serait lancé qu'à la condition qu'il soit rapide, facile et garanti pour ses utilisateurs. Presque la quadrature du cercle, tant les divers impératifs des divers protagonistes sont divergents.

Primaires de la droite

Les médecins libéraux, qui ont vraiment eu le sentiment d'être maltraités par la Gauche, vont suivre avec attention la désignation du leader de l'opposition. A Droite, tous ont promis d'abroger la loi de Santé avec plus ou moins de force. Nicolas Sarkozy et Alain Juppé, en totalité. François Fillon, en partie. A suivre donc.

Voilà la convention que vos syndicats défendront face à la CNAM

Egora par Catherine le Borgne le 19-02-2016

L'idée de consolider le front commun construit autour du rejet de la loi de Santé et du tiers payant généralisé, vient de se formaliser par l'écriture d'une plate-forme commune aux cinq syndicats signataires, leur outil pour la négociation conventionnelle qui s'ouvre mercredi prochain. Au programme : bonification de la couverture sociale, choix de secteur conventionnel ouvert à tous, forfait structure, réécriture de la ROSP... et bien d'autres choses.

Elaboré dans le contexte des Assises de la médecine libérale, ce document sera la feuille de route des médecins libéraux, qu'ils feront valoir face à la CNAM et aux organismes de protection complémentaires, dès mercredi 24 février, jour de l'ouverture des négociations. En préambule, les syndicats signataires, s'accordent sur le principe d'une équité entre tous les médecins et de la réintégration dans l'ONDAM de ville des charges supplémentaires permettant d'avoir les moyens du virage ambulatoire. En ce qui concerne l'avantage solidarité vieillesse, ils s'accordent sur la nécessité d'une garantie de la participation des caisses prenant en charge les 2/3 de la cotisation par l'ASV pour les médecins secteur 1.

Protection sociale

Les syndicats demandent la mise en place d'un avantage supplémentaire maternité (ASM), qui vaudrait pour toutes les femmes quel que soit le secteur d'exercice. Et la réduction du délai de carence avant le versement des indemnités journalières. Ils demandent pour cela, la participation de l'Assurance Maladie sur le modèle du contrat des praticiens territoriaux de médecine (PTMG).

Choix de secteur

Les signataires demandent également que le choix de secteur puisse être libre pour tout médecin, quelle que soit sa spécialité, ses titres et sa date d'installation. Cela vaut pour le secteur 1, 2, le contrat d'accès aux soins et un espace de liberté tarifaire. Ce choix de secteur serait en outre, réversible annuellement.

Nomenclature

Les syndicats demandent de valoriser les actes non programmés par un coefficient multiplicateur ; valoriser les actes effectués en urgence, y compris en journée ; valoriser les consultations longues, la mise en place d'une classification des consultations avec un contenu identifié ; valoriser la fonction de médecin traitant, et des actes de télémédecine.

- CCAM technique : les actes réalisés en ambulatoire doivent être valorisés par une rémunération supplémentaire du médecin traitant et de l'équipe chirurgicale libérale, par la possibilité d'association d'un acte technique avec un acte clinique à taux plein, et le paiement de la consultation post opératoire y compris si elle est effectuée dans les 15 jours qui suivent l'acte opératoire.
- Les syndicats demandent à revoir le contenu de la ROSP. Ses critères doivent être définis par collègues professionnels, sur une base scientifique.
- Forfait structure : il doit intégrer le volet organisationnel issu de la ROSP actuelle. Par ailleurs, tous les forfaits doivent être remis à niveau, en réintégrant dans la convention les financements correspondants (Permanence des Soins, Maître de Stage Universitaire, dépistage, aide à l'assurance de Responsabilité Civile Professionnelle...).
- La fonction de maître de stage universitaire doit être valorisée à travers la ROSP et le forfait structure. Ces fonctions doivent être accessibles à toutes les spécialités.

Relation médecin traitant-médecins correspondants

Les cinq syndicats demandent par ailleurs, la mise en place effective du choix du médecin traitant pour l'enfant, et la mise en place de programmes de santé publics spécifiques pour cette tranche d'âge.

Le rôle et la coordination par le médecin traitant et du médecin correspondant doivent être valorisés. Les outils de coordination sont la messagerie sécurisée, la transmission systématique des informations aux médecins traitants, le volet médical de synthèse, les différents courriers. La coordination est sous la responsabilité du médecin traitant.

Coordination

Le dossier médical partagé (DMP) est un outil d'archivage pour le patient, pas un outil de coordination. La messagerie sécurisée est un outil d'échange d'informations entre professionnels de santé. Le temps de coordination doit être pris en compte et valorisé.

Maisons de santé, égalité d'accès aux soins, démographie...

Dans les territoires, l'implication du médecin dans l'organisation du territoire doit être valorisée (organisation de la continuité des soins, mise en place de communautés professionnelles territoriales de santé, de plateformes d'appui, programme de dépistage organisé, activités de prévention, éducation thérapeutique, relations ville hôpital).

Pour les cinq syndicats, "le territoire est un lieu de cohérence : toute organisation des soins ne se réalise qu'avec l'accord des professionnels du territoire organisés autour de la fonction du médecin traitant en relation avec les médecins correspondants".

S'agissant de la démographie médicale et de l'égalité d'accès aux soins, les signataires demandent une évaluation de l'ensemble des mesures incitatives mises en place. Ils estiment que les mesures conventionnelles incitatives doivent être rapatriées "dans le volet organisationnel du médecin. Des mesures incitatives supplémentaires doivent être mises en place pour l'accueil et l'organisation de la formation des étudiants afin de leur faire découvrir l'exercice de la médecine libérale en zones fragiles". Un accompagnement professionnel conventionnel pourrait être créé, avec des dotations spécifiques, gérées paritairement.

Prévention, dépistage et santé publique

L'activité de prévention doit être rémunérée, coordonnée par le médecin traitant. C'est le médecin qui inclue le patient dans le programme de dépistage. Par ailleurs, l'organisation de la prévention populationnelle sera faite en concertation avec les médecins libéraux organisés sur le territoire. Un mandat de santé publique est délégué aux médecins libéraux au niveau territorial.

Convention : de nouvelles relations avec les caisses

Les signataires de la plateforme demandent la mise en place d'une charte de bonne pratique caisses-syndicat, l'application de la charte du contrôle médical, le respect des procédures contradictoires et d'information, une saisine conventionnelle paritaire préalable aux enquêtes et procédures, ainsi qu'à la commission des pénalités, le rééquilibrage des droits, devoirs et pénalités réciproques. En enfin, l'appréciation paritaire des anomalies détectées par les caisses.

Télé médecine

Les syndicats demandent, dans le cadre du parcours de soins, la valorisation du conseil téléphonique ainsi que des actes de télé médecine.

Innovation-Recherche

Ils demandent que la médecine libérale puisse avoir accès à l'innovation, et la mise en place d'un programme de recherche clinique accessible à l'ensemble de la médecine libérale.

Smic, cotisations, couverture santé... tout ce qui change au 1er janvier

La Tribune Par **Jean-Christophe Chanut** | 30/12/2015

Les cotisations "retraite" vont légèrement augmenter le 1er janvier 2016, mais la couverture santé devient obligatoire pour tous les salariés (Crédits : REUTERS) Cotisations retraite, montée en puissance du pacte de responsabilité, prime d'activité... de nombreuses modifications fiscales et sociales interviennent, comme d'habitude, le 1er janvier. Avec cependant pour 2016 quelques nouveautés.

Traditionnellement, le 1er janvier, plusieurs changements interviennent dans les législations fiscale et sociale. Cette année est particulièrement chargée avec l'entrée en vigueur de la couverture santé obligatoire et la poursuite de la montée en puissance du pacte de responsabilité. Tour d'horizon.

Revalorisation du Smic de 0,6%

À partir du 1er janvier 2016, le salaire minimum interprofessionnel de croissance (Smic) **est revalorisé de 0,6 %**. Aucun « coup de pouce » n'a été accordé par le gouvernement.

Le nouveau montant horaire brut du Smic est donc porté à **9,67 euros** au 1er janvier 2016 (contre 9,61 euros depuis le 1er janvier 2015), soit **1.466,62 euros bruts mensuels** sur la base de la durée légale de 35 heures hebdomadaires (contre 1.457,52 euros bruts, jusqu'ici). Le Smic avait été revalorisé de 0,8 % au 1er janvier 2015.

Couverture santé complémentaire obligatoire

Comme prévu par la loi du 14 juin 2013, à compter du 1er janvier 2016, **une couverture complémentaire santé collective obligatoire** (via une mutuelle, une institution de prévoyance ou une compagnie d'assurance) doit être proposée par l'employeur du secteur privé à tous les salariés, n'en disposant pas déjà, en complément des garanties de base d'assurance maladie de la Sécurité sociale. Tous les employeurs, y compris les associations, quelle que soit la taille de l'entreprise, sont concernés (seuls les particuliers employeurs sont exclus).

L'employeur doit souscrire un contrat auprès d'un organisme assureur de son choix, après mise en concurrence, et en assurer le suivi. La couverture des ayants droit (enfants ou conjoint) peut être prévue dans le contrat, mais n'est pas obligatoire.

Création de la prime d'activité

La **prime d'activité** entre également en vigueur à partir du 1er janvier 2016. Cette prime, instituée par la loi du 17 août 2015, est à destination des salariés modestes et remplace le RSA « activité » et la prime pour l'emploi (PPE). Elle a pour objectif d'inciter ces travailleurs (salariés ou non-salariés) à l'exercice ou à la reprise d'une activité professionnelle tout en soutenant leur pouvoir d'achat.

Cette prime est ouverte sous conditions de ressources aux jeunes actifs dès 18 ans. Elle concerne également les étudiants salariés et les apprentis répondant à certaines conditions particulières.

Le montant de cette prestation est calculé en fonction de la composition et des ressources du foyer. Elle est versée aux actifs à temps plein ou partiel qui perçoivent une rémunération inférieure à un certain plafond. Pour un célibataire sans enfant, ce plafond est fixé à 1,3 Smic, soit environ 1.500 euros net par mois.

Plafond de la Sécurité Sociale

À partir du 1er janvier 2016, le plafond de la sécurité sociale (qui sert pour calculer un certain nombre de prestations et de cotisations sociales) est revalorisé de 1,5 % par rapport au plafond 2015. Il est porté à :

- 38.616 euros en valeur annuelle (contre 38.040 euros en 2015) ;
- 3.218 euros en valeur mensuelle (contre 3.170 euros en 2015) ;
- 177 euros en valeur journalière (contre 174 euros en 2015) ;
- 24 euros en valeur horaire (comme en 2015).

Hausse des cotisations de retraite de base

La cotisation d'assurance vieillesse assise sur la totalité du salaire (qui ne génère pas de droits) et la cotisation d'assurance vieillesse plafonnée sous le plafond de la sécurité sociale, (soit 38.616 euros pour 2016) augmentent au 1er janvier de 0,10 %, pour moitié à la charge de l'entreprise et pour moitié à celle du salarié.

Concrètement, pour le régime général, les taux de cotisations retraites seront les suivants :

Salaire annuel inférieur à 38.616 euros : employeur : 8,55 %, salarié : 6,90 %

Sur la totalité du salaire : employeur : 1,85 %, salarié : 0,35 %.

Nouveaux allègements de cotisations sociales pour les entreprises

Au lieu d'être mis en œuvre au 1er janvier 2016, comme initialement prévu, les nouveaux allègements de cotisations patronales d'allocations familiales de 1,8 point sur les salaires au-delà de 1,6 fois le Smic et jusqu'à 3,5 fois le Smic seront finalement applicables à compter du 1er avril.

Allègement de la fiscalité pesant sur les entreprises

En 2017, la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) sera totalement supprimée. En attendant, en 2016, elle fera l'objet d'un abattement en faveur des entreprises de taille intermédiaire (ETI) pour un coût global de d'un milliard d'euros. Selon le gouvernement, il ne restera ainsi que 20.000 entreprises assujetties à la C3S. Un premier abattement a été opéré en 2015, pour le même coût, permettant aux PME, qui représentaient les deux-tiers des 300.000 entreprises initialement assujetties, de ne plus payer la contribution.

Fin de la contribution exceptionnelle sur l'impôt sur les sociétés

La contribution exceptionnelle sur l'impôt sur les sociétés (IS) prendra fin en 2016, représentant une baisse de fiscalité de près de 2,5 milliards d'euros.

Cotisations autoentrepreneurs

Les cotisations sociales des autoentrepreneurs sont légèrement augmentées. Ces cotisations sont calculées selon un taux forfaitaire sur le chiffre d'affaires réellement encaissé. Ainsi, pour les autoentrepreneurs qui vendent des marchandises, le taux passera de 13,3 % à 13,4 %. Ceux qui effectuent des prestations de services verront leur taux passer de 22,9 % à 23,1 %.

Indemnité kilométrique vélo

Nouveauté 2016 prévue par la loi de transition énergétique, afin d'encourager l'usage du vélo, une indemnité kilométrique spécifique vélo (IKV) est instituée. Les personnes qui se rendent sur leur lieu de travail à vélo peuvent obtenir de leur employeur un défraiement à hauteur de 25 centimes du kilomètre effectué, jusqu'à hauteur de 200 euros par an, exonéré d'impôt sur le revenu et de cotisations sociales. Mais attention, la mesure reste facultative pour l'entreprise.

Contribution sur l'électricité

Taxe peu connue, en 2016, la contribution au service public de l'électricité (CSPE), payable par tous les consommateurs d'électricité, passera à 22,5 euros par mégawattheure contre 19,5 euros en 2015. Soit une hausse de... 15,4 %

Impôt sur le revenu : les nouveautés fiscales 2016

Les Echos Publishing | 06/01/2016 Fabrice Gomez

La loi de finances pour 2016 modifie l'imposition des revenus des particuliers.

La loi de finances pour 2016 prévoit notamment la revalorisation du barème de l'impôt sur le revenu ainsi que le renforcement du mécanisme de la décote.

Le barème de l'impôt sur le revenu modifié

Chaque limite des tranches du barème de l'impôt sur le revenu est revalorisée de 0,1 %. Ce taux correspondant à la hausse prévisible de l'indice des prix hors tabac pour 2015.

Le barème applicable aux revenus 2015 est donc le suivant :

Revalorisation des limites et seuils

L'ensemble des seuils et limites associés au barème de l'impôt sur le revenu font en principe l'objet d'une réévaluation dans la même proportion que la limite supérieure de la première tranche du barème de l'impôt sur le revenu. Pour l'imposition des revenus 2015, la revalorisation de ces seuils et limites est donc de 0,1 %.

Aménagement de la décote

Lorsque le montant de l'impôt brut est inférieur à une certaine limite, une décote est pratiquée sur le montant de cet impôt après application, le cas échéant, du plafonnement des effets du quotient familial.

Précision :

la décote s'applique aux contribuables, quelles que soient leur situation et leurs charges de famille.

Depuis la dernière loi de finances, le montant de la décote était égal à la différence entre sa limite d'application et le montant de la cotisation brute du contribuable.

Exemple :

M. Durand est célibataire et sa cotisation d'impôt brute est égale à 650 €.

=> Montant de la décote sur les revenus 2014 : $1\ 135 - 650 = 485$ €.

=> Impôt à payer = $650 - 485 = 165$ €.

La loi de finances pour 2016 modifie le montant de la décote et son mode de calcul. D'une part, la limite d'application de la décote est portée à 1 165 € (au lieu de 1 135 €) pour les célibataires, divorcés, séparés et veufs et à 1 920 € (au lieu de 1 870 €) pour les personnes mariées ou pacsées soumises à une imposition commune. D'autre part, le montant de la décote est désormais égal à la différence entre sa limite d'application et les trois quarts du montant de la cotisation d'impôt brute du contribuable.

Exemple :

M. Durand est célibataire et sa cotisation d'impôt brute est égale à 650 €.

=> Montant de la décote sur les revenus 2015 : $1\ 165 - (3/4 \times 650) = 677,50$ €.

=> Impôt à payer = $650 - 677,50 = 0$ €. Loi n° 2015-1785 du 29 décembre 2015, JO du 30.

Loi n° 2015-1785 du 29 décembre 2015, JO du 30

Donation à un enfant : le tour des « autres » formules

Sortez des sentiers battus et choisissez la simplicité

Le Quotidien 10.12.2015

Indépendamment des donations, des donations-partage ou des donations de biens immobiliers qui nécessitent obligatoirement le passage par un notaire, il existe plusieurs possibilités beaucoup plus simples de faire une donation à un enfant ou à un petit-enfant.

Dons manuels, dons familiaux de sommes d'argent, présents d'usage, voici comment procéder pour bénéficier des exonérations et des abattements attachés aux donations.

Les présents d'usage

Tous les cadeaux que l'on fait à un enfant ne sont pas considérés comme des donations. À certaines conditions, ils constituent des « présents d'usage ».

Pour cela, il faut tout d'abord qu'ils soient faits à l'occasion de certains événements familiaux : mariage, naissance, anniversaire, succès à un examen, etc.

Il faut en outre que leur valeur ne dépasse pas un certain montant. Selon l'article 852 du Code civil, « le caractère de présent d'usage s'apprécie à la date où il est consenti et compte tenu de la fortune du disposant ». Le cadeau doit être d'une valeur modique par rapport aux possibilités de celui qui le fait. Mais cette appréciation reste une question de fait qui relève, en fin de compte de la compétence des tribunaux.

La qualification de « présent d'usage » revêt une grande importance puisque celui-ci échappe aux droits de donation et qu'il n'entre pas en compte pour déterminer la succession du donateur.

Notez enfin que la valeur du présent d'usage est appréciée au moment où il a été fait.

Le don manuel

C'est une donation réalisée par simple remise matérielle d'un bien du donateur au donataire. Aucun formalisme n'est exigé. Il peut porter sur de l'argent liquide, des meubles, des bijoux, une voiture, etc. Il peut consister également dans des virements bancaires de sommes d'argent ou de valeurs mobilières.

Mais le don manuel, s'il a l'avantage d'être discret, présente certains inconvénients. C'est pourquoi il est conseillé de le déclarer à l'administration fiscale, quitte à payer les droits de donation. Cette déclaration, en donnant date certaine au don manuel, évite les risques de contestations ultérieures entre héritiers ou avec l'administration fiscale. Point très important : elle fait également courir le délai de 15 ans permettant de bénéficier du renouvellement des abattements fiscaux. Enfin, elle peut justifier la sortie d'une somme de la base imposable à l'ISF.

Pour faire cette déclaration, vous devez vous procurer l'imprimé n° 2735 sur le site www.impots.gouv.fr. Si le don est supérieur à 15 000 euros, vous pouvez opter pour le paiement des droits dans le mois suivant le décès du donateur en utilisant le formulaire n° 2734.

Le pacte adjoint

Les modalités du don manuel peuvent être formalisées dans un « pacte adjoint ». Il s'agit d'un simple écrit sous seing privé, établi après la réalisation du don manuel, qui vise à encadrer le don et qui indiquera la date de ce don et les conditions posées par le donateur. Ce pacte sera intéressant notamment en cas de don manuel d'un grand-parent à un petit-enfant. Il peut prévoir par exemple :

- L'utilisation du don manuel. Le don peut être fait pour acquérir tel objet ou pour investir dans tel contrat d'assurance-vie.

L'administration des sommes données. En principe, ce sont les parents qui ont l'administration légale des biens d'un enfant mineur. Exceptionnellement, le donateur pourra conférer à un tiers l'administration légale des biens faisant l'objet du don manuel. Ainsi le grand-père déléguera l'administration légale des biens à la grand-mère, et inversement.

- L'inaliénabilité temporaire du don. Le donateur peut prévoir que le donataire ne pourra disposer seul des sommes ou des biens reçus. Mais cette clause d'inaliénabilité doit être temporaire et justifiée par un intérêt sérieux et légitime. Le pacte peut également prévoir que le don manuel ne sera pas rapportable à la succession du donateur ou qu'il sera rapportable pour un montant fixé dans le pacte.

Indiquons enfin que le pacte ne peut être utilisé que pour un enfant ou un petit-enfant mineur ou, au maximum, jusqu'à ses vingt-cinq ans.

Part taxable après abattement	Barème d'imposition
Moins de 8 072 €	5%
Entre 8 072 € et 12 109 €	10%
Entre 12 109 € et 15 932 €	15%
Entre 15 932 € et 552 324 €	20%
Entre 552 324 € et 902 838 €	30%
Entre 902 838 € et 1 805 677 €	40%
Supérieure à 1 805 677 €	45%

Bénéficiaire concerné	Montant de l'abattement
Epoux ou épouse	80 724 €
Partenaire d'un Pacs	80 724 €
Ascendant ou enfant	100 000 €
Petit-enfant	31 865 €
Arrière-petit-enfant	5 310 €
Frère ou sœur	15 932 €
Neveu ou nièce	7 967 €
Personne handicapée	159 325 € (cet abattement se cumule avec les autres)

Immobilier : le guide pour acheter dans les capitales européennes

Figaro Economie 20.12.2015

• HOME INVESTIR ACTUALITÉ



Fiscalité plus attractive, prix souvent moins élevés, réelle qualité de vie... Acheter un bien immobilier à l'étranger séduit de plus en plus de Français. Mais entre les réglementations locales et la réalité, ce type d'investissement ne s'improvise pas. Tour d'horizon des principales capitales européennes.

Et si vous investissez dans un bien immobilier à l'étranger? Pour un pied-à-terre, un investissement locatif ou pour en profiter plus tard au moment de la retraite? Il existe de nombreuses opportunités, encore faut-il connaître les règles qui s'appliquent tout comme les prix de ces marchés spécifiques et leurs secteurs porteurs.

Le **dossier d'Explorimoneuf** (site du groupe Figaro) passe en revue plusieurs capitales européennes qui diffèrent sur le plan de la fiscalité et pour qui, certaines offrent le soleil, la mer et des prix beaucoup plus bas qu'en France. Même si ce type d'investissement ne s'improvise pas, de plus en plus de Français se lancent dans l'aventure. Parmi les raisons: la hausse du coût de la vie en France et la baisse inexorable des retraites, qui ampute le pouvoir d'achat des seniors. De ce point de vue, partir vivre à l'étranger peut constituer une alternative intéressante. D'autres font le choix d'y investir pour toucher des compléments de revenus ou en profiter plus tard.

Le cadre de vie du Sud

Lisbonne, avec sa fiscalité attractive se taille un beau succès auprès des seniors et des investisseurs. **Pascal Gonçalves**, président de l'agence Maison au Portugal indique que la clientèle française achète surtout à Lisbonne, à Porto ou dans l'Algarve. «Outre l'attrait du climat et du cadre de vie, les revenus du privé en provenance de l'étranger sont exonérés au Portugal et l'achat est sécurisé» souligne-t-il. De son côté, **Madrid** est en phase de reprise. Depuis, la crise, les prix ont chuté de 40 à 60 %. La capitale espagnole est ainsi devenue beaucoup plus abordable. A **Rome**, les valeurs sont en baisse mais dans les quartiers les plus courus, les prix n'ont rien à envier à Paris. A **Athènes**, les prix ne cessent de chuter, l'offre est pléthorique mais la demande est faible ce qui offre des opportunités.

Les atouts du Nord

Sans surprise, **Londres** reste la ville la plus chère d'Europe. En moyenne, les prix se situent dans les quartiers huppés autour de 25.000 €/m². «Les familles qui font le choix de Londres recherchent des appartements de 150 à 180 m² avec 3 ou 4 chambres. De leur côté, les investisseurs préfèrent acheter des surfaces de 50 à 70 m² qui sont ensuite mis en location et rapportent en moyenne 3, 5 % notamment à Chelsea ou Kensington» précise **Béatrice Caboche** du cabinet Barnes à Londres. **Bruxelles** attire les acquéreurs français en quête de qualité de vie et d'une fiscalité plus douce qu'en France. Si le marché de **Genève** subit une importante correction, les prix tendent à se normaliser. A **Stockholm**, la relance passe par la construction neuve. Enfin, à **Berlin**, les investisseurs suivent cette **métropole active** où de grands groupes internationaux se sont installés.

Même si la pierre constitue un bon placement pour préparer son avenir tout en se constituant un patrimoine, l'acquisition d'un bien immobilier - qui plus est à l'étranger - doit être le fruit d'une décision mûrement réfléchie. Il existe aussi un site internet qui dévoile les différentes règles juridiques en Europe, élaboré par les notaires: www.jachetemonlogement.eu. **Retrouvez l'ensemble du dossier sur Explorimoneuf.**

Les 10 événements qui ont bouleversé la médecine libérale

Egora par C. L B le 21-02-2016



Egora a résumé l'évolution de la médecine libérale sur une quarantaine d'années. Et, contrairement aux accusations constamment portées d'immobilisme, ce panorama démontre bien à quel point cette période fut loin d'être un long fleuve tranquille pour les médecins libéraux.

Avec le recul, cette histoire contemporaine révèle la trace de plus en plus prégnante de l'assurance maladie dans la vie des praticiens, ainsi que l'émergence d'un acteur désormais incontournable : le patient. La féminisation de la profession ne cesse de prendre de l'ampleur, parallèlement à la crise qui touche la médecine générale et la médecine

libérale.

Ironie de l'histoire, la profession réclame aujourd'hui un "Grenelle" de la médecine générale et des remèdes contre la désertification médicale quand, en 1996, elle négociait avec la CNAM, un mécanisme de reconversion des médecins libéraux, ou, avec la CARMF, des modalités de départ anticipé à la retraite, pour soigner la pléthore médicale, et les comptes de la sécurité sociale.

1980. Sous la présidence de Valéry Giscard d'Estaing, Raymond Barre étant premier ministre, naît la première convention médicale comportant **un secteur à honoraires libres**, signée initialement par les trois caisses nationales et la FMF. Destinés initialement à faire revenir dans le bercail, les nombreux médecins hors convention (ce qui fut réalisé), les honoraires libres n'ont cessé de prendre de l'ampleur, parallèlement à la montée en charge de l'impératif de maîtrise des comptes par l'assurance maladie, dont les déficits structurels continuaient à croître. Avec les honoraires libres, naît l'enveloppe globale.

Cette convention à double secteur générera, en 1981, l'émergence du Syndicat des médecins libéraux (reconnu représentatif en 1994 des spécialistes et en 2002 des généralistes), construit pour défendre les intérêts spécifiques des praticiens libéraux de secteur 2.

1981. L'élection de François Mitterrand. Dans ses "110 propositions pour le changement", figure la construction de centres de santé partout en France, et la suppression de l'Ordre des médecins. Jack Ralite le ministre de la Santé communiste, nommé dans le cadre de l'union de la gauche, fait trembler les libéraux. Il redonne un peu d'oxygène au numerus clausus, instauré en 1971.

A partir de 1982. D'intenses mouvements se mettent en place autour de la médecine générale, qui se cherche une représentation hors des centrales pluricatégorielles. Le Dr Nicole Renaud, lance le MAG (après le congrès de médecine rurale de Rodez, l'appel des 10, le schisme avec la CSMF...). En 1984, l'UNOF (Union nationale des omnipraticiens français) est créé au sein de la CSMF, dont la présidente sera le Dr Antoinette Vienet (qui ensuite, rejoindra MG France). En 1986 naît MG France qui sera reconnu représentatif en 1989 par Claude Evin, ministre des Affaires sociales. Il se donne la mission d'offrir toutes ses lettres de noblesse à la spécialité, en commençant par l'enseignement et la recherche. Au bout de cette très longue route, le CES de médecine générale sera mis en place en 2004. Période durant laquelle, on notera que près d'un interne en médecine sur deux, est une femme.

1990. La loi Teulade spécifie que la convention médicale doit être signée séparément par des généralistes et des spécialistes. Elle crée les Unions régionales de médecins et introduit la notion de "références médicales nationales".

La convention médicale 90, unique, acte la **fermeture de l'accès au secteur 2 pour tous** et le réserve aux anciens chefs de cliniques-assistants des hôpitaux. Elle indemnise la Formation médicale continue (FMC), et prend en charge pour les praticiens du premier secteur, les cotisations sociales d'allocation familiale, en sus de celles d'assurance maladie et de vieillesse. En 1991, Claude Evin met en place une enveloppe globale pour la biologie, un taux directeur des dépenses de remboursement d'assurance maladie et jette 150 000 médecins dans la rue.

Sous l'impulsion de MG France tout juste représentatif, un avenant conventionnel crée le médecin référent (rémunération par patients inscrits qui bénéficient d'une dispense d'avance de frais), très vivement rejetée par les médecins spécialistes. Elle sera annulée par le Conseil d'Etat car elle n'a pas été signée séparément par des syndicats représentants des généralistes, et des spécialistes.

1994. Les premières élections aux Unions régionales de médecins libéraux (URML). Elles se transformeront, sous l'effet de la loi Hôpital, patients, santé et territoire, de 2009, en Unions régionales de professions libérales (URPS).

1995. Ce sont les ordonnances et Plan Juppé. Ces textes créent notamment l'**Objectif national d'évolution des dépenses de santé (ONDAM)**, et mettent les médecins à l'amende pour renflouer le trou de l'assurance maladie. C'est le début d'une guerre d'usure entre le pouvoir et les médecins. Seul syndicat à faire bande à

part, MG France coopérera avec la gouvernance réformée de l'assurance maladie, désormais pilotée par la CFDT, après plus de 20 années de règne sans partage de Force ouvrière.

Un mécanisme de cessation anticipée d'activité (MICA) est mis en place pour "dégraisser", contre de solides indemnités, dès 55 ans, une population médicale libérale jugée pléthorique.

1997. Signature de la première convention spécifique à la médecine générale, entre les caisses et MG France. Les spécialistes continueront d'être régis par un règlement minimal arbitral jusqu'en 2005.

1998. Lancement de Sesam-Vitale. Début de l'informatisation des assurés et des cabinets à marche forcée.

2001. C'est le début d'un conflit historique pour le C à 20 euros et la visite à 30 euros, et le refus de l'obligation de la permanence des soins. Période très agitée, illustrée par des grèves de la permanence des soins et une couverture du territoire inédite par des coordinations, débordant les syndicats représentatifs. Ces revendications ne seront officialisées par un accord ad hoc qu'après le changement de président de la République, en mai 2002, signé par le ministre de la Santé, Jean-François Mattei, qui marque **la fin de l'obligation de permanence des soins.**

2002. La loi Kouchner relative au **droit des malades** et votée. Elle instaure l'ONIAM, l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, et fédère les associations de malades qui auront dorénavant voie au chapitre dans les instances officielles.

2004. La loi de réforme de l'assurance maladie créant le concept de maîtrise médicalisée, le médecin traitant, **le parcours de soins**, le Dossier médical partagé (DMP), et changeant radicalement la gouvernance de la CNAM, dont le directeur est désormais seul maître à bord face à son conseil constitué de représentants syndicaux et de personnes qualifiées. Mais le DMP, qui devait générer des dizaines de millions d'économies en chassant les doublons et les gaspillages ne sortira pratiquement pas de terre, malgré une facture estimée par la Cour des comptes à près d'un demi-milliard d'euros d'investissements et expérimentations régionales. La loi Douste-Blazy donnera naissance à la convention médicale de 2005, signée par la CSMF, le SML, Alliance et les trois caisses d'assurances maladie. La loi de Santé promulguée en décembre 2015, donne la gouvernance du DMP à la CNAM.

2009. La Loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST), de Roselyne Bachelot, crée les ARS, intronise la médecine de proximité et établit les maisons de santé pour lutter contre les affres de la désertification médicale et tenter de rediriger les jeunes vers la médecine générale, délaissée. La loi Bachelot met également en place le **Développement personnel continu (DPC)**, les URPS (Unions régionales des professions de santé), confie la permanence des soins aux ARS et instaure les élections professionnelles en trois collèges (médecins généralistes, spécialistes à plateaux techniques et autres spécialistes). Ses aspects les plus rejetés par la profession qui crie à l'étatisation du système de santé seront corrigés par la loi Fourcade. Le C reste bloqué. En avril 2010, un mouvement tarifaire se met en place. La convention sera dénoncée par la CSMF et le SML en 2011. Le C passe à 23 euros en janvier 2011.

2011. La nouvelle convention crée la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP, ex P4P), qui procurera une source de revenu forfaitaire supplémentaire aux médecins généralistes. En faillite chronique, l'ASV sera maintenu hors de l'eau au prix d'une substantielle augmentation des cotisations et d'une réduction des prestations.

2012. L'avenant N° 8 à la convention, **réforme le secteur 2 à honoraires libres** en limitant le montant des dépassements, et crée le contrat d'accès aux soins, qui offre une prise en charge partielle des cotisations sociales aux praticiens en honoraires libres qui acceptent de limiter drastiquement leurs dépassements et exercer en honoraires stricts sur une partie de la patientèle.

Une proposition de loi Leroux, tente d'autoriser les réseaux de soins mutualistes à contractualiser avec les médecins libéraux. Les internes et les chefs de cliniques se mettent en grève dans les hôpitaux pour protester contre cette mesure, tandis qu'à l'appel du BLOC et des cliniques privées, des milliers de médecins généralistes et spécialistes manifestent à l'hiver 2011-12 pour la rejeter. Cela ne sera pas voté. Le gouvernement Ayrault annonce la Stratégie nationale de Santé.

2013. Le Pacte santé territoire de Marisol Touraine (1 et 2), se donne l'ambition de lutter contre la désertification médicale en créant des maisons de santé, des contrats de praticiens territoriaux de médecine générale, des bourses aux études.

2014-15 : Début du conflit autour de la future loi de Santé, qui instaure notamment le **tiers payant généralisé**. 150 000 personnes se retrouvent dans les rues de Paris pour lutter contre ce projet de loi, tandis que des coordinations partout en France organisent des Journées santé mortes, ou des actions d'éclat. Les élections aux Unions professionnelles donnent un bonus aux syndicats les plus revendicatifs, FMF, LE BLOC notamment, qui viennent mordiller les mollets de la CSMF et MG France.

2016. Le Conseil constitutionnel invalide partiellement le tiers payant généralisé.

Colmar, Strasbourg Chefs-d'œuvre du Moyen Âge

Le Quotidien du Médecin n°9466 28.01.2016 Caroline Chaine

À Colmar, le musée Unterlinden, qui abrite le retable d'Issenheim, a rouvert ses portes. À Strasbourg, « la révolution gothique » (1200-1230) s'affiche au pied de la cathédrale.



Le retable d'Issenheim

François Hollande a inauguré samedi le nouveau **musée Unterlinden**, à Colmar, agrandi et modernisé par les célèbres architectes suisses Jacques Herzog et Pierre de Meuron (auteurs entre autres de la Tate Modern, à Londres, et qui travaillent sur son extension). Soit 7 000 ans d'histoire, un réaménagement du couvent du XIIIe siècle et des bains publics du début du XXe, la surface du musée doublée et la peinture moderne en bonne place.

Avec les œuvres de Martin Schongauer, Hans Holbein, Lucas Cranach (« la Mélancolie »), c'est le célèbre **retable d'Issenheim** (1512-1516), du peintre Grünewald et du sculpteur Nicolas de Haguenau, qui fait la renommée internationale du lieu. La grande intensité dramatique de l'œuvre touche parfois au fantastique. Selon que le retable est ouvert ou fermé apparaissent une Crucifixion, l'Annonciation, l'Incarnation et la Résurrection, ou les scènes de la vie de saint Antoine, très vénéré au Moyen Âge, car il était réputé guérir les feux qui portent son nom, ceux des disettes causées par l'ergot de seigle, parasite des céréales.

Le gothique arrive

La révolution gothique que présente l'exposition de Strasbourg a touchée l'architecture, avec les premières cathédrales de Saint-Denis et Sens à partir de 1130, mais aussi la sculpture. **La cathédrale** de Strasbourg est emblématique de l'évolution du style. La cathédrale romane est transformée en gothique. Ses sculptures, grâce à l'arrivée d'un nouveau maître en 1220, sont des chefs-d'œuvre de l'art occidental. En particulier le Pilier des Anges et les statues de l'Église et de la Synagogue aux yeux bandés, qui tient une lance brisée et détourne la tête, car elle ne reconnaît pas le Christ en la personne de Jésus. L'exposition relate les sources et le rayonnement artistique de la construction de la cathédrale, élargissant aux domaines du vitrail, de l'orfèvrerie et de l'enluminure.

– Colmar, musée Unterlinden, tous les jours sauf le mardi de 10 à 18 heures, jeudi jusqu'à 20 heures. Tél. 03.89.20.15.50, www.musee-unterlinden.com.

– Strasbourg, musée de l'Œuvre Notre-Dame, tous les jours sauf le lundi de 10 à 18 heures. Jusqu'au 14 février. Tél. 03.88.52.50.00, www.musees.strasbourg.eu.

Les expositions du printemps. Demandez le programme!

Le Quotidien du médecin n°9474 25.02.2016 Caroline Chaine

De nouvelles expositions vont ouvrir à Paris et en région. Petite sélection, avant de revenir sur certaines d'entre elle



Modigliani, " Cariatide », 1913-1914

Au Centre Pompidou, l'événement, avec une approche de l'ensemble de l'œuvre de **Paul Klee** (6 avril-1er août) à travers « l'ironie romantique », sa création artistique confrontée à celle de ses pairs. Mais aussi Gérard Fromanger (jusqu'au 16 mai), qui associe la peinture de la Figuration narrative à la politique dans les suites de mai 1968, et 40 ans de créations du designer d'après-guerre Pierre Paulin (11 mai-28 août), un dialogue entre le corps et le confort.

Le Grand Palais inaugure avec « **Carambolages** » (2 mars-4 juillet) une exposition d'un nouveau genre, fondée sur l'association d'œuvres selon des critères d'affinité formelle ou mentale plutôt qu'historique ou thématique. Mais aussi les portraits des années 1950

de Seydou Keïta, réalisés dans son studio à Bamako (31 mars - 11 juillet), et une redécouverte, le Portugais Amadeo de Souza-Cardoso, figure marquante de l'avant-garde parisienne des années 1900 (20 avril-18 juillet).

Au musée du Louvre, les ruines et paysages imaginaires d'**Hubert Robert** (10 mars-30 mai). Et aussi, pour la peinture ancienne, au musée du Luxembourg (9 mars-10 juillet), les trésors européens et hongrois de Budapest, dont une grande partie vient de la collection des princes Esterhazy. Pour traverser les siècles, les chefs-d'œuvre des portraits d'enfant dans la peinture française au musée Marmottan (10 mars-3 juillet). Plus proche de nous, la peinture en plein air des impressionnistes en Normandie au musée Jacquemart-André (18 mars-25 juillet).

Au musée d'Art moderne de Paris, rétrospective **Albert Marquet**, post-impressionniste et fauve avant d'évoluer vers un paysage méditatif (25 mars-21 août). Et aussi une redécouverte, la peintre allemande Paula Moderssohn-Becker, figure de l'art moderne en 1900 (8 avril-1er août). Apollinaire, un poète engagé dans la défense des avant-gardes au musée de l'Orangerie (6 avril-18 juillet). Le **Douanier Rousseau** est confronté à ses contemporains au Musée d'Orsay (22 mars-17 juillet), sur le thème de « l'innocence archaïque ». Au musée Picasso, les sculptures du maître (8 mars-28 août), séries et variations, avec les fontes, tirages et agrandissements.

Au Palais de Tokyo (jusqu'au 16 mai), **Jean-Michel Alberola**, pour qui tout est dans les « détails » des mots, des néons, des peintures. Les artistes de la scène contemporaine chinoise évoquent leur identité et les mutations internationales à la Fondation Vuitton (jusqu'au 2 mai). Art et céramique du XXe siècle et jusqu'à nos jours, en partenariat avec la Cité de la céramique de Sèvres, à la Maison Rouge (9 mars-5 juin).

Au musée du quai Branly, le monde des **chamanes de l'Équateur précolombien** (jusqu'au 15 mai). Napoléon à Sainte-Hélène, à la conquête de sa mémoire toujours très présente, au musée de l'Armée (6 avril-24 juillet).

Autres rendez-vous parisiens attendus Art Paris Art Fair (31 mars-3 avril), au Grand Palais, avec un focus sur la création féminine et la Corée à l'honneur. La semaine du dessin à Paris (30 mars-4 avril), avec le Salon du dessin au Palais Brongniart, Drawing Now pour le dessin contemporain au Carreau du Temple, et la participation de 21 musées et institutions. **Monumenta** (8 mai-18 juin), avec l'artiste chinois Huang Yong Ping, pour un paysage symbolique du monde économique d'aujourd'hui.

En région

Autoportraits de **Rembrandt** au selfie au musée des Beaux-Arts de Lyon (26 mars-26 juin). La sculptrice espagnole contemporaine Cristina Iglesias au musée des Beaux-Arts de Grenoble (23 avril -31 juillet). Avec Belle de jour, la figure féminine dans la peinture depuis le XIXe siècle (jusqu'au 29 mai) au Palais Lumière d'Évian.

Hommage aux paysages de **Turner**, précurseur de l'impressionnisme, au centre d'art Caumont à Aix-en-Provence (4 mai-18 septembre). Chagall et la musique (5 mars-13 juin) dans son musée à Nice. Caillebotte, peintre et jardinier à Giverny (25 mars-3 juillet). **Charles Le Brun**, premier peintre de Louis XIV, au Louvre-Lens (8 mai-29 août). Au LaM, à Villeneuve-d'Ascq, **Modigliani**, ses portraits et ses rapports avec la sculpture (27 février-5 juin). Le « Sublime », attraction et peur devant la violence des phénomènes naturels, au centre Pompidou-Metz (jusqu'au 5 septembre).

